

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Mujeres, jóvenes y madres:
la atención en salud prenatal y parto percibida por
adolescentes de sectores pobres de Montevideo

Margareth Rocha Prociúncula
Tutora: Natalia Magnone

2015

Contenido

Agradecimientos.....	01
Resumen.....	02
Introducción y metodología.....	03
Capítulo 1 ‘La organización Casa Lunas’	05
Capítulo 2 ‘Conceptualizaciones entorno a la adolescencia, maternidad adolescente, clase social y género’	
2.1 La adolescencia como punto de partida.....	08
2.2 La adolescencia y el embarazo	11
2.3 Adolescencia y maternidad desde la perspectiva de género.....	15
Capítulo 3 ‘El mandato del control médico impuesto sobre los cuerpos de las mujeres – madres – adolescentes’	
3.1 La constitución del control médico sobre los cuerpos.....	18
3.2 El poder simbólico que sostiene el campo médico.....	21
3.3 Las gestantes y madres adolescentes en relación con las instituciones de salud.....	23
Capítulo 4 ‘Las experiencias de las adolescentes en las consultas prenatales y en la atención del parto’	
4.1 Ingresando a Casa Lunas.....	27
4.2 Cuadro: Caracterización de las entrevistadas.....	28
4.3 Coordinación de consultas prenatales y manejo del tiempo.....	30
4.4 Vivencias de la relación médico / paciente en las consultas prenatales.....	33
4.5 Vivencias del parto.....	37
4.6 Derechos no ejercidos.....	43
Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	50
Anexos.....	53

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, quienes me enseñaron desde pequeña a ir tras mis sueños. A ellos les dedico todos mis logros, cada paso que he dado ha sido con ellos a mi lado y mis victorias son sus victorias. Les agradezco por el apoyo incondicional, la dedicación, el amor que siempre me han brindado y principalmente por nunca haber cortado mis alas.

A mis amistades, familiares y a todas aquellas personas especiales que han recorrido, de una forma u otra, este hermoso camino junto a mí. Gracias por las palabras de aliento, por los consejos dados con el corazón, principalmente por acompañarme con constancia y firmeza, sin soltarme la mano.

A todos los docentes que supieron educarme con un entusiasmo sin igual, y principalmente a mi tutora, quien hace años me acompaña, permitiéndome crecer, personal y profesionalmente, siendo fiel a mí misma, descubriéndome y encontrándome en cada paso dado.

¡Qué travesía más hermosa ha sido esta!

Gracias por tanto

Resumen

El presente trabajo fue elaborado en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República, respondiendo a la exigencia curricular para dar por finalizada dicha carrera. Se centra en la percepción de las adolescentes madres de los sectores pobres de Montevideo ante la atención recibida por parte de los trabajadores de la salud en las consultas prenatales y en el parto.

Para el desarrollo del estudio se realizó, en una primera instancia, un análisis y reflexión bibliográfica exponiendo teóricamente diversas categorías claves que permiten comprender las distintas dimensiones que abarcan el tema desplegado.

Luego, a modo de reconocer cómo las jóvenes perciben el trato de los trabajadores de la salud, se apuntó a una sistematización de experiencias realizando entrevistas semiestructuradas a adolescentes madres concurrentes al Centro Casa Lunas.

Se consiguió entrever como la atención del personal médico resultó para la gran mayoría de las jóvenes una experiencia desfavorable, vivenciando situaciones violentas tanto en los controles de sus embarazos como en el parto; en éste último se exteriorizaron situaciones muy severas de violencia obstétrica que dejan al descubierto la desvalorización de las mujeres al momento de parir. Se manipularon sus cuerpos conforme los mandatos de la ciencia y de las instituciones donde se atendieron.

Desde una óptica intervencionista los profesionales tornan justificable el desarrollo de esa suerte de poder obstétrico que se encuadra, en consecuencia, como una forma de poder disciplinario.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, Maternidad, Calidad de Atención Prenatal, Parto.

Introducción y metodología

El presente trabajo constituye la tesis final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El mismo parte de intereses e inquietudes personales descubiertos durante los procesos de aprendizaje de la carrera.

La temática de análisis elegida para la realización de esta monografía surge al visualizar el comportamiento reproductivo de la sociedad uruguaya en los últimos tiempos, donde la maternidad adolescente ha marcado su protagonismo; sobre todo en los sectores más vulnerables.

El aumento de la natalidad en la adolescencia y la importancia que representa el advenimiento de un hijo llevan a que se tenga como eje vertebral las vivencias de las madres jóvenes de la capital del país.

La forma en que nuestra sociedad concibe a la maternidad está ineludiblemente ligada a los cuerpos de las mujeres, atribuyéndoles una serie de imágenes deterministas sobre una supuesta condición femenina considerada como central y legitimante.

Como resultado de un mandato imperativo -‘ser madre’- suprime una serie de derechos, desplazando a las mujeres a un lugar de espectadoras de los procesos que sobrevienen en sus propios cuerpos.

Es así que se planteó como objetivo general estudiar la percepción de la atención en salud prenatal y parto de las adolescentes de sectores empobrecidos de Montevideo.

Para el desarrollo del presente se comenzó por una revisión y un análisis bibliográfico de categorías claves que comprenden distintas dimensiones del tema a estudiar.

A partir de ello, a modo de comenzar a explorar las vivencias de las jóvenes madres adentro de los centros de salud, se elaboró una pauta de entrevistas semiestructuradas. Se optó por desplegar las mismas en el centro de atención a adolescentes embarazadas y madres recientes ‘Casa Lunas’.

Fundamentalmente dos razones motivaron esa elección, el trabajo que realizan los profesionales de la organización con las jóvenes (talleres de pre parto, acompañamiento de

gestaciones) y que ésta es un punto de referencia para muchas adolescentes de barrios vulnerables de Montevideo.

Sus vivencias fueron codificadas en función a la calidad de atención en controles de embarazo (coordinación de consultas, espera previa a la atención, tiempo dentro de consultas, etc.) y a la calidad de atención en el parto (información brindada, violencia recibida y/o percibida).

De esta manera en el *capítulo 1* se aprecia una breve presentación de Casa Lunas, éste fue elaborado desde la óptica de la Coordinadora de dicha institución¹.

En el *capítulo 2* se realiza un análisis de diversas perspectivas teóricas que hacen las dimensiones del tema a estudiar, el mismo está dividido en tres puntos: *la adolescencia como punto de partida, la adolescencia y el embarazo, y adolescencia y maternidad desde la perspectiva de género*.

Luego en el *capítulo 3* se profundiza en el mandato del control médico impuesto sobre los cuerpos de las mujeres, jóvenes y madres; para finalmente en el *capítulo 4* apreciar las experiencias de las adolescentes en las consultas prenatales y en la atención del parto.

Cerrando el trabajo se desarrollan *conclusiones* que resultan de lo analizado en los puntos anteriores y de la realidad vivida por las jóvenes entrevistadas².

¹ Entrevista realizada a la Licenciada Fabiana Barrios, coordinadora de la institución.

² En anexos se incluyen las entrevistas realizadas a las jóvenes y a la coordinadora del Centro.

Capítulo I: *La organización Casa Lunas*

Para responder a la interrogante de cómo las jóvenes madres de sectores empobrecidos de Montevideo perciben la atención en salud prenatal y parto, tomamos las vivencias de las adolescentes que concurren al Centro Casa Lunas.

Ésta es una organización especializada de atención a adolescentes embarazadas y madres recientes, ubicada en el barrio Jardines del Hipódromo, en la calle Boulevard Aparicio Saravia 3183, en el departamento de Montevideo.

Comenzó a funcionar en el año 2000 respaldada por la Sociedad San Francisco de Sale³, en el 2001 se concretó como una organización no gubernamental con personería jurídica aprobada ante el Ministerio de Educación y Cultura, para luego en el año 2004 firmar convenio con el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.

El Centro recibe a jóvenes de toda la ciudad y de alrededores de Canelones, no posee una restricción en cuanto a la zona de residencia. La mayoría de las adolescentes que allí concurren provienen de barrios con gran vulnerabilidad socioeconómica (como ser Casavalle, Borro, Piedras Blancas, Punta de Rieles, etc.).

Actualmente tienen inscriptas en padrón a veinticinco adolescentes, diariamente asisten en promedio diez de éstas jóvenes.

Las mismas se vinculan con la institución por medio de derivaciones realizadas por programas asistenciales (Uruguay Crece Contigo, Cercanías y Jóvenes en Red) y por policlínicas barriales (donde concurren a controles prenatales y pediátricos), por personas de su entorno que han asistido al Centro y por coordinaciones con escuelas y liceos.

Por su parte, se desvinculan al cumplir los 18 años de edad (siempre y cuando hayan cumplido con los objetivos de la institución), o se desligan voluntariamente, ya sea por arreglos de pareja, mudanza, desinterés y/o cuestiones personales.

La coordinadora de Casa Lunas, Fabiana Barrios (Licenciada en Sociología y Técnica en Educación Inicial) explica que: *“La idea de Casa Lunas es acompañarlas -a*

³ Organización internacional religiosa católica, reconocida por la ayuda brindada a causas de carácter social, principalmente destinada a jóvenes.

las adolescentes- durante el embarazo, aunque hay algunas muchachas que ya vienen con el niño nacido, y acompañarlas en la crianza de ese niño, y un poco más”.

Para esto cuentan con un equipo multidisciplinario, compuesto por dos Educadoras de Inicial y una Psicomotricista (quienes trabajan con los niños y niñas), una Abogada (encargada de asuntos legales de las jóvenes y de asesorar al equipo técnico), una Trabajadora Social, dos Psicólogas, dos Maestras (una contratada por la institución y otra de educación de adultos perteneciente a primaria), un Educador, una Coordinadora, una Sub Coordinadora, Auxiliar de Cocina, Auxiliar de Limpieza y una Administrativa.

Casa Lunas procura brindarles a las jóvenes una guía ante lo qué es la maternidad, en palabras de la coordinadora (...) *“ayudarlas a afrontar la llegada de una nueva vida, la acompañamos en el embarazo y las guiamos en cuanto a sus derechos”*, cuentan para ello con dos Doulas que *“las van guiando en lo que son informaciones sobre cómo manejarse, en sus derechos, son un sostén emocional durante todo el proceso de embarazo, controles y parto”*.

Una Doula es una persona capacitada para *“(...) acompañar a la mujer en el proceso del parto ofreciendo apoyo físico y sugiriendo medidas de comodidad a la mujer y a su acompañante. Las Doulas no realizan ninguna tarea clínica ni médica (no indican tratamientos, ni realizan tactos vaginales, ni auscultan latidos fetales, ni asisten partos, etc.) y toda sugerencia o información debe ser ofrecida con la indicación de que la mujer en proceso de parto lo ratifique con su proveedor de salud (médico/obstetra partera)”* (Ministerio de Salud Pública 2008:11).

La institución posee una función primordial, en las palabras de Fabiana (...) *“tratamos de ver sus proyectos, a veces por sus condiciones de vida les cuesta visualizarse más allá de lo que es ser madre, en el proceso vamos trabajando a fin de ayudarlas a proyectarse más allá. Es decir, vinculadas a sí mismas, completar estudios (...), hábitos de trabajo. A veces las ayudamos a insertarse en algunos trabajos puntuales, así como talleres específicos sobre búsqueda laboral y lugares específicos donde hay un tipo de acuerdo y tenemos chance de que puedan acceder a un puesto de trabajo ahí. En la zona las insertamos en lo que son proyectos educativos laborales”*.

Les permiten visualizarse como sujetas capaces de definir su propio camino, para lo cual realizan talleres denominados “*emprendimiento*”, en donde trabajan sobre el hábito laboral y el compromiso de trabajo, cumpliendo un horario y realizando diversas tareas (como confección de ropas, acolchados, manualidades, etc.). Casa Lunas lo visualiza a éste como “*un ensayo para el mundo laboral*”.

Las puertas del Centro están abiertas de lunes a viernes de 12 a 18 horas (horario de asistencia habitual), y las mañanas de los días martes y viernes (días que se desarrollan los talleres de emprendimiento).

Las adolescentes que transitan por la organización mencionan, con gran entusiasmo, la posibilidad que allí se les brinda de culminar sus estudios y de desarrollarse laboralmente. Significan su pasaje por el Centro como una experiencia atractiva y enriquecedora.

Capítulo II: Conceptualizaciones entorno a la adolescencia, maternidad adolescente, clase social y género

En este segundo capítulo se ha apuntado a desarrollar un marco conceptual que articula, en sus múltiples puntos, distintas conceptualizaciones. *“Partimos de la base de que los humanos son seres que incardinan la experiencia de sí mismos en una red de construcciones culturales que los convierten a la vez en productores y en productos sociohistóricos. De este modo, cuando hacemos uso de esas categorías atendemos a un concepto que no pretende, solamente, clasificar a la población con fines descriptivos, sino analíticos”* (Lozano 2001:36).

2.1 La adolescencia cómo punto de partida

Concebir a la adolescencia desde un enfoque teórico implica enfrentar la complejidad devenida de las distintas significaciones que la misma ha adquirido en el tiempo.

Amorin et al. (2006) brindan una visión a largo plazo de lo que fue la evolución de esta categoría, planteando que a mediados de siglo XIX y a comienzos del XX en los países desarrollados se fue instaurando la noción de la existencia de un *“grupo poblacional etario que requería de un lapso prolongado de preparación y formación, que le habilitara para la posterior asunción de los roles adultos, culturalmente definidos”* (Amorin et al. 2006:135). Al igual, creen importante señalar que desde la salida de la Edad Media en adelante se tendió a afianzar las categorías de infancia y niñez, y posteriormente de la adolescencia. *“A título de mojón histórico-cronológico, merece ser mencionado el año 1762, con la publicación del célebre texto El Emilio de J. J. Rousseau, considerado el iniciador de la moderna noción de adolescencia. La construcción de esta noción estuvo pautada por la diferencia entre los sexos y por la pertenencia de clase, ya que fueron los varones de la burguesía y la aristocracia quienes primero fueron considerados dentro de esta nueva categoría del desarrollo”* (Amorin et al. 2006:136).

Es en el siglo XX que se fueron transformando paulatinamente los límites cronológicos de la adolescencia. Volviendo a lo desarrollado por Amorin et al. (2006), en la primera mitad de ese siglo la infancia finalizaba entre los 15 y 16 años, dando entrada allí a la

adolescencia, que finalizaría entre los 21 y 23 años de edad. Ya en la segunda mitad de siglo la infancia alcanzaría hasta los 8 y 9 años, y la adolescencia por su parte supone prácticamente hasta la segunda y tercera décadas de la vida. *“El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes (in)cómodamente instalados allí desde los 8 - 9 años”* (Amorin et al. 2006:136).

Lo que debemos de tener en cuenta es que, *“es innegable que la adolescencia es resultado de un proceso social e histórico (...) en el que los grupos sociales han elaborado significaciones y caracterizaciones para organizar la realidad social, en la actualidad se observa un esfuerzo considerable por diferenciar el rango etario de la niñez, la adolescencia y la juventud”* (Llanes 2012:247). La Organización Mundial de la Salud establece *“para la adolescencia el período que va desde los 10 a los 19 años de edad, basándose fundamentalmente en un principio que prioriza la maduración y madurez sexual y reproductiva”* (Amorin et al 2006:139). Diferentes autores por su parte se limitan a afirmar que ésta es una etapa comprendida entre la niñez y la adultez, sin embargo, no se la puede definir en esta suerte de simplificación del pasaje de la infancia a la vida adulta.

El inicio y la finalización de ésta se ve sujeto a distintos procesos fisiológicos (funcionales y orgánicos de los cuerpos), psicológicos y además simbólicos (a nivel personal, social y cultural).

Quiroga, S. (1997) comprende a *“la adolescencia como un momento evolutivo específico del ciclo vital, (...) como un conjunto de psico-socio-dinamismos de elevada complejidad que podría diagramarse de la siguiente forma:*

- *Adolescencia temprana (8-9 a 15 años): Mayoritariamente influida por factores biológicos.*
 - *8-9 a 10-11 años. Pre-pubertad. Pubescencia.*
 - *10-11 a 13-14 años. Pubertad.*
 - *13-14 a 15 años. Adolescencia temprana propiamente dicha.*
- *Adolescencia media (15 a 18 años): Mayor incidencia de los conflictos psicológicos.*

- *La pérdida de la identidad y el rol infantil, en vías de tramitación desde el período temprano, son el eje alrededor del cual se organizan las vicisitudes que transitan los adolescentes.*
 - *Se transforman las modalidades de relación con el otro sexo (intimidad, sexualidad, pareja, estereotipos de género, etcétera) y se observa en general una tendencia a las actuaciones (pasaje al acto).*
- *Adolescencia tardía (18 a 28 años): Mayor incidencia de las condiciones socioculturales. A su vez, cada uno de estos conglomerados evolutivos se ven enriquecidos por subdivisiones que dan cuenta de especificidades (Quiroga, S. 1997, citado por Amorin et al. 2006:139,140).*

Es importante señalar que la adolescencia no es algo dado e inmutable, ya que va a resultar de las dinámicas psicosociales de cada persona y de cada cultura, del sujeto y de la sociedad, dependiendo entrañablemente de las individualidades y del entorno.

El origen de la adolescencia, así como su conceptualización, está también relacionado directamente con el entramado socioeconómico. *“No es posible hablar de los adolescentes como si se tratara de un colectivo homogéneo, aun cuando tengan rasgos que los asemejan”*. No hay un prototipo de adolescente *“sino jóvenes que están determinados por su clase social, la historia de sus orígenes y aquella de sus padres, su género y la urdimbre relacional en la que desarrollan sus vidas”* (Amorin et al. 2006:178).

Los procesos evolutivos que sostienen los niños, niñas, adolescentes y adultos de los distintos sectores socioeconómicos se contrastan, hay una diferencia respecto a la realidad cotidiana, las posibilidades, derechos y obligaciones de los sujetos y sujetas. Esto impacta en lo que es la condición misma de la subjetividad adolescente, en la forma de asimilar y caracterizar la entrada (y salida) a esta categoría. *“Vemos por ende al descubierto la existencia de una enorme inequidad dentro del universo infantil, adolescente y juvenil, respecto de las posibilidades de acceder a ejercer los derechos humanos en general, y los derechos sexuales y derechos reproductivos en particular”* (Amorin et al. 2006:138).

Existe, en base a lo desarrollado, dificultad a la hora de marcar el inicio y el fin de la adolescencia, esto depende de diversos factores tanto internos como externos al

individuo. Sin embargo, en la transición a la adultez se evidencian algunos eventos que van generando pautas para ese pasaje, constituyendo un camino que irá afianzando en los adolescentes los roles adultos socialmente constituidos. *“Los eventos que pautan la transición a la edad adulta característicos del dominio público son la salida del sistema educativo y el ingreso al mercado de empleo, en tanto del dominio privado son la salida del hogar de origen, la formación de pareja y el nacimiento del primer hijo”* (Settersen et al. 2005, citado por Varela, Fosik y Fernández 2012:07).

2.2 La adolescencia y el embarazo

Un hecho que indudablemente marca este pasaje a la adultez, al que hemos referido en el punto anterior, es el inicio de la vida reproductiva: la maternidad en el caso de las mujeres y la paternidad en el caso de los hombres. Estos constituyen *“uno de los eventos claves que pauta el tránsito de los jóvenes a la vida adulta. La llegada del primer hijo cambia sustancialmente la vida de las personas y es considerado el evento que definitivamente incorpora a las personas a la adultez”*. Es inevitable la apropiación de nuevos roles y responsabilidades que emergen de ese acontecimiento clave.

La maternidad en la adolescencia genera un gran impacto en lo que es el ingreso a la vida adulta, es muy compleja de comprender ya que *“diversos factores intervienen: la educación, los contextos culturales en los que se conforma la ideología de género y los estereotipos de ‘lo femenino’ y lo ‘masculino’, la imagen de la maternidad y de la sexualidad transmitidas por la familia y por la sociedad, el estrato social al que pertenecen la y el adolescente, las transformaciones en el ejercicio de la sexualidad, los cambios en la composición y organización interna de la familia”*. Desde esa óptica las madres adolescentes son consideradas parte de un sistema de relaciones, familiares y sociales, donde los comportamientos y motivaciones individuales (ideas, imágenes, valoraciones y proyectos personales) cobran sentido (Varela 2005:12).

El comportamiento reproductivo de las mujeres uruguayas está *“marcado por una serie de contrastes y brechas: coexiste un nivel de reproducción considerado bajo y una leve postergación en el calendario reproductivo, con tasas aún elevadas de reproducción*

adolescente y altos niveles de fecundidad en los sectores pobres y menos educados” (Varela et al. 2008, citado por Varela, Fosik y Fernández 2012:10).

Para evidenciar claramente a la maternidad adolescente habremos de partir desde de la noción de fecundidad y de su evolución en el Uruguay. La fecundidad es la capacidad que posee una mujer de producir un nacimiento (la misma puede determinar cambios en el tamaño y en la estructura de una población).

Tanto la fecundidad como la natalidad han tendido a descender desde principio del siglo XX, denotando el inicio (temprano) de la Primera Transición Demográfica⁴. Pellegrino (2010) expresa que este fenómeno comienza en nuestro país a fines de siglo XIX *“de manera temprana, en comparación con los países no industrializados, (...) comenzaron a manifestarse en Uruguay las transformaciones asociadas a la transición demográfica. Con la excepción de Argentina, ningún país de América Latina comenzó a manifestar estos cambios antes de 1930”* (Pellegrino 2010:34).

Este descenso de la fecundidad, producto de una suma de factores⁵ que vienen arraigados a la transición demográfica, tuvo como consecuencia el enlentecimiento del crecimiento de la población en lo que fue el transcurso de siglo XX.

Progresivamente la sociedad uruguaya fue transitando por cambios propios de la modernidad (principalmente devenidos de la economía), en donde se fueron generando paulatinamente transformaciones vinculadas a procesos de individualización. Se impulsó la realización personal y la singularidad individual, liberando a las mujeres y colocándolas como las protagonistas de su búsqueda de la emancipación y autonomía, pasando a ocupar un lugar esencial en el desarrollo del país.

Podemos hablar aquí de una segunda transición demográfica, *“cuya singularidad es presentar cifras de fecundidad que están por debajo del nivel de reemplazo, es decir, no*

⁴ La transición demográfica es un proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación de equilibrio, consecuencia de una mortalidad y natalidad altas a otra situación de equilibrio, con mortalidad y natalidad baja. En ambos casos, tiene lugar un crecimiento bajo o nulo de la población. (Pellegrino 2010:16).

⁵ Pellegrino (2010) lo explica como *“un comportamiento reproductivo de tipo moderno (...), una mentalidad propia de una sociedad industrial moderna accidental”*, en donde prima la búsqueda de los sujetos para lograr un equilibrio en lo que refiere al núcleo familiar, reduciendo así el número de hijos (esto debido al costo que genera cada uno), se buscaba el desarrollo económico de la familia. Existiendo así una suerte de *“sistemas de valores propios de las sociedades industrializadas”* (Pellegrino 2010:36).

nacen suficientes mujeres como para reemplazar a aquellas que culminan su edad reproductiva o mueren". Advertimos en nuestra sociedad un *"conjunto de cambios que experimentó la familia occidental desde mediados de la década de los sesenta"* (Pellegrino 2010:16).

La fecundidad adolescente se ha comenzado a estudiar con mayor profundidad a partir de la segunda mitad de siglo XX, desde ese momento hasta *"la actualidad ha tenido un comportamiento oscilante, con períodos claramente al alza y otros a la baja. Si bien el fenómeno no era nuevo, recién en 1996 cobra relevancia en la escena social y política del país"* (Varela y Fosik 2010:07).

En el período que va de 1963 a 1996 sobresale el aumento de la fecundidad entre los 15 a los 19 años, se incrementó de 53 a 71 nacimientos por cada mil mujeres, la tasa de fecundidad adolescente se eleva en un 33%. *"Alcanzó su punto más elevado en el año 1996-1997 (72 nacimientos cada mil adolescentes), para comenzar su descenso en los años siguientes, con oscilaciones, hasta situarse en el nivel actual de 60 nacimientos cada mil adolescentes"* (Varela et al. 2014:10). Si bien ha disminuido a fines de siglo XX y principios de siglo XXI, todavía muestra valores altos.

Es importante mencionar que *"parece existir una resistencia a la baja a partir de la alta fecundidad de los estratos más desaventajados de la población: las jóvenes con menos años de educación y las que viven en hogares con condiciones de carencias críticas son madres en edades más tempranas"* (Varela et al. 2014:18). Esto a raíz de que existe una relación entre maternidad adolescente, nivel educativo, condición de pobreza y cantidad de hijos.

Como explica Varela et al. (2014), lo que sucede es que *"la vida de las personas, incluida su vida reproductiva, está expuesta a distintos estímulos y experiencias a partir de la estructuración social"*. El comportamiento va a depender de las normas y valores que se hayan adquirido de su entorno y de las experiencias que posea cada adolescente.

Los datos que resultan del procesamiento de los Censos 2011 exponen como la fecundidad adolescente en Montevideo se presenta de manera heterogénea, *"(...) muestran la variación a nivel de barrios, como ya ocurría en 1996. En algunos son cercanos a cero*

(Carrasco, Pocitos, Punta Gorda y Punta Carretas), mientras en otros se observan porcentajes muy altos. Los valores llegan hasta 17% en Casavalle y 14% en Manga y Toledo Chico.

En los barrios periféricos de la ciudad se concentran los mayores porcentajes de madres jóvenes, mientras que en los barrios ubicados en la costa de la capital los porcentajes de madres adolescentes son muy bajos; la diferencia remite a que en los primeros se encuentran hogares con bajos recursos y en los últimos los niveles de vida son mejores. Las diferentes variables socioeconómicas promueven en gran medida la heterogeneidad territorial (Varela et al. 2014:24).

Los factores que facilitan el embarazo adolescente pueden ser varios, como *“el contexto social, económico y cultural, las relaciones entre los géneros basadas en el desequilibrio de poder, el nivel educativo, sus historias de vida, la existencia o ausencia de un sostén familiar que brinde el marco seguro para un adecuado desarrollo intelectual y afectivo entre otros”* (Amorin et al. 2006:178).

Varela, Fosik y Fernández (2012) evidenciaron que las jóvenes con un modelo más *“tardío de la transición al primer hijo, se socializaron en un contexto cuyas madres cuentan con un nivel educativo alto, acceden a niveles educativos terciarios y viven en la capital. En cuanto a aquellas con un modelo “de transición al primer hijo temprano, los roles tradicionales de género estarían más presentes, además, emanciparse del hogar de origen y haber salido del sistema educativo aumentan la probabilidad de tener el primer hijo”* (Varela, Fosik y Fernández 2012:21).

Lo trascendental en el trabajo desarrollado es que las adolescentes son quienes le atribuyen significado a sus experiencias, *“(…) las madres adolescentes son percibidas como sujetas que construyen significados y que, a pesar de los constreñimientos sociales y económicos, son capaces de tomar decisiones, construir, negociar y reconfigurar nuevas identidades como madres y adolescentes a lo largo de su trayectoria de vida”* (Llanes, 2012:240).

2.3 Adolescencia y maternidad desde la perspectiva de género

Como ya lo hemos señalado, la adolescencia y la maternidad son construcciones sociales que han adquirido con el pasaje del tiempo distintas significaciones y connotaciones. Joan Scott (1996) expresa que las palabras, así como las ideas y las cosas están destinadas a significar, por lo cual, se comenzó a emplear el término “género” para poder hacer mención a la organización social de las relaciones entre sexos.

El género resulta de distintas construcciones sociales y culturales que se desarrollan en la cotidianidad de los individuos, siguiendo una serie de pautas y expectativas en lo que refiere al papel que se espera desarrollen los hombres y las mujeres en base a su sexo. *“Al hablar de mujeres y hombres como sujetos sexuados y sujetos genéricos aludimos a las posiciones sociales que se espera que asuman los individuos conforme a la organización simbólica de la sexualidad y la reproducción”* (Lozano 2001:36). Así pues, el género es *“un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y (...) una forma primaria de relaciones significantes de poder”* (Scott 1996:23).

Este es por tanto un *“conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Por esta clasificación cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales, y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología, y afectividad. La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano”* (Lamas 2000:03).

El ser mujer o varón estará cargado de diversos significados mediante los cuales se desarrollan las relaciones con el entorno; se construye la percepción respecto a sí mismo de forma tal que se comprenda dentro de las expresiones culturales de género, *“(...) se reproduce la idea de que las mujeres son el género femenino. Cuando se produce esta identificación se acaba por ontologizar las diferencias adscritas por producción cultural al cuerpo femenino y se vuelve homogénea la auto comprensión de las experiencias vitales entorno a la construcción cultural del sexo”* (Lozano 2001:36).

Marta Lamas (2000) explica que en cada cultura se le otorga distintos significados a los cuerpos de las mujeres y de los varones, creando un imaginario de lo que se supone es la masculinidad y la feminidad, siendo estos un resultado de lo producido a lo largo de la historia por dicha cultura. *“El género produce un imaginario social con una eficacia simbólica contundente y, da lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad, es usado para justificar la discriminación por sexo (sexismo) (...) mujeres y hombres por igual son soportes de un sistema de reglamentaciones prohibiciones y opresiones recíprocas”* (Lamas 2000:04).

A lo largo de la historia se han asociado a las mujeres a la idea de qué, por el hecho biológico de ser mujer y de poder concebir un embarazo, han de ser madres. También se les ha conferido el cuidado de los hijos y de la familia, así como de otras personas (con capacidades limitadas, adultos mayores) y todo aquello referente al ámbito doméstico. *“La vida cotidiana de las adolescentes de sectores sociales bajos, transcurre por lo general, en el ámbito doméstico (...) cocinan, limpian la casa y cuidan de los hermanos menores. De esta manera el ejercicio del rol tradicionalmente adscrito a la mujer, refuerza las representaciones de género recibidas durante su infancia y va conformando su subjetividad femenina, que tendrá como eje las funciones maternas. Cuidar de los otros, será entonces un ideal que comandará sus acciones y teñirá su vida de relaciones, y que no deja margen al cuestionamiento o la rebeldía”* (Amorin et al. 2006:164). Se otorgan roles femeninos contruidos, transmitidos y aceptados históricamente, ligados a la procreación y a las tareas domésticas que, consecuentemente, dan lugar a diferencias de género, colocando a hombres y a mujeres en situaciones asimétricas de poder.

Amorin et al. (2006) expresan que *“el deseo del hijo no surge de una supuesta esencia femenina, sino que es el resultado de un recorrido complejo que comienza en la infancia y está relacionado con el desarrollo psicosexual de la niña o el niño y determinado por procesos identificadorios con ambos padres y que incluyen las identificaciones de género”* (Amorin et al. 2005:151).

Por consiguiente, existe en el imaginario social la proposición de la maternidad como algo propiamente de la mujer, atribuido por el cuerpo biológico femenino, convirtiéndola así en

algo legitimador. *“La maternidad como un instrumento de dominación masculina es un argumento recurrente (...), una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico, (...) dicha toma de poder, pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad y la represión de la sexualidad femenina”* (Lozano 2001:93).

Vislumbramos identidades basadas en estereotipos de género, que marcan lo “apropiado” para las mujeres y para los hombres, consolidando desigualdades y marcando exigencias y prohibiciones para uno y para otro. Varela y Fosik (2010) plantean que las desigualdades sociales y de género condicionan las trayectorias de vida de las personas y la construcción de sus proyectos vitales. *“En algunos casos, las mujeres logran desarrollar un proyecto de vida centrado en la formación e inserción en el mercado de empleo, (...) en el cual la maternidad no es el centro de la vida. Estas jóvenes en general logran separar la sexualidad de la reproducción. En otros sectores, donde el peso de las desigualdades de género suele ser más notorio y las privaciones de bienestar social son importantes, la maternidad es el centro de la vida de las mujeres y el inicio de la reproducción se produce de manera frecuente a edades adolescente”* (Varela y Fosik 2010:06).

Las jóvenes pertenecientes a estratos socioeconómicos vulnerables están sujetas a una triple desigualdad *“por ser mujeres, adolescentes y pobres”* (Varela y Fosik 2010:06), a esto le sumariamos una cuarta, el ser madres.

Por su parte, los patrones institucionalizados de valor cultural devalúan a *“todo lo codificado como ‘femenino’*. Esto está muy arraigado en las prácticas profesionales, como lo es en la medicina.” (Fraser 2008:93).

Capítulo III: *El mandato del control médico impuesto sobre los cuerpos de las mujeres – madres – adolescentes*

3.1 La constitución del control médico sobre los cuerpos

El campo médico está “constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasaran a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; y, desde luego, por los y las usuarias de dichos servicios” (Castro 2010:57).

Tanto en la esfera científica como en la social y política se han reorganizado, desde mediados de siglo XVIII, concepciones hegemónicas sobre la salud.

Este hecho también se vio condicionado por la temprana transición demográfica, lo que “incidió en la necesidad de construir nuevos discursos científicos y una ‘nueva medicina, que capitalizó y reafirmó’ su poder territorializando el saber acerca de la salud y el cuerpo. Campo de la salud = campo médico, es una equivalencia de alta eficacia simbólica, en tanto subordina a otras disciplinas vinculadas al campo de la salud, al dominio de la Medicina. Se territorializa así no sólo un saber que se erige como hegemónico, sino el ejercicio de este saber que se ofrece como exclusivo y excluyente de otras prácticas” (López Gómez, et al. 2003:26).

Como se mencionó a principio del primer capítulo, Uruguay a lo largo de su historia se vio condicionado por la gran oleada de inmigrantes europeos y el sistema de salud no es ajeno a esto.

La salud se convirtió en un valor supremo y de este surgió un poder absoluto, el del médico. “Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles: el nivel de la atención, con el rol creciente del médico; el nivel de la conversión de la salud como uno de los valores supremos de la sociedad; y el nivel de la

asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivadas directamente de la propagación del saber médico” (Barrán 1993:57).

El poder médico estaba estrechamente ligado al modelo patriarcal, a las instituciones y a la familia. Se reproducían bajo una suerte de modelos culturales que se fueron plasmando en el imaginario colectivo, acreditando en base a estos el poder absoluto del médico.

Tradicionalmente en la consulta médica ha existido una “triada presente o potencial: el médico, la enfermera, el paciente, donde los dos primeros tienen una función instrumental de asistencia, pero también una función latente de tipo simbólico que los enmarca en un modelo de autoridad. Hay una suerte de habitus asistencial, dado bajo ese modelo autoritario, cuyo origen se remonta tal vez a su reconocido ‘poder de curar’, pero que se expresa más rotundamente en los servicios gratuitos de salud pública” (Romero 1999:32).

En la segunda mitad de siglo XX como forma de respuesta a las colectividades de inmigrantes surgieron *“las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), denominadas mutualistas”*. Esto llevó a que nuestro sistema de salud concibiera una *“historia atípica en el continente. A diferencia del resto de los países, en los cuales el Estado se transformó en el principal proveedor de servicios de salud, en el Uruguay se consolidaron estas instituciones de asistencia médica colectiva”*.

Podemos ver por tanto un sistema de salud compuesto por *“un subsector público (comprendido por el Ministerio de Salud Pública, por servicios brindados por otros Ministerios como ser Defensa, Interior, Trabajo y Seguridad Social, Educación y Cultura, por entes Autónomos como ser el Banco de Previsión Social y Banco de Seguro, por la Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas; y servicios de salud municipales), y un subsector privado a través de un sistema de adhesión voluntaria con una modalidad de prepago de una cuota mensual”*.

El sector público cubre aproximadamente un 48% de la población, el privado por su parte es responsable de la atención de un 52% de la población (López Gómez, et al. 2003:17).

La atención en las instituciones públicas se da bajo un marco de gratuidad, lo que conlleva a que, en su gran mayoría los sujetos y sujetas pertenecientes a los sectores pobres cuenten solamente con estos servicios. *“A su vez, las condiciones de subalternidad socioeconómica y cultural de dichos sectores sociales conforman un factor decisivo para que en los servicios de salud pública resista el modelo médico hegemónico, (...) marcada por la autoridad del médico y la subalternidad del paciente”* (Romero 1999:32).

Las adolescentes en cuestión, embarazadas y en trabajo de parto, se ven por tanto limitadas a contar en su gran mayoría solamente con lo que es la asistencia de los servicios de salud pública. Allí se observa *“la vigencia del modelo hegemonía-subalternidad en las relaciones. De esta manera, los consultantes entran en el servicio de salud y salen sin conocimientos como para auto gestionar su salud, tal como debería haberlos asimilado en una relación dialógica con aquellos que lo atienden. (...) la asistencia se brinda gratuitamente en términos materiales, pero a un muy alto costo en términos de tiempo, de cosas que se tienen que soportar, sufrir como "subalterno". Es en ese sentido (...) que se crearía una situación de obligación permanente de los pacientes frente a los médicos, al servicio, a la institución”* (Romero 1999:34).

En las últimas décadas, el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados por el campo de la salud *“(...) como un tema de salud pública, en el que el énfasis ha estado puesto en los factores de riesgo tanto para la salud de las adolescentes, como para sus hijos”* (Amorín et al. 2006:158).

La Organización Mundial de la Salud considera al embarazo adolescente como un problema culturalmente complejo. Estiman que *“16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, siendo un 95% de esos nacimientos producidos en países en desarrollo, lo cual representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo”*.

Por otra parte, es importante aclarar que *“un embarazo adolescente no tendría por qué constituir un riesgo. Éste depende de las condiciones sociales en que ese embarazo se desarrolla. (...) desde el estrato social en el cuál está inserta esa mujer hasta la contención familiar que posea, tanto por parte de la pareja como de su familia de origen”* (Varela 2005:19).

3.2 *El poder simbólico que sostiene el campo médico*

La interacción social es esencial tanto en lo que respecta a la constitución del individuo, como al desarrollo de éste dentro de la sociedad. Las significaciones adquiridas en dichos procesos de interacción son tomadas y reproducidas.

La manera de actuar está dada por el marco cognitivo que ha resultado de aquellos significados socialmente constituidos y subjetivamente interpretados, he aquí el poder simbólico a través del cual se componen y rigen las sociedades. *“El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico; (...) el mensaje hacia las mujeres es de obediencia hacia el equipo médico”* (Magnone 2011:12).

En las prácticas de los Centros de Salud se observa la influencia simbólica de la representación hegemónica alrededor de la maternidad como función principal y legitimante del ser mujer. La función biológica de la maternidad lleva consigo una connotación muy importante, *“(...) las “interpretaciones sobre los significados de la maternidad, están centradas entre otras, en la naturalización de esta función en tanto es considerada como un destino que se asume como mandato intergeneracional; en la imposibilidad de asumir y ejercer adecuadamente el rol materno debido a la situación socioeconómica y en la maternidad como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre”* (López Gómez, et al. 2003:62).

Por lo que se supone, desde esta óptica, que mujer/madre es un mandato imperativo, la maternidad sería algo vital en su existencia. Esto genera una inhibición de lo que son sus derechos, principalmente el de decidir sobre sí mismas. *“Ello deriva justamente del carácter lesivo para el mandato de la maternidad que comporta el acto de decidir. A través de este acto la maternidad se evade del campo del mandato para radicarse en una esfera volitiva donde la mujer adquiere un status de sujeto moral que en la cultura dominante le es negada”* (AUPF et al. 2008:170).

El personal que se desempeña en el marco asistencial lo hace bajo un habitus médico, siendo este *“un conjunto de predisposiciones incorporadas (esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano”* (Castro 2010:59).

El habitus, central para la comprensión de lo expuesto, formará todo ese entramado de concepciones históricas constituidas, aceptadas y reproducidas socialmente, internalizadas en el seno de los individuos, de las familias y de las instituciones de la salud, condicionando la apreciación y accionar de estos. *“Es relevante el hecho de que no solo la población tiene una forma cultural de abordar las acciones y las relaciones, sino que en su práctica profesional los miembros del equipo de salud no pueden obviar sus identidades respectivas (de clase social, de género), ni los modelos de comportamiento interiorizados ‘por fuera’ de su función y formación profesional”* (Romero 1999:32).

Las miradas de los trabajadores de la salud sobre las mujeres es atravesada y determinada además por una ideología de clase social. *“Entendiendo por tal un conjunto de valores, expectativas de vida y convicciones sobre lo correcto y lo incorrecto, que son modelados por la inserción en que cada uno se encuentra en un sistema de clases sociales”*. Se les asignan atribuciones a las mujeres *“asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud, culpabilizándolas por el crecimiento de la pobreza en el país”*. (López Gómez, et al. 2003:63).

Las construcciones en lo que refiere al ámbito reproductivo se relacionan ineludiblemente con elementos biológicos, culturales, sociales y políticos. Por su parte los discursos de los profesionales participan en la conformación de valoraciones sociales sobre la sexualidad, reproducción y maternidad (Erviti 2010:104).

En la atención prenatal y en el parto se espera que las mujeres se basen en esos atributos asignados por su función biológica, bajo los cuales se ejerce un control sobre sus cuerpos. Este último resulta como una expresión de regímenes que sobre él se aplican para producir

cuerpos dóciles y útiles. Se le asigna una suerte de sanción normalizadora para fundamentar dicho poder disciplinario. *“La medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad, participando activamente por medio de los procesos de medicalización de la vida cotidiana y del control sociales de los cuerpos y de las sexualidades”* (Erviti 2010:103).

Los médicos construyen una regulación sobre las mujeres *“imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. La promoción y disseminación de los discursos, prácticas y conocimientos de los médicos) ha tendido a incentivar (...) y exigir a la población ciertas disciplinas sobre sus cuerpos”* (Lupton 1995, Turner 1992 citado en Erviti 2010:104).

3.3 Las gestantes y madres adolescentes en relación con las instituciones de salud

En el momento en que las mujeres ingresan al campo médico a controlar su gestación y al momento de dar a luz, lo hacen cargando todo ese acervo anteriormente mencionado, el ser joven, mujer, madre y pobre.

Dentro de las instituciones de salud, las gestantes y madres adolescentes se ven determinadas por un universo de sentidos y representaciones entorno a su sexualidad y a su salud.

Son descalificadas, no siendo concebidas como sujetas portadoras de individualidades y de derechos. *“Se trata de (des)calificaciones establecidas mediante sistemas de jerarquías que son aceptadas por los agentes sociales, habitualmente casi sin discusión ni reflexión. De acuerdo a esas (des)calificaciones las mujeres pobres y las mujeres adolescentes carecen de las competencias para adoptar conductas responsables en el campo de la sexualidad y la reproducción, entre otros”* (AUPF et al. 2008:170).

Diversos autores (Castro, Magnone, Ramírez, Wolff) plantean que la atención del embarazo y el parto en los centros de salud es violenta, *“tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente. (...) si la violencia forma parte de la vida cotidiana de las mujeres, van a naturalizar y tolerar más un sistema*

violento de atención” (Magnone 2011:03). Las mujeres están determinadas por las construcciones y representaciones proyectadas hacia sí mismas, dificultándose adentro de los centros de salud su reconocimiento.

La procreación es algo atribuido a la mujer por su condición biológica, así, la maternidad le confiere “obligaciones” y en base a estas el sistema de salud toma decisiones y consideraciones sobre sus cuerpos, *“se trabaja desde una concepción de atención en salud que manipula el cuerpo (...) conforme a los mandatos de la ciencia y la burocracia de la institución”* (Magnone 2011: 05).

Aquí hallamos lo central de éste punto y de la presente, el ejercicio de poder conforme los mandatos de la ciencia y de las instituciones, y la influencia de las construcciones simbólicas de los funcionarios de la salud, sus discursos y su trato ante las mujeres.

El discurso hegemónico de la salud que venimos mencionando sumado al *“bombardeo de información en los medios de comunicación han creado una medicalización de la cultura popular. Por su parte la mirada médica tiene una actitud de control y vigilancia que se ejerce sobre los cuerpos”* (Erviti 2010:104).

No obstante, no solamente estamos ante el saber científico hegemónico, sino que hay un saber colectivo fijado profundamente en nuestra población, en donde las creencias en relación al cuerpo y a sus cuidados están determinados por lo que se supone es correcto para la medicina y para los trabajadores de la salud.

El modelo de mujer = madre es el predominante en el imaginario de la salud y en el imaginario colectivo. A las mujeres se *“las identifica a partir de la función materna (las embarazadas, las madres). No hay una integración de la perspectiva de género que permita construir una visión integral, identificando y reconociendo las necesidades y demandas específicas en salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital”* (López Gómez, et al. 2003:56).

El momento de la consulta médica supone ser para muchas mujeres la oportunidad de apropiarse de saberes en cuanto a la sexualidad y la reproducción; sin embargo resulta un momento de tensión y vulnerabilidad (AUPF et al. 2008:78).

El embarazo y sus cuidados han pasado a manos del control y la vigilancia médica, controlado en base a una relación de desigualdades. La medicalización del parto, por su parte, y su construcción pasan a concebirse como *“una condición patológica, están ligados en sus orígenes a las nociones acerca de la mujer decente (era victoriana). Los partos fueron cada vez más atendidos solo por médicos. El resultado fue que los médicos ganaron el control sobre el proceso y la consignación de las mujeres en las salas de parto”* (Erviti 2010:105).

El parto medicalizado se mantiene por más que se han volcado esfuerzos por revertir esta situación, las mujeres que no se atienden los partos en hospitales son cuestionadas por ello. *“El parto se mantiene firmemente bajo el control médico y en ello participan tanto el imperativo tecnológico como las mismas mujeres que son renuentes a elegir alternativas, aunque estas estén disponibles”*. En la atención del parto las mujeres son más propensas a la violación de sus derechos reproductivos, sufriendo lo que se ha señalado como violencia obstétrica (Erviti 2010:106).

Hemos de hacer referencia a la violencia obstétrica, viéndose en la confluencia entre la violencia de género y la violencia institucional. Hay una invisibilidad de la mujer en tanto persona, portadora de su individualidad y sus derechos, así pues la violencia obstétrica se basa en la *“realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales”* (Medina 2008, citado por Magnone 2011:06).

En los encuentros entre las mujeres y los profesionales de la salud la mirada se centra en la vida del futuro bebé, desde ésta posición se emiten indicaciones que han de adoptarse sin cuestionar. *“A partir de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo en riesgo, una cuestión central que emerge en los testimonios de los médicos es la*

necesidad de controlar a las mujeres embarazadas y prepararlas para que colaboren con los médicos durante el trabajo de parto” (Erviti 2010:110)

Desde la óptica de los profesionales de la salud, la intervención sobre los cuerpos se torna justificable, así como las tipificaciones acerca de las mujeres. *“Las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres durante la atención del parto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder de la cual los médicos forman parte. Por lo más allá que pensar en prejuicios individuales de los médicos deben ser vistas como acciones pedagógicas, formuladas desde una posición de poder, que sirve para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen”* (Bourdieu y Passeron, 2005, citado en Erviti 2010:118). Se ha naturalizado ese ejercicio de poder y por ende la violencia sobre las mujeres, por parte de ellas mismas y de los funcionarios de la salud.

Capítulo IV: *Las experiencias de las adolescentes en las consultas prenatales y en la atención del parto*

4.1 Ingresando a Casa Lunas

La institución Casa Lunas mostró gran receptividad al momento de interactuar con actores externos a su funcionar diario. No obstante para acceder a la misma fue necesario efectuar un pedido formal a través de una carta que explicitara someramente el estudio a desarrollarse. Ésta fue recibida y el ingreso al Centro fue aprobado.

El equipo de trabajo que desempeña sus funciones con las adolescentes considera que el tránsito de los estudiantes de la Universidad de la República⁶ por la organización les brinda una nueva mirada sobre el trabajo que realizan.

El proceso acordado con las autoridades⁷ de la organización fue de asistir a la misma una vez por semana entre las 14:00 y las 17:00 horas. Allí, al tomar contacto con las jóvenes, habría de despejar sus dudas en relación al trabajo que se estaba desarrollando y puntualizar la finalidad de las entrevistas. A modo de proteger la identidad de las mismas y de sus bebés se consideró pertinente cambiar los nombres reales.

De las veinticinco adolescentes que la institución posee inscriptas en padrón se pudo tomar contacto solamente con once de estas (una de las jóvenes no accedió a ser entrevistada).

Cabe señalar que de las diez adolescentes entrevistadas únicamente dos asistieron a Casa Lunas durante su gestación, ambas derivadas por policlínicas barriales.

En el siguiente punto se expresará mediante un cuadro las características de las entrevistadas, para luego profundizar en el análisis de sus vivencias, las cuales fueron analizadas codificando las entrevistas en función a la calidad de atención en controles de embarazo (coordinación consultas, espera previa en los centros de atención, tiempo dentro de consultas, espacios brindados para diálogo, percepción ante el trato médico) y la calidad de atención en el parto (información brindada, violencia recibida y/o percibida).

⁶ Han recibido principalmente a estudiantes de Psicomotricidad y Psicología, quienes también realizaban investigaciones para su monografía final.

⁷ El acuerdo fue pactado con la Coordinadora y la Sub coordinadora de la institución.

4.2 Caracterización de las entrevistadas

<i>Nombre cambiado</i>	<i>Edad Actual</i>	<i>Nivel educativo alcanzado</i>	<i>Edad nacimiento primer hijo</i>	<i>Nro. de hijos</i>	<i>Lugar de control embarazo</i>	<i>Lugar de parto</i>	<i>Padre presente o ausente</i>	<i>Con quien vive</i>
Gimena	15	Primaria completa	15	1	Médica Uruguay	Médica Uruguay	Presente	Pareja
Yamila	16	Primaria incompleta	16	1	Policlínica en Manga	Pereira Rossell	Presente	Madre, hermanos, pareja
Carmen	17	Primaria completa	16	1	Pereira Rossell	Pereira Rossell	Ausente	Madre
Alejandra	17	Primaria incompleta	15	1	Policlínica Piedras Blancas	Pereira Rossell	Ausente	Madre, hermanos
Laura	18	Primaria completa	15	2	Policlínica Piedras Blancas	Policlínica Piedras Blancas	Ausente	Madre, hermanos
Marina	17	Primaria completa	16	1	Policlínica Libia	Pereira Rossell	Presente	Pareja
Karen	16	Primaria incompleta	16	1	Policlínica Maroñas	Ambulancia	Presente	Madre, hermanos, pareja
Lucrecia	18	Primaria completa	16	1	IMPASA	IMPASA	Ausente	Madre, hermanos
Cristina	17	Ciclo Básico completo	16	1	Pereira Rossell	Pereira Rossell	Ausente	Madre, hermana
Sandra	17	Primaria completa	17	2	Policlínica cerca Cno. Maldonado	Policlínica cerca Cno. Maldonado	Presente	Pareja

Se puede visualizar que la mayoría de las jóvenes entrevistadas tuvieron a sus hijos e hijas entre los 15 y 16 años de edad; y actualmente tienen un promedio de 17 años.

Como desarrollamos en el segundo capítulo, la adolescencia es un momento del ciclo vital que va a resultar de las dinámicas psicosociales de cada persona y de cada cultura, dependiendo profundamente de las individualidades y del entorno.

El inicio y la finalización de este momento vital está sujeto a distintos procesos fisiológicos (funcionales y orgánicos de los cuerpos), psicológicos y además simbólicos (a nivel personal, social y cultural).

En un intento de diagramar la adolescencia, en base a dinamismos psicosociales, se puede hablar de adolescencia temprana, media y tardía. Las jóvenes entrevistadas se encuentran inmersas en la adolescencia media, que va desde los 15 a los 18 años de edad; en ésta se da la pérdida del rol infantil y se transforman las modalidades de relación con el otro sexo (intimidad, sexualidad, pareja, etc.).

La maternidad en la adolescencia se produce, como se ha señalado anteriormente, por diversos factores, tales como la educación, los contextos culturales donde se encuentran insertas las jóvenes (conformados por una determinada imagen de lo femenino y la maternidad), el estrato social al que se pertenece, la composición familiar, y diversas cuestiones más que dependen de la subjetividad de cada adolescente.

En el cuadro se hace visible que la mayoría cuenta, en lo referente al nivel educativo, con primaria completa, dos con primaria incompleta y solamente una posee estudios secundarios (ciclo básico completo).

Las jóvenes vienen de hogares compuestos por una figura materna y hermanos/as, ninguna mencionó convivir con sus padres.

En lo que respecta al padre de sus hijos e hijas, cinco se encuentran ausentes y cinco presentes.

Aquí confluyen factores como la educación e imágenes sobre lo femenino y la maternidad devenidos de su contexto cultural y familiar, que podrían haber influido el ingreso a la maternidad, como se evidenció en el segundo capítulo de la presente. Sin embargo no hace

a la misma profundizar en esto, sino en la relación de las jóvenes con las instituciones de salud y con sus profesionales.

A grandes rasgos, podemos ver que en lo que fueron los controles prenatales, ocho de las jóvenes los realizaron en salud pública (seis en policlínicas barriales y dos en el Hospital Pereira Rossell), y las demás adolescentes controlaron su gestación en mutualistas privadas (una en IMPASA y una en Médica Uruguaya). Estas dos últimas también dieron a luz en su mutualista correspondiente, en cambio de las ocho que se atendían en salud pública cinco tuvieron a sus bebés en el Hospital Pereira Rossell, dos en la policlínica de su barrio, y una en la ambulancia camino al hospital. Cabe agregar que cuatro pudieron parir por parto normal y a seis se les realizaron cesárea.

4.3 Coordinación de consultas prenatales y manejo del tiempo

En un primer momento se procuró conocer cómo vivían la coordinación de las consultas prenatales, lo que comúnmente se conoce como ‘sacar fecha y hora’.

Ocho adolescentes manifestaron sentir molestia y resignación ante la demora que experimentaban para obtener la atención de su gestación, indicaron qué luego de coordinar (personalmente o vía telefónica) las consultas debían esperar de semanas a un mes.

Tomaremos el discurso de Cristina quien manifestó que: “(...) *ir a sacar fecha y hora era absurdo (...) daban para más de un mes entre fecha y fecha. Con decirte que hacía las ecografías particular para poder presentarlas en las consultas, porque para hacerle una ecografía más difícil aún era conseguir fecha*”.

Dos adolescentes no manifestaron incomodidad ante la demora, una de ellas afirmó no aguardar más de una semana para recibir la atención (los controles fueron realizados en salud privada - IMPASA) y la otra adolescente no conocía el tiempo de demora, ya que su madre le coordinaba las consultas.

En lo que respecta al tiempo que aguardaban las jóvenes para ingresar al consultorio médico, es decir la espera previa a los controles, se advirtió cómo ocho

entrevistadas lo consideraban excesivo (cinco manifestaron que la demora se debía a la llegada tarde de los médicos al lugar de la consulta).

Se visualizó una suerte de solidarización entre las embarazadas, quienes mencionaban la cantidad de pacientes que estaban aguardando para ser atendidas.

Sus sentimientos, de unas hacia otras, eran de respaldo, inclusive se sentían “mal” por “hacerlas esperar”. A modo de ejemplo podemos citar a Karen quien decía: “(...) la doctora llegaba cuando quería, y todas sentadas esperando”. Cristina opinaba que: “(...) los números de pacientes eran muy grandes, éramos muchas esperando, era demasiado. Eso sin contar la demora con cada uno de nosotras, habían muchas más esperando afuera”. Sandra por su parte exponía que: “(...) esperaba bastante, y también esperaban las otras mujeres, me parece que éramos muchas. La doctora demoraba en llegar, creo que nunca llegó a la hora que era, y nos íbamos atrasando unas a las otras”.

Cabe agregar que dos adolescentes no manifestaron incómodo con la espera, una planteó que simplemente no esperaba (joven que se atendió en IMPASA) y la otra optó por llegar tarde a las consultas para no aguardar por la doctora.

Luego se aspiró conocer sobre el tiempo que se les dedicaba a las adolescentes adentro de las consultas, seis de ellas consideraron que éste era escaso. Describieron las mismas como rápidas y señalaron al tiempo que les concedían como insuficiente. También expresaron sentir falta de confianza, vergüenza y percibieron una gran imposición por parte del médico.

Gimena dejó en manifiesto que ella, sus dudas y sus cuestiones personales no hacían parte de las consultas, en sus palabras: “(...) ella lo que hacía era... me escuchaba los latidos del bebé y nada más”. Yamila también se refirió a la postura de su médica: “(...) creo que era rápida. Era bien mandona, era “tan tan tan” y para afuera”; Carmen indicó: “(...) era rápido, entraba y me hacía preguntas y me tocaban y eso, y me iba”.

Cuatro adolescentes manifestaron que la duración de sus controles era adecuada, siendo los mismos muy provechosos. Reflejaron que el tiempo estaba en unidad con sus necesidades, además mencionaban como primordial la escucha recibida por parte del personal, las

preguntas que les realizaban (qué iban más allá del bebé, apuntando sobre sí mismas, sus sentimientos y vivencias cotidianas), así como el interés demostrado y la confianza generada en lo que era la revisión de su cuerpo.

Un ejemplo muy particular que cabe mencionar es el de Marina, quien vivió una situación de abuso sexual hace muchos años atrás, manifestó que a pesar de sentir temor a la hora de comenzar a controlar su gestación, los profesionales le dedicaron tiempo y confianza, explicaba: “(...) cuando entraba me preguntaban cosas, hablaban conmigo, escuchaban al bebé y para tocarme muy bien”. Otra joven, Karen, indicaba que inclusive demoraba adentro de las consultas porque, en sus palabras, la médica le: “preguntaba las cosas y era de esas que les gustaba escuchar lo que me había pasado y todo. Y si tenía dudas podía decirle que la mujer muy bien”. Sandra manifestaba que: “(...) el tiempo estaba bien, la doctora era muy buena, me preguntaba todo y siempre me escuchaba cuando tenía preguntas para hacerle, nunca me apuró. Creo que el tiempo estaba bien. Y cuando me revisaba no era apurada, y me iba a explicando las cosas”.

En lo planteado hasta aquí se ve cómo la mayoría de las jóvenes están en desacuerdo sobre lo que respecta a la coordinación de las consultas (por el tiempo de demora en lo que es el marcar “fecha y hora” para el control prenatal y ser atendidas).

También hay disconformidad en el tiempo de espera para ingresar a las consultas (principalmente por la llegada tarde de los médicos), además se cuestionan sobre la cantidad de embarazadas para consultar, mostrándose solidarizadas unas con otras.

Se logró entrever lo que era el tiempo dentro de los controles, para algunas era suficiente (acorde a sus necesidades) y para otras era demasiado rápido. La postura del médico aquí jugó un papel primordial.

La evidencia deja en manifiesto como estas mujeres entran al servicio de salud y salen sin contar con el conocimiento adecuado para asimilar lo que ocurre en sus cuerpos, sin auto gestionar su salud, tales comprensiones se deberían haber adquirido en las relaciones dialógicas con sus médicos. Sin embargo las mujeres se vieron subordinadas, sometidas a esperar y a contar con una atención efímera. La asistencia brindada, gratuita para la mayoría de las entrevistadas, tiene un alto costo “(...) en términos de tiempo, de cosas que

se tienen que soportar, sufrir como 'subalterno'. Es en ese sentido (...) que se crearía una situación de obligación permanente de los pacientes frente a los médicos, al servicio, a la institución” (Romero 1999:34).

4.4 Vivencias de la relación médico / paciente en las consultas prenatales

Las jóvenes definen la relación que llevaban adelante con el personal médico, en lo que eran las consultas prenatales, como *cómodas* o *incómodas*.

De la totalidad de las adolescentes entrevistadas tres dijeron que se sentían *bien* y *cómodas* en la relación con su médico, las demás jóvenes, siete, plantearon sentirse *incómodas* e inclusive *mal*.

En los discursos de aquellas adolescentes que reconocían que su vínculo con el profesional de la salud era satisfactorio, se reiteraba una percepción de cuidado hacia ellas, visto en un trato de amabilidad (saludarlas con un beso, ofrecer asiento), una conversación fluida y preguntas que iban más allá de lo práctico del embarazo (sino que referían a ellas y a cómo se sentían en la cotidianeidad).

Marina expresó: *“Me trataron re bien (...) me tenían mucha paciencia. Cuando entraba me preguntaban cosas, hablaban conmigo (...) Se preocuparon por saber mi historia, me abrí con ellos, con la ginecóloga (...) confiaba en ella”*. Sandra manifestó: *“(...) las consultas muy bien, sacando la espera, muy bien, valía la pena esperar por la doctora, porque allá dentro ella siempre fue muy querida. (...) Allá dentro me decía siéntate, me daba un beso y me saludaba, y me decía cuéntame cómo has pasado, nos sentábamos y le contaba como estaba, si había sentido algo raro, le hacía preguntas, y ella me hacía preguntas a mí. Me tocaba la panza, me sentí muy cómoda, y me di cuenta que a ella le gustaba el trabajo que estaba haciendo”*.

Cabe señalar que a pesar de ello, las tres jóvenes estaban disconformes con el tiempo de espera previo a la consulta.

Las siete adolescentes que manifestaron una relación de incomodidad, sentían que ésta era un tanto incomprensible, veían un rol de superioridad del médico hacia ellas, de un deber de obediencia y un mandato médico al que acatar.

Revelaron un trato “bruto”, “molestias” por deber atenderlas y una sobresaliente falta de diálogo (plasmado solamente en preguntas cerradas con respuestas concretas), inclusive algunas se sentían avergonzadas.

Se ve a la mujer anulada como sujeto moral, se la reduce a su condición de embarazada, a la “*circunstancia de su preñez. A partir de ese primer acto violento se desprenden los demás*”. Así se desarrolla esa suerte de poder obstétrico, el cual “*vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir*” (Ramírez 2014:156).

Éste personal de la salud tiende a perder la identidad de las mujeres, no visibilizándolas como sujetas de derecho, capaces de auto concebirse, de ejercer su autonomía y de decidir sobre su cuerpo.

Gimena expresó no sentir “nada”: “*No sentía nada, no me sentía ni incómoda ni cómoda. (...) yo quedaba quieta para que hicieran lo de ella más rápido y no sacarle mucho tiempo allá, porque había más gente después que yo. Ni me quejaba ni preguntaba mucho (...) me decían que quedara quieta que era rápido y no iba a sentir dolor. Entonces yo me quedaba quieta y me hacían todo, no sé si estaba cómoda o incómoda, no sé lo que sentía*”. Enunció también, cuando se le preguntó cómo se desarrollaban las consultas: “*me decían ahí te sientas, cómo te llamas, qué te pasa, estas con dolor, contracciones, vamos escuchar los latidos del bebé y era eso, (...) me decía que hacer y ta, yo hacía. Yo hacía lo que dijeran y listo*”. El hecho de *no sentir nada* es algo muy intenso, así como la actitud desarrollada por ella y por el personal médico.

Su quietud, el no cuestionar ni preguntar sobre lo que sucedía en el transcurso de las consultas y la imposición conferida sobre ella, visualizada en indicaciones como por ejemplo *quedar quieta*, muestran como ella (dominada) y su médico (dominante) comparten la creencia de que una buena atención se da bajo una entrega a las disposiciones de los profesionales de la salud y de los saberes que componen el campo médico.

La joven que debería haber sido la protagonista en el desarrollo de las consultas, se ve subordinada por un universo de sentidos y representaciones que comparte con el personal de la salud, colocándose como ajena a los sucesos que se dan en su cuerpo y no *sintiendo nada*.

Un argumento muy penetrante fue también el de Yamila, quien manifestó que “(...) *son unas brutas, todas, porque parece que uno está allá porque quiere, por mí no iba, creen que uno está molestando parece. Era todo ‘madre esto y madre aquello’ te hablan así (...) ahí parecía que me estaban haciendo favor, me trataban como si fuera un favor lo que me hacían, atenderme, como si fuera a molestar*”.

Como señalamos en el marco teórico, Erviti plantea que el significado social de la maternidad conlleva a que ésta sea visualizada como un compromiso hacia la sociedad y al orden moral y, por medio de los discursos hegemónicos esa significación toma valor.

Se visualiza en las entrevistas como, en los encuentros entre las adolescentes y los profesionales de la salud, “(...) *se manifiesta y se construye la normatividad hegemónica. Estos encuentros son considerados como espacios adecuados para ‘educar a las mujeres’ y resaltar la responsabilidad que éstas tienen para con su cuerpo y la comunidad*” (Erviti 2010:105). Se refleja en la brusquedad de las palabras, en la imposición de obligaciones hacia el cuidado del cuerpo y en la sensación de molestia por el hecho de deber “educar” y “atender” a las jóvenes.

Carmen reveló que sencillamente no dialogaba con su doctora: “(...) *no conversaba, ella solo preguntaba, y era media... eh... como creída. Como que me hablaba mal a veces, así... como que me quería retar*”. Además de ello expresó: “(...) *me hacían mil preguntas, me tocaban, apretaban, yo que sé, la doctora se ponía de policía, con esto y aquello, puedo no puedo*”.

Una joven inclusive exteriorizó claramente su incomodidad, Laura, quien explicó cómo se sentía: “*horrible, incomoda, como que estaba molestando, porque era todo de mala gana*”.

El médico adopta una postura ligada a la autoridad y al respeto, hacia sí mismos, sus saberes y lo que supone representan. Se visualiza en posiciones, actitudes y discursos, que

conforman “*un modelo*” al cual se deben de acomodar las mujeres, ligado a la imagen de autoridad. (Romero 1999:28)

Cristina incluso cuestionó la coherencia de la relación que llevaba con los profesionales médicos: “*me parece que la relación era bastante incoherente, te explico por qué... pasa que es incoherente porque en las clases de parto te daban una información, te decían mil cosas y después en la realidad todo era diferente, la realidad era otra*”. También expresó “*me sentí atacada y juzgada, por no haber consultado desde principio, pero no sabía que estaba embarazada*”.

En los talleres brindados por las instituciones de salud pública y/o Casa Lunas (en los cuales solamente tres jóvenes manifestaron participar) se les intenta formar en cuanto a derechos, sin embargo en el momento de la atención no logran desarrollar los mismos. El problema reside en cómo incidir en los sistemas de salud y en sus profesionales, de forma que las jóvenes y las mujeres en general, puedan vivir plenamente sus experiencias, desplegando sus derechos e imponiéndose ante situaciones de violencia.

Esto se relaciona con lo planteado en el capítulo 3, donde se planteó que las imágenes estereotipadas de las mujeres suponen y condicionan su pasaje por las instituciones de salud, allí han de obedecer las indicaciones médicas durante el embarazo y el parto, ya que resultan de “*valoraciones morales de cómo debe ocurrir el ‘ideal’ de la maternidad*”; independientemente de sus derechos y de sus individualidades (Erviti 2010:115).

Siete de las adolescentes entrevistadas consideraron que las consultas eran un espacio propicio para informarse en lo que refiere a la salud de su bebé, pero no más allá de ello, la mirada de los profesionales se dirige solamente a la gestación y al futuro niño o niña.

Las demás adolescentes expresaron que allí no tenían un espacio para esclarecer sus incertidumbres, Yamila manifestó ante esto que: “*cada vez que le preguntaba algo me trataban como si fuera burra y me gritaban. Quería saber si podía tener relaciones (...) y me dijeron que la dejara cerrada que ya tenía el niño adentro, y tenía que cuidarlo, ¡qué la cerrara! no me habla así mi madre me van a mandar ellas cerrarla*”. Laura dijo: “*No podía preguntar, hablar, sacarme dudas, tenía miles, no podía hacer nada que no fuera responderles las preguntas*”.

Fue perceptible aquí el control (y represión) hacia la sexualidad de las mujeres por parte de los profesionales, principalmente y de manera muy violenta se visualiza en el discurso de Yamila. Donde *“la incorporación de la perspectiva de salud reproductiva y las recomendaciones vinculadas con el derecho a una atención digna resulta ajena a la lógica que prima al interior del campo médico y de las instituciones médicas, lo que podría estar vinculado con los roles y construcciones sociales que asumen los personales médicos, así como la manera en que la medicina ha sido instituida socialmente”* (Erviti 2010:111).

Los discursos de los profesionales de la salud producen y reproducen una serie de identidades femeninas, así como etiquetaciones sobre una conducta que se espera de las mujeres, *“vinculadas con su afiliación genérica, mediadas por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva”* (Erviti 2010:104).

Se puede percibir como la relación entre la mayoría de las adolescentes y el personal médico se dio de forma fría, distante e incómoda, donde se ejerce el control médico y una fuerte imposición sobre las jóvenes. *“Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica”*. No existe una intención de diálogo, sino de establecer una relación de poder; las consultas efectivamente se desarrollaban de forma rápida e impersonal. Todo lo señalado se debe a que los cuerpos de las mujeres *“durante el embarazo y el parto, están bajo la tutela médica que producirá unos cuerpos dóciles, disciplinados y sexuados. El embarazo es el centro de atención”* (Ramírez 2014:155)

4.5 Vivencias del parto

En lo que respecta a sus experiencias en el parto resultó al descubierto que éstas han sido negativas para la mayoría de las jóvenes.

Ocho de las entrevistadas visualizan al parto como una mala experiencia, ya sea por el dolor (asocian el dolor que sintieron en el trabajo de parto con que éste fuera malo y/o desagradable), como por los malos tratos que percibieron, vistos en la imposición del personal de la salud (con pedidos de silencio, no quejas, ni gritos).

Lucrecia describió su experiencia como: *“horrible”*, explicó *“pasé gritando, después tuve la madrugada así, y la enfermera (...) me decía que no gritara y bueno, que iba a hacer, me decía que habían más pacientes, que me callara, y trataba no gritar, y terminé llorando”*. Aquí se denota una exigencia de tolerancia ante el dolor experimentado durante el parto, *“la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adultocéntrico hacia las adolescentes que están en los salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer”* (Ramírez 2014:157).

Además se visualizó la falta de información y/o explicaciones brindadas sobre los procesos que iban aconteciendo, Alejandra contaba: *“yo no entiendo nada, me dijeron pone las manos en la panza y me pincharon la columna. Y me dieron un calmante creo porque me dormí. No sé qué pasó, no me acuerdo mucho. Yo estaba mirando, había una cortina azul, y me dormía”*.

Las jóvenes también señalaron lo largo y exhaustivo del trabajo de parto, siendo intimadas a pujar (sintiéndose obligadas a pujar) sin tener más fuerzas, señalan incluso concluir su esfuerzo en cesáreas de “urgencia”. Lucrecia contó sobre su parto: *“fue cesárea, pero pasé las horas para que me la hicieran, porque rompí bolsa en mi casa y me entré a bañar, y ahí fui con el bolso para IMPASA y tuve la noche con contracciones. Ahí al otro día vino el médico a hacerme la cesárea y ahí llegó la Doula, de acá de Casa Lunas, que ahí ella movió todo para que fuera más rápido”*.

Cristina relató sobre su experiencia, expuso que no la sentía como aceptable por muchos motivos: *“porque me dejaron con 4cm de dilatación por tres días, por romperme la bolsa, por hacer que me dieran contracciones, por hacerme pujar y pujar, y por tenerme pujando y sufriendo por más de 24hs al punto de que, me llevaron a una cesárea urgente.*

(...) Mira, mi parto fue horrible, fue como haber tenido dos partos y un solo nacimiento, un solo hijo, tres días antes empecé con contracciones y dilatación el primer día, fui a consultar a emergencias y me enviaron nuevamente a mi casa, no me fui, fui a lo de un familiar que vive cerca, no muy cerca, pero cerca, entonces ahí, la segunda vez que volví a consultar en el mismo día ya tenía cuatro centímetros y me enviaron a casa porque mi familia vivía cerca y decían no tener espacio en las salas de parto. Me sacaron el derecho de estar ahí, atendida, y cuidada. El segundo día volví, y las contracciones eran muchas, muchas de verdad, y la dilatación era más, me tenían que internar si o si, ahí me tuvieron en sala de parto y recibía la visita de la partera y muchos practicantes y ellos me rompieron bolsa y me hacían pujar, apretaban con fuerza la panza, me desgastaron durante todo ese día, me sentía así, gastada con dolores muy fuertes, la bolsa rota y forzándome a pujar cuando yo ya no tenía casi fuerza y él bebé no bajaba. Y todo eso estando sola, porque no estaba ni con mi mamá, ni con mi hermana, ni con el padre (...) Después de más de 24hs así, él bebé empezó a sufrir y me llevaron a una cesárea urgente (...). Estaba, como gastada, agotada, fueron tres días de tortura que me habían hecho pasar, no soporté el cansancio, el desgaste y en la cesárea no podía quedarme despierta aunque me esforzaba por estar despierta, no podía, no podía”.

Una de las características del subsector público, además de asistir a la gran mayoría de las mujeres pertenecientes a sectores pobres, es ser una suerte de escenario para la realización de prácticas de estudiantes de partería y ginecología (Magnone 2011:73).

Aquí se visualiza entre las mujeres y el personal médico la imposición de jerarquías de poder, “*en el campo de la salud existe una cadena de jerarquías que tiene como eslabón final a los pacientes*” (Magnone 2011:102).

De esta forma el parto de una mujer pasa a ser un momento de formación para los estudiantes de la salud; frente a la exigencia de formar médicos y parteras, los derechos de las mujeres pueden verse puestos en tensión o no respetados, como en el caso de Cristina.

Las jóvenes percibieron el trato del personal como “*brusco*” en todas estas vivencias mencionadas, culpabilizándolas por situaciones como “*pujar mal*”, o quejarse por inconvenientes (como ir a policlínicas con mucha dilatación).

Esto último se puede visualizar por ejemplo en las vivencias de Laura, quien se acercó a la policlínica con un dolor que describió como “*de espalda*”, pero resultó estar ingresando en trabajo de parto, los profesionales que la atendieron le plantearon, en las palabras de la joven: “(...) *‘no es para que vengas a tener acá te hubieses ido al hospital’*, y yo le decía *vine por dolor de espalda no para tener, ni contracciones tengo, y solo me decían ‘no es la forma correcta, aparte pujas horrible y no es el lugar de tener acá’*. Me gritaban *‘nosotros no estamos para esta eventualidad’*. El cordón (...) lo cortaron con una tijera de cortar papel. (...) cuando fui a tener a mi primer hijo no había, no había nada, lo tenían tiradito en una cama, todo desnudo ni lo vistieron, lo tenían tapado con TNT, a mí me trasladaron sola, y lo dejaron a él. No me dejaban verlo, no lo vi, solo lo escuchaba llorar”. Esta adolescente inclusive acotó: “*me trataron mal, que los tomaba el pelo porque sentía dolor*”.

El desenlace de su vivencia es muy intenso, a la mañana (el parto fue a la noche en la policlínica de Piedras Blancas) la trasladaron al hospital, pero no al niño. Cuando se le preguntó si le explicaban lo que estaba ocurriendo, ella manifestó que no: “*nada de nada. Y nosotros por respeto, o porque ellos se supone sabían lo que hacían, no quisimos ponernos pesados*”.

Es visible aquí lo que le sucede a muchas mujeres, quienes en trabajo de parto y parto “*no reclaman y no emiten opiniones, por miedo, por opresión o por estar vivenciando un momento muy especial de sus vidas: el nacimiento de su bebé*” (Wolff 2008:01), o cómo en este caso, por “respeto” hacia esa imagen que representa el médico y su saber.

En el hospital la joven pedía por su hijo, para lo cual le reconocieron: “*tu hijo murió*”. Al juzgar de la joven su hijo falleció por falta de cuidados, manifestó: “*para mí falleció de frío, ni gorrita le pusieron. Una tía me dijo que lloraba horas desde la noche que nació hasta las 8am que nos fuimos nosotras al hospital en la ambulancia. No me lo daban, ni me lo dejaban ver, a mi pareja tampoco lo dejaron verlo en toda la noche, ni estar con él. A mí me trasladaron primero al hospital, en vez de trasladarlo a él o los dos, y nos hicieron pasar la noche y madrugada allá, hasta de mañana*”. Cuenta además que exigió le realizaran una autopsia a su niño, la cual nunca le fue entregada, considera que a su bebé, citándola textual: “*lo mataron. Y no me dan la autopsia y no me dan respuestas*”.

Lo experimentado por esta adolescente es una suma de vivencias enormemente delicadas, la misma se convirtió en espectadora de lo que acontecía en su cuerpo y con su hijo. Estuvo, por imposición de quienes la atendieron, invisible en todo el desarrollo del trabajo de parto (previo, durante y posteriormente a este).

La violencia sufrida por la joven fue visible en su interacción con el personal médico (habla, malos tratos, cuestionamientos y culpabilidad conferida), en las prácticas realizadas por los profesionales, en la desinformación y en la omisión del estado de salud del niño, y en la falta de atención hacia este y hacia ella.

A otra de las adolescentes también la culpabilizaban por “*inconvenientes*”, Karen fue a la policlínica con molestias, luego comenzó el trabajo de parto allí mismo, nos contaba que le plantearon que: “*no estaban para cosas así, para sorpresas de estas, que era mi culpa todo. Se quejaban de todo, de lo que preguntaba, lo que pedía, como me quejaba*”. Además de ello planteó que quien la atendió en su entender: “*ni idea tenía de nada, de nada lo que estaba pasando yo, por eso estaba tan enojada –la médica-. Pero yo tampoco sabía que estaba pasando, ¿me entiendes? Yo nunca había tenido hijos, no sabía cómo era, que sentía. Y yo siempre sola para todo, sin madre o hermana que me expliquen o digan cómo era*”, esta joven dio a luz camino al hospital en una ambulancia.

Es de conocimiento que así como les sucedió a Karen y a Laura, muchas mujeres también sufren malos tratos en las instituciones de salud durante su gestación y en el parto, y a pesar de ello “*optan por no protestar y asumen como culpa suya el maltrato recibido*” (Castro 2010:55).

Otra joven, Sandra, considera su experiencia como “*muy fea*”, inclusive de gravedad, de la cual recientemente ha tomado conocimiento, cuenta: “*ahora yo me doy cuenta lo grave de lo que pasó, en el momento pensé que había sido yo la culpada, que no hacía la fuerza bien, y pensé que había sido, no sé, que había sido cosa mía, todo*”. Se culpabilizaba por lo sucedido, sintió molestias y se dirigió a la policlínica de su barrio, donde la doctora le dijo que *estaba bien*, que el proceso recién se iniciaba, para lo cual le indicó fuera a su casa y luego al Hospital Pereira Rossell. Sin embargo, a pesar de sus indicaciones, hubo una espera en la policlínica la cual la joven no concibe porqué (ya que le habían indicado irse a principios). Enseguida sintió un dolor que describió como: “*insoportable y sentía que no*

podía apretar el puje, ¿cómo te explico?... sentía fuerza y ganas de pujar, y no podía aguantarla, y mucho dolor”.

La adolescente entró en labor de parto, contó que: *“pujaba y la bebé no salía, en eso sentía que una de las doctoras me ponía la mano adentro de la vagina, como que la quería agrandar con su mano, no sé explicarte, la bebé trancada ahí, no salía y yo sin fuerza, me cortaron y me dijeron puja, tiene que salir ahora, y yo hacía fuerza, no salía, me cortaron más, no sabes cómo me cortaron, ahí salió. Morada, y llena de moretones en el cuello, creo que era de la mano de la doctora, porque me ponía su mano y me la pasaba por toda la vagina como queriendo agrandarla, para mí eso machucó el cuello de la bebé. Enseguida me empezaron a coser, porque me cortaron muchísimo, y me hicieron levantarme enseguida, sé que me empezó a sangrar horrores y me desmayé, cuando me desperté estaba en una camilla, y no entendía nada, sé que perdí mucha sangre y tenía 6 de presión. Para eso me subieron a una ambulancia y me fui al hospital, pero ya empecé a sentirme mejor, me estaban pasando un suero, con glucosa creo, o algo así, mi bebé por suerte bien”.*

El cuerpo embarazado, como fue explicitado en el tercer capítulo, es considerado como un cuerpo en riesgo, por lo cual las mujeres han de seguir las indicaciones médicas que apuntan a controlarlas y educarlas. Esto es una necesidad primordial para las instituciones de salud, y cuando se dan situaciones que no son las esperadas (y aceptadas) por el personal que allí desempeña su labor se las culpabiliza por ello (como parir en la policlínica o en la ambulancia).

Los médicos, quienes ganaron el control sobre los cuerpos femeninos, la gestación y el parto, ante situaciones eventuales no muestran preparación ni disposición para enfrentarlas, y las mujeres, que se encuentran vulnerables, padecen la violación de sus derechos reproductivos experimentando lo que hemos señalado como violencia obstétrica.

Asimismo algunas jóvenes indicaron que las asistieron bien durante el parto, por más que ello no era visible en sus discursos, como el de Alejandra, quien expresaba haber sido bien atendida: *“me trataron bien si, pasaron cosas que no... pero me trataron bien. Yo me desperté y estaba una pared así, blanca, y yo ahí dormida sola, no sentía las piernas, y estaba hinchada toda abajo, y no me decían que era, me dejaron ahí que no*

sabía dónde estaba y sola. ¡Pero que susto!, pero al rato se me fue, y me llevaron con mi madre, y con Bel. Los médicos y eso me trataron bien”.

Solamente dos adolescentes consideran haber vivido el parto como una linda experiencia, sin embargo los malos tratos estaban presentes en la vivencia y discurso de una de ellas, no siendo percibidos como tales.

Una de las entrevistadas que mencionó esta experiencia como agradable, se preparó para transitar por el parto en talleres de Casa Lunas, además de ello una Doula la acompañó en todo momento (previo al parto, durante el mismo y en la posterioridad). Cabe señalar que esta joven, quien vivió una situación de abuso años atrás, trabajó en el centro sobre sus derechos, permitiéndole imponerse ante situaciones que podrían generarle malestar.

La evidencia deja en manifiesto un trato realmente inapropiado por parte del personal de la salud hacia las jóvenes en el proceso de parto, previo, durante y posterior al mismo. En el modo de atención imperante se percibe cómo las mujeres no están siendo protagonistas de los procesos que están viviendo sus cuerpos, siendo restringidos sus derechos de disfrutar de ese momento.

4.6 Derechos no ejercidos

Si señalamos algunos derechos en particular, en lo que respecta al trabajo de parto, vemos cómo la mayoría de las jóvenes no los conocían y/o no pudieron ejercerlos.

Cuando se les preguntó si podían moverse libremente, sorprendentemente, nueve de las adolescentes dijeron que no y que esto les generó incomodidad durante todo el proceso. Algunas no se movían por creer que deberían de estar acostadas y otras por elección. Carmen manifestó haber estado: *“solo acostada”*, aclaró: *“porque es así creo. Todo acostado, y yo estaba bien así”*.

Algo similar sucedió con Alejandra, a quien le pidieron que estuviera acostada: *“me dijeron que tuviera acostada, ni me movía, me dolía, mi madre me hacía masaje y yo lloraba del dolor. Y mi madre decía grita, grita, y me dijeron no grites, que no te va a*

doler menos". Laura informó que padecía dolores de espalda, decía: "*quiero sentada*", para esto le respondieron: "(...) '*no madre sentada nos dificulta el trabajo a nosotros, quédese acostada*'. Me lo decían así con un tono. Yo no les discutía, ya ni me estrese, me acuesto y hace lo que quieras.

Sobre el derecho de estar acompañadas durante el proceso, cuatro dijeron que no pudieron estar junto a quienes quisieron y cinco indicaron que sí. Algunas de estas últimas sin embargo tenían a sus acompañantes esperando afuera de la sala (una de las jóvenes no sabía que podían estar adentro).

A modo de ejemplo, Gimena contaba sobre quienes la acompañaron y cómo (o desde donde) lo hicieron: "*por suerte tuve todo el tiempo acompañada. Tuve acompañada por mi suegra, mi marido y mi mamá, pero no en la misma sala, o sea, estaban ahí conmigo, en la Médica, pero yo estaba sola adentro*".

En lo que refiere a las revisiones por parte de estudiantes, se mencionaron casos donde estos sí entraron a examinarlas, pero esto fue dado sin sus consentimientos, Carmen contaba que entraban muchas personas a su cuarto: "*creo que era gente que estudiaba algo, porque después me dijeron, me explicaron quiénes eran, una conocida que también le pasó*", ella supo que eran estudiantes por personas que vivieron esa misma experiencia, pero en el momento nadie le pidió permiso, o le informó sobre que sucedía, inclusive la joven se sintió asustada pensando que estaba sucediendo algo con su bebé: "*después supe que era gente estudiante, pensé estaba pasando algo serio y por eso era esa gente. Como no salía la bebé, pensé era por eso*".

Cristina ante su experiencia con los estudiantes se mostró muy afectada, contaba que recibía la visita de estos, quienes le rompieron bolsa, la hacían pujar, le presionaban la panza: "*me desgastaron durante todo ese día, me sentía así, gastada con dolores muy fuertes, la bolsa rota y forzándome a pujar*", además de ello: "*después del parto, muchos practicantes vinieron a sacarme sangre y me hicieron análisis que yo creo no eran necesarios, para mí eran para su práctica*".

Algunas mencionaron ser visitadas por personas que no sabían quiénes eran, pero que estas no las revisaban, siendo tocadas por dos o tres doctores/as.

Durante todo el proceso de parto solamente cinco adolescentes indicaron “*pedir algo*”, pero no fueron tomadas en cuenta, una inclusive no se le permitió higienizarse (tomar baño luego del parto y durante toda su internación), por más que lo solicitara no le proporcionaron explicaciones de porqué.

La adolescente que pudo ejercer sus derechos, por conocerlos y por lograr imponerse fue la joven que se preparó en los talleres de Casa Lunas, y que además estuvo acompañada por una Doula (pudo ejercer todos sus derechos menos el de sostener a su bebé enseguida de nacido, igualmente, ella explicaba que “*se iba*” por la anestesia aplicada para la cesárea y por la cantidad de sangre que perdió).

Luego de realizado el parto, solamente dos de la totalidad de las adolescentes entrevistadas pudieron tener contacto inmediato con sus bebés, recostados sobre su pecho.

Por otra parte, cinco de las adolescentes expresaron que no fueron debidamente informadas sobre lo que les sucedía y las prácticas realizadas en sus cuerpos, como la administración de medicación y tactos vaginales, además de no saber sobre sus bebés. Esto último se pudo vislumbrar de forma muy impactante en lo vivido por Laura (señalado en el punto anterior).

En lo plasmado en este punto se puede ver qué derechos considerados como básicos no fueron ejercidos, las adolescentes fueron limitadas “*al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se le informa a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda*” (Ramírez 2014:163).

Dentro de los centros de salud se hallan con profesionales que limitan sus experiencias, manipulando sus cuerpos conforme los mandatos de la ciencia y de la institución a la cual pertenecen.

La aceptación de la violencia estaba visible en las entrevistas cuando mencionaban, por ejemplo, lo común que eran los malos tratos, Gimena manifestó: “*(...) me parece que fue bien comparado a lo que me han contado pila de gurisas conocidas, de acá nomás, cada cosas me cuentan, yo no lo creo, porque a mí comparado a ellas fue lindo*”. Yamila contó:

“sé que a otras gurisas le pasa lo mismo, así que es algo normal yo creo, que te traten media seca”.

Por todo lo anteriormente mencionado está clara la existencia de violencia obstétrica generalizada en la asistencia a estas adolescentes, visualizada en las formas de control y opresión sobre sus cuerpos.

Cuando se les cuestionó a las adolescentes qué cambiarían de sus vivencias, cuatro dijeron que cambiarían *“todo”*, dos modificarían *“algunas cosas”*, dos más *“no cambiarían nada”*, una manifestó que a quienes reemplazaría sería a *“los médicos”* y una expresó no saber. El hecho de desear cambiar todas sus vivencias, algunas cosas e inclusive a los médicos, deja en evidencia que el funcionamiento dentro de las instituciones de salud no son los adecuados y que el poder obstétrico marca negativamente las experiencias de las jóvenes. Por medio de esa violencia se procura meramente disciplinar a los cuerpos de las mujeres *“para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad”* (Ramírez 2014:166).

Conclusiones

Lo desarrollado en la presente tesis busca ser un aporte al análisis de las relaciones que se conciben dentro de las instituciones de salud. Específicamente se centra en la atención brindada a adolescentes de sectores pobres de Montevideo en los controles prenatales y parto.

En una primera instancia se colocó en manifiesto cómo las significaciones sociales generan valoraciones, actitudes y prácticas en lo que es el curso vital de todos los individuos. En la investigación bibliográfica vislumbramos cómo las construcciones entorno a condiciones como ser *mujeres, jóvenes y madres* se introducen en lo cotidiano, labrando las interacciones sociales, los discursos y generando pautas de convivencia; instituyendo modos de pensar, actuar, percibir y sentir.

Como fue manejado a lo largo de este trabajo, la sociedad carga, consiente e inconscientemente, con significaciones que se les atribuyen a las mujeres por su condición biológica reproductiva, las cuales ineludiblemente apuntan a una lógica de control sobre los cuerpos femeninos.

Sostenemos que las relaciones adentro de las instituciones de salud, entre las jóvenes embarazadas y el personal médico, se conciben bajo una suerte de violencia simbólica, dada bajo la subordinación de las adolescentes. Esto es claro en los controles de embarazo, tornándose en violencia obstétrica en casi todas las experiencias de las adolescentes en sus procesos de parto.

Se alcanzó a entrever cómo la atención recibida por el personal de la salud resultó para la gran mayoría de las jóvenes una experiencia desfavorable en sus vidas. Sí bien en algunos casos la planteaban como satisfactoria, el trato violento estaba presente en sus discursos de forma naturalizada, no siendo percibido como tal.

Se manipularon sus cuerpos conforme los mandatos de la ciencia y de las instituciones donde se atendieron. Desde una óptica intervencionista los profesionales tornan justificable

el desarrollo de esa suerte de poder obstétrico que se encuadra, en consecuencia, como una forma de poder disciplinario

Las situaciones degradantes se advirtieron mayormente en el parto, a pesar de ello en las consultas prenatales también se evidenciaron experiencias desfavorables para las mujeres. Las jóvenes no lograron poner en práctica sus derechos, por un lado por falta de conocimiento sobre los mismos y por otro por qué no están apropiadas de ellos, lo que conlleva a que vivan situaciones realmente degradantes.

La sumisión que tienen ante el personal de la salud es patente, haciendo visible esa imagen del médico como un ser incuestionable.

El manipular del cuerpo femenino es lo que más resalta, siendo éste realizado sin explicaciones (como por ejemplo administrando medicación sin aclarar qué son y qué utilidad tiene). Se visualizó además el no cuidado y la violencia a la que fueron sujetas las adolescentes: no poder parir en la posición que les resulta más confortable, la falta de consentimiento en lo que es la revisión de estudiantes, no estar acompañadas por sus seres queridos y de confianza, incluso se vio cómo se les negó la posibilidad de sostener a sus hijos sin explicaciones fundadas. Fueron sometidas a una notable violencia.

Ese sometimiento se dio principalmente por la condición de desigualdad entre médico, concebido como portador del “saber”, y las adolescentes, carentes de información (de sus derechos y sobre las implicaciones de las prácticas que se les estaban realizando).

Se pierde la individualidad, se evade el hecho de que cada ser transita por la experiencia de estar embarazada y ser madre de diferente manera, algo no tomado como primordial por el personal que las atiende. Hay una brecha muy grande en la consideración del ser humano como un ser único, con sus vivencias y complejidades.

La relación entre los médicos y las jóvenes está dotadas de una asimetría de poder; e imposición ante sus disposiciones personales e institucionales. Debería existir un mayor control sobre el accionar médico, además de la consolidación de una educación de carácter más social para los equipos de salud (no solamente técnica).

La elaboración de la presente monografía resultó ser una experiencia valiosa, ilustrando vivencias y situaciones muy severas de violencia obstétrica que dejan al descubierto la desvalorización de las mujeres al momento de parir.

La mayoría de los accionares médicos no son comprendidos, es sustancial instruir y educar a las mujeres sobre estos. Es de vital trascendencia que se empleen talleres en los Centros de Salud (policlínicas, hospitales, mutualistas) o se deriven a las madres a instituciones que sí puedan trabajar sobre estos, a fin de que las mismas logren entender qué está sucediendo en sus cuerpos y qué están haciendo en ellos, para luego tener la potestad de decidir si desean adoptar dichas prácticas o no.

Los procedimientos inadecuados y la indiferencia hacia estas mujeres hacen repensar sobre qué se está fallando.

A modo de recomendación final, considero firmemente que se debería reformular la imagen de la medicina como controladora del cuerpo y de la vida. Pues es un derecho de las mujeres poder contar con una atención adecuada por parte de los servicios de salud, en el sentido de que se les brinde una atención de calidad, con un trato decente, sin el ejercicio de violencia por parte de los profesionales con quienes interactúan. Para ello, esto correspondería ser un elemento principal en la formación del personal de salud y una real exigencia por parte de las instituciones.

Bibliografía

- Adaszko, A. (2005): *“Perspectivas socioantropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo, en Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-Unicef. Buenos Aires - Argentina.
- Amorín David, Berriel Fernando, Carril Elina, Güida Carlos, Paredes Mariana, Pérez Robert, Ramos Brum Valeria, Varela Carmen, Vitale Parra Angélica (2006): *“Proyecto género y generaciones, reproducción biológica y social de la población uruguaya”*. Tomo I. Estudio Cualitativo; Construcción psicosocial de la vejez; Maternidades y paternidades en adolescentes; Derechos sexuales y reproductivos. López Alejandra coordinadora. Montevideo - Uruguay.
- Asociación Uruguaya de Planificación Familiar –AUPF-, Red Uruguaya de Autonomías –RUDA-, Federación Internacional de Planificación de la Familia Región Hemisferio Occidental -IPPF/RHO- (2008): *“Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir”*. Montevideo – Uruguay
- Barrán José Pedro (1993): *“Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar”*. Tomo I. Ediciones de la Banda Orienta. Montevideo - Uruguay.
- Castro Roberto (2010): *“Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”*. México.
- Erviti Joaquina (2010): *“Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”* (pp. 101-122), en Alejandra López y Roberto Castro (eds.). Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Udelar/CRIM-UNAM. Montevideo - Uruguay.
- Fraser Nancy (2008): *“La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación”*. Revista de Trabajo, Año 4, Número 6.
- López Gómez Alejandra, Benia Wilson, Cantera Myriam, Güida Carlos (2003): *“Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones,*

- obstáculos y perspectivas*”. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
- Lozano Estivalis María (2001): *“La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de Reproducción”*. Tesis Doctoral. Valencia - España.
 - Llanes Díaz, Nathaly (2012): *“Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva”*. Sociológica, año 27, número 77, septiembre-diciembre de 2012. Ciudad de Juárez - México.
 - Magnone Alemán, Natalia (2010): *“Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización”*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Tesis de la Maestría en Sociología Edición 2006.
 - Magnone Alemán Natalia (2011): *“Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
 - Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (2008): *“Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio”*.
 - Pellegrino Adela (2010): *“La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica”*. UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Montevideo - Uruguay.
 - Quiroga, S. (1997); *“Adolescencia: Del goce orgánico al hallazgo de objeto [Adolescence: From organic benefit to object finding]”*. Secretaría de Cultura. Publicaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires - Argentina.
 - Ramírez, Gabriela (2014): *“La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”*. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. 11, Nro.1 Enero-Junio, 2014.
 - Romero Gorksi Sonnia (1999): *“Caracterización del campo de la salud en Uruguay”*. Nueva época /Salud Problema /Año 4 num. 6/ junio 1999.

- Settersten, R. A., F. F. Furstenberg Jr, et al. (2005): *“On The Frontier of Adulthood: Theory, Research and Public Policy”*. The University of Chicago Press.
- Scott W. Joan (1996): *“El género: Una categoría útil para el análisis histórico”*.
- Varela Carmen (2005): *“La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay”*. Unidad Multidisciplinaria - Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo - Uruguay. Documento de Trabajo N° 68. Publicado en la Revista Salud Problema, Nueva Época/Año 4/Nro. 6. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (UAM) - México.
- Varela Carmen, Fosik Ana (2010): *“Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: ¿incorporación anticipada y precaria a la vida adulta?”*. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
- Varela Carmen, Fosik Ana, Fernandez Mariana (2012): *“Maternidad en la juventud y desigualdad social”*. UNFPA, Fondo de Población de la Naciones Unidas, año 6.nro.6. Montevideo - Uruguay.
- Varela Carmen, Pardo Ignacio, Lara Cecilia, Nathan Mathías, Tenenbaum Mariana (2014): *“Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, fascículo 3, La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo”*. Programa de Población Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
- Varela, C., Pollero, R., Fostik, A. (2008): *“La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo”*. En Varela, C. Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI. Ediciones Trilce. Montevideo - Uruguay.
- Wolff Leila Regina, Waldow Vera Regina (2008): *“Violencia consentida: mujeres en el trabajo de parto y el parto”*. Salud y Sociedad. Versión impresa ISSN 0104-1290. Saúde soc. v. 17 n.3 São Paulo sul/set 2008.