

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Aproximación a la realidad social y emocional del  
embarazo y maternidad adolescente en situación de  
exclusión sociocultural.**

Partiendo de la experiencia práctica con mujeres adolescentes  
embarazadas en el programa Uruguay Crece Contigo

**Claudia Andrea Fagúndez Rodríguez**  
Tutora: Ana Laura Cafaro

**2019**

## INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1: Estereotipos tradicionales de roles de Género.....	7
1.1 Cuestiones de Género.....	7
1.2 Relaciones de dominación y desigualdades entre hombres y mujeres.....	11
Capítulo 2: Maternidad adolescente y Salud sexual y Reproductiva.....	14
2.1 Consideraciones sobre adolescencia, maternidad y fecundidad.....	14
2.2 Derechos sexuales y reproductivos.....	18
Capítulo 3: Ser madre: ¿un lugar en el mundo?.....	23
3.1 Descripción del programa Uruguay Crece Contigo .....	23
3.2 Descripción de la población objeto de estudio según su perfil sociocultural y subjetivo. Análisis de la experiencia.....	25
Reflexiones finales.....	33
Bibliografía.....	35
Anexo I. Cuadro 5. Ocupacional.....	40
Anexo II. Cuadro 6. Entorno.....	41
Anexo III. Cuadro 7. Derivante institucional.....	43

## RESUMEN

El embarazo y la maternidad en la adolescencia es un fenómeno complejo y multidimensional, que implica diferentes estrategias de abordajes y desafíos. Reflexionar sobre estos aspectos permite continuar generando insumos, que contribuyan a desarrollar intervenciones más eficaces y de mayor alcance en colaboración con otras disciplinas.

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una aproximación a la realidad social y emocional de mujeres adolescentes embarazadas entre 14 y 19 años, en situación de exclusión sociocultural, que participaron del programa Uruguay Crece Contigo (UCC) en Montevideo, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2018.

La metodología planteada para esta investigación es cuantitativa descriptiva y de corte transversal, que a través de variables específicas de interés permite conocer las características de la población objeto de estudio, su distribución y la evolución de algunos fenómenos sociales.

Las variables seleccionadas teniendo en cuenta los objetivos planteados fueron: edad, método anticonceptivo, nivel educativo, ocupación, entorno, medición escala de Edimburgo y derivante institucional de la familia. En el marco del trabajo ha desarrollado, se solicita al programa UCC brinde información de su base de datos, de la población objetivo teniendo en cuenta las variables elegidas. Los datos aportados fueron suministrados mediante cuadros, que expresan información de forma numérica, en porcentajes y se presentan en el capítulo tres del documento.

**Palabras Claves: Género - Adolescencia - maternidad – Derechos sexuales y reproductivos.**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la monografía final de grado, exigido a nivel curricular para la culminación de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El mismo tiene como fin realizar una: Aproximación a la realidad social y emocional del embarazo y maternidad adolescente en situación de exclusión sociocultural.

La elección del tema se justifica por interés personal para la estudiante, que se desempeña desde el año 2012 a nivel laboral, como operadora de cercanía en el programa Uruguay Crece Contigo (UCC)<sup>1</sup> trabajando con mujeres adolescentes embarazadas. En esta etapa tan particular del ciclo vital de cada individuo, cursar un embarazo implica mayores riesgos y desafíos, a nivel social, económico, educativo y laboral.

“En el Uruguay, la maternidad en la adolescencia se concentra en los estratos sociales carenciados, en hogares de bajo clima educativo y en un contexto donde las relaciones afectivas y sexuales están pautadas por la conjunción de las desigualdades de género y de clase y el ser adolescente” (Varela y Fostik, 2011, p.137).

Cada sociedad configura y asigna roles diferentes para hombres y mujeres, que se tornan las formas convencionales y legítimas de ser, sentir y pensar en la vida cotidiana de cada individuo. En este contexto, resulta relevante preguntarse:

¿Constituye su situación sociocultural un factor determinante en la vida sexual y reproductiva de los y las adolescentes que participaron de UCC en Montevideo?

¿Cuáles son los roles que se adjudican a los adolescentes que participaron de UCC en Montevideo, de acuerdo a parámetros construidos socio históricamente entorno a lo masculino y lo femenino?

¿Cuál es el lugar que ocupan las relaciones afectivas y familiares en la maternidad adolescente?

---

<sup>1</sup>Uruguay Crece Contigo, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia, a través de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

Para responder a esas interrogantes a nivel teórico y práctico el objetivo general de la investigación consistirá en:

- realizar una aproximación a la realidad social y emocional de mujeres adolescentes embarazadas entre 14 y 19 años, en situación de exclusión sociocultural, que participaron del programa UCC en Montevideo, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2018.

Por su parte, los objetivos específicos pretenden:

- describir la población objeto de estudio según su perfil sociocultural y subjetivo.
- identificar los recursos de apoyo con los que cuentan las mujeres adolescentes embarazadas.

Mi hipótesis:

- la exclusión sociocultural y subjetiva de las mujeres embarazadas que participaron del programa UCC en Montevideo impacta en su vida sexual y reproductiva.

En la construcción de esta monografía se realizará una indagación teórica de conceptos considerados claves como: género, adolescencia, derechos sexuales y derechos reproductivos, embarazo y maternidad adolescente; articulándolo con el análisis focalizado de las experiencias concretas de quienes transitan ese evento a edades tempranas en UCC.

La información desarrollada se obtiene mediante la revisión bibliográfica de publicaciones e investigaciones de los últimos años, a nivel nacional y regional. A su vez, teniendo en cuenta los objetivos planteados, resulta pertinente incorporar los aportes de la base de datos del programa UCC- MIDES. Es así que se plantea de forma escrita al programa, las líneas de trabajo a desarrollar, especificando objetivos, metodología y justificación. En este marco, se solicita acceso a la información que aportarían las siguientes variables: edad, método anticonceptivo, nivel educativo, ocupación, entorno, medición escala de Edimburgo y derivante institucional de la familia. Desde UCC aprueban la solicitud y brindan asesoramiento, para la presentación de la información ya procesada, a través de cuadros de forma numérica y en porcentajes.

Toda la información recabada se manejará de manera responsable, cumpliendo con las consideraciones éticas y específicamente con fines académicos.

Excede el propósito de este documento dar cuenta de todas las dimensiones implicadas en la temática del embarazo y maternidad adolescente. Se analizarán algunas categorías que se entiende, aportan en el proceso de comprensión de esta realidad y pueden servir como insumos para continuar reflexionando, sobre la construcción de distintas formas de pensar y hacer, que permitan generar intervenciones más eficaces y de mayor alcance en colaboración con otras disciplinas.

El documento se divide en tres capítulos. En el primero titulado “Estereotipos tradicionales de género”, se presentan algunas consideraciones teóricas referidas al tema género. Luego se caracterizará las relaciones de dominación y las desigualdades que se establecen entre hombres y mujeres, que generan diferencias en distribuciones de roles y lugares. Los referentes teóricos que voy a utilizar son: Gayle Rubin, Marta Lamas y Rosario Aguirre.

En el segundo capítulo denominado “Maternidad adolescente y salud sexual y reproductiva”, se desarrolla como punto de partida los conceptos de adolescencia, maternidad y fecundidad desde diferentes perspectivas, indagando sobre las características de esta etapa tan particular. Luego se realiza un recorrido sobre los aspectos más relevantes entorno a: los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, los avances de las políticas públicas y el acceso a programas y servicios que garanticen el ejercicio pleno de esos derechos. Los referentes teóricos que voy a utilizar son: Cecilia de Rosa, Ana Fostik, Carmen Varela.

En el tercer capítulo titulado “Ser madre: ¿un lugar en el mundo?”, se realiza una descripción del programa Uruguay Crece Contigo. Luego se describe la población objeto de estudio y para finalizar se lleva a cabo el análisis de la experiencia. Los insumos que voy a utilizar son: la base de datos del programa y las evaluaciones que se le han realizado hasta el momento.

## **CAPÍTULO 1: ESTEREOTIPOS TRADICIONALES DE GÉNERO**

### **1.1 Cuestiones de Género**

Para analizar algunos factores que intervienen en la maternidad adolescente, resulta importante comenzar reflexionando sobre algunas ideas elementales que involucran al concepto de género.

El mismo es construido por cada sociedad y ha ido variando a lo largo de la historia, asignando pautas de comportamiento, roles y funciones diferenciales para hombres y mujeres, que incide en sus formas de pensar, actuar y relacionarse con el entorno.

Si bien existen diversidad de concepciones y perspectivas teóricas entorno al género, nos interesa el concepto que refiere a los roles de hombres y mujeres y a su relación con la sociedad, con su cultura de forma específica y lo que se atribuye a cada uno, evidenciando las profundas inequidades que aún persisten.

En este sentido, comenzaremos diciendo que el concepto de género incluye una combinación compleja de creencias, comportamientos y características y se distingue del sexo que está determinado biológicamente. El género es una construcción social, que se va transformando y permite como herramienta, analizar los procesos de apropiación y ejercicio de derechos por parte de mujeres y varones.

“Es el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino)” (Lamas, 2000, p.2).

Todos los seres humanos desde que nacen tienen una serie de determinaciones biológicas, que son moldeadas por la cultura y la historia. Los usos y costumbres, las ideas que le son inculcadas a cada individuo las va internalizando, introyectando de manera consciente e inconsciente y van cambiando a lo largo de los años.

Para la autora el concepto género es una categoría, ya que en la vida social los seres humanos creamos determinadas palabras para designar prácticas, sentimientos y relaciones. Tiene tres sinónimos que representan cosas distintas; el primero refiere a la clase, tipo o especie y permite a través de esa definición clásica atribuir al género femenino lo referido a la mujer y el género masculino al hombre. El segundo es la traducción de sexo en inglés (gender) y es un concepto utilizado para dar cuenta de las

brechas entre sexos. El tercero es una categoría nueva que da cuenta de un conjunto de ideas, representaciones y atributos que en su base tienen la diferencia sexual. Cada cultura impone a los individuos esquemas mentales y formatos de comportamientos, asignando lo propio de los hombres y lo propio de las mujeres.

Resultan pertinentes los aportes de la antropóloga norteamericana Gayle Rubin, que a través del concepto sistema sexo/género interpreta las relaciones entorno a la sexualidad, la opresión y la producción. Define al sistema sexo/género como: “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1998, p.97). La autora pone en cuestión la naturalización de las desigualdades entre hombres y mujeres, y en la sociedad en general. Introduce la noción de un sistema sexo/ género, mostrando que son construcciones sociales, no son hechos naturales.

El feminismo a través de sus diversas corrientes de pensamiento en los años setenta, va a cuestionar ese procedimiento ideológico y político, de explicar y justificar las desigualdades de género producidas por las diferencias de sexo.

“El sexo es el sexo pero lo que cuenta como sexo está determinado y obtenido de modo igualmente cultural. Toda sociedad posee un sistema de sexo/género, un conjunto de arreglos mediante los cuales la materia prima del sexo y de la procreación humanas son configurados por la intervención humana y social de modo convencional, no importa cuán bizarras sean esas interpretaciones” (Rubin, 1986, p.14). Algunas de las críticas que realiza la autora son contra el sistema de clasificación y descalificación convencionales de hombres y mujeres.

La cultura patriarcal mediante sus mandatos y representaciones sociales ha impuesto el deber ser entorno a la maternidad, idealizando tradicionalmente el perfil de la mujer como abnegada, pasiva, sacrificada, asexuada, sensible, responsable del cuidado y crianza de la prole, anulando otras esferas de su vida. Con el hombre se asocian rasgos como ser fuerte, activo, independiente, no emocional, agresivo, insensible, competitivo, seguro de sí mismo, rebelde, sexualmente agresivo.

De esta forma, “(...) una es mujer, según éste esquema conceptual, en la medida en que funciona como mujer en la estructura heterosexual dominante, y cuestionar la estructura



es quizá perder algo de nuestro sentido del lugar que ocupamos en el género” (Butler, 2001; 12).

La autora plantea en su libro “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad”, reflexionar en torno a los estándares establecidos sobre sexualidad y género, cuestionando esas concepciones y las normas que regulan nuestra identidad, que restringen nuestras acciones y nuestros cuerpos. Afirma que los roles de género son culturalmente construidos, no son naturales, al igual que el sexo y la sexualidad. Esas normas se ejercen de forma coercitiva, violentando a los sujetos que no entran en los estándares establecidos; por ejemplo, las minorías sexuales que ven restringida su libertad de expresión, de reconocimiento, de elección y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales. Plantea una crítica a la hetero sexualidad y hetero normatividad, que genera diferentes problemáticas en las personas, como el temor a perder un lugar, a perder su identidad, al rechazo y la exclusión social. Reivindica la necesidad de abrirse al devenir de un futuro que es desconocido, a la relación con otros, interpelando y repensando las normas vigentes como oportunidad para modificarlas.

Para concluir las reflexiones en torno a cómo influye la categoría género en nuestra vida cotidiana, en relación a lo que producimos y reproducimos socialmente, resultan relevantes los aportes de la socióloga uruguaya Rosario Aguirre (1998) que afirma que el género es “una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de hombres y mujeres en diversos ámbitos tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país, una cultura” (p.19). En esos espacios se hace visible la desigualdad social que existe por género, ya que históricamente las mujeres han tenido que cumplir con el doble rol de cuidadoras y proveedoras. En este sentido, la organización social del cuidado tiene que ver con las tareas de cuidado que habitualmente tenemos en nuestra sociedad, referida al cuidado de niños y niñas, con el cuidado de adultos mayores, con las tareas del hogar, que siempre fueron invisibilizadas o tomadas como actividades cotidianas a cargo de mujeres.

La línea de trabajo que plantea la autora gira en torno al cuidado social y el cuidado familiar, haciendo hincapié en tres aspectos fundamentales. Por un lado, la reconceptualización del término trabajo, entendiendo al mismo no sólo por el que se recibe una remuneración económica; sino el que se realiza a nivel doméstico, en el cuidado de personas y a nivel general, que es realizado mayoritariamente por mujeres. Redefinir este concepto a nivel de encuestas de hogares y censos es muy importante,

para poder reflejar de forma cabal la realidad de la población. Por otro lado, los usos del tiempo en la vida cotidiana de las personas, que está directamente relacionado con los cuidados y el tiempo que se les dedica a esas tareas. Sirve también para medir las desigualdades sociales al interior de los hogares. Y por último, estudiar la organización social del cuidado, cómo se cuidan las familias y que hace el mercado y el Estado con respecto a esto, ya que existen diferencias en la calidad de los servicios que se brindan y es fuente también de desigualdad social.

En Uruguay a través de la Ley N.º 19353 se crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)<sup>2</sup> en el 2015 y es reglamentado en el 2016. Si bien la reflexión sobre el trabajo de los cuidados se viene desarrollando hace varios años, de esta forma se logra colocar en la agenda pública y debatir a nivel político, académico y de la sociedad civil, sobre las desigualdades de género y la inequidad en la distribución de los cuidados. Es importante que las personas comiencen a visualizar que el tema de los cuidados en nuestra sociedad está distribuido de forma desigual, poniendo de manifiesto la desvalorización social y política que tenían los cuidados, la discriminación que viven las mujeres y el uso de su tiempo, ya que son mayoritariamente ellas las que se encargan del trabajo no remunerado en los hogares.

En este marco Uruguay está desarrollando una política nacional de cuidado, que incorpora la perspectiva de derechos y la perspectiva de género como elementos fundamentales de esa política pública. El tema de los cuidados se posiciona en la agenda política actual, permitiendo una reflexión que vincula el trabajo de los cuidados con nuevos paradigmas, que implica cambios importantes en los modelos de gestión, para lograr una distribución más equitativa del tiempo y las tareas entre hombres y mujeres.

El sistema de cuidado y los servicios de cuidado infantil en particular intentan corregir esa brecha y posibilitar el ejercicio de derechos; de los niños a ser cuidados, de las madres y padres a cuidar de sus hijos, de las madres a acceder al mercado de trabajo, al ejercicio pleno de sus derechos y a que tengan mayores oportunidades para desempeñarse en otros ámbitos.

---

<sup>2</sup> La población objetivo son: personas mayores con dependencia leve, moderada o severa; personas con discapacidad y la primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años de edad).

## **1.2 Relaciones de dominación y desigualdad entre hombres y mujeres**

En la década de los sesenta los movimientos feministas ponen en cuestión diversas problemáticas a nivel político, económico, cultural y social; relacionado con las desigualdades sociales que existen entre hombres y mujeres, su subordinación como consecuencia del patriarcado y la construcción de la diferencia sexual.

Mojzuk (s/f) plantea al respecto: “Asociar el ser mujer con el ser madre, definir la maternidad como el aspecto fundacional de la identidad femenina ha sido y sigue siendo una constante social. Esa representación unívoca y esencialista que confunde ser y deber muestra, por un lado, la fuerza de la hetero designación que afecta a las mujeres en todos los ámbitos de su vida, y por el otro, contradice la diversidad intrínseca entre ellas” (p.2).

En nuestra sociedad, los roles femeninos han estado asociados al ámbito privado, principalmente a las tareas del hogar, la reproducción, crianza y cuidado de la familia. Los roles masculinos, están vinculados al espacio público, asociados mayormente a la productividad y sustento económico. De esta forma el sistema patriarcal, tiene como ejes fundamentales el control de la sexualidad de las mujeres, la imposición del modelo de familia tradicional y la subordinación de la mujer en la división sexual del trabajo. “El cuerpo de la mujer es el territorio donde se erige el patriarcado” (Rich, 1996, p.102).

Desde el nacimiento en cada individuo influye el entorno familiar, ya que posee determinado lenguaje, creencias, costumbres, discursos y valoraciones sobre qué es ser hombre y qué es ser mujer. Dicho proceso de socialización es muy importante, ya que somos seres construidos social y culturalmente; y en ese sistema de poder se definen las condiciones sociales que les son asignadas a mujeres y hombres de forma desigual.

Simone de Beauvoir (1949) pionera feminista, en su libro *El segundo sexo* expresa "No se nace mujer, se llega a serlo" (p. 247), dando cuenta de la fuerza y del impacto que tiene en los seres humanos los procesos culturales y sociales.

Durante años los movimientos feministas han denunciado y continúan luchando contra la opresión de las mujeres, reivindicando que los roles que se les asignan a mujeres y hombres se basan en construcciones sociales y no en diferencias biológicas.

En relación a lo anteriormente expuesto, resulta importante mencionar algunos datos obtenidos en las Estadísticas de Género realizada en el 2015, dónde se buscaba analizar

las transformaciones referidas a las desigualdades de género en distintos ámbitos de la vida social, desde el 2006 al 2015. A nivel general, se menciona que persisten profundas desigualdades en nuestro país. Las mujeres continúan percibiendo menores ingresos a nivel laboral que los hombres, aunque tienen mayores exigencias y mejores desempeños a nivel educativo. Predominan los hogares monoparentales con jefaturas femeninas y los de mayor cantidad de miembros en mayor frecuencia son los que perciben menos ingresos, siendo la pobreza otro indicador de las desigualdades de género.

Siguen existiendo marcadas diferencias en relación a la distribución de las personas en ramas de actividad consideradas masculinizadas y feminizadas, “las mujeres continúan empleándose en mayor proporción que los varones, en ramas de actividad como la enseñanza, los servicios sociales y de salud y el servicio doméstico remunerado, lo cual da cuenta de una persistencia de la histórica división sexual del trabajo (MIDES, 2015, p.53)”

A su vez, interesa nombrar los aportes de los documentos del Sistema de Información de Género realizados en el 2016, donde se analizan los escasos avances respecto a la inequidad en la distribución del poder entre hombres y mujeres en nuestro país. “La histórica asignación de las mujeres al ámbito privado, acompañada por una distribución desigual del tiempo que varones y mujeres invierten en las tareas domésticas y de cuidado, repercute en el pleno ejercicio de ciudadanía femenina e imposibilita su participación en los espacios públicos y de poder (MIDES, 2016, p.54)”. Plantean que si bien persisten indicadores que dan cuenta del poder hegemónico masculino en los roles tradicionales de género, existen transformaciones y avances que se van efectuando de forma gradual. La participación femenina en el mercado laboral continúa en aumento, mientras que la masculina permanece constante. Sin embargo, el trabajo doméstico y de cuidados que se realiza dentro del hogar sigue siendo mayormente femenino, demostrando que sigue existiendo inequidad en la división de tareas y tiempo dedicado a esas actividades.

“A partir de la Encuesta de Uso del Tiempo (EUT) realizada en 2013 se observa cómo las mujeres dedican aproximadamente el doble de tiempo al trabajo no remunerado que los varones (p.39)”.

Si bien existen cambios respecto a una mayor participación de mujeres en ámbitos públicos, no ha redundado de igual forma en una mayor participación de los hombres es

tareas que hacen al cuidado y quehaceres del hogar. Se visualizan pequeños avances respecto a la incorporación paulatina de los varones en dichas tareas, pero sigue siendo en menor medida que las mujeres.

“Resulta de ello que la mujer puede conciliar más difícilmente que el hombre su vida familiar y su papel de trabajadora. En el caso de que la sociedad le exija ese esfuerzo, su existencia es mucho más penosa que la de su esposo” (De Beauvoir, 1949, p. 67).

“La compleja relación entre vida productiva y vida reproductiva que afecta particularmente a las mujeres -que da cuenta de las transformaciones de las relaciones de género y su impacto en las familias-, la necesidad de generar condiciones que acompañen estas transformaciones para favorecer que se compatibilicen estas dimensiones, es un desafío que interpela los sistemas de protección integral a la infancia, así como el desarrollo de un sistema nacional de cuidados, que democratice las tareas de crianza y cuidado de las personas dependientes, históricamente depositadas en las mujeres” (MYSU<sup>3</sup>, 2013, p.54).

En este sentido, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados que se está implementando de forma reciente, si bien es una política pública con un enfoque integrado, tiene elementos a mejorar, para que realmente el derecho al cuidado sea una realidad en Uruguay. Si bien es un derecho declarado a nivel formal, no todas las personas que necesitan cuidados en el país pueden acceder a ese derecho, ya que va a depender de su situación socioeconómica, etaria, sexo, entre otros factores.

Los desafíos siguen girando en torno a la necesidad de generar más adaptaciones de los servicios a las necesidades de las familias, de los territorios y las comunidades. Incluir al Estado en estas discusiones es muy importante, para que existan más políticas públicas orientadas a una distribución más equitativa de los trabajos de cuidados, con un enfoque de género que incluya en su diseño a los varones, para continuar generando cambios y transformaciones al modelo hegemónico, que fomenten la igualdad de oportunidades a nivel social, político y laboral.

---

<sup>3</sup> Mujer y Salud en Uruguay, es una organización no gubernamental feminista. Desde su creación en 1996, implementa estrategias y actividades para dar seguimiento y monitoreo a las políticas públicas en salud y género en Uruguay, con especial foco en salud sexual y reproductiva y con el cometido de identificar y analizar los avances, dificultades, vacíos y retos en el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en el marco del sistema de Naciones Unidas en materia de políticas de población, salud y derechos humanos.

## **2- MATERNIDAD ADOLESCENTE Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **2.1 Consideraciones sobre Adolescencias, maternidad y fecundidad**

Una de las primeras cuestiones que es necesario precisar en este capítulo es que las definiciones entorno a esta etapa vital denominada adolescencia, han ido variando según la construcción histórica, no hay un único concepto homogeneizador que la defina. Existen diversas formas de vivirla y desde esa pluralidad de experiencias, subjetividades e historias particulares, corresponde hablar de adolescencias.

Con el pasar de los años se han generado diversas conceptualizaciones, que han sido objeto de debates entre distintas disciplinas, ya que se la considera una etapa decisiva en cada persona, donde ocurren profundos cambios y transformaciones a nivel biológico, social y subjetivo.

Como etapa evolutiva comienza a tomar relevancia en la época moderna, los primeros textos que la conceptualizan se ubican a fines del SXIX y comienzos del SXX, donde se concibe a la adolescencia como etapa transitoria, de la niñez a la adultez (Varela y Lara, 2012).

Los aportes del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904) con la publicación del primer tratado sobre la adolescencia, constituyeron un hito fundacional. En el mismo afirmaba que los cambios físicos que ocurren en la adolescencia producen también cambios a nivel psicológico y caracteriza esta etapa de transición tormentosa, que produce inestabilidad psicológica y se manifiestan diversas tensiones. Existe mayor emotividad y perturbaciones de la conducta, ya que se producen cambios en la personalidad debido a la maduración y toma de conciencia de uno mismo.

Al respecto resulta relevante mencionar la investigación denominada: Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay, que afirma que dicha construcción teórica sobre la adolescencia se ha ido modificando con el pasar de los años y la define “como una categoría compleja, con identidad propia e importancia fundamental en el desarrollo de los sujetos. No es posible definirla acabadamente, en tanto se construye dinámicamente en una sociedad determinada, en un momento histórico determinado, y más aún, en una comunidad determinada” (López, 2015, p.17).

El Estado Batllista a partir del siglo XIX se encargará de la construcción del Estado Moderno en el Uruguay, en el marco del Industrialismo, implementa una política

sanitaria llamada el “higienismo”, donde se legitima la intervención social en la vida cotidiana de las personas y se impulsa el cuidado personal y colectivo. A través de ese proceso sociocultural, la medicalización de la sociedad va a girar en torno a las enfermedades, la muerte y los nacimientos. Es aquí donde se institucionaliza y legitima el Trabajo Social, primero en la figura de las visitadoras sociales y luego de las asistentes sociales, para dar respuestas a la “cuestión social” dada por la mercantilización de la vida social y el proceso de secularización de la moral. (Acosta, 1997).

En este marco aparece una figura nueva que es el adolescente, “No el joven ni el púber (...) sino otro ser que vive por primera vez – así es descrito- o debe vivir su sexualidad conteniéndola y sintiéndola culposamente, un ser que debe ser vigilado en sus juegos, sus lecturas, su salud y, sobre todo, en su soledad; un rebelde contra sus mayores y los valores de la tradición (...) ha aparecido un individuo en conflicto dramático con sus padres, la sociedad y, a menudo, consigo mismo” (Barrán, 1996, p.175).

El término adolescencia etimológicamente proviene del latín *adolescens*, participio presente de *adolescere*, cuya acepción es crecer. La adolescencia es una categoría evolutiva que tiene derecho propio, que está atravesada por aspectos psicosociales específicos, está muy arraigada a la clase social a la que pertenece el adolescente, a la cultura y a la sociedad en la que está inmerso (Amorín, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio- económica, ubicándola entre los 10 y 19 años. Se la puede dividir en dos etapas: la adolescencia temprana que se produce de 10 a 14 años y la adolescencia tardía que va de 15 a 19 años (OMS, 1979).

A partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) que fue ratificada en 1990, los niños y los adolescentes son considerados ciudadanos, sujetos de derechos, con autonomía progresiva para tomar decisiones. Se deja atrás la antigua concepción basada en la incapacidad de los niños y los adolescentes (UNICEF, 2012).

En Uruguay el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) contenido en la Ley N°17.823, define como niño a todo ser humano hasta los 13 años y por adolescente a los que son mayores de 13 y menores de 18 años. Declara que poseen derechos, deberes y

garantías en su calidad de personas humanas y se tendrá en cuenta el interés superior del niño y adolescente, de acuerdo a su autonomía progresiva para decidir. (CNA, 2004).

“La construcción del sujeto en su integralidad en tanto sujeto psíquico, histórico, social, político y de derechos, implica un complejo proceso de autonomización para el desarrollo de la capacidad de decidir sobre la propia existencia y el agenciamiento del propio cuerpo. Así como también, el desarrollo de la capacidad de incidencia en tanto sujeto implicado en su tiempo y realidad histórico social” (López, 2005, p.35).

Existen distintas formas de transitar esta etapa vital hacia la adultez, donde la relación con las condiciones materiales de vida, influyen en las condiciones subjetivas de los adolescentes y cómo viven esas experiencias.

“Las características de cada adolescente son producto de un cúmulo de interacciones entre lo individual y lo social en donde las categorías sexo, género, edad, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y residencia, etnia y orientación sexual, entre otros, se articulan de manera compleja” (López, 2015, p.17).

En esta etapa de transición se va insertando de forma progresiva en el mundo adulto, procesando dichos cambios con mayores o menores fortalezas, lo que implica cierta complejidad. A su vez, las condiciones más precarias conllevan una mayor exposición a factores de riesgos y vulnerabilidad social, tales como la violencia, desamparo, consumo de drogas, inicio temprano de las relaciones sexuales, embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y exclusión social.

En este sentido, los fenómenos que están asociados al embarazo adolescente tienen características particulares que resultan importante comprender. Se establecen varias dimensiones para el abordaje de dicha problemática a través de las políticas públicas en Uruguay, que apuntan a la prevención del embarazo, al acceso a la información y métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral, que posibilite que los adolescentes puedan tomar decisiones con conocimiento sobre su vida sexual y reproductiva.

Ponce de León (2014) afirma que “lo específico de la Maternidad Adolescente estará referido a las determinantes socioculturales de cada época, así como de cada región y estrato social particular” (p.2). En nuestro país, concretamente en Montevideo las adolescentes que inician su trayectoria reproductiva a temprana edad, con embarazos no



planificados, se ubican mayoritariamente en barrios de contexto crítico, en sectores sociales de bajos recursos, con privación social y bajo nivel educativo. Comprender los fenómenos subjetivos, sociales y culturales que inciden en ese embarazo adolescente es imprescindible, ya que es un fenómeno multicausal y heterogéneo (De Rosa et al., 2016).

“El contexto social próximo establece estilos de vida que pautan las relaciones sociales, en las que se ubican las relaciones de género, el acceso a la educación, la salud, el trabajo, la vivienda. La combinación de factores produce situaciones de vulnerabilidad social para determinadas poblaciones, que se traducen en condiciones deficitarias en materia de educación, salud (en particular salud sexual y reproductiva), vivienda, alimentación y contención afectiva, entre otros” (Doyenart y Varela, 2017, p.40).

En este sentido, el embarazo adolescente que se desarrolla mayoritariamente en ese contexto de fragilidad en el que viven muchas adolescentes, se debe entonces a múltiples factores que interactúan como la violencia, la pobreza, la exclusión y la falta de oportunidades educativas y de un proyecto de vida diferente a la maternidad. El inicio temprano de las relaciones sexuales, el bajo nivel educativo, los antecedentes familiares de embarazos a temprana edad, el consumo problemático de sustancias y la violencia familiar, dan cuenta de las desigualdades de género, culturales y socioeconómicas a las que están expuestos en esa etapa vital de sus vidas.

En muchos casos las adolescentes ven en la maternidad una posibilidad de independizarse del hogar de origen, de mudarse con su pareja o tener un espacio sólo para ella y su hijo. La fantasía de esa emancipación muchas veces no prospera, ya que los vínculos que se crean son muy frágiles y regresan al hogar de sus padres, en situaciones que implican mayores desafíos para las adolescentes (De Rosa et al., 2016).

La mayoría de las adolescentes no establece una unión estable, por lo que permanecen en la casa de sus padres, agregando una carga adicional a su situación económica que ya es desfavorable. Sumado a que no siempre encuentra en su familia, el apoyo que necesita para desarrollar su rol materno (Fostik y Varela, 2011).

Las consecuencias del embarazo adolescente por tanto para la mujer como para el hombre en esta etapa lo afectan a nivel individual, familiar, social, sanitario y económico. Coarta muy fuertemente la posibilidad de estudiar, de tener una mejor inserción laboral, de tener mejores oportunidades y afecta el ejercicio de ciudadanía.

En la presentación de los resultados del informe “Evolución reciente de natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay: Presentación de cifras oficiales 2018”, de la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública y de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; se confirma que Uruguay registra por cuarto año consecutivo una caída en su tasa de fecundidad adolescente. En 2018 hubo 40.139 nacimientos, 2.897 menos que en 2017 con una tasa global de fecundidad por debajo del reemplazo que se sitúa en 1,6 hijos por mujer en edad reproductiva. En 2018 se registraron 814 embarazos menos en adolescentes respecto al año anterior. (MSP, 2018).

“Problematizar el inicio de la maternidad en la etapa adolescente o incluso en la juventud temprana, nos conduce a analizar las condiciones de la salud sexual y reproductiva a la que acceden las mujeres y los varones, desde una perspectiva integral que garantice sus derechos humanos” (De Rosa et al., 2016, p.22).

## **2.2 Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes**

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es el resultado de las reivindicaciones feministas que se dan en la década del sesenta y setenta, pero la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), desarrollada en El Cairo en 1994, marca un nuevo hito, ya que los gobiernos allí reunidos reconocen internacionalmente los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales para el desarrollo de las personas. El concepto evoluciona de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, amplía la dimensión de los derechos sexuales y reproductivos, entendiéndolos como parte del derecho específicamente de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva.

“La visibilidad y reconocimiento social de los DDSSyRR (...) entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al re-significar la dicotomía público – privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas” (López, 2005, p.31).

Colocarlos en la agenda política internacional permitió incidir en los Estados, para continuar propiciando cambios en sus políticas y garantizar el efectivo ejercicio de dichos derechos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad constituye "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. (. ..) La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS; 2006).

En Uruguay con la aprobación de la Ley N°18.426 en el año 2008, se plantea el cumplimiento de objetivos generales tales como:

- universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias.

Los derechos sexuales refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad sin ningún tipo de coerción, discriminación o violencia; y los derechos reproductivos refieren a la libertad de decidir si tener o no hijos, en qué momento, de qué forma, al acceso a información y métodos anticonceptivos, a servicios de fertilización asistida o interrupción voluntaria del embarazo.

“La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, constructo sociocultural e histórico, producto y productora social. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización” (López, 2015, p.19).

En este sentido, los lineamientos de las políticas públicas en Uruguay tienen como prioridad sanitaria la disminución de los embarazos en menores de edad, a través de una Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, que forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016- 2020.

Como antecedentes podemos nombrar algunas leyes y programas que contribuyeron a este proceso: el Programa de Apoyo a la Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo (INFAMILIA) de la Presidencia de la República en 2002 y a partir del 2005 pasa a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), que con sus Institutos Nacionales de las Mujeres (INMUJERES), de la Juventud (INJU) y del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), impulsaron acciones vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. La Ley 17.817 (2004) contra toda forma de discriminación, que incluye aspectos vinculados a la diversidad sexual; el Código de la Niñez y Adolescencia (2004), enmarcados en la reforma del Estado que se desarrolló en el 2005 cuando asume el partido de izquierda Frente Amplio. Ese año se crea el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP. La Ley 18.246 de Unión Concubinaria (2007), la Ley 18.104 (2007) de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres, la Ley 18.437 (2008) sobre educación sexual, la Ley 18.620 (2009) para habilitar el cambio de sexo por identidad de género. La Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030, en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales, que tuvo un Plan de Acción 2010-2015 del Comité de Coordinación Estratégica de la Infancia y Adolescencia (Ramos, 2011, pp. 11-15). La Ley 18.987 (2012) sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto. En la Ley 19.075 se reconoce el matrimonio entre personas del mismo sexo.

A su vez, resulta relevante mencionar algunos de los resultados obtenidos a través de Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCoR, 2015), que fue llevada adelante por el INE, MSP, UdelaR, MIDES.

Uruguay durante muchos años, en particular en la década del 90 tuvo un despegue muy importante en los indicadores de fecundidad adolescente, en comparación con el resto de los países de la región y del mundo. Desde el 2004 se experimenta un descenso en la tasa de fecundidad del país, que indica que la fecundidad está por debajo de la tasa de reposición y continúa bajando. Desde el 2015 acorde a la estrategia política mencionada, Uruguay registró una baja sin precedentes del embarazo en la adolescencia, en ese año de cada 1.000 mujeres en edad reproductiva que tienen hijos entre 15 y 19 años había 55 nacimientos, en 2017 hubo 41. Si se tiene en cuenta que en los países europeos hay sólo 8 nacimientos cada 1.000 adolescentes en edad de ser madres, las cifras marcan una diferencia importante.

El embarazo adolescente es una expresión y a su vez consecuencia de la fragmentación social, de la desigualdad económica, social y territorial. Las adolescentes que se embarazan en nuestro país viven en condiciones de mucha vulnerabilidad, asumiendo precozmente roles de la vida adulta. A su vez, el 80% de las adolescentes que cursan un embarazo indican que preferirían no haber quedado embarazadas o posponer su maternidad. Este evento a edades tempranas les implica a las y los adolescentes asumir responsabilidades y roles de adultos, que no se corresponden a otros niveles como el laboral o en la diversificación de sus proyectos de vida. Mayoritariamente las adolescentes que fueron madres jóvenes quedan encargadas de las tareas domésticas y el cuidado de sus hijos. (Varela y Fostik, 2011).

En la Estrategia Intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes 2016-2020 se plantea como fundamental contemplar elementos culturales, de género, el acceso desigual a oportunidades, a los servicios de salud, al acceso de métodos anticonceptivos, a la educación sexual, situaciones de pobreza y exclusión social entre otros, que forman parte de los determinantes del embarazo no intencional en adolescentes.

En este marco, “Mi Plan Adolescente” busca contribuir a la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia desde una perspectiva de derechos, género y diversidad. El abordaje que se viene desarrollando implica un trabajo conjunto entre los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y

Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas. A través de Mi Plan Adolescente se plantea transmitirle a los y las adolescentes, que existe un plan para llevar adelante su adolescencia, que pueden postergar un posible embarazo, que pueden decidir y elegir si quieren ser madre o padre en esta etapa y que hay planes alternativos. Mediante la reflexión y la promoción del diálogo, los adolescentes son protagonistas de las intervenciones que plantean la construcción de proyectos de vida diversos. Se plantean distintas actividades y objetivos de acción, entorno a componentes que apuntan a fortalecer el ejercicio pleno de los derechos, en especial los derechos sexuales y reproductivos.

“El esfuerzo por lograr la promoción y ejercicio de los DDSSyRR de los/as adolescentes es una tarea compleja, dadas las múltiples resistencias políticas, ideológicas y socioculturales” (Ramos, 2011, p.11).

En este sentido, si bien las políticas públicas que se vienen desarrollando han logrado disminuir la cantidad de adolescentes que cursan un embarazo, aún continúa siendo un problema persistente en Uruguay, que da cuenta de las inequidades de género y el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población.

“El embarazo y la maternidad en la adolescencia es producto de la desigualdad social y por tanto debe ser considerado como un problema social y de DDHH, a ser priorizado en la agenda pública. Ello implica definir e instrumentar políticas que atiendan integralmente los distintos factores que lo producen, así como sus consecuencias”. (De Rosa et al., 2016, p.137).

Resulta fundamental continuar desarrollando políticas integrales que contribuyan a transformar los mandatos y estereotipos de género, que impactan en la vida sexual y reproductiva de las adolescentes. Incentivar las políticas de educación sexual en el sistema educativo y en el sector salud, diseñar una respuesta institucional sensible al género y que contemple las necesidades y características de las adolescentes (MYSU, 2013).

### **3- SER MADRE ¿UN LUGAR EN EL MUNDO?**

En Uruguay a través del proceso de modernización que se dio a fines de siglo XIX y principios del XX se consolida la llamada sensibilidad “civilizada” que se encargó de disciplinar a la “sociedad bárbara”, instaurando sentimientos, conductas y valores diferentes. Tendrán un rol protagónico en el proceso de civilización, la iglesia católica, la escuela pública, la policía y la familia (Barrán, 2004).

“El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales (...) La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo.” (Barrán, 1993, p.11).

A partir de esos cambios que se van implementando, se destaca a la familia como institución que cobra importancia, se delimita el ámbito doméstico y la mujer va a cobrar una doble función fundamental: la materna y la conyugal. La sociedad va a exigirle, que se haga cargo del buen funcionamiento del hogar y de la crianza de sus hijos. Se empieza a constituir la ideología de la buena madre, en la abnegación de su propio destino y el sentido de su vida gira entorno a su hijo. Se la carga de atributos como madre, que reduce a la mujer a la maternidad y al ámbito del hogar, negándosele otros aspectos de su ser. En este contexto, el universo de la madre tradicional estaba reducido al ámbito doméstico, reforzando la idea de que la buena madre es responsable del futuro de sus hijos, renunciando a cualquier otro interés en sí misma.

#### **3.1 Breve descripción del programa Uruguay Crece Contigo**

El programa UCC dependiente del MIDES, es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia, a través de acciones universales y focalizadas, que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo pleno de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

El modelo de intervención que propone desde sus inicios en el año 2012, se inspira a nivel internacional en la trayectoria de UCC Chile y a nivel nacional en Canelones Crece Contigo.

Los equipos de trabajo territorial en domicilio se componen de duplas con formación en áreas de la salud (parteras, sicomotricistas, nutricionistas, enfermeras, médicas de familia) y sociales (psicólogas y trabajadoras sociales).

Para llegar de forma integral a la población trabaja a nivel interinstitucional así como en la generación de conocimiento útil para el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas de protección integral dirigidas a la primera infancia.

Se trabaja con las familias en sus domicilios en diferentes modalidades de acompañamiento teniendo en cuenta sus particularidades y los recursos con los que cuentan.

Entre los objetivos del programa se destacan:

- fortalecer las capacidades de las familias
- garantizar derechos y trabajar en la construcción de oportunidades
- desarrollar buenas prácticas de crianza
- mejorar las condiciones de salud, del desarrollo infantil y acceso a prestaciones sociales (UCC- MIDES).

En este sentido, me parece pertinente mencionar el balance del ejercicio UCC del 2018 donde se afirma que:

- el programa acompañó de forma directa a 4.684 hogares,
- 1.611 mujeres embarazadas,
- 5.281 niños y niñas menores de 4 años,
- de 183 localidades del territorio nacional.

En relación a la cobertura acumulada (desde setiembre de 2012 al 1 de enero de 2019):

- han sido beneficiarios 17.304 hogares,
- 8.120 embarazadas,



- 23.368 niños,
- 45.654 beneficiarios indirectos
- 77.142 beneficiarios totales.

En cuanto a la evaluación del impacto del acompañamiento familiar desde sus inicios a enero de 2019, se presentan cambios positivos:

- en el estado nutricional de los niños,
- en hábitos de alimentación,
- desarrollo infantil,
- asistencia a centros de educación inicial,
- en las prácticas de crianza positivas,
- en el bienestar psicosocial de las madres
- en el acceso a las prestaciones sociales (UCC, 2018).

### **3.2 Descripción de la población objeto de estudio según su perfil sociocultural y subjetivo. Análisis de la experiencia**

Mi experiencia laboral como operadora de cercanía desde el año 2012 , se desarrolló en distintos barrios de Montevideo y actualmente me desempeño en el departamento de Maldonado. El trabajo de cercanía desarrollado ha sido mayoritariamente con mujeres embarazadas adolescentes y/o que tienen a su cargo niños menores de 4 años, con factores de riesgo socio-sanitario. Se puede decir entonces que la constitución del hogar donde viven las mujeres adolescentes embarazadas es muy relevante, así como su contexto, en relación a las oportunidades y dificultades a las que están expuestas.

En este capítulo se pretende articular elementos teóricos que fueron desarrollados a lo largo de todo el trabajo, con los datos obtenidos del programa UCC para la población objetivo y realizar un análisis de los mismos.

Para comenzar resulta relevante los aportes de Batthyány, Genta y Scavino (2014) que indican que el 47,1% de los hogares de UCC son biparentales donde predominan los hijos de ambos padres (30,8%), seguido de los hogares monoparentales que son

mayoritariamente mujeres con niños y constituyen el 25,2% de los beneficiarios y el 20,2% son hogares extensos compuestos por familiares de varias generaciones.

En el 87,8% de los hogares viven niños menores de 4 años y en el 42,2% vive por lo menos una mujer embarazada. En el 92,3% de los hogares las referentes son mujeres, que manifiestan ser las responsables de las tareas domésticas y cuidado de los niños. De ese porcentaje, un 34,2% son mujeres adolescentes menores de 20 años que están embarazadas o son madres de niños pequeños.

En este sentido, la población objeto de estudio son mujeres adolescentes embarazadas entre 14 a 19 años, que fueron acompañadas por el programa desde el 2013 al 2018 en Montevideo.

**Cuadro 1. Cantidad de mujeres embarazadas iniciadas en el departamento de Montevideo por año, período 2013-2018**

AÑO DE INICIO DE INTERVENCIÓN	CANTIDAD	%
2013	88	12,0
2014	149	20,3
2015	132	18,0
2016	120	16,4
2017	98	13,4
2018	66	9,0
<b>TOTAL</b>	<b>653</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

Respecto a la presencia de mujeres adolescentes embarazadas al momento de ingresar al programa UCC, podemos observar que el año que tuvo un porcentaje mayor (20,3%) fue en el 2014. Con el transcurso de los años ha ido descendiendo la cantidad, para ubicarse en el 2018 en un 9%.

Para poder dar cuenta de los objetivos trazados en el trabajo, fueron seleccionadas las siguientes variables:

- edad: de la mujer adolescente al inicio del embarazo
- método anticonceptivo: cuál utilizaba antes del embarazo (ver Anexo I)
  - educativa: nivel alcanzado
  - ocupacional: situación laboral, horas diarias trabajadas fuera del hogar, ingresos y/o acceso a prestaciones sociales.

- entorno: si vive con el padre del niño que va a nacer, cómo siente el apoyo de su pareja, familiares o amigos
- escala de Edimburgo: resultados de la evaluación realizada por los equipos de cercanía de UCC
- derivante institucional (ver Anexo III).

Como fue expuesto en los capítulos anteriores, desde los años sesenta a la actualidad, asistimos a diversos debates que replantean aspectos sustanciales respecto a la maternidad, a los vínculos, a los roles de género, como han incidido los avances de la ciencia entorno a la reproducción, el acceso a métodos anticonceptivos, el ingreso de la mujer al mercado laboral y sus proyecciones personales.

Una investigación realizada en 2015 por parte del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades de la Facultad de Psicología y el Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales, denominada “Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay”, indica que existen brechas importantes en el embarazo adolescente, que se concentra en los sectores más vulnerables, con menor nivel educativo y mayor cantidad de necesidades insatisfechas. En esas realidades sociales se manifiesta el ideal de maternidad temprana y el lugar que ocupa en la vida de las adolescentes, que generalmente es compartido socialmente o de manera comunitaria en determinadas zonas del país. Se distinguen algunos factores que están asociados a la maternidad adolescente. Los factores estructurales que dan cuenta de la privación de oportunidades y la reproducción de mandatos y roles de género, de modelos de familia que son hegemónicos. Los factores intermedios que ponen de manifiesto las condiciones sociales, que inciden en el ejercicio de la vida sexual a edades tempranas y las expectativas en torno a la maternidad. Los factores subjetivos dan cuenta de los motivos que orientan sus elecciones, que pueden ser la búsqueda del reconocimiento social, ingresar al mundo adulto a través de ese evento, egresar del hogar de origen y formar su propia familia.

**Cuadro 2. Edad: al inicio del embarazo**

EDAD AL INICIO	CANTIDAD	%
14	36	5,5
15	83	12,7
16	112	17,2
17	157	24,0

<b>18</b>	135	20,7
<b>19</b>	130	19,9
<b>TOTAL</b>	<b>653</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

En relación a las edades, de las 653 mujeres adolescentes embarazadas que ingresaron a UCC en el periodo seleccionado, el mayor porcentaje se ubica en la franja etaria que va de los 16 a 19 años de edad.

“La maternidad constituye un aspecto sustantivo en sus proyectos de vida y es el eje fundamental en la construcción de la identidad femenina. El ser madres se percibe como algo de orden natural, destino para las mujeres y fundamento de sus desempeños sociales. El sentido que le asignan a la maternidad interviene en sus relaciones afectivas, sexuales y en su trayectoria reproductiva” (De Rosa et al., 2016, p.91).

En el imaginario de muchas adolescentes está la idea de que van a poder independizarse de su hogar de origen y con la maternidad pasan a estar doblemente recluidas, con mayores responsabilidades y dificultades a las que se enfrenta en el cuidado de su hijo.

### Cuadro 3. Educativo: nivel alcanzado

NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	CANTIDAD	%
PRIMARIA INCOMPLETA	40	7,3
PRIMARIA COMPLETA	190	34,7
CICLO BÁSICO INCOMPLETO	228	41,6
CICLO BÁSICO COMPLETO	25	4,6
BACHILLERATO INCOMPLETO	23	4,2
BACHILLERATO COMPLETO	1	,2
EDUCACIÓN TÉCNICA INCOMPLETA	39	7,1
EDUCACIÓN TÉCNICA COMPLETA	1	,2
EDUCACIÓN MILITAR INCOMPLETA	1	,2
<b>TOTAL</b>	<b>548</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

Respecto al nivel educativo de las mujeres adolescentes embarazadas, el 41,6 % tiene ciclo básico incompleto y el 34,7% primaria completa.

“Las mujeres en su mayoría (49,5%) manifiestan estar dedicadas a los quehaceres del hogar, 28,8% desocupadas (...) Solo el 15,2% están ocupadas actualmente en el mercado de trabajo (...) Este dato presenta una clara desventaja para las mujeres quienes en su mayoría no cuentan con ingresos propios” (Batthyány et al., 2014, p14).

### Cuadro 4. Ocupacional: situación laboral

SITUACIÓN LABORAL	CANTIDAD	%
EMPLEADO PRIVADO	10	1,9
EMPLEADO PÚBLICO	1	,2
TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA	10	1,9
TRABAJADOR NO REMUNERADO	2	,4
DESOCUPADO	168	31,1
PENSIONISTA	1	,2
QUEHACERES DEL HOGAR	263	48,7
OTRO INACTIVO	85	15,7
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

Estos datos coinciden con la situación que presenta la población objetivo (ver Anexo II), ya que el 48,7% de las mujeres adolescentes se dedica a los quehaceres del hogar y el 31,1% están desocupadas. En relación a los ingresos y acceso a prestaciones sociales, el 51,9% de las mujeres adolescentes embarazadas declara no percibir ingreso por asignación prenatal. El 89,9% no cobra la asignación familiar por alguno de sus hijos, sumado al incumplimiento de las pensiones alimenticias que ocurre en la mayoría de los hogares. Sólo el 21,2% declara que percibe el ingreso de la Tarjeta Uruguay Social (TUS).

“Son las mujeres más pobres las que presentan las tasas de actividad más bajas en el mercado laboral y alta dedicación al trabajo no remunerado, particularmente al de cuidados de dependientes” (Batthyány et al., 2014, p17).

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) el 35,8% de jóvenes de 12 a 29 años realizan tareas de cuidado de personas dependientes, pero son las mujeres quiénes se encargan en mayor medida de esa tarea (44,1%) en comparación con el 27,5% de los varones (ENAJ, 2013).

“Las jóvenes que cuidan niños o niñas de 0 a 3 años le dedican, en promedio, 65 horas semanales, mientras que los varones le dedican 26. El 16,1% de los jóvenes dejaron de trabajar o estudiar para dedicarse a los cuidados, ya sea de manera remunerada o no. Existen importantes diferencias por sexo. Casi una de cada cuatro mujeres deja de estudiar o trabajar, mientras que solamente sucede esto en un 5% para los varones” (MIDES, 2015, p12).

En relación al tipo de tareas de cuidado en la que los padres participan, se aprecia la división sexual del trabajo que existe en los hogares, ya que se encargan

mayoritariamente de actividades recreativas y de paseo con los niños. Las tareas de cuidados y actividades cotidianas que implican horarios como la alimentación, higiene y concurrencia a centros educativos, son realizadas en mayor medida por mujeres. Cuánto más pequeños son los niños, menor es la participación de sus padres, acentuándose más las brechas de género respecto al cuidado (Batthyány et al., 2014).

#### **Cuadro 5. Entorno**

- **si vive con el padre del niño que va a nacer**

<b>¿EL PADRE DEL NIÑO QUE VA A NACER CONVIVE CONTIGO?</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>SÍ</b>	326	50,2
<b>NO</b>	323	49,8
<b>TOTAL</b>	<b>649</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

- **Cómo siente el apoyo de su pareja, familiares o amigos**

**Respuestas a la pregunta: ¿Cómo sientes que es el apoyo con el que cuentas por parte de tu pareja, familia o amigos, ahora que estás embarazada?**

	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>BASTANTE O MUCHO</b>	493	77,2
<b>MÁS O MENOS</b>	124	19,4
<b>CASI NADA O NADA</b>	22	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>639</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

- **Escala de Edimburgo<sup>4</sup>: resultados de la evaluación**

<b>ESCALA DE EDIMBURGO CODIFICADA AL INICIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>SIN PROBABILIDAD DE DEPRESIÓN</b>	474	74,9
<b>CON PROBABILIDAD DE DEPRESIÓN</b>	159	25,1
<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

<sup>4</sup> Es un screening que permite evaluar la depresión durante el embarazo y post-parto. El formulario contiene diez preguntas cortas con cuatro respuestas posibles, el técnico le nombra cada una y le solicita a la madre que elija cuál se asemeja más a cómo se sintió la semana anterior.

De la información obtenida en estos tres cuadros, observamos que la mitad de las mujeres adolescentes embarazadas manifiesta que convive con el padre del niño que va a nacer y el resto no lo hace. La mayoría manifiesta que se dedica a los quehaceres domésticos, siendo muy bajo el porcentaje de las que trabajan fuera del hogar (ver Anexo II).

Respecto al apoyo con que cuentan, la mayoría manifiesta sentir bastante o mucho apoyo y sostén por parte de su pareja, familiares y/o amigos.

En cuanto a la medición de la Escala de Edimburgo, un 74,9% de las mujeres adolescentes embarazadas no registran depresión.

Por ser un estudio cuantitativo de caso, focalizado en la población objetivo, no pueden generalizarse las conclusiones a todas las mujeres adolescentes embarazadas.

Mediante el análisis de los conceptos que fueron trabajados y los datos obtenidos de la base de datos de UCC para las variables seleccionadas, podemos hacer algunas puntualizaciones.

Con respecto a la aproximación realizada a la realidad social y emocional de la población objetivo en situación de exclusión sociocultural, se puede inferir que sus historias de vida se dan generalmente en contextos de precariedad, violencia, necesidades básicas insatisfechas (materiales, afectivas), marginación e inequidad; impactando en las posibilidades reales que tienen de concretar otros proyectos alternativos a la maternidad a nivel educativo, laboral y social.

Si bien son diversos los factores que se ponen en juego en el embarazo adolescente, para la población a la que hacemos referencia incide la falta de oportunidades o proyecciones personales, los roles de género y prácticas impuestas a nivel social y cultural, el reconocimiento que implica con sus pares, la familia y su entorno; el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos entre otros.

En la construcción de ese imaginario social, que trasciende los estratos sociales, donde la mujer ha estado expresada fundamentalmente como un valor materno, se refleja la distribución desigual de roles que predomina en nuestra sociedad, donde las mujeres continúan encargándose en mayor medida de la crianza y cuidado en el ámbito doméstico.

Creemos que es fundamental continuar reflexionando con los adolescentes sobre el discurso social y hegemónico que se vincula con el ideal de maternidad. Desde el

trabajo de cercanía en territorio, proporcionar información y orientación materializando sus derechos sexuales y reproductivos, para contribuir a generar herramientas para la apropiación y ejercicio de esos derechos, que brinden oportunidades reales de elegir con responsabilidad y libertad.



## REFLEXIONES FINALES

A lo largo de todo el trabajo se desarrollaron conceptos que se entienden claves, para reflexionar sobre el embarazo y la maternidad adolescente en situación de exclusión sociocultural. Es un fenómeno complejo y multidimensional, que engloba diferentes determinantes sociales, económicos, culturales.

Muchas mujeres adolescentes encuentran de forma consciente o inconsciente, una forma y proyecto de vida realizable a través del embarazo adolescente. Es un evento esperado en sus vidas, naturalizan ese rol a falta de una serie de oportunidades y posibilidades, de decidir acerca de su propio cuerpo, de su capacidad de reproducción que es básico para poder decidir sobre otras cuestiones de derechos humanos, como si continúa estudiando o no, con las posibilidades de un proyecto de vida y cómo eso las implica en una región donde continúan existiendo desigualdades sociales y aumenta la brecha en el acceso a oportunidades, acceso a servicios y en el ejercicio de sus derechos.

En este sentido, la perspectiva de género permite comprender las inequidades que persisten en la actualidad y el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que tiene la población objetivo.

En el marco de las políticas públicas que se vienen desarrollando en Uruguay, la prioridad sanitaria sigue estando enfocada en prevenir los embarazos no intencionales en adolescentes. Si bien las mediciones realizadas en investigaciones y encuestas confirman que han disminuido la cantidad de adolescentes que cursan embarazos a temprana edad, las cifras siguen siendo altas, impactando mayormente en los sectores con condiciones más precarias, con menor nivel socioeconómico y educativo.

Resulta fundamental continuar trabajando en diferentes estrategias de abordajes sectoriales que exigen diálogos internos a nivel interinstitucional, para el desarrollo de políticas públicas que permitan asegurar que no se vulneren los derechos de los y las adolescentes y que la maternidad sea una elección y no un destino irreversible.

A través de diferentes interrogantes que se expresaron en los capítulos, se puede inferir que muchos embarazos que ocurren en la adolescencia, no se vinculan necesariamente a la falta de información o acceso a métodos anticonceptivos; responden al modelo hegemónico de maternidad que es cultural, que implica un reconocimiento para la

adolescente por parte del núcleo familiar y su entorno, que no es visualizado como un problema y en muchos casos se repite el patrón reproductivo de generación en generación.

Reconocer que el embarazo no intencional en adolescentes en el Uruguay es una expresión y consecuencia de desigualdades y segmentación social, implica desarrollar estrategias de trabajo con adolescentes entorno a mitos y creencias, a procesos de reconstrucción de las relaciones de género y sobre los discursos con los que crecemos, juzgamos y valoramos, que tienen que ver con la construcción de un imaginario social sobre la maternidad y cómo se espera que sea ejercida.

En este sentido, el lugar y contexto socio histórico en el que vive esa mujer adolescente embarazada, permite visualizar y comprender sus implicancias, los riesgos a los que está expuesta y el apoyo que cuenta a nivel familiar y social.

Para la población analizada, la maternidad aparece legitimada y en muchos casos les permite encontrar un lugar en el mundo, que cobra un valor y reconocimiento social que antes no tenían. Sin embargo, frente a esta nueva realidad los desafíos a los que deben hacer frente son mayores y las consecuencias la afectan en el ejercicio pleno de sus derechos. Los cambios que debe procesar a nivel sanitario, social, cultural, educativo, económico y psicológico, restringe sus posibilidades de inserción y desarrollo futuro. A su vez, las condiciones más precarias conllevan una mayor exposición a factores de riesgos y vulnerabilidad social, tales como la violencia, desamparo, consumo de drogas, inicio temprano de las relaciones sexuales, embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y exclusión social.

Continuar reflexionando y debatiendo sobre esos conceptos y mandatos que reproducimos de manera más o menos consciente, contribuye a generar cambios en la mirada sobre la temática, en los abordajes que se desarrollan en este contexto, que contemplen las necesidades de las adolescentes que transitan la maternidad en esta etapa de forma integral, incorporando al varón en la corresponsabilidad en la fecundidad adolescente, en los cuidados y crianza de los hijos, que aporten a que los vínculos sean más equitativos.

En este marco desde un enfoque de género y en clave de derechos, algunos desafíos giran entorno a garantizar oportunidades para los y las adolescentes en la construcción de su proyecto de vida, que conozcan y tengan acceso a métodos anticonceptivos y una

educación sexual que les permita desarrollar de forma placentera y cuidada su sexualidad, a decidir cuando ser padres y madres, contemplando los desafíos y responsabilidades que implican o la opción de interrumpir de forma voluntaria el embarazo en el marco de las políticas en salud sexual y reproductiva vigentes en Uruguay.

## BIBLIOGRAFÍA

Acosta, L (1997). Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Disertación de Maestría. UFRJ, S/E.

Aguirre, R (1998). *Sociología y Género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha*, Montevideo.

Aguirre, R (2008). *Relaciones de género en la sociedad uruguaya del siglo XX. Cambios y continuidades*. En Benjamín Nahum (dir.), *El Uruguay del siglo XX. La Sociedad*, Banda Oriental, Montevideo.

Aguirre, R y Batthyány, K (2005a). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado: encuesta en Montevideo y área metropolitana*, Montevideo: Unifem, Udelar.

Aguirre, R y Batthyány, K (2005b). *El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género*, Montevideo: Udelar, Unicef.

Aguirre, R (2013). “Personas ocupadas en el sector cuidados”, Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT.

Amorín, D; Carril, E; Varela, C (2006). Maternidades y paternidades en adolescentes. En: Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Edit. Trilce, Montevideo.

Amorín, D (2008). Pubertad y adolescencia. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva (p.121-127). Montevideo: Psicolibros- Waslala.

Barrán, J P (1993). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar. Tomo I. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J P (1996). “El adolescente, ¿una creación de la modernidad?” En “Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870 – 1920” Tomo 2. Coord. José Pedro Barrán, Gerardo Caetano y Teresa Porzecanski. Montevideo, Uruguay: Ed. Taurus.

Barrán, J P (2004). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: el disciplinamiento (1860 – 1920). Banda Oriental. Montevideo

Batthyány, K; Genta, N y Scavino, S (2014). Caracterización de los/as beneficiarios/as del programa Uruguay Crece Contigo. Facultad de Ciencias Sociales- UdelaR. Montevideo, Recuperado de [https://ucc.mides.gub.uy/ucc/PublicTempStorage/caracterizacion\\_de\\_beneficiarios\\_del\\_prog2830478.pdf](https://ucc.mides.gub.uy/ucc/PublicTempStorage/caracterizacion_de_beneficiarios_del_prog2830478.pdf)

Batthyany, K (2015). Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Montevideo- Uruguay. Recuperado de

[file:///C:/Users/Luis/Downloads/..\\_Nuevo\\_Test\\_midesv2\\_Documentos\\_documento\\_mides\\_1086.pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/.._Nuevo_Test_midesv2_Documentos_documento_mides_1086.pdf)

Butler, J (2001). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. México, Paidós.

Cafaro, A (2015). Cuando el embarazo ocurre en la adolescencia. XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR. Montevideo, Recuperado de [http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2016/06/Eje\\_Genero\\_LauraCafaro.pdf](http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2016/06/Eje_Genero_LauraCafaro.pdf)

De Barbieri, T (1993). Sobre la categoría género, una introducción teórico-metodológica.

De Beauvoir, S (1949). *El segundo sexo II. La experiencia vivida*. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires.

De Rosa, C et al (2016). Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Montevideo.

Doyenart, M J y Varela Petito, C (2017) “[Salteando etapas del curso de vida: maternidad en la adolescencia](#)” Cuadernos del Claeh, N° 106, 2017-1

Filardo, V (2015). Mirada Joven. Cuadernos Temáticos de la ENAJ N° 1. Recuperado de [http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/57449/1/cuaderno\\_enaj-1\\_2015.pdf](http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/57449/1/cuaderno_enaj-1_2015.pdf)

Hall, S (1904). *Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. 2 vols. New York.

Lamas, M (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco, 7 (18) Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>

Lammers, C (2000). Adolescencia y embarazo en Uruguay. Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy>

López, A (2005) Adolescentes y sexualidad, significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004) Recuperado de <https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Adolescentes-y-sexualidad.pdf>

López, A (2015) Adolescentes y sexualidad, investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014) Recuperado de [file:///C:/Users/Luis/Downloads/Adolescentes\\_y\\_sexualidad\\_Investigacion.pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/Adolescentes_y_sexualidad_Investigacion.pdf)

López, A y Varela, C (2016) Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas. Montevideo, UdelaR, UNFPA.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2008 – 2013). Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2011). Cuadernos del Sistema de Información de Género. En busca del pleno ejercicio de la ciudadanía: el lugar de las mujeres uruguayas en la toma de decisiones. Montevideo. Recuperado de [file:///C:/Users/Luis/Downloads/...\\_Nuevo\\_Test\\_midesv2\\_Documentos\\_documento\\_mides\\_2134.pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/..._Nuevo_Test_midesv2_Documentos_documento_mides_2134.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2015). Estadísticas de Género. Montevideo. Recuperado de [file:///C:/Users/Luis/Downloads/...\\_Nuevo\\_Test\\_midesv2\\_Documentos\\_documento\\_mides\\_2168.pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/..._Nuevo_Test_midesv2_Documentos_documento_mides_2168.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2015). Tercera Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. ENAJ 2013. Montevideo: INJU. Recuperado de <http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/41610/1/informe-tercera-enaj-final.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2016). Cuadernos del Sistema de Información de Género. Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras. Montevideo.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2017). Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos. Recuperado de [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/1063\\_pdf.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/1063_pdf.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2017). Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, 2016- 2020. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Estrategia%20Estrategia%20Emb%20Adol..pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Estrategia%20Estrategia%20Emb%20Adol..pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2018). Uruguay Crece Contigo (UCC) Balance del ejercicio 2018. Montevideo. Recuperado de <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/41937/1/balance-de-ejercicio-ucc-2018.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2014). Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel.

Ministerio de Salud Pública (2016) Guía para la atención integral de la salud de adolescente. Montevideo Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/GuiaSalusAd\\_web%20%284%29.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GuiaSalusAd_web%20%284%29.pdf)<http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/15091/1/cuadernos-seis.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2017). Problemas Críticos Prioritarios. Problemas referidos a la Salud sexual y Salud reproductiva. Componente: Embarazo Adolescente. Caracterización del problema crítico.

Ministerio de Salud Pública (2017) Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Presentaci%C3%B3n\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Presentaci%C3%B3n_0.pdf)

Ministerio de Salud Pública (2018) Informe “Evolución reciente de natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay: Presentación de cifras oficiales

- 2018 Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/baja-embarazo-adolescente-msp-jorge-basso>
- Mojzuk, M (s/f) Entre el materialismo y la construcción socio- política de la maternidad. Recuperado de <https://patagonialibertaria.files.wordpress.com/2014/12/68101129-entre-el-maternalismo-y-la-construccion-socio-politica-de-la-maternidad-marta-mojzuk.pdf>
- Mujer y Salud en Uruguay (2013). Observatorio Nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf>
- Mujer y Salud en Uruguay (2013). Educación Sexual, una construcción permanente. Montevideo.
- Mujer y Salud en Uruguay (2014). Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Monitoreo 2010 – 2014.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1979): “Condiciones de salud del niño en las Américas” Año Internacional del niño. Publicación Científica N° 381. Washington, d. c. paho, Library.
- Palomar, C (2005). Maternidad: Historia y cultura. Revista de Estudios de Género. La Ventana. N°22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>
- Poder Legislativo (2004). Ley\_N°17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp293359.htm>
- Poder Legislativo (2008). Ley\_N°18.426. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7612402.htm>
- Poder Legislativo (2015). Ley N° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Ponce de León, E (2014). Maternidad en la adolescencia. Perspectiva social y psicoanalítica. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Maternidad%20en%20la%20Adolescencia%20.%20Ema%20Ponce%20de%20León%20Uruguay.pdf>
- Ramos, V (2011). Derechos sexuales y reproductivos en Adolescentes de Montevideo. Tesis de Maestría en Género, Sociedad y Política. Argentina: FLACSO. Recuperado de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/4969/5/TFLACSO-2011VRB.pdf>

- Rich, A (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Valencia, Cátedra.
- Rodriguez, J y Cavenaghi, S (2014). *Maternidad adolescente en América Latina: el complejo, significativo y cambiante papel de la educación*. Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima- Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014
- Rubin, G (1998). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. En Marysa Navarro y Catharine R. Stimpson (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?*, México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt7.pdf>
- Rubin, G (1989) “Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad”. En Carole Vance (comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución.
- UNICEF (2012). *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay*. Montevideo, Uruguay.
- Varela, C y Fostik, A (2011). *Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?*
- Varela, C y Lara, C (2012). *Jóvenes de hoy, adolescentes de ayer en el Uruguay: maternidad y desempeños*. Presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo. Recuperado de [http://www.alapop.org/Congreso2012/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2012\\_FINA L43.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2012/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2012_FINA L43.pdf)
- Varela, C y Lara, C (2015). *Jóvenes de hoy adolescentes de ayer: maternidad y desempeños*. *Revista Sociedad y Economía*, N°29, Colombia.



## ANEXO I.

**Cuadro . Método anticonceptivo utilizado antes del embarazo**

<b>MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS</b>	158	41,7
<b>PRESERVATIVO (CONDÓN)</b>	204	53,8
<b>DIU</b>	9	2,4
<b>MÉTODOS NATURALES (RITMO, COITOS INTERRUPTUS)</b>	8	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

## ANEXO II.

### Cuadro . Ocupacional:

- horas diarias trabajadas fuera del hogar (promedio en última semana)

<b>CANTIDAD DE HORAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
4	2	11,8
5	2	11,8
6	4	23,5
7	1	5,9
8	2	11,8
10	3	17,6
12	1	5,9
15	1	5,9
20	1	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

- ingresos y/o acceso a prestaciones sociales.

<b>ASIGNACIONES FAMILIARES POR EL EMBARAZO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
SI	306	48,1
NO	330	51,9
<b>TOTAL</b>	<b>636</b>	<b>100,0</b>

<b>ASIGNACIONES FAMILIARES POR EL/LOS HIJOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
SI	156	24,6
NO	479	75,4
<b>TOTAL</b>	<b>635</b>	<b>100,0</b>

<b>ASIGNACIONES POR TODOS LOS HIJOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
SI	117	18,6
NO	511	81,4
<b>TOTAL</b>	<b>628</b>	<b>100,0</b>

<b>ASIGNACIONES POR ALGUNO DE LOS HIJOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
---	-----------------	----------

<b>SI</b>	63	10,1
<b>NO</b>	563	89,9
<b>TOTAL</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>

<b>TARJETA URUGUAY SOCIAL</b>	<b>CANTIDA D</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	135	21,2
<b>NO</b>	501	78,8
<b>TOTAL</b>	<b>636</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.

### ANEXO III.

**Cuadro . Derivante Institucional**

<b>DERIVACIÓN HECHA POR</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>LISTADO MIDES</b>	4	,6
<b>REGISTROS DE SERVICIOS DE SALUD</b>	18	2,8
<b>DERIVACIÓN DE SERVICIO DE SALUD</b>	191	29,2
<b>CAIF</b>	14	2,1
<b>SOCAT</b>	41	6,3
<b>INTENDENCIAS</b>	6	,9
<b>INDA</b>	3	,5
<b>EQUIPO DE CERCANÍA</b>	115	17,6
<b>OTROS</b>	261	40,0
<b>TOTAL</b>	<b>653</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de base del programa Uruguay Crece Contigo.