

Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia

María Martina Silva ^{a(*)}, Loreto Leiva ^b

^a Universidad Católica de Uruguay, Uruguay

^b Universidad de Chile, Chile

(*) mmsilva@ucu.edu.uy

RESUMEN

El presente estudio reúne las opiniones de los operadores de salud que atienden adolescentes embarazadas en un centro de salud ubicado en una zona montevideana de contexto de pobreza, sobre el embarazo en la adolescencia. El estudio se enmarcó dentro del enfoque cualitativo y fue de corte transversal. Participaron 10 profesionales de salud bajo un muestreo intencionado. Los resultados muestran la leve ruptura que se está generando entre los lineamientos conceptuales manejados por el sistema nacional de salud y el encare asistencial que parece concretarse en el territorio. Las conclusiones revelan una serie de cuestionamientos acerca de las nociones de partida que se emplean para definir los enfoques y planes de acción del Estado. Se discute la necesidad de contribuir a la diversidad de fuentes informativas que colaboran en el diseño de políticas públicas y programas derivados que quieren garantizar los derechos de los adolescentes y sus hijos.

PALABRAS CLAVE

adolescencia, embarazo temprano, políticas de salud

The opinion of health care professional about adolescent pregnancy

ABSTRACT

This study collected the opinions of health care operators, who deal with pregnant adolescents in a health center located in a poor neighborhood of Montevideo, about adolescent pregnancy. We framed the study using a qualitative, cross-sectional approach. Ten health care professionals participated following a sampling design. Results show a slight misalignment between the conceptual guidelines managed by the National Health Service and the actual health care practice in the field. The conclusions reveal many issues about the anchoring notions employed to define the approaches and action plans of the State. We discuss the need to contribute to the many sources of information that collaborate in the design of public policy and subsequent programs that purport to guarantee the rights of adolescents and their children.

KEYWORDS

adolescence, early pregnancy, public health policy

Recibido: 14 enero 2014

Aceptado: 5 de julio 2014

Cómo citar este artículo: Silva, M. M. & Leiva, L. (2014). Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 82-92. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-410

Introducción

El embarazo en la adolescencia ha sido ampliamente estudiado a nivel regional e internacional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2006, 2008). En las últimas dos décadas se ha abordado el fenómeno, principalmente, desde dos enfoques: se lo identifica como una cuestión de salud, con énfasis en los factores de riesgo a nivel de la salud de las adolescentes y de sus hijos (Pereira, 2011); también como un problema social por ser identificado como un factor asociado a la reproducción social de la pobreza (Filgueira, Kaztman & Rodríguez, 2005).

Según constata la CEPAL (2008), en América Latina y el Caribe, desde fines de la década del ochenta, se registra un aumento en las tasas de fecundidad en la adolescencia, siendo significativo en algunos países de la región. A partir de entonces, se pueden identificar distintas instancias internacionales, en las cuales el foco de atención y preocupación pasó a ser el embarazo en la adolescencia, debido a sus efectos negativos a nivel psicosocial para la adolescente y su incidencia como reproductor de la pobreza y exclusión social (Pantelides, 2004; Henao, González & Trujillo, 2007).

En la literatura consultada, existe acuerdo respecto a considerar que el comportamiento de la fecundidad en este sector de la población varía entre los países, y que su incidencia y tendencias no se relacionan de manera directa con el proceso de transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades (Pantelides, 2004; Henao et. al., 2007; Pantelides & Binstock, 2007; Varela 2007; Gerstenblüth, Ferre, Rossi & Triunfo, 2009).

Los estudios realizados, a nivel internacional y nacional, identifican el área de residencia, el nivel educativo alcanzado, el nivel socioeconómico, el estado civil, y el grupo étnico de pertenencia, como variables que pautan la conducta reproductiva de manera diferencial entre adolescentes de un mismo país y entre países (Amorín, Carril & Varela, 2006; Henao et. al., 2007; Pantelides & Binstock, 2007; Gerstenblüth et al., 2009).

Si bien se considera de manera consensuada que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal y eslabonado temporalmente a otros factores situacionales, se observa una tendencia de mayor concentración de riesgos en adolescentes de menos recursos (Varela & Fostik, 2011).

En los países analizados, la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al del quintil de mayores ingresos, presentando una relación en varios países de 5 a 1 (CEPAL, 2008). Por otro lado, se destaca que, con excepción de Haití, los restantes países latinoamericanos, muestran que a medida que la situación socio-

económica del hogar mejora, según su ubicación en los quintiles de pobreza, la tasa de fecundidad adolescente disminuye significativamente (Pantelides, 2004; Henao et. al., 2007).

Al respecto, se menciona que, en los estratos más desfavorecidos, las trayectorias de vida de los adolescentes, con frecuencia, están marcadas por la desvinculación temprana del sistema educativo, mayores niveles de fecundidad en comparación a los estratos medios y altos y menor uso de anticonceptivos modernos (CEPAL, 2008). De ahí que el embarazo en la adolescencia, en general, se lo visualiza como una amenaza social y cargue con la reproducción intergeneracional de la pobreza (Gerstenblüth et al., 2009).

Con respecto al grupo étnico de pertenencia, Pantelides (2004) menciona en su informe que en los países con mayor concentración de población indígena (Bolivia, Guatemala, Perú) las tasas de fecundidad adolescente para dichos grupos (entre 100 y 150 por mil), es superior a sus promedios nacionales. Sostienen que los grupos indígenas presentan mayor vulnerabilidad social, porque, en general, viven en las condiciones socioeconómicas más desfavorables y sus características y prácticas culturales, al ser diferentes al resto de la población, suelen ser motivos de discriminación aumentando su marginación social.

Otra de las variables mencionadas ha sido el lugar de residencia. Si bien puede observarse una tendencia creciente en la fecundidad adolescente tanto en las zonas urbanas como rurales, se puede observar una mayor incidencia en las tasas correspondientes a adolescentes del medio rural (Henao et. al., 2007; CEPAL, 2008).

Pantelides y Binstock (2007), por su parte, destacan que a la fecundidad adolescente, al asumir un alto nivel de variabilidad en distintas zonas o jurisdicciones, no es atribuible al lugar de residencia *per se* una influencia sobre la frecuencia de fecundidad en la adolescencia, sino que se debe considerar como un indicador indirecto asociado al nivel socioeconómico y a la estructura de oportunidades del medio. Las características del área de residencia, en términos de accesibilidad y calidad de servicios en general, son considerados factores sociales que frente a su ausencia o precariedad, estimulan sentimientos de exclusión y de desarraigo territorial que agudizan los problemas de desintegración social.

En el caso de Uruguay, según los datos presentados anteriormente, la maternidad temprana parecería ser un fenómeno más característico del área metropolitana, en donde, se concentra una gran proporción de asentamiento irregulares, en términos comparativos, a

otras zonas del país (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2009).

Se ha encontrado un amplio consenso empírico sobre la relevancia de la dimensión educativa sobre las restantes variables (Pantelides, 2004; Pantelides & Binstock, 2007; Henao et. al., 2007; Varela, 2007; Gerstenblüth et al., 2009; Varela & Fostik, 2011). En tal sentido, se indica que la tasa de embarazos en esta etapa del ciclo vital se da mayoritariamente en mujeres que presentan un nivel educativo bajo, disminuyendo radicalmente cuando la adolescente presenta un nivel de instrucción mayor. Esta relación inversa entre nivel educativo y fecundidad se verifica en casi todos los países estudiados, atravesando también las diferencias culturales.

Si bien la relación que se mantiene entre el nivel de instrucción y maternidad en la adolescencia no es directa, la misma se da independientemente de la edad. La proporción de madres en el grupo de adolescentes de 14 a 19 años de edad con bajo nivel educativo (primaria completa o menos) triplica a la proporción de madres de las mismas edades, pero con mayor nivel de instrucción (secundaria incompleta y más) (Pantelides & Binstock, 2007).

Según señala Pereira (2011), los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia han conformado la base de supuestos que delimitaron el tipo de políticas de abordaje destinados a la parentalidad temprana en Uruguay. Desde mediados de los noventa, las políticas públicas implementadas a nivel nacional han intentado reducir la tasa de fecundidad adolescente a través de acciones principalmente derivadas del área de salud con un enfoque preventivo. En tal sentido, los esfuerzos se han focalizado en la elaboración de programas de intervención para los servicios de salud sexual y reproductiva de las policlínicas barriales, en la colaboración del desarrollo de contenidos curriculares sobre educación sexual en varios niveles de enseñanza y en la mejora de canales de acceso a los métodos anti-conceptivos. La perspectiva de riesgo y sus acciones preventivas derivadas han mostrado los resultados esperados en el país, ya que la tasa de fecundidad adolescente ha descendido (Setaro & Koolhaas, 2008).

Parecería, entonces, que la conceptualización del embarazo en la adolescencia, en términos de problema sanitario y social, ha permeado, desde el momento que aparece en la escena política internacional y nacional, no sólo las diferentes acciones a nivel programático, sino también ha fomentado una percepción social sobre la adolescencia como una etapa de riesgo en la cual hay que intervenir para evitar males mayores como un embarazo.

De esta manera, el objetivo general del estudio fue conocer las opiniones sobre el embarazo en la adolescencia de los operadores de salud que atienden adolescentes embarazadas, usuarias de un centro de salud pública de la ciudad de Montevideo. En primer lugar, se indagó acerca del significado atribuido al fenómeno. En segundo lugar, se exploró sobre las repercusiones que su conceptualización tiene a nivel de la atención sanitaria ofrecida. Y finalmente, se sondeó en relación a la implicancia de otros sectores estatales en las acciones gubernamentales emprendidas en relación al embarazo temprano.

El centro de salud elegido para conformar la muestra intencional del estudio se ubica en la zona nueve de la Región Este de la ciudad de Montevideo. De este centro dependen doce policlínicas barriales. Su elección fue debido a que atiende a un porcentaje significativo de población adolescente en comparación a otras zonas de Montevideo en la órbita pública, siendo, en su mayoría, menores de 15 años. Esta condición lo posiciona como uno de los centros asistenciales de la Red de Atención Primaria [RAP], donde se instrumentan gran parte de los programas nacionales destinados a la adolescencia en la capital nacional (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2007).

La perspectiva teórica adoptada para la comprensión del fenómeno elegido fue el modelo de análisis propuesto por Saforcada (1999, 2008) sobre el Sistema Total de Salud (STS), el cual proporciona una mirada esclarecedora y operativa del conjunto de elementos implicados en el servicio asistencial de una sociedad. Desde su perspectiva, éste “involucra todo lo que una sociedad tiene y hace en relación con este proceso y sus manifestaciones” (Saforcada, 2008, p. 49). En tal sentido, se incluyen en sus componentes los

fenómenos, acciones, conocimientos y prácticas que caen dentro de la responsabilidad y el área de incumbencia de las instituciones, los profesionales y los técnicos de la salud avalados por las leyes pertinentes de instancias de gobierno de instancias legislativas y/o de instancias judiciales (Saforcada, 1999, p. 43).

El empleo de este modelo explicativo, permite construir una lectura integradora y sistémica del fenómeno de estudio, la cual resulta clave para revisar y enriquecer el abordaje y las acciones dirigidas a los adolescentes que se encuentran en esta situación, desde la salud. Si bien se ha encontrado una serie de documentos oficiales (MSP, 2007) que describen la intencionalidad política de un cambio en la modalidad de atención sanitaria, el éxito de cualquier programa de intervención se juega en el campo concreto de aplicación, donde el establecimiento de un vínculo caracterizado por el respeto y la

confianza, es fundamental si se pretende emprender el camino hacia el cambio y la transformación social. Esto podría estar indicando que, más allá de los parámetros sanitarios vigentes o los lineamientos de una política sanitaria determinada, es necesario conocer las opiniones que los actores involucrados presentan.

De acuerdo a los objetivos perseguidos en el presente trabajo, se analizará con mayor detenimiento el componente intersubjetivo general, el cual es considerado por Saforcada (1999, 2008) uno de los elementos que producen mayor ineficacia e ineficiencia en el actual sistema de salud de la mayor parte de los países latinoamericanos. Asimismo, la implicancia de este componente en el contexto definido por la situación que establece el embarazo en la adolescencia, resulta clave para identificar las oportunidades de cambio dentro del abordaje sanitario hasta ahora instrumentado.

El componente intersubjetivo general, es definido como el

espacio virtual que se genera a partir de la interacción cotidiana entre el componente formal (profesionales y técnicos) y el componente informal (usuarios del sistema)". Asimismo, se destaca que es el área donde se da el "... intercambio entre las subjetividades de los integrantes de cada uno de estos dos componentes (Saforcada, 2008, pp. 53-54).

Según el autor, en este espacio de intercambio se generan las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales constitutivas del componente intersubjetivo general, las cuales retroalimentan (positiva o negativamente) las estructuras y procesos psicosociales que sostienen a las subjetividades de cada componente (formal e informal). Se considera relevante este último aspecto, porque se coincide con el autor cuando sostiene que la retroalimentación negativa de las cosmovisiones, por ejemplo, sobre embarazo en la adolescencia, construyen una barrera psicosociocultural que opera de manera negativa en el encuentro con el otro. Sus consecuencias inmediatas, de acuerdo a su perspectiva, son la obstrucción del funcionamiento del subsistema de atención sanitaria y la consolidación de los aspectos negativos de cada componente. Los efectos perjudiciales que esto conlleva pueden revertirse si se logra caracterizar las mismas con la finalidad de corregir y superar las trabas que complejizan el intercambio o acuerdos satisfactorios entre ambas partes.

Método

Diseño

Según la clasificación propuesta por Hernández, Fernández y Baptista (2006) el estudio se enmarcó en un diseño de investigación – acción, cuya característica permite el acceso a información que podría guiar el futuro proceso de toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales. Asimismo, los autores agregan que su fundamento se encuentra asociado a tres pilares. En primer lugar, son los participantes del estudio quienes están viviendo el problema y, por ende, los mejores capacitados para intervenir en un entorno naturalista. En el caso que se estudió, participaron operadores de salud que estaban trabajando en la asistencia de adolescentes embarazadas. En segundo lugar, la conducta de los mismos se encuentra influida por las características del entorno natural donde se encuentran. Las opiniones recogidas dan cuenta de la influencia del contexto donde ejercen su profesión. Y en tercer lugar, la metodología cualitativa es el enfoque más pertinente para el estudio de los entornos naturalistas. En tal sentido, se empleó un diseño abierto y emergente, lo cual permitió que, a medida que avanzaba la investigación, se pudieran incluir nuevas entrevistas a las previamente programadas.

Participantes

Con la finalidad de asegurar que el objeto de estudio fuese abordado desde diferentes ángulos, se decidió involucrar en la investigación a diversos actores sociales implicados en el fenómeno de estudio. Para ello, se realizaron diez entrevistas en total.

Participaron del estudio profesionales que integran el Espacio Adolescente que funciona en el centro de salud convocado y que atienden a adolescentes en estado de gravidez.

La muestra fue intencionada, debido a que la elección de los participantes se realizó de acuerdo a ciertos criterios que se valoraron como necesarios o convenientes para poder tener una unidad de análisis que reuniera las mayores ventajas posibles para los fines que persigue la investigación (Hernández et al., 2006). Del equipo asistencial participaron la ginecóloga, el pediatra, la partera, la agente socioeducativa, la psiquiatra, la asistente social, el odontólogo, la nutricionista y la enfermera. De esta manera, se logró cubrir el 100% de las disciplinas que integran el espacio asistencial dirigido a las adolescentes.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica cualitativa de recolección de datos, por ser considerada una herramienta facilitadora en situaciones donde se pretende que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista sobre determinado problema o experiencia (Hernández et al., 2006). Se diseñó una guía de entrevista pautada de acuerdo a los objetivos específicos del estudio. Los encuentros realizados fueron grabados con previa autorización del entrevistado, con la finalidad de generar un respaldo material del contenido de las mismas.

Técnica de análisis de datos

La información recogida se estructuró de acuerdo a los objetivos específicos, respetando las narraciones de los participantes. Se logró, de esta forma, describir sus experiencias de acuerdo a su óptica, en su lenguaje y con sus expresiones. Para el análisis de la información se emplearon los criterios definidos por el Análisis de Contenido (Miles & Huberman, 1994; Bardin, 2002; Hernández et al., 2006). Para ello, se aplicó un procedimiento de análisis inferencial, lo cual brindó una descripción sistemática del contenido manifiesto de las entrevistas, y de esta manera, se logró comprender las opiniones de los participantes respecto al embarazo precoz.

Para realizar el análisis de contenido de las entrevistas realizadas, se siguieron los pasos sugeridos por Bardin (2002), así como también, se tuvo como referencia las pautas brindadas por Miles y Huberman (1994) y Hernández et al. (2006), quienes presentan pautas de trabajo respecto al uso de esta técnica de análisis.

En primer lugar, se organizaron los datos y la información obtenida y se preparó la misma para su análisis detallado. En segundo lugar, se procedió con la reducción de los datos obtenidos: se seleccionó y condensó la información obtenida, mediante la elaboración de resúmenes sobre los diversos temas abordados por el entrevistado. Durante este proceso, se identificaron unidades de significado, las cuales se categorizaron y asignaron un código. El segmento de contenido para su codificación fue el párrafo, el cual fue analizado en relación a su significación. Asimismo, se compararon los segmentos entre sí, con la finalidad de identificar similitudes y/o diferencias en cuanto a significado y concepto, y de esta manera, se indujo las categorías pertinentes. En tal sentido, se definió el criterio o regla por el cual el contenido se fue incluyendo dentro de determinada categoría. Además, los nombres de las mismas y las reglas de calificación intentaron reflejar lo transmitido por los participantes del estudio empleando sus "propias palabras". Con relación a los códigos, sirvieron para etiquetar las categorías inferidas, colaborando con la distinción entre

ellas así como también con el análisis posterior. Esta etapa finalizó cuando se llegó a la saturación de categorías, la cual se alcanzó al revisar los datos de las restantes entrevistas, ensamblando fácilmente dentro de los esquemas de categorías elaborados, y no encontrando nuevas categorías. De esta manera, se logró identificar los temas y sus respectivas categorías ampliamente consolidadas. Por otra parte, se seleccionaron segmentos de entrevistas altamente representativos de las categorías o que poseían un significado vinculado con el planteamiento.

En la discusión de los datos se consideraron los patrones estables, así como también, aquella evidencia que parecía inconsistente. Miles y Huberman (1994) entienden por patrón, aquella información que se reitera y aparece en varias oportunidades del contenido que se analiza. Este elemento es un indicador de su importancia, y por ende, es recomendada su valoración. Durante el proceso, se instrumentaron una serie de acciones de análisis sugeridas por los autores mencionados. En tal sentido, se realizaron comparaciones y contrastes de los datos obtenidos, se señalaron los patrones y temas encontrados, se relacionaron las variables identificadas, se buscó construir la lógica analítica de la evidencia, se organizaron los conceptos de manera de generar coherencia, se encontró el sentido a las excepciones y se trianguló la información con otras investigaciones relacionadas, entre otras acciones. Estos aspectos fueron necesarios para que el estudio adquiriera calidad y rigor.

Resultados

Los resultados corresponden a las indagaciones realizadas sobre las conceptualizaciones en torno al embarazo en la adolescencia que poseen los operadores de salud participantes que atienden adolescentes embarazadas en el centro de salud involucrado en el estudio. Para los efectos de organizar la información obtenida, se la agrupó en tres categorías de análisis cuya pertinencia está relacionada a los objetivos específicos anteriormente nombrados. Los aportes de cada participante fueron identificados con una nomenclatura, en la que la letra E corresponde al entrevistador y el número, al orden en que fue realizada.

Significados del embarazo [SE]

En primer lugar, los participantes reconocieron la ausencia de consenso al momento de conceptualizar el embarazo en la adolescencia. Las diferentes posiciones en relación a la temática parecen trascender la órbita ministerial siendo un problema no resuelto también en los organismos internacionales.

'Creo que ese es un tema en el cual se está discutiendo, porque no está saldado el tema (...)

tenemos diferentes opiniones (...) creo que va más allá del ministerio (...) es una cosa internacional' (E9).

No obstante, a pesar de la diversidad de opiniones, se reconoció la hegemonía que el pensamiento médico tiene al respecto. Desde esta perspectiva, el embarazo en la adolescencia es conceptualizado como un problema el cual debe prevenirse y también, como una situación de riesgo al darse en esta etapa del ciclo vital.

'(...) bueno, hay varias bibliotecas (...) yo creo que seguimos teniendo, a pesar del cambio de modelo (...) seguimos teniendo un peso médico hegemónico importante. Desde esa perspectiva, ve al embarazo adolescente como un problema. Y a la maternidad adolescente como un problema. (...) yo creo que seguimos bastante colocados en esa forma explicativa (...) el embarazo adolescente es un problema y hay que prevenirlo' (E6).

'El embarazo adolescente es considerado como un embarazo con determinados riesgos. Y desde ese lugar es que se encara el embarazo en la adolescente' (E7).

Otros de los argumentos brindados por los consultados, y alineados con este enfoque, estuvieron relacionados, por un lado, a la condición de la adolescente como un ser en pleno proceso de desarrollo y maduración. Y por el otro lado, por concebir la maternidad como un acontecimiento que cambia la vida a cualquier mujer, que convierte al sujeto en tutor o guía del desarrollo de otro ser, trascendiendo las tareas de alimentar y vestir.

'(...) una situación inconveniente (...) porque son seres humanos en formación, desde el punto de vista biológico, psicológico, social (...) la maternidad debe ser la carrera más complicada de la vida' (E10).

'(...) forma parte de una realización personal equivocada (...) en general buscan en un embarazo (...) como para satisfacer una necesidad de ser (...) de valorarse (...) siento que es una carga pesada de llevar para ellas, siento que no están capacitadas (...) porque complica un embarazo hacia esa edad (...) desde lo biológico hasta la realización personal, hasta la familia' (E3).

En segundo lugar, se planteó la reciente consideración que se le está dando al contexto social de la adolescente para valorar el riesgo que representa el estado de gravidez. Las particularidades de las vivencias o significados atribuidos por el sujeto que vive dicha situación parecen estar adquiriendo relevancia en la atención sanitaria.

'(...) una mirada más pensada desde la diversidad de situaciones hay que contemplar (...) porque las de abajo de catorce creo que siempre nos van a preocupar por lo biológico y no sólo por lo psicosocial. Las mayores de quince (...) el tema es ver qué desean ellas (...) también hay que pensar por qué quieren embarazarse tan temprano' (E9).

Se encontró un amplio consenso al momento de conceptualizar el embarazo adolescente como la concreción del proyecto de vida de la mayoría de las usuarias que concurren al centro de salud. El embarazo se describió como un acontecimiento cotidiano y natural en la vida de las adolescentes que viven en esa zona. Se explicó que la influencia cultural constituye una variable clave al momento de significar tal experiencia vital. En tal sentido, el estado de gravidez otorga a la adolescente identidad y una posición social valorada, al cumplir con las expectativas de género dominantes en el contexto sociocultural de pertenencia.

'La población que vemos nosotros vive la maternidad como un hecho natural' (E10).

'La mayoría son deseados (...) aunque parezca raro (...) muchas veces hablando con ellos o porque querían irse de la casa o porque el novio ya trabaja entonces y bueno con ese sustento, ella quiere ser ama de casa y piensa que podrá cuidar del chico (...) Sale un poco de los cánones que nos manejamos (...) pero es la realidad que impera acá (...) y es aceptada' (E1).

Asimismo, el lugar psicológico y social que ocupa el embarazo, en la mayoría de las adolescentes, también fue descrito en términos de identidad. En tal sentido, el estado de gravidez aparece como el proveedor de identidad para el sujeto, un hecho vital a partir del cual adquiere la condición de alguien para los demás y el entorno.

'Muchas adolescentes, empiezan a ejercer derechos a partir de su embarazo (...) cobran visibilidad a partir de su embarazo. Muchas recién sacan su carné de salud a partir del embarazo, tramitan cédula a partir del embarazo (...) realmente adquieren identidad a partir de esa situación de embarazo' (E4).

'La mayor parte de las adolescentes estudia hasta primaria, no piensan en secundaria (...) donde a veces son muchos en una casa (...) el hecho de quedar embarazada le genera algo propio (...) su hijo, lo cual da lugar a su asignación, a su pareja, a su espacio físico donde podrá ejercer su rol como madre' (E8).

Atención del embarazo contextualizado [AEC]

De acuerdo a lo señalado por los operadores de salud, les resulta importante considerar el embarazo en función del contexto en el cual se desarrolla el mismo. Con frecuencia, esto influye significativamente en el acompañamiento que se realiza.

‘(...) tratar de (...) entender esas situaciones. No para aceptarlas (...) sino poder entender esas realidades que nos cuesta (...). Es decir, desde ahí poder trabajarlo y no ir en contra de todas esas creencias (...) porque los condicionamientos son fuertes, están arraigadas de generación en generación (...)’ (E8).

‘Una de las cosas que hago es ver cómo está con esta situación de embarazo (...) poder desde la palabra sostener para que pueda pensar lo que le está pasando’ (E4).

Asimismo, se considera que algunos de los programas generados por el sistema nacional de salud parecen no estar aterrizados a la realidad cotidiana donde ellos atienden. En tal sentido, expresaron que las propuestas de intervención deberían emerger desde el territorio e ir hacia las esferas de gestión. En relación a la temática, reiteraron su desacuerdo respecto a las directrices que el MSP adopta al momento de abordar la prevención del embarazo. Las políticas deberían abordar los proyectos de vida de los adolescentes, que en contextos críticos, suelen ser escasos o reducirse a ser padres o madres.

‘creo que esa decisión está teñida por todas estas cosas (...) con que desde la familia no hay apoyo para que el adolescente continúe estudiando (...) que vienen desde generaciones de no estudiar (...) vienen que sus propias mamás fueron adolescentes cuando las tuvieron (...) entonces (...) es complicado (...) es una lógica que uno tiene que respetar’ (E4).

‘Para mí los programas deberían salir del territorio y no tanto de una perspectiva que viene desde arriba (...) creo que en realidad sí hay que hacer políticas para fomentar proyectos de vida en los adolescentes, que en sí muchas veces son muy escasos (...) todo el mundo trata de colocarles un DIU [Dispositivo Intrauterino] para que no queden más embarazadas. Y en realidad hay que contenerlas más, hay que darles más herramientas para la vida’ (E5).

Por otro lado, las condiciones de vida de las adolescentes que se atienden en el centro de salud participante, exigen una atención integral desde el equipo asistencial e intersectorial en términos de red de apoyo comunitario. Si bien se evaluó que ha mejorado el servicio ofrecido por el sistema de salud, se visualizaron

serias carencias en las órbitas de acción de otros efectores estatales, como la educación, la seguridad social y la vivienda. La falta de recursos y respaldos institucionales, así como la poca descentralización de los servicios, repercute en el acompañamiento que se pretende realizar de las adolescentes madres desde el centro de salud.

‘Yo creo que muchos desafíos pasan por lo intersectorial, porque a veces es ahí que encontramos un poco de agujeros en lo que tiene que ver los recursos, y muchas veces te sentís trabajando un poco solo’ (E4).

‘Las situaciones en las que están estas gurisas son tan de riesgo (...) a veces uno siente la necesidad de tener un sostén como más a nivel grupal, porque a veces uno se siente como en la guerra con la cucharita de helado’ (E4).

Abordaje Gubernamental [AG]

Según la información obtenida, la diversidad de factores que suelen intervenir en la concreción de un embarazo en la adolescencia, exige un abordaje intersectorial para encarar las estrategias destinadas a la promoción y la prevención de salud en la adolescencia. No obstante, el diálogo inter-institucional, en este nivel de atención, parece estar ausente en la gestión estatal.

‘el embarazo se produce después de dejar de estudiar es una cosa que ya sabemos hace mucho (...) ¿se trabaja desde la salud o desde la educación? (...) o ¿desde ambos juntos? o ¿desde otras políticas? (...) Si vos me decís las determinantes sociales y culturales (...) ahí somos muchos (...) y no sólo los profesionales de la salud (...) yo el tema lo coloco también fuera del ámbito de la salud (...) hay un ámbito que es social, cultural y educativo que me parece que no mira este tema’ (E9).

Los consultados aludieron a diferentes aspectos vinculados a las falencias que el Estado presenta al momento de abordar el embarazo y la maternidad en la adolescencia. Se señaló la existencia de un doble mensaje asociado a las estrategias instrumentadas para salvaguardar los derechos de las adolescentes que se encuentran en esta situación. En tal sentido, se afirmó que, si bien se brindan una serie de prestaciones a la adolescente embarazada cuando la misma tiene a su hijo, parecería que desaparecen los recursos y alternativas que facilitan la inclusión social de las adolescentes que son madres. En estos casos, describieron situaciones donde la buena voluntad de los adultos que rodean a la adolescente pasa a ser su principal sostén, quedando a la deriva aquellas que no cuentan con este respaldo.

'Hay más foco puesto cuando está embarazada (...) que una vez que ya es mamá, tá! (...) me parece que sería otro desafío (...) creo que a ayudar a esta adolescente a generar otros proyectos de vida más allá de la maternidad. (...) En el plano discursivo es esto de amparar a la madre adolescente, pero en el plano de los hechos, cuando esa mamá tuvo a su hijo, bueno ahora arréglate' (E4).

'Yo tengo adolescentes que iban al liceo con sus hijos, y ahí dependía de la buena voluntad de la adscripta o la directora para que se quedara con el bebé mientras ella entraba a clase. (...) Entonces quedaba sostenido en la buena voluntad del equipo docente o de quien sea' (E4).

Por último, se refirieron a la edad de la adolescente para ser considerada sujeto de derecho de algunas prestaciones, como por ejemplo, acceder a organizaciones que trabajan con madres adolescentes. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la adolescencia se extiende hasta los 19 años de edad, algunos servicios del tercer sector que tienen convenio con el Estado, deben ajustar sus prestaciones a los criterios establecidos por el órgano regulador (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay [INAU]). En tal sentido, para jóvenes de 19 años o más, el panorama de posibilidades se reduce, ya que perciben únicamente las prestaciones que son asignadas a la población en general, como asignación familiar y el apoyo prenatal.

'A veces hay recursos que sabes que hay pero no puedes acceder. Es decir, Casa Lunas trabaja con madres adolescentes, pero hasta dieciocho años de edad (...) y conoces adolescentes de un poco más que no estudian ni trabajan o viven solas y no hay espacios como para poder referir' (E4).

'Se considera adolescente hasta los 19 años de edad. Pasas los 19 años y no recibís nada (...) ' (E5).

Discusión

El embarazo precoz para el sistema de salud uruguayo, de acuerdo a los aportes proporcionados por los operadores de salud participantes, es conceptualizado en términos de problema y riesgo. Esto coincide con los parámetros definidos en el Programa Nacional de Salud Adolescente, en el cual se describe el embarazo como uno de los problemas identificados que limitan al sujeto las oportunidades de vivir plenamente la adolescencia y compromete su desarrollo biopsicosocial (Filgueira et al., 2005; MSP, 2007).

Los motivos explicativos brindados por los consultados son congruentes con la mirada histórica que ha tenido el

fenómeno desde el momento que surgió en la escena política internacional y nacional (Pantelides, 2004; Heino et al., 2007; CEPAL, 2008; Pereira, 2011).

Si bien reconocieron la supremacía del pensamiento médico al momento de su conceptualización, denunciaron también la ausencia de consenso al respecto. Según describieron, en la atención ofrecida a las adolescentes, se estaba brindando mayor importancia a su contexto sociocultural, así como también, a diferentes aspectos de su vida personal y social al momento de valorar el riesgo que representaba su estado de gravidez. En tal sentido, parece ser que una vez que el embarazo se produce, la valoración que suele realizarse del mismo trasciende la situación en términos de problema.

La diversidad de factores involucrados en una situación de embarazo en la adolescencia explicaría la importancia atribuida por los participantes de adoptar un enfoque ecológico-sistémico al momento de entender y acercarse a la usuaria que consulta por tal motivo. Los distintos escenarios que rodean al individuo no sólo presentan una relación de interdependencia, sino que también son fuente generadora de subjetividad social (Saforcada, 2008).

La situación descrita, más allá de parecer común a un sector socioeconómico, es también el resultado o la expresión de patrones culturales transmitidos generacionalmente. En este sentido, los modelos de rol, las creencias y valores, las pautas de conducta que las familias en situación de pobreza tienden a transmitirles a sus hijos, conforman una plataforma que permea el proceso de construcción de sus identidades adultas, incidiendo en sus elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras (Stassen Berger, 2004).

De acuerdo a lo expresado por los operadores de salud, el contexto sociocultural tiende a invadir la consulta e incidir en las prácticas y acciones específicas del encuentro asistencial. Por ello, sus preocupaciones por construir un espacio de contención y apoyo para que las adolescentes puedan vivir sus embarazos y, posteriormente, su maternidad de la mejor manera posible. Es en este espacio virtual, donde interviene la cosmovisión sobre el estado de gravidez, colándose a través del intercambio entre las subjetividades de cada uno. Según señala Saforcada (2008), el riesgo de una concepción intransigente sobre el acontecimiento puede ser perjudicial y operar como barrera psicosociocultural que comprometa el encuentro con la adolescente.

Sería interesante cuestionarse, entonces, si la atención sanitaria descrita por los participantes del estudio podría ser considerada como la antesala del resquebrajamiento de la perspectiva hegemónica sobre el fenómeno. La apertura que parece estar emergiendo desde la práctica

asistencial, al priorizar el contexto sociocultural como marco de significación del embarazo en la adolescencia, podría ser considerado como un antecedente concreto y real que habilite el inicio de un proceso de cambio hacia la construcción de nuevos enfoques en temas de salud.

Por otra parte, la academia también puede estar aportando a este cambio de paradigma. En tal sentido, se pueden identificar una serie de trabajos recientes donde se priorizan los procesos sociales de construcción de la parentalidad adolescente. En ellos se muestra una mirada diferente en torno al fenómeno social, que no contradice, pero permite mejorar y enriquecer la visión vigente (Reis Brandao, 2006; Leiva, 2010; Pereira, 2011).

Ambos elementos, posiblemente puedan llegar a ser promotores de un nuevo ciclo de políticas públicas y programas derivados para su abordaje. La leve ruptura que, aparentemente, se está generando entre los lineamientos conceptuales manejados por el Estado y el encare asistencial que parece concretarse en el territorio, sumado a los aportes proporcionados por la academia en relación a la temática, podrían contribuir a un cambio progresivo en la conceptualización sobre el embarazo en la adolescencia. En tal sentido, esta conceptualización iría en mayor sintonía con el enfoque de derechos frecuentemente aludido en documentos oficiales sobre temas vinculados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes uruguayos (MSP, 2007).

En otro orden, y continuando con las repercusiones de la perspectiva dominante sobre el fenómeno, según las opiniones recabadas, esta ha incidido en los enfoques de intervención asumidos por el área de la salud, de los cuales se han derivado programas que han priorizado la promoción y la prevención. La intencionalidad de las propuestas de salud concebidas desde este enfoque parecen colaborar con la elaboración de proyectos de vida complementarios a la parentalidad temprana durante la transición hacia la adultez, especialmente para determinado sector de la población uruguaya que reúne mayores factores de riesgo (Amorín et al., 2006; Henao et al., 2007; Pantelides & Binstock, 2007; Gerstenblüth et al., 2009). En esta línea se encuentran los programas de educación sexual y reproductiva impartidos en los centros educativos, los materiales informativos que se distribuyen en los centros de salud barrial, la mejora de los canales de acceso a los métodos anticonceptivos, entre otros (Pereira, 2011).

No obstante, y relacionado con este último aspecto implicado en el componente gubernamental, se identificó un reclamo unánime, por parte de los participantes del estudio, sobre el escaso abordaje intersectorial implicado en su tratamiento. Este vacío no

se visualiza únicamente a nivel de las propuestas de prevención del embarazo temprano, sino que también en la ausencia de programas que tiendan a asegurar soportes sociales para quienes se encuentran en esta situación. Esto estaría reflejando no solamente serias carencias a nivel de políticas públicas, sino que además una ausencia de responsabilidad política por parte de las autoridades de turno, lo que vulnera los derechos de un sector de la población nacional.

Por un lado, si bien la perspectiva de riesgo sobre el embarazo en la adolescencia parece ser compartida por las distintas esferas de la acción política, la escasa respuesta emergente de sectores ajenos a la salud denunciada por los consultados hacen cuestionar la relevancia real atribuida al fenómeno social en áreas como la educación, la seguridad social, entre otras. De acuerdo a lo expresado por los operadores de salud, pareciera que se cree erróneamente que la parentalidad temprana es un problema de la salud y, por ende, es competencia de la misma resolverla.

Por otro lado, el bajo desarrollo de propuestas de intervención ajenas al área de la salud se evidencia especialmente en las serias limitaciones que suelen encontrar los operadores de salud al momento de trabajar en el acompañamiento de las usuarias del centro de salud del estudio. Los comentarios realizados al respecto coinciden con la posición de Pereira (2011), quien afirma que la proporción desigual entre los esfuerzos y acciones destinadas a la prevención del embarazo en la adolescencia y aquellos destinados a brindar soporte para quienes ya son padres, define un panorama inequitativo que vulnera los derechos de estos últimos.

Al considerar los antecedentes sobre los enfoques dominantes sobre la parentalidad temprana, se puede encontrar una ponderada mirada biomédica sobre la misma, de la cual se deriva la mayor cantidad de acciones estatales de naturaleza preventiva (Henao et al., 2007; CEPAL, 2008; Pereira, 2011). No obstante, se considera que siendo el Estado el órgano competente para asignar responsabilidades institucionales con la finalidad de garantizar el lugar social del adolescente (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES]- Infamilia, 2009) la explicación encontrada no se considera una excusa que justifique la inacción de otros efectores ministeriales dentro el componente gubernamental sobre el fenómeno en cuestión.

Conclusiones

A partir de los aportes proporcionados por los participantes del estudio respecto al componente gubernamental, se pudo enmarcar y comprender su quehacer profesional en relación a la atención brindada a las adolescentes embarazadas a nivel territorial. Al igual que los restantes componentes definidos por Saforcada (1999, 2008), se evidencia una relación de interdependencia con las demás partes constitutivas del sistema, y por ende, inciden en la dinámica asistencial que se establece con el usuario en el centro de salud.

Lo explicitado hasta el momento da cuenta de la importancia a nivel gubernamental de renunciar a una mirada sesgada sobre el adolescente y sus elecciones de vida. En principio, si se pretende asumir un enfoque de derechos en las políticas públicas y sus respectivos desarrollos programáticos, debería cuestionarse las nociones de partida para definir sus enfoques y planes de acción. Las opiniones recogidas dan cuenta de la importancia de priorizar el contexto sociocultural del sujeto como marco para la atribución de sentido en la relación asistencial. Es desde ahí que se invita a delimitar la orientación del profesional de la salud, alineándola a un enfoque ecológico-sistémico y, por ende, contextualizada a los destinatarios del servicio.

La posición descrita por los consultados coincide con algunas conclusiones de otros estudios nacionales sobre la temática, en los que se explicita el necesario cambio de perspectiva por parte del ministerio al momento de abordar este fenómeno social. En tal sentido, se considera que el enfoque dominante asumido por el Estado sobre el fenómeno de alguna manera vulnera los derechos de quienes viven su embarazo como una pieza fundamental de su proyecto de pareja y personal. Y, en los casos en donde la situación de gravidez no se enmarca dentro de estas circunstancias vitales, se convierte en un promotor de prejuicios y acusaciones sociales por su estado, los cuales generan un aumento de la vulnerabilidad emocional y social de la adolescente.

Asimismo, los adolescentes que se encuentran en esta situación no perdieron sus derechos como tales, por ser madres o padres, con lo cual, la ausencia de redes sociales para que las adolescentes tengan asegurado su derecho a la educación y los apoyos necesarios, para que puedan ejercer el derecho a la crianza de sus hijos con dignidad también interpela necesariamente a las políticas y programas que actualmente se están instrumentando en el países en relación a esta temática (Pereira, 2011).

Este trabajo pretendió sostener una mirada constructiva y reflexiva sobre la conceptualización vigente en el sistema de salud sobre el embarazo en la adolescencia.

Se considera que los aportes brindados por los participantes del estudio, colaboraron con la comprensión de un fenómeno de gran relevancia social, y acercó de manera exploratoria la mirada de algunos agentes de salud sobre la perspectiva dominante sobre el mismo. Se intentó contribuir de este modo, a la diversidad de fuentes informativas que pretenden colaborar con la construcción de políticas públicas y programas derivados para garantizar los derechos de quienes se encuentran en esta situación.

Referencias

- Amorín, D., Carril, E. & Varela, C. (2006). Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medio de Montevideo. En A. López Gómez (Coord.), *Proyecto género y generaciones: Reproducción biológica y social de la población uruguaya* (pp. 125-246). Uruguay: Trilce.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3a Edición). Madrid: Akal.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/pse_2006.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34372/Juventud_Cohesion_Social_CEPAL_OIJ.pdf
- Gerstenblüth, M., Ferre, Z., Rossi, M. & Triunfo, P. (2009). *Impacto de la maternidad adolescente en los logros educativos* (Documentos N° 05/09). Montevideo: Departamento de Economía, Universidad de la República. Disponible en <http://decon.edu.uy/publica/2009/0509.pdf>
- Filgueira, F., Kaztman, R. & Rodríguez, F. (2005). Las claves generacionales de la integración y exclusión social: Adolescencia y juventud en Uruguay y Chile en los albores del siglo XXI. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay. Disponible en http://www.ucu.edu.uy/Facultades/CienciasHumanas/IPES/pdf/Laboratorio/EC_Numero%202.pdf
- Henao, J., González, C. & Trujillo, E. (2007). Fecundidad adolescente, género y desarrollo. *Revista Territorios*, 16(17), 47-70. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/357/35701704.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4a Edición). México D. F.: McGrawHill.
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Encuesta continua de hogares. Principales resultados*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística.

- Disponible en http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados_%202009_Totalv12.pdf
- Leiva, L. (2010). *Maternidad y proceso de configuración identitaria en mujeres que fueron madres en la adolescencia: Una aproximación desde el enfoque biográfico* (Tesis doctoral). Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Miles, M. & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis* (2a Edición). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministerio de Desarrollo Social - Infamilia. (2009). *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. Segundo Informe*. Disponible en http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/9798/1/ena_j_segundo_informe_cap1y2.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Disponible en http://www.femi.com.uy/archivos_v/saludadol.pdf
- Pantelides, E. (2004). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lc_g2229-p1.pdf
- Pantelides, E. & Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 24-43. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20fecundidad%20adolescente%20en%20la%20Argentina%20al%20comienzo%20del%20Siglo%20XXI.pdf>
- Pereira, J. (2011). Protección de derechos y acciones de advocacy en el trabajo con padres y madres adolescentes. En G. Corbo & C. Guida (Coord.), *Maternidad y paternidad en la adolescencia. Problema: ¿Para quién? Desafíos de las políticas públicas* (pp. 99 - 119). Montevideo: PNUD/MIDES-INFAMILIA.
- Reis Brandao, E. (2006). Gravidez na adolescência: Um balanço bibliográfico. En M. L. Heilborn, E. Aquino, M. Bozon, & M. R. Knauth (Coord.), *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetória sociais de jovens brasileiros* (pp. 63 - 94). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2008). Perspectiva ecológico-sistémica de la salud. En E. Saforcada & J. Castellá (Comp.), *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria* (pp. 49 - 74). Buenos Aires: Paidós.
- Setaro, M. & Koolhaas, M. (2008). *Políticas de salud*. Montevideo: Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia [ENIA].
- Stassen Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia* (6ta Edición) Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Varela, C. (2007). Evaluación y discusión de un conjunto de medidas educativas, laborales y fiscales que busquen disminuir las contradicciones entre maternidad deseada y desarrollo integral de la mujer. En J. Calvo & P. Mieres (Eds.), *Nacer, crecer y envejecer en Uruguay: Propuestas concretas de políticas de población* (pp. 31-44). Disponible en http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/47_file1.pdf
- Varela, C. & Fostik, A. (2011). Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿Transición anticipada y precaria adultez? *Revista Latinoamericana de Población*, 8, 115-140. Disponible en http://www.alapop.org/2009/revista/articulos/relap_8_05varelapetito.pdf