



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFÍA

*ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO
NO INTENCIONAL EN ADOLESCENTES:
APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA.*

MONTEVIDEO, SETIEMBRE 2018.

TUTORA: ANABEL BENISCELLI

REVISOR: PABLO LÓPEZ

PAULA CANTEIRO

C.I. 2.898.754-3

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1	
CAMBIANDO PARADIGMAS.....	8
CAPITULO 2	
DESEO VERSUS INTENCIÓN.....	13
CAPITULO 3	
PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.....	18
PRESENTACION DE EXPERIENCIAS.....	21
REFLEXIONES FINALES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMEN

A lo largo de esta monografía se pretende dar cuenta de la incidencia del enfoque de género y derechos humanos en las políticas de salud sexual y reproductiva desarrolladas en Uruguay, cuyo foco es la prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Se analizará el periodo correspondiente entre los años 2007 y 2017, en función de las acciones llevadas a cabo por la División Salud del Instituto del Niño y el adolescente del Uruguay, que contabiliza un número aproximado de 1200 intervenciones en modalidad de taller, comprendiendo dependencias que se encuentran bajo la órbita directa del INAU, como instituciones de diversas naturalezas jurídico sociales.

A su vez, se presentará la Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, liderada por el Ministerio de Salud, al que se suman el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de 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, recibiendo el 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.

Cabe destacar que esta estrategia es de relevado interés académico al ser la primera propuesta en la historia uruguaya de un abordaje intersectorial en esta temática.

Palabras claves: adolescente, embarazo, prevención, estrategia.

INTRODUCCIÓN

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.

Antonio Machado

Cuando comencé a pensar la realización de esta monografía, lo primero que se vino a mi mente fue la voz de Serrat interpretando este maravilloso poema de Antonio Machado.

En estos años de pasaje por facultad, si algo quedó en mí, es que se hace camino al andar. Fueron muchos años recorriendo salones, pasillos, patio, biblioteca, cantina, baños. Baños de mujeres, baños de varones, baños de muchos, baños de pocos, y finalmente baño de todos y todas.

Muchos años recorriendo una senda que según Machado no se va a volver a pisar, bueno, si puede ser, si nos paramos desde el pensamiento de Heráclito, seguro que no. Si lo pensamos como estudiante de grado tampoco. Pero si algo creo tener claro en este momento de mi vida, es que en este lugar quiero recorrer muchos caminos más, y seguir junto a mis huellas, haciendo camino al andar.

En este andar por la Facultad, fueron muchos los encuentros, encuentros con docentes, con compañeros, con teorías. Algunos quedaran siempre en mí, siendo una referencia, y otros quien sabe, quizá no tan cerca, pero seguro en algún lugar. Voy a aprovechar esta oportunidad de parar, pensar y escribir, para disfrutar del recorrido.

Con 17 años menos, ingrese a la facultad llena de miedos e incertidumbre. Un mundo nuevo, que hacía años venia imaginando como sería, y tal cual lo

sospechaba, no nos enseñaban a interpretar los sueños en las primeras clases como se decía por ahí.

Cuando ingresé estaba vigente el plan 88, en perspectiva puedo afirmar que estuvo bueno que así fuera. Imposible olvidar los cuatro años de taller, cuantas cosas se ponían en juego. Lo sólido de materias fundamentales como diagnóstico y entrevista, un año cursando psicopatología en el Hospital Vilardebó y con esos teóricos, incómodos y fríos, pero consistentes. Y así tantas otras materias que pasaron por mí y yo por ellas, quedando los conocimientos firmemente adquiridos. Siempre que tenemos la posibilidad de generar y obtener conocimiento, estamos inconscientemente implicados. Cuando hablamos de implicación nos referimos “a lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo, a lo cual no queremos renunciar” (Ardoino, 1997)

Y la vida siguió, y diferentes conflictos políticos-sociales-económicos, hicieron que la facultad sufriera conflictos que afectaron el normal funcionamiento. Eso me llevó a buscar otra formación paralela, la cual se convirtió en mi herramienta de trabajo, y la cual junto con la psicología se transformó en una pasión.

Mi especialización en Educación Sexual, en políticas de Género y Derechos Humanos, junto con los años de experiencia en el campo, tanto en la coordinación de talleres, como en la clínica en el área de Salud mental de División Salud de INAU (Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay), hizo que mi vuelta a facultad fuese con un objetivo más claro de hacia donde quería ir.

Me encuentro con un plan de estudios que no cubría mi necesidad, que ya no era lo que estaba buscando, y ahí justo ahí aparece el plan 2013. Este nuevo plan me permite recorrer el tramo final de la carrera (carrera?, para ganarle a que o a quién?, no me termina de convencer el término, pero bueno...), pudiendo elegir el camino, si tuve la suerte de poder elegir, en una suerte de menú a la carta, fui eligiendo el recorrido.

Ahí las optativas me fueron fortaleciendo y entusiasmando, me seguía pareciendo increíble el poder optar según mi interés. Luego las prácticas, ya con otra edad y otros tiempos me di el lujo de hacer las que quería, los créditos eran un detalle no una condición. Mi primer acercamiento a la clínica, fue en una práctica de clínica con niños, y luego el CRAM, amor a primera vista. El CRAM (Centro de Referencia Amigable) es un servicio que funciona desde el año 2014, brinda atención en dispositivos clínicos a personas de los colectivos LGBTI (Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales). En ese momento nuevamente volví a agradecer mi recorrido por el plan 88, conocimientos firmes, confianza.

Desde mi formación en Educación sexual y como integrante del equipo de salud de División Salud de INAU, participé como colaboradora en la redacción de la Estrategia Intersectorial de prevención de embarazo no intencional en adolescentes. De dicha estrategia participan los Ministerio de Salud Pública, de Desarrollo Social, de 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, recibiendo el 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.

La estrategia está dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, y forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia.

En el año 2016 el Gobierno expresó su voluntad de llevar a cabo una estrategia con estas características, dado que el embarazo no intencional en adolescentes uruguayas, es una clara manifestación de las desigualdades sociales, la cual finalmente en el año 2017 se presentó.

Esta estrategia tiene como objetivo general: “disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos” (p.9).

El diseño de la estrategia fue desde un enfoque de derechos y teniendo en cuenta las perspectivas de género.

Mi pasaje por facultad con todo lo relatado al comienzo de esta introducción, y mi participación entre cosas en la Estrategia detallada, me generaron cuestionamientos en relación a los aportes que la psicología podría realizar a la prevención del embarazo no intencional en adolescentes.

Y de ahí surge el título de esta monografía, en la cual se tiene en cuenta la perspectiva de género, para desde ese lugar generar cuestionamiento en como ciertos factores como lo son la desigualdad y el patriarcado influyen en los roles de género femeninos.

En este punto me parece importante tomar las palabras que plantea Anabel Beniscelli (2014) en el texto Por quién doblan las campanas:

La perspectiva de género, implica una forma de ver la realidad y una forma de intervenir o actuar en ella, con el fin de equilibrar las oportunidades de los varones y mujeres para el acceso equitativo a los

recursos, los servicios y el ejercicio de derechos. El objetivo es detectar los ajustes institucionales que habrán de emprenderse para evitar que se reproduzca situaciones de discriminación y exclusión, tendiendo a lograr equidad de género (...) Asimismo, el análisis desde la perspectiva de género se caracteriza por ser inclusivo al contener otras variables tales como: clase, etnia, edad, procedencia rural/urbana, credo religioso, preferencia sexual, entre otras, para evitar hacer generalizaciones que obvian las especificidades del contexto donde se producen las relaciones de género. (p.78)

CAPÍTULO 1

CAMBIANDO PARADIGMAS

En este capítulo intentare desarrollar la visión del cambio de paradigma en relación a la salud sexual, la salud reproductiva y los derechos sexuales.

Para contextualizar la situación actual de nuestra región, voy a comenzar mencionando los acuerdos históricos logrados por los Estados de América Latina y el Caribe en Agosto de 2013 en Montevideo, en el marco de la Primer Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo.

Los acuerdos que se lograron fueron sobre igualdad de género, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En la Conferencia se le realizó un llamado a los Estados que aún no han despenalizado la interrupción voluntaria del embarazo, solicitándoles que consideren modificar sus leyes, políticas públicas y estrategias, con el fin de proteger la salud y la vida de mujeres adultas y adolescentes, para lograr de esa manera disminuir el número de abortos y garantizando una mejor calidad de vida.

A su vez se le solicitó a los Estados en los cuales si está despenalizado el aborto, que son Cuba (desde 1965), Puerto Rico (1973), Guyana (1995) y Uruguay (2012) que aseguren a la población la existencia de servicios de salud de calidad y seguros para las mujeres que requieran realizar una interrupción voluntaria de su embarazo.

En este punto cabe destacar que en Uruguay, la interrupción voluntaria del embarazo fue regulada en el marco de la N°18.987 del año 2012. Esta ley aparte de regular, determina que no se aplica pena en los casos en que se cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 3° de la ley. Dichos requisitos son que la interrupción voluntaria del embarazo debe realizarse en las primeras doce semanas de gestación, que la mujer realice una consulta con equipo interdisciplinario en un centro de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual estará conformado por profesionales de la medicina, la psicología y la asistencia social. Este equipo deberá informar a la mujer lo establecido por la ley y cuáles son las características de la interrupción del embarazo.

Por otro lado en el artículo 6° de la Ley, se señalan tres situaciones excepcionales en las cuales no se exigen estos requisitos, las mismas son: cuando el embarazo es producto de una violación, el plazo se extiende a catorce semanas, cuando el feto

presenta malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, y por último en el caso de riesgo grave para la salud de la mujer.

Volviendo a los acuerdos logrados, otro de los cuales se puede considerar un gran logro, es el hecho de que se haya manifestado de manera general el respeto a la orientación sexual y la identidad de género. Por otro lado se reconocieron los derechos sexuales como independientes a la reproducción. Los derechos sexuales incluyen el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, el derecho a poder tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia.

Para que lo antedicho se cumpla, los Estados deben garantizar el acceso universal a los servicios de salud, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos de calidad.

En relación a los y las adolescentes, se les debe garantizar privacidad y confidencialidad en las consultas, generar un ambiente que habilite la posibilidad de que tomen decisiones libres basadas en la información que se le fue brindada, y de esa forma puedan tomar decisiones de manera responsable en relación a su salud sexual.

El embarazo adolescente fue otro de los puntos en el cual se hizo énfasis en el debate de la Conferencia, ya que el embarazo adolescente es un fenómeno que viene creciendo en la región, especialmente en adolescentes en desventaja social y económica.

Por esta razón, los Estados se comprometen a dar prioridad en su agenda a la prevención de embarazo en adolescentes así como a tomar medidas que disminuyan cualquier tipo de violación de los derechos humanos de las adolescentes embarazadas. En esta línea, es que el Estado Uruguayo crea la Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, la cual contempla lo acordado en la Conferencia de agosto de 2013 en Montevideo.

El embarazo en la adolescencia ha sido construido como problema social en el Uruguay y analizado fundamentalmente, en el marco de las múltiples consecuencias generadas a partir de los múltiples procesos de exclusión, que comienza a intensificarse a partir de la década de los noventa. Es decir, si bien es un fenómeno que cuenta con larga data, se constituye como tema de preocupación social recientemente. (Benedet, L. y Ramos, V. 2009, p.17)

El hecho de que en la agenda política los derechos sexuales, no queden exclusivamente ligados a la planificación familiar y vayan más allá de los derechos reproductivos, habla del cambio de paradigma al cual me interesa hacer referencia.

En este sentido Alejandra López (2003) afirma:

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, proponen una refundación y una redefinición de la relación entre lo público y lo privado. Se trata de un cambio de paradigma en los campos de la sexualidad y de la reproducción, entendiendo que estos se encuentran en un cruce de caminos entre lo íntimo-personal, y lo público-social. (p.28)

En cuanto a esto, los Estados reafirmaron que:

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza. También volvieron a remarcar que las inequidades en la región son inaceptables, reconociendo la discriminación múltiple a la que se enfrentan algunas mujeres y niñas que además son indígenas, afrodescendientes o viven en la pobreza. (CEPAL, 2013)

En cuanto a los derechos de niños, niñas y adolescentes, se ha generado un gran avance en nuestro país con la aprobación en el año 2008 de la Ley 18.426 de Defensa de los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva, la cual comienza a implementarse en el año 2011. En dicha ley se plantean las condiciones que garanticen el ejercicio de estos derechos; lo que implica, entre otras cosas, la implementación de servicios integrales y universales de salud sexual y reproductiva en todos los prestadores del SNIS, asegurando la integralidad, calidad, confidencialidad de los mismos (MYSU. 2013)

La ley mencionada enuncia que:

Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en

conurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes. (Poder Legislativo, Ley 18.426, Art. 7, 2008)

Teniendo en cuenta lo desarrollado previamente, cabe mencionar que en el marco de la ley N° 18.211 del año 2008, se crea El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Con la implementación del SNIS se plantean cambios en los modelos de atención, gestión y financiamiento, así como en la definición de una política nacional de medicamentos y tecnología.

El acceso universal a la atención, el fortalecimiento del primer nivel de atención, mayor participación de trabajadores y usuarios en lo que se refiere a la salud, se encuentran entre los principios que rigen este sistema. (Benedet y Ramos, 2009)

En este cambio de paradigma en cuanto a los derechos y en cómo son posicionados los niños, niñas y adolescentes, en el año 2004 a través de la Ley N° 17.823 se crea el Código De La Niñez y la Adolescencia el cual se aplica a todas las personas menores de dieciocho años de edad, diferenciando en niño a todos los menores de trece años de edad y en adolescente a todos los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad.

Por otro lado el código reconoce que los niños, niñas y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías por la sola calidad de ser personas humanas. Teniendo derecho a las medidas especiales de protección que su condición exige tanto para su familia, para la sociedad y para el Estado.

Para garantizar los derechos, el código es interpretado teniendo en cuenta las disposiciones y principios generales de la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, leyes nacionales y demás instrumentos internacionales que obligan al país. (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2004)

En esta línea del cambio de paradigma en clave de derechos, fue necesario incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas de salud.

Era necesario adoptar la mirada de género en salud y tener en cuenta su intención.

El enfoque de Género en Salud se interesa por el papel de las relaciones de género como determinante de vulnerabilidad a la salud-enfermedad o de desventaja en los sistemas de salud. En esta línea, la promoción de salud emerge como un elemento central del enfoque con que se trabaja desde el paradigma de la Psicología de la Salud pues

define las prácticas y estrategias, considerando una concepción de la salud sensible a los determinantes sociales y comportamentales, que pone el acento en la subjetividad de los sujetos tanto como de los procedimientos, abriendo por esa ruta a la incorporación de una perspectiva de análisis de subjetividades generalizadas. (Beniscelli, A., Nesta, F., & Tuyaré, A., 2017, p.130)

El objetivo de esta monografía es realizar un recorrido que dé cuenta de lo realizado en cuanto a la prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Pasando por los cambios de paradigma en relación a los derechos sexuales y reproductivos y a la concepción de adolescente como sujeto de derecho. En ese recorrido se describirá como los cambios de paradigma fueron acompañados por la implementación de leyes que garantizan y protegen el libre ejercicio de los derechos

CAPÍTULO 2

DESEO VERSUS INTENCIÓN

En este capítulo hay dos temas que me interesara trabajar, uno de ellos es la importancia de la tensión que existe entre la denominación de embarazo no deseado y embarazo no intencional en adolescentes.

Y la otra son los componentes subjetivos que llevan a una mujer adolescente a tomar la decisión de seguir adelante con su embarazo o de interrumpirlo.

Para ello voy a comenzar definiendo adolescencia, la cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un periodo de transición de crucial importancia.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, 2016)

A su vez, Amorín (2008) plantea “Debemos concebir la adolescencia como una categoría evolutiva con derecho propio, atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un tiempo de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez” (Amorin, 2008, p.124).

Otro de los términos que necesariamente debemos tener en cuenta en este punto, es el de maternidad. Para ello voy a tomar como referencia, la teoría de Marcela Lagarde.

Marcela Lagarde es una antropóloga feminista mexicana, autora de uno de los libros que utilizare como referente a lo largo del proceso de creación de esta monografía y

más allá. El libro al cual hago referencia es "*Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas*", en este texto la autora habla de la opresión que sufren las mujeres en distintos campos y con características comunes.

El título del libro surge haciendo referencia a los espacios de cautiverio a los cuales Lagarde se acercó durante el proceso de su investigación, donde observó y analizó la realidad de las mujeres y sus parejas, las "madresposas", las monjas, las putas, las presas y las locas. Para esto se introdujo en familias, en conventos, cárceles, prostíbulos y hospitales para enfermas mentales; entrevistó a maridos, curas, doctores y carceleros.

Dicho libro es el resultado de la investigación de su tesis doctoral en la Universidad Nacional Autónoma de México. Según manifiesta Lagarde en notas de prensa y entrevistas, la investigación le llevo ocho años y fue realizada "en secreto y en silencio" debido a su origen.

El problema de investigación es el siguiente:
En contradicción con la concepción dominante de la feminidad, las formas de ser mujer en esta sociedad y en sus culturas, constituyen cautiverios en los que sobreviven creativamente las mujeres en la opresión. Para la mayoría de las mujeres la vivencia del cautiverio significa sufrimiento, conflictos, contrariedades y dolor; pero hay felices cautivas. En otras palabras, la felicidad femenina se construye sobre la base de la realización personal del cautiverio que, como expresión de feminidad, se asigna a cada mujer.

De ahí que, más allá de su conciencia, de su valoración y de su afectividad, y en ocasiones en contradicción con ellas, todas las mujeres están cautivas por el solo hecho de ser mujeres en el mundo patriarcal.
(LAGARDE, 2005, p.36)

En el libro que estoy tomando como referencia, Lagarde presenta el termino madresposa, término que construye considerando que el destino, la meta, la realización de una mujer, por lo visto, es ser madre y esposa, pero no por separado, sino a la vez. Afirmando que en el imaginario colectivo patriarcal, es la única vía de la felicidad. Cuando hablamos de patriarcado, estamos haciendo referencia según los autores Cohen, Goinheix, Peluso & Usera (2010) a:

Un sistema de organización social en el que la autoridad la ejerce predominantemente el varón, considerado como jefe de familia y dueño del patrimonio. De este modo las relaciones entre varones y mujeres e hijos suelen caracterizarse por vínculos jerárquicos que tienden a ponerlos en desventaja y subordinación. (p.92)

Retomando lo expuesto por Lagarde (2005):

“la maternidad, es entendida como un complejo fenómeno bio-socio-cultural que rebasa cada uno de estos niveles, se refiere a funciones, a relaciones en el conjunto de la sociedad y en el Estado. La mujer no es una ciudadana sino una ciudadana que materniza en su doble rol como madre y como esposa-hija: la mujer no es, si no es hija o esposa y madre”. (LAGARDE 2005, p.388)

La maternidad según la autora debe ser a toda costa, a costa de la salud, del desarrollo personal y profesional, a costa del crecimiento económico, a costa de llevar una "maternidad que le resulta empobrecedora".

Para nacer he parido

El primer parto es el ritual simbólico del nacimiento de la verdadera mujer: la madre.

Todas las mujeres son madresposas independientemente de que lleguen a concretar la progenitura y el matrimonio. El espacio vital destinado a las mujeres es la reproducción social y su cuerpo es depositario de la procreación. Su vida toda se desenvuelve en la dependencia vital con los hombres (filial o conyugal). Es un cuerpo apreciado sólo por su utilidad social. Es un cuerpo que define la existencia, no es un cuerpo humano.

Ideológicamente, el cuerpo humano se distingue por su desarrollo autónomo y por su control sobre sí mismo y sobre lo externo. No es un cuerpo determinado para, como no es un cuerpo genéticamente dirigido, es un cuerpo libre. En cambio, el cuerpo de las mujeres - uno de los cuerpos humanos- ha sido asimilado culturalmente al cuerpo de otros seres vivos.

El cuerpo de las mujeres es un cuerpo destinado para, regido

según la ideología dominante de la feminidad por la biología, por unos supuestos instintos sexuales: eróticos y maternales. (LAGARDE, 2005, pg.379)

Marcela Lagarde afirma que toda maternidad va siempre acompañada del deseo de ser amada, del deseo de dejar de ser objeto y pasar a ser sujeto. Según la investigadora, este punto es común entre todas las mujeres que formaron parte de la muestra de su análisis.

Entonces nos podemos preguntar: ¿Cómo se incorpora la mirada de la subjetividad en la discusión embarazo no deseado, embarazo no intencional?

Cuando hablamos de intención, hacemos referencia a algo que tiene que ver con una actitud de la conciencia como algo más cercano a la voluntad, a lo racional. La intención forma parte de los atributos de la conciencia, en cambio el deseo de lo inconsciente. Un gran aporte de la psicología es como ingresa la subjetividad en la discusión intencional deseado. Cuando decimos deseo, en realidad estamos hablando de subjetividad, de todo lo inconsciente que ha formado parte de la construcción de esa subjetividad, que lleva consigo el deseo de ser ubicados, posicionados en tal o cual lugar.

Para comenzar a hablar de subjetividad, voy a tomar como referencia los planteos que realiza Silvia Bleichmar. Particularmente en este punto me voy a centrar en una conferencia que brindo en la Ciudad de Rosario, Argentina, en el año 2003.

Bleichmar (2003), plantea que:

La producción de subjetividad hace al modo en el cual las sociedades determinan las formas con la cual se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorgan un lugar. Es constituyente, es instituyente, diría Castoriadis. Quiere decir que la producción de subjetividad hace a un conjunto de elementos que van a producir un sujeto histórico, potable socialmente. (p. 2)

Por otro lado Bleichmar (2003) hace referencia a que “la producción de subjetividad no es todo el aparato psíquico. Es el lugar donde se articulan los enunciados sociales

respecto al Yo. El aparato psíquico implica ciertas reglas que exceden la producción de subjetividad, por ejemplo, la represión". (p.2)

Desde la mirada de la psicología hablamos de embarazo intencional, pero sabemos que no todo está determinado por lo consciente, también está determinado por la subjetividad.

De hecho, el tratamiento y promoción de los derechos sexuales, se encuentra frecuentemente limitado con respecto a los derechos reproductivos, en las acciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que se desarrollaran. Particularmente, para los actores políticos parece resultar menos comprometedor hablar de Salud y Reproducción, que de sexualidad y Derechos. (Abracinskas, López Gómez, 2001)

CAPITULO 3

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA PRESENTACION DE EXPERIENCIAS

Para comenzar a desarrollar este capítulo, es necesario mencionar que se entiende por prevención primaria y por prevención secundaria, así como también definir de qué hablamos cuando nos referimos a atención primaria en salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (1978):

La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Cuando hablamos de prevención primaria, hacemos referencia a las medidas que se pueden tomar, en este caso, para evitar que se produzca un embarazo no intencional en adolescentes. Se llevan a cabo diferentes estrategias de prevención primaria, como actividades grupales de educación tanto en el ámbito formal (primaria, secundaria y UTU), como en el ámbito comunitario, asesoramiento individual en los servicios de salud adolescente, acompañado con la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos. A su vez se realiza marketing social para promover la salud sexual en la adolescencia.

La prevención secundaria, son las acciones que se deben seguir cuando el embarazo ya está encaminado, para que su transcurso sea adecuadamente saludable. Con esto nos referimos a que la adolescente concurra a los controles de salud indicados en la cartilla de control prenatal (MSP-OMS). Que se le acompañe hasta el momento del parto, y en el parto, teniendo en cuenta sus derechos y sus necesidades. Desde un enfoque de salud integral.

Todo lo ante dicho, lleva a pensar cómo se incorpora la salud sexual y la salud reproductiva en las políticas públicas.

Tomando lo dicho por López et.al. (2017) “La salud sexual y reproductiva (SSR) constituyen un campo interdisciplinario con un amplio repertorio de objetos de estudio, abordajes y diseños de investigación, metodologías y técnicas de intervención socio profesional y de acción política.” (p.148).

Como señalan Arias y Suarez (2017), retomando los postulados desde la psicología de la salud:

Saforcada y Otros (2010) señalan que el paradigma salubrista de la salud integral conlleva una comprensión del proceso de salud de forma dinámica y eco sistémica (bio-psico-socio-.cultural). La salud es definida en términos positivos, por el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función al contexto psico cultural y económico político. (P.82).

Tanto en la prevención primaria como en la secundaria, la consejería socioeducativa, debe ser tenida en cuenta como una herramienta fundamental, para lograr el objetivo de una atención integral. Con atención integral nos referimos a tomar al ser como un ser bio-psico-social-cultural, atendiendo la demanda con esa visión. Viendo al ser como un todo integrado.

Por otro lado, una de las técnicas utilizadas para llevar a cabo estos propósitos, resultan ser los talleres. Los talleres son una técnica privilegiada para favorecer el intercambio, para acercar las temáticas que se trabajan, haciendo que los participantes formen parte de la construcción de la tarea y de esa forma se apropien de los conocimientos que se producen en cada encuentro.

Desde mi rol como educadora sexual en División Salud de INAU, he venido realizando tanto consejería socioeducativa en el marco de la policlínica de salud sexual y reproductiva, como talleres a diferentes grupos de niños, niñas y adolescentes, con un enfoque de prevención primaria de salud. Los talleres implican acercar el servicio, la consejería a la comunidad, trabajándola con y desde lo comunitario, incorporando nuevos conocimientos sobre los temas prevalentes en cada comunidad, de tal modo que el taller cumple una doble función: es por una parte, una herramienta idónea para el trabajo en grupos adolescentes y por otra parte una estrategia de descentramiento de las capacidades de atención del sistema de salud, llevando el conocimiento a la

comunidad, tendiendo a disminuir las barreras que obstaculizan la accesibilidad al mismo.

El soporte práctico hace que el conocimiento produzca un cambio en la actitud. Hay que tener la herramienta para llevar a cabo lo que se sabe. Cuando brindamos herramientas y opciones, no solo prevenimos embarazo o evitamos la transmisión de infecciones de transmisión sexual, cuando brindamos herramientas y opciones, también hacemos que el otro pueda generar cuestionamientos, entre otras cosas de las relaciones y los vínculos, y de esa forma, con esos cuestionamientos generados, prevenimos que se pueda ser víctima de situaciones de violencia.

Desde la psicología, como dice Víctor Giorgi (2003), entendemos que:

Las intervenciones del psicólogo adquieren diferente carácter a medida que el usuario avanza hacia niveles crecientes de complejidad, pero en todo el proceso existe un espacio para la necesaria inclusión de los aspectos subjetivos y vinculares inherentes a lo humano. En los tramos relacionados a la prevención y la rehabilitación, se hace especialmente necesario el trabajo sobre comportamientos de riesgo, hábitos saludables y estilos de vida. (p.126)

Al saber cómo funciona el psiquismo, podemos anticipar como podrían expresarse algunos comportamientos, ya que los mismos tienden a tener algunas características suficientemente estables.

Anteriormente se ha mencionado la importancia de incorporar el enfoque de género especialmente en esta área de la salud, por lo tanto encontramos coincidencia con lo planteado por López, et al. (2017), que expresan: “La integración del enfoque de género al campo de la salud y las políticas públicas es una opción teórica, metodológica y también política. “ (p.151)

PRESENTACION DE EXPERIENCIAS EN DIVISIÓN SALUD DE INAU

Podemos ilustrar lo expresado con anterioridad, a través de la presentación de algunas experiencias de talleres desarrollados desde División Salud de INAU.

Vamos a plantearnos tres preguntas ejes que servirán como guía para la presentación de cada una de las experiencias relatadas.

¿A quién?, ¿por qué? y ¿cómo?

En primer lugar, talleres dirigidos a niños, niñas y adolescentes residentes en centros de atención integral de INAU, bajo la modalidad amparo de tiempo completo. Los niños, niñas y adolescentes se encuentran bajo esa modalidad ya que sus derechos fueron críticamente vulnerados en su familia de origen (a través de violencias psicológicas sistemáticas: menosprecio, desprecio, ofensas, etc.; violencia sexual: abusos sexuales de distinta índole; violencia física: golpes, palizas; violencia por omisión: ausencia de asistencia al centro de salud, asistencia intermitente a los centros educativos, inconsistencia en el suministro de la alimentación diaria; violencia social: inducción de inestabilidad en los vínculos con la familia extensa, labilidad de los vínculos con los pares inmediatos y sus familias). Este abordaje se realizó en los propios centros con la participación tanto de niños, niñas y adolescentes, como de los referentes educadores y equipos técnicos. En total se realizaron aproximadamente 300 talleres en los distintos centros educativos incluyendo sus reiteraciones. Los talleres dirigidos a los grupos de adultos, tuvieron como objetivo unificar criterios de abordaje desde la perspectiva de derechos y género, de los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva. Los talleres de educación sexual dirigidos a niños, niñas y adolescentes, tiene el objetivo de brindar información, herramientas y opciones, desde un enfoque de género y en clave de derechos.

En segundo lugar, se realizaron talleres en Clubes de niños y centros Juveniles, oficiales y en convenio con INAU. Tanto los clubes de niños como los centros juveniles, según esta descrito en la página web de INAU (2018), son: “centros socioeducativos de atención diaria, de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes que acompañan la acción de la familia y de la escuela en la educación, socialización, desarrollo, crianza y mejora de la calidad de vida”.

En dichos centros se llevaron a cabo talleres de educación sexual con niños, niñas y adolescentes, también con el objetivo de brindar información, herramientas y opciones, desde un enfoque de género y en clave de derechos. Y al igual que en el caso de los

centros de atención integral, desarrollado previamente, también se realizaron instancias de taller con los adultos referentes, educadores y técnicos, con el mismo objetivo, el de unificar criterios de abordaje desde la perspectiva de derechos y género, de los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.

Varios de los ciclos de talleres dirigidos a adolescentes de centros juveniles, y niños, niñas y adolescentes de los centros de atención integral, fueron realizados en un salón diseñado para instancias de ese tipo en el edificio de División Salud. Se consideró positivo brindarles un espacio fuera de su centro, donde se pudieran armar encuentros exclusivos para los participantes, sin la interferencia de la rutina particular de cada centro. La evaluación realizada junto a los participantes y los adultos referentes de cada centro fue positiva, por lo cual se intenta fortalecer esta dinámica.

En tercer lugar, Unidades materno infantiles, centros “que brindan atención integral a adolescentes embarazadas, adolescentes madres y sus hijos, cuyas redes primarias de sostén son deficitarias y no pueden ser atendidas desde el lugar de procedencia.” (INAU, 2018)

Actualmente en Montevideo funciona un solo centro con esta característica y en el resto de los departamentos del territorio nacional, no se identifican centros con estas características; sin embargo si se encuentran en centros bajo el régimen de amparo, en las distintas localidades del país.

En algunos de dichos centros (Montevideo, Rocha, Maldonado y otros) se realizaron talleres con las adolescentes desde los objetivos de la prevención secundaria, donde se le brindaron al igual que en los talleres que se describieron previamente, herramientas, opciones e información. Se intentó trabajar el vínculo madre-hijo, el ser adolescente y mamá al mismo tiempo, salud sexual, salud reproductiva. Se logró en algunos casos realizar talleres con los novios de las adolescentes, en esos talleres se trabajó violencia en el noviazgo, violencia basada en género, roles, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, entre otros.

En este centro también se realizaron talleres con el equipo de funcionarios, con el mismo objetivo que en los anteriores descritos, pero con la particularidad de que se le dedico un tiempo especial, a trabajar sobre el sentir de la adolescente durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En resumidas cuentas el total de talleres realizados en estos centros fue de aproximadamente 60; se trabajó con un número 40 adolescentes y 100 adultos.

En cuarto lugar, se realizaron talleres en centros que dependen del Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA). En centros donde se encuentran adolescentes mujeres y varones en situación de privación de libertad. Se realizaron 20 talleres a los adolescentes que se encontraban bajo un régimen de libertad asistida, focalizados en las problemáticas inherentes a la población antes descrita. En el centro de ingreso de mujeres, se realizaron aproximadamente 25 talleres, y en el centro de varones un número menor de talleres.,

Dada la característica de estos centros, se realizaron talleres de educación sexual con los y las adolescentes en conjunto con los adultos referentes del centro.

Los talleres fueron llevados delante desde la lógica de prevención primaria y prevención secundaria, dado lo heterogéneo de la población objetivo.

En quinto lugar, se realizaron talleres (aproximadamente 15) con los mismos objetivos que en los primeros ejemplos desarrollados, en el Centro Diurno del Departamento de Prevención de Adicciones de INAU. Los talleres fueron con adolescentes y funcionarios del centro,

Por último, previo a la implementación por parte de ANEP de los referentes de educación sexual en los centros educativos, se realizaron un número aproximado de 500 talleres de educación sexual en centros de educación primaria, educación secundaria y UTU de Montevideo, Canelones y Colonia, así como también en Institutos de educación privados que tienen convenio con INAU.

Desde el año 2007 a la fecha, el total de talleres de educación sexual coordinados desde División Salud de INAU, alcanzan la cifra aproximada de 1200. Este número sin contar los espacios que se generan de manera espontánea en la consulta en la policlínica de Salud Sexual y Reproductiva.

A nivel país, las cifras de embarazo no intencional en adolescentes descendieron, según dice la Dra. Cristina Lustemberg en nota de prensa realizada en el marco del lanzamiento de la campaña de comunicación “Mi plan Adolescente” de la Estrategia intersectorial de prevención de embarazo no intencional en adolescentes en octubre de 2017:

El 14 % de los embarazos registrados en el país en 2016 implicaron a madres adolescentes, dos puntos porcentuales menos que en 2015, tendencia que continúa en descenso. Según las estadísticas, la

maternidad entre personas en esa etapa se constata mayormente en los sectores más pobres y con más necesidades básicas insatisfechas. (Presidencia 2017)

Esta disminución de embarazos en madres adolescentes, puede ser el resultado de diferentes acciones, La Dra. Lustemberg dijo que el país tiene un deber histórico en los porcentajes que se invierten para garantizar oportunidades a los y las adolescentes para que tengan la posibilidad de construir su propio proyecto de vida, para de esa forma evitar que sean vulnerados sus derechos que lleve a que terminen atravesando situaciones de violencia y abuso, con relaciones desiguales de poder. En este sentido, en la estrategia de prevención de embarazo, se hace énfasis en los varones, para evitar las inequidades y fomentar relaciones de noviazgo sin violencia.

En la misma línea, procurar que mujeres y varones conozcan y tengan acceso a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual para una práctica placentera y cuidada. La campaña “Mi plan adolescente”, surge de la estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes 2016-2020. Tiene por objetivos contribuir a la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia desde un enfoque de derechos y género. Como se describe en la noticia publicada por el INAU en su página web, dicha campaña busca consolidarse con una fuerte presencia en redes sociales y a través de trabajos audiovisuales realizados por y para adolescentes, quienes dan a conocer sus opiniones, reflexionan, expresan y valoran la importancia de elegir y planificar cuándo ser padre o madre.

REFLEXIONES FINALES

Desde División Salud de INAU, se apuesta, a través de las herramientas presentadas en esta monografía, a evitar que se produzcan embarazos no intencionales en adolescentes. En el caso de que asistan al servicio de salud, adolescentes cursando un embarazo, el objetivo será poder brindarles la información y las garantías desde un marco de derechos para asegurarles la posibilidad del pleno ejercicio de sus derechos a decidir si desean continuar adelante con el embarazo o realizar una interrupción voluntaria. En ambos casos, se realizará un acompañamiento teniendo en cuenta tanto los factores biológicos, como los elementos psicoafectivos de las adolescentes. En las dos alternativas es de vital importancia generar redes de protección y sostén tanto familiares, como institucionales y comunitarias que oficien de espacios de protección y de referencia.

En cuanto a las estrategias detalladas en el capítulo tres, el taller es una herramienta de uso privilegiada para la psicología, aunque no sea una herramienta exclusiva, tiene una larga trayectoria dentro de lo que fue el plan IPUR, plan que dejó una fuerte marca en mí como tallerista, educadora sexual. Dichos talleres fueron creando un conocimiento experiencial que se fortaleció con algunas lecturas teóricas sobre el uso del taller como una herramienta para intervenir, educar, sensibilizar desde la psicología.

La psicología también tiene como herramienta específica a la entrevista psicológica, la cual aporta una sensibilidad muy especial para escuchar, entender, comprender y descubrir la intención y el deseo.

La mirada de la psicología está puesta en la subjetividad, pero consideramos que sería positivo que se acompañara no solamente con las investigaciones y los estudios de la subjetividad, sino profundizando un poco más sostenida en la técnica.

¿Qué se ha logrado con todo lo hecho?

El primer dato que se reporta de las acciones realizadas durante el periodo 2014-2016 es estadístico: se logró bajar 2 puntos porcentuales el número de embarazos adolescentes a nivel país.

Este dato nos ilustra respecto a la disminución del embarazo adolescente, presumimos en caso de embarazo no intencional y/o planificado, pero a su vez nos interroga respecto a que otras campañas podemos ofrecer a las madres adolescentes que deciden

continuar con el embarazo. Estudiar estas otras campañas podría ser objeto de otro TFG.

En lo que respecta a INAU, no hay registros sistematizados ni herramientas que cuantifiquen la cantidad de embarazos en adolescentes, como para poder realizar una comparación exhaustiva.

La falta de datos puede deberse a diferentes factores, uno de ellos podría ser lo fluctuante de la población adolescente en los centros de INAU. Esta inestabilidad puede ser por diferentes causas que tengan como consecuencia la desvinculación de la adolescente de la institución (egreso, desvinculación por solicitud de su familia, en caso de embarazos, por la solicitud de egreso de su pareja y/o familia, etc.). Estos egresos generan que las adolescentes se desvinculen de su centro de referencia y por ende en muchos casos, que se pierda el rastro si los controles de salud, en el caso de las adolescentes embarazadas, los realizan en otros centros de salud pertenecientes al SNIS y no en División Salud de INAU.

Otro factor podría deberse a la falta de instrumentos de registro, que permitan relevar específicamente esta temática.

Esta monografía además de dar cuenta de la incidencia del enfoque de género y derechos humanos en las políticas de salud sexual y reproductiva, desarrolladas en Uruguay, cuyo foco es la prevención del embarazo no intencional en adolescentes, podría transformarse en un insumo que permita sistematizar y registrar la realidad en cuanto a embarazo no intencional de adolescentes vinculadas a INAU. Asimismo podría contribuir en el diseño y la implementación de políticas públicas tendientes a dar respuesta a esta temática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRACINSKAS, LÓPEZ GÓMEZ, (2001), en: *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva.*(p.19) Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología.

AMORÍN, D. (2008). Cuadernos de Psicología Evolutiva, Tomo I. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. Editorial Psicolibros. Montevideo, Uruguay.

ARDOINO, J. (1997). La implicación. Conferencia en el centro de estudios sobre la Universidad. México: UNAM.

ARIAS, A. Y SUAREZ, Z. (2017) Derechos a la salud y ciudadanía adolescente en el sector salud. En M. Pimienta, & E. Viera, Avances y desafíos. Psicología de la Salud. (pág. 82). Montevideo: Psicolibros Universitario.

BENEDET, L. Y RAMOS, V. (2009).Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud.Montevideo: Universidad de la República.Facultad de Psicología.

BENISCELLI, A. (2014). Por quién doblan las campanas. En: Carril, E.(comp). Cuadernos en Género y Salud. Violencia de género: diálogos entre el Estado, la Academia y la Sociedad Civil. (pp. 75-79).Montevideo:PsicolibrosUniversitario.

BENISCELLI, A., NESTA, F., & TUYARÉ, A. (2017). Derechos Humanos, Diversidad, sexo/género y drogas: un abordaje preliminar desde la psicología de la salud. En M. Pimienta, & E. Viera, Avances y desafíos. Psicología de la Salud.(pág. 130). Montevideo: Psicolibros Universitario.

BLEICHMAR, S. Conferencia (Aministia internacional, s.f.): “Acerca de la subjetividad” (2003) Rosario, Argentina. Recuperado de: <http://seminario-rs.qc-rosario.com.ar/conf-silvia-bleichmar-30-07-2003?page=0,1>

CEPAL (2013). Recuperado de: <https://amnistia.org.uy/derechos-sexuales-y-reproductivos-en-america-latina-y-el-caribe-acuerdo-historico-de-gobiernos-de-la-region/>

COHEN, J Y PELUSO, L. (2010).Familias y sistemas. Montevideo. Psicolibros
GIORGI, V. Del derecho a la salud a la salud del “sujeto de derecho”. En M. Pimienta, & E. Viera, Avances y desafíos. Psicología de la Salud.(pág126). Montevideo: Psicolibros Universitario.

INAU Centros de atención integral. Recuperado de:
<https://www.inau.gub.uy/ninez/centros-de-atencion-integral-a-ninos-ninas-y-adolescentes>

INAU Centros juveniles. Recuperado de:
<https://www.inau.gub.uy/adolescencia/centros-juveniles>

INAU Clubes de niños. Recuperado de: <https://www.inau.gub.uy/ninez/clubes-de-ninos>

INAU Mi Plan Adolescente. Recuperado de:
<http://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/673-mi-plan-adolescente-ya-estan-disponibles-los-materiales-para-educadores>

INAU Unidades materno infantiles. Recuperado de:
<http://www.inau.gub.uy/ninez/espacio-familia-y-hogares-especiales>

LAGARDE, M. (2005). Los cautiverios do las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.México:Universidad nacional autónoma de México.

LÓPEZ, A., BEIA, W., MYRIAM,C, & GUIDA, C. (2003). Del enfoque materno al enfoque de la salud reproductiva. Montevideo : Universidad de la República, Facultad de Psicología.

LÓPEZ, A. et. al (2017). Calidad de atención y salud sexual y reproductiva. Algunos nudos críticos desde la perspectiva de derechos y género. En M. Pimienta, & E. Viera, Avances y desafíos. Psicología de la Salud.(pág. 147).

LUSTEMBERG C. Nota de prensa. Recuperado de:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-embarazo-adolescente-campana-comunicacion-no-intencional-tendencia-decreciente>

MUJER Y SALUD 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.

OMS (2018) Atención primaria en salud. Recuperado de:

http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

OMS. (2016). Definición de Adolescencia. Recuperado de:

www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

UNICEF Convención de los derechos del niño. Recuperado de:

https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN_20_boceto_final.pdf

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 17823. Código de la niñez y la adolescencia. Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8766328.htm>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2366395.htm>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud

sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>