Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención

Obst. Part. Andrea Blanca Akar Moreno

Maestría en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas
Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Derecho, Facultad de Medicina,
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención

Tesis de Maestría presentada al Programa de Posgrado en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas, Facultad de Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Derecho, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magíster en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas

Directora de tesis:

Mag. Prof. Adj. Maria Carolina Farias

Directores académicos:

PhD. Prof. Agda. Gabriela Etchebehere

Prof. Víctor Giorgi

Agradecimientos

Al finalizar esta etapa de mi formación académica, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que me han acompañado y apoyado en este recorrido.

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad de la República por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios y por su compromiso con la excelencia académica. Asimismo, mi gratitud se extiende a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por su apoyo financiero y su contribución al desarrollo de la investigación en nuestro país.

Agradezco a las compañeras de la Escuela de Parteras y a mis colegas por su colaboración y por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias. Su apoyo ha sido fundamental para el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento especial para Caro, mi tutora, por su guía, paciencia y por compartir su tremenda experiencia conmigo. Recordando siempre su frase: “una cosa para más de una cosa”.

A mis amigas, gracias por estar siempre presentes y por los momentos de distracción que me encantaron y tanto necesitaba.

A mi mamá y a mi hermana Ale, gracias por su amor, comprensión y por creer en mí en todo momento.

Finalmente, quiero agradecer a mi hijo Pierito que me acompañó desde su gestación hasta el día de hoy en la cursada de la maestría y en la elaboración de esta tesis y a mi pareja Agus por su constante apoyo emocional y motivación. Gracias por estar siempre ahí, dándome fuerzas para seguir adelante.

Gracias a todas las jóvenes que me permitieron escucharlas y conocer sus experiencias!.

Resumen

Cuando hablamos de adolescentes gestantes comienzan a tensionarse los conceptos de soberanía, de individualidad, de poder, de salud, de feminismos. Desde el lugar donde recorro y analizo, ubico a los cuerpos gestantes como un territorio sitiado donde se encuentran demasiados poderes sobre sí.

Desde distintas organizaciones e instituciones se ha cuestionado la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las adolescentes y sobre los cuerpos gestantes, planteando dificultades para que las personas, en los servicios de salud, sean respetados sus derechos relacionados a su salud sexual y salud reproductiva.

La presente investigación permite conocer las vivencias de las gestantes adolescentes ligado al trato profesional en el contexto de la consulta prenatal. El sentido de recoger estas voces se vincula a conocer las diferentes experiencias de jóvenes gestantes donde se recaban sus experiencias y percepciones en el trato profesional recibido en el contexto del Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud de la región metropolitana de Montevideo y Costa de Oro, Uruguay.

Se utilizó la metodología cualitativa de tipo exploratorio. El universo a estudiar fueron jóvenes de 15 a 19 años, cursando entre el segundo y el cuarto mes de puerperio. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, logrando realizar 12 entrevistas contando con los respectivos consentimientos informados. El procesamiento de los datos, se llevó a cabo a través del método análitico inductivo.

Luego del análisis, se evidenció la complejidad de la experiencia de las jóvenes durante el embarazo y la atención prenatal, así como la importancia de abordar las situaciones de trato inadecuado y falta de respeto por parte de profesionales de salud, configurando situaciones de violencia obstétrica de carácter institucionales en el Primer Nivel de Atención en el sistema de salud uruguayo.

Palabras Clave: Adolescencias - Trato profesional - Gestantes - Primer Nivel de Atenciòn

Abstract

When we talk about pregnant adolescents, the concepts of sovereignty, individuality, power, health, and feminism begin to become tense, from the place where i travel and analyze, i locate pregnant bodies as a besieged territory where there are too many powers over themselves.

Various organizations and institutions have questioned the medical surveillance exercised on the bodies of adolescent girls and pregnant bodies, posing difficulties for people in health services to have their rights related to their sexual and reproductive health respected.

The present research allows us to know the experiences of teenage pregnant women linked to professional treatment in the context of prenatal consultation, the meaning of collecting these voices is linked to knowing the different experiences of young pregnant women where their experiences and perceptions in professional treatment are collected. received in the context of the First Level of Care in the National Integrated Health System of the metropolitan region of Montevideo and Costa de Oro, Uruguay.

The exploratory qualitative methodology was used. The universe to be studied were young people between 15 and 19 years old, between the second and fourth months of the puerperium, the technique used was the semi-structured interview, managing to carry out 12 interviews with the respective informed consents. Data processing was carried out through the inductive analytical method.

In conclusion, the complexity of the experience of young women during pregnancy and prenatal care was evident, as well as the importance of addressing situations of inadequate treatment and lack of respect by health professionals, configuring situations of institutional obstetric violence in the First Level of Care in the Uruguayan health system.

Keywords: Adolescence - Professional treatment - Pregnant women - Primary Care Level

Tabla de contenidos

Resumen **6**
Abstract **7**
Capítulo 1. Introducción **11**
Capítulo 2. Antecedentes **14**
Capítulo 3. Fundamentos teóricos y conceptuales **19**
3.1 La salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental 19
3.1.1. Autonomía reproductiva 21
3.2 Derechos de las adolescencias y juventudes 22
3.2.1 Adolescencia y juventud 24
3.2.2 Sexualidad Juvenil 25
3.2.3 Gestantes jóvenes 26
3.3 Modelos asistenciales y de atención 30
3.3.1 Trato respetuoso materno y neonatal 33
3.3.2 Consulta prenatal de la gestante jóven 35
3.4 Violencia basada en género: violencia obstétrica 38
Capítulo 4. Metodología **41**
4.1 Delimitación del problema y preguntas de investigación 41
4.2 Objetivos 43
Objetivo general 43
Objetivos específicos 43
4.3 Materiales y métodos 44
4.4 Consideraciones éticas 47
Capítulo 5. Presentación de los datos, análisis y discusión **48**
5.1 Prácticas asistenciales 49
5.1.1 Comunicación en la consulta prenatal 49
5.1.2 Exploración clínica en la consulta prenatal 54
5.1.3 Atención a la gestante en el sistema de salud 56
5.2 Adherencia a la consulta prenatal 59
5.3 Trato materno respetuoso en la consulta prenatal 63
5.4 Violencia obstétrica 65
5.4.1 Violencia obstétrica verbal 65
5.4.2 Violencia obstétrica psicológica 68
5.4.3 Violencia obstétrica en relación al consentimiento 71
5.4.4 Violencia obstétrica institucional 72
5.5 Mejoras en las consultas (voz de las jóvenes) 78
Capítulo 6. Consideraciones finales y recomendaciones **81**
Referencias **85**
Apéndice 1. Caracterización de las entrevistadas 102
Apéndice 2. Pauta de entrevista 104
Apéndice 3. Hoja de información 106

Apéndice 4. Consentimiento informado (madre/padre o tutor/a)..... 107
Apéndice 5. Asentimiento informado (para adolescentes)..... 108
Anexo 1. Aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología..... 109

Capítulo 1. Introducción

La adolescencia es una etapa del curso de vida, que ha sufrido modificaciones en relación a su significación, debido a que se encuentra influido por lo socio-cultural. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se ubica entre los 10 y los 19 años de edad (Doyenart y Varela, 2017). Es una etapa sensible donde entran en juego varios aspectos fundamentales como son el desarrollo de la identidad y la interacción con la sociedad así como su cuestionamiento (López, 2015; Gaete, 2015; López et al., 2016). En cuanto a la gestación en la adolescencia o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia (Ministerio de Salud Pùblica (MSP), 2017). Por su parte la Comisiòn Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) plantea que 10 millones de niñas y adolescentes quedan embarazadas por año en la regiòn de las Américas, es la tasa más alta del mundo de embarazo adolescente (CIDH, 2019). En Uruguay en un lapso de solo siete años la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 2,0 a 1,27 hijos por mujer (según datos preliminares de 2022) y los nacimientos descendieron aproximadamente de 47.000 a 33.000, se marca un descenso pronunciado de la fecundidad registrado entre las mujeres más jóvenes, entre los 15 y los 24 años (Cabella et al., 2022).

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) recoge los derechos de todas las personas menores de 18 años y la misma tiene cuatro principios rectores: el principio de la no discriminación; el interés superior del niño; la supervivencia y el desarrollo; y la participación. Estos principios sirven para orientar la forma en que se cumplen y se respetan los derechos y sirven de punto de referencia permanente para la aplicación y verificación de los derechos de las niñas, niños y adolescente (Oliver, 2004; Álvarez y Rocha, 2022)

El estado uruguayo ha aprobado y ratificado diversas convenciones a partir de las que adecua, modifica y promulga un conjunto de leyes referentes a la niñez y adolescencia, mujer, género y salud. Entre ellas, destacamos: Ley N° 17.823 Código de la niñez y adolescencia (Uruguay, 2004), Ley N°19.580 de Violencia basada en género (Uruguay, 2017); Ley N°18.426 de Salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008); Ley N°18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo (Uruguay, 2012); Ley N°17.386 de acompañamiento de la mujer en el preparto parto y nacimiento (Uruguay, 2001).

En particular, la Ley N° 19.580 (Uruguay, 2017), incorpora la violencia obstétrica (VO) cómo una forma de expresión de las violencias de género que la mujer puede experimentar durante su vida. En el Art. 6, inc. H se define la VO como: "*Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos*".

La legislaciòn uruguaya se encuentra alineada con organismos internacionales en cuanto a la definiciòn de VO ya que:

> La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará, dado que atenta contra el derecho de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada y respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre, pleno e informado (CIDH, 2019, p.92).

En relación a la situación sanitaria de Uruguay en el marco de las recomendaciones internacionales en la atención materno neonatal desde hace menos de una década comienza a tener un enfoque humanizado-respetado centrando la atención en la mujer y su familia (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2018).

La encuesta de prevalencia de violencia basada en género realizada en 2019 revela que el 54,4% de las mujeres de 15 años o más que optaron por una Interrupción voluntaria del embarazo reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud. En relación con la atención durante el embarazo y el parto, la misma encuesta indica que el 17,4% de las mujeres experimentaron violencia obstétrica durante su último parto o cesárea. Esta situación es más grave en las mujeres afrodescendientes, con un porcentaje del 21,9%, y en las mujeres no heterosexuales, donde la violencia alcanzó el 39,9%. Al considerar el tipo de institución, en los centros públicos el porcentaje fue del 19,9%, mientras que en los privados fue del 15,8% (Ministerio de Desarrollo Social, 2019).

En el 2022 el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud (MYSU) en Uruguay realizó una encuesta online con un alcance de 1188 mujeres y otras personas gestantes sobre la identificación de experiencias y situaciones de violencia obstétrica

en el SNIS de las cuales 3 de cada 10 afirmaron a haber experimentado situaciones de este tipo en los últimos 5 años (MYSU, 2022).

En este sentido, esta investigación busca conocer las experiencias de las adolescentes en el periodo de gestación en el contexto de la consulta prenatal. Para ello, se abordarán sus experiencias y percepciones en el trato recibido en el contexto del Primer Nivel de Atención (PNA) en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tanto a nivel público como privado. Se desarrollará con una mirada integral desde la partería, obstetricia y salud comunitaria en clave de perspectiva de derechos (Varney, 2006; Lutz, 2017; Olza, 2017; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2019; Rich, 2019; Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR), 2019; Salsa, 2021).

Entendemos que la visibilización de prácticas no respetuosas en el PNA, que puedan incluso configurar violencia obstétrica, permitirá proponer cambios que redunden en la atención y trayectorias de jóvenes gestantes consolidando los derechos sexuales y reproductivos.

En suma, este estudio pretende contribuir a la reflexión sobre el trato profesional en el PNA percibido por las adolescentes gestantes en el contexto de la consulta prenatal.

El presente trabajo está organizado en seis capítulos. El capítulo 1 representa la introducción de la tesis. En el capítulo 2, presenta los antecedentes nacionales, regionales e internacionales del problema de investigación. En el capítulo 3, denominado “Fundamentos teóricos”, se incluyen allí los apartados sobre la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental; los derechos de las adolescencias y juventudes; los modelos asistenciales y de atención; y la violencia basada en género (incluyendo la violencia obstétrica). En el capítulo 4, se presenta la delimitación del problema de investigación, las preguntas y los objetivos, la estrategia metodológica utilizada y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para el desarrollo del estudio. El capítulo 5, presenta los resultados, análisis y discusión. Este último capítulo se organizó en cinco apartados que corresponden a las dimensiones identificadas, con sus respectivas categorías de análisis. Finalmente, el capítulo 6 cierra esta tesis con las consideraciones finales y recomendaciones.

Capítulo 2. Antecedentes

En relación al estado del arte, se identificaron antecedentes en los últimos 10 años referidos a experiencias de adolescentes gestantes en los centros de atención en salud, con énfasis en las consultas prenatales. A continuación se detallan algunas de esas investigaciones a nivel nacional, regional e internacional.

En el ámbito nacional, la investigadora Alejandra López Gómez de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR) desde hace más de una década ha realizado estudios vinculados a la salud sexual y salud reproductiva de las adolescencias, destacándose para este proyecto el libro denominado "*Maternidad en adolescentes y desigualdades sociales en Uruguay*" (2016). El estudio generó conocimiento en relación a los fenómenos sociales, subjetivos, culturales y territoriales que inciden en el comportamiento sexual y reproductivo de mujeres y varones en transitar el embarazo en la etapa de la adolescencia desde sus propias percepciones, así como también las perspectivas que tienen actores sociales y profesionales que intervienen en la maternidad en la adolescencia. En sus conclusiones plantea que las desigualdades de género como una forma de desigualdad social, se visibilizan de diversas maneras limitando la autonomía y toma de decisiones en diversos aspectos de la vida de las adolescentes, entre otros en su sexualidad y reproducción.

Por su parte, la investigadora Natalia Magnone de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR ha venido desarrollando estudios sobre la autonomía reproductiva de las mujeres durante el embarazo y parto. Su tesis de doctorado: "*Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres*" (2022), busca aportar sobre la historia de las prácticas obstétricas asistencialistas en el país. El estudio es muy relevante por la revisión documental sobre la construcción de la institucionalización del parto y el proceso de medicalización del mismo, así cómo el marco teórico que construye es de referencia para el desarrollo de este proyecto de investigación.

Otro estudio de pertinencia para este proyecto, es el realizado por Carolina Farias (2014) denominado "*Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*". En dicha investigación, se aborda el problema de la cesárea, desde las vivencias singulares y significados en mujeres primigestas. Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo, donde se describe la vivencia subjetiva de mujeres que el nacimiento de sus hijos fue por vía de finalización cesárea. Las vivencias relatadas por las mujeres participantes expresan el impacto

emocional y afectivo de la cesárea, así como las situaciones de buen trabajo y mal trato profesional que atravesaron en el momento de la hospitalización. Los resultados del estudio, apuntan a la necesidad de revisar el estilo de atención sanitaria hacia las mujeres embarazadas y en situación de puerperio, donde se promuevan, defiendan y protejan los derechos sexuales y reproductivos.

A nivel regional, en Argentina se tiene la tesis de Luciana Almendra (2020) denominada "*Percepción de las Adolescentes sobre la Atención Humanizada durante el Trabajo de Parto*". La investigación se realizó en el Hospital Castro Rendón de la ciudad de Neuquén, con el objetivo de describir la percepción que tienen las adolescentes durante el trabajo de parto y puerperio inmediato. La metodología utilizada fue desde un paradigma cualitativo, incorporando la entrevista abierta como método de recolección de datos. Se realizaron 10 entrevistas a adolescentes puérperas de entre 13 a 19 años. Del análisis se estableció las dimensiones: cuidado humanizado, trato profesional y el acompañamiento en la atención del parto. La autora plantea que a partir del análisis de resultados, surgieron categorías empíricas que no se tuvieron en cuenta inicialmente tales como: violencia obstétrica, comunicación efectiva durante la intervención del personal de enfermería en el proceso del parto y medicalización durante el parto. Los resultados revelan que la mayoría de las adolescentes sufren violencia obstétrica durante el proceso de parto.

A nivel de América Latina, Tobar et al. (2019) realizan un estudio en Colombia, con el objetivo de caracterizar las diversas formas de VO. La metodología empleada consistió en un estudio de corte cualitativo, con enfoque fenomenológico. En el estudio participaron 16 mujeres, las cuales habían atravesado algún tipo de VO, no menor a dos años, y las cuales asistieron a los hogares de Familia, Mujer, Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la ciudad de Popayán. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas estructuradas y en profundidad. Como resultado se obtuvo que el 69 % de las entrevistadas relataron haber transitado episodios de VO, 11 de índole institucional, asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el transcurso del parto, como a su vez expresan el malestar que sienten frente a la atención en salud al momento del parto. A su vez, la violencia psicológica, se hace presente en los relatos de las mujeres, la falta de información y autonomía frente a la toma de decisiones, así como la imposibilidad de expresar sus emociones y sentimientos se hacen latentes.

Otra investigación de relevancia a nivel regional es la realizada por Binfa et al. (2016) denominada "*Práctica de partería y servicios de maternidad: un estudio descriptivo multisitio*

en América Latina y el Caribe". El objetivo fue describir resultados obstétricos y neonatales seleccionados de mujeres que recibieron atención de partería, identificar el nivel de bienestar materno después de recibir atención de partería en Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Perú y Uruguay. En cuanto a su diseño se trató de un estudio transversal y descriptivo, realizado en 6 maternidades de países de América Latina. Se utilizó métodos cuantitativos para medir los procesos de atención de partería y las percepciones maternas de bienestar durante el trabajo de parto y el parto a través de una encuesta validada de bienestar materno y una versión adaptada de los datos estandarizados anteparto e intraparto del American College of Nurse-Midwives (ACNM). La muestra final fue con un total de 3009 mujeres participantes. El estudio concluye que a pesar de guías y pautas basadas en la evidencia, los nacimientos no se manejan en consecuencia en la mayoría de los casos. Las participantes manifiestan que la atención es adecuada, aunque existen algunas que denuncian malos tratos.

En Ecuador, una investigación a cargo de Larry Castillo (2017) denominada "*Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha*" tuvo como objetivo conocer la percepción de las adolescentes atendidas durante el embarazo, parto y postparto, acerca del tema VO y conocer cuál es el impacto que produce la violencia obstétrica en las adolescentes atendidas en el servicio de gíneco obstetricia. La muestra se constituyó por 80 mujeres adolescentes embarazadas. La metodología empleada fue el método descriptivo, logrando detallar los procedimientos que constan en los formularios utilizados en la institución y que no son cumplidos en ocasiones, para obtener la información se aplicó una encuesta con un cuestionario de quince preguntas cerradas. Las conclusiones reflejan incumplimiento de los protocolos de atención; así como también omisiones en solicitar el consentimiento informado, tactos vaginales repetitivos, se observó estadísticamente que la mujer adolecente es mayoritariamente afectada por la violencia obstétrica en el Ecuador el cual carece de normativa para la VO.

Siguiendo con los antecedentes regionales, en Brasil, las autoras Risco-Sánchez, Zambrano-Tanaka, Guerrero-Borrego y Surita (2021) presentan su investigación en el marco de la salud sexual y reproductiva. Allí describen como el embarazo adolescente representa un desafío significativo para los sistemas de atención médica, especialmente en entornos urbanos como Campinas, São Paulo, Brasil. En este contexto, se ha observado la necesidad de sistematizar las buenas prácticas de atención prenatal dirigidas específicamente a adolescentes embarazadas en servicios de referencia. El estudio tuvo como objetivo principal explorar estas prácticas desde la perspectiva de los profesionales de la salud que prestan servicios en este ámbito. Para abordar esta problemática, se llevó a cabo un estudio cualitativo en 2017. Se

emplearon entrevistas semiestructuradas y un grupo focal con la participación de 10 profesionales de la salud que trabajan directamente con adolescentes embarazadas en una unidad hospitalaria del sistema público de la región. Se identificaron como buenas prácticas aquellas que priorizan la atención integral coordinada por un equipo multidisciplinario, destacando la importancia de un abordaje multidimensional que considere la complejidad de la maternidad en la adolescencia. Los hallazgos obtenidos tienen importantes implicaciones para el desarrollo de estrategias educativas y el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de mejorar la experiencia de cuidado prenatal para las adolescentes embarazadas.

Por otra parte, se incorpora a este apartado, la línea de investigación desarrollada por la antropóloga italiana Patrizia Quattrocchi (2019) denominada "*Violencia Obstétrica. El nuevo objetivo de la investigación, las políticas y los derechos humanos sobre el parto*". Dicho proyecto fue desarrollado en dos fases, la primera en Argentina y luego en Italia. El estudio tuvo el fin de indagar sobre la experiencia Argentina sobre la temática de VO, para poder a su vez transferir los hallazgos a la construcción de una Plataforma sobre Violencia Obstétrica europea. En conclusión representa un insumo para la formación del personal de la salud así como un aporte para la construcción de políticas sanitarias que contemplen la situación de la VO especialmente en dicho continente.

Por su parte, la atención primaria en salud (APS) ha sido objeto de numerosos estudios en las últimas décadas. En el contexto de la APS para la población adolescente. Recientes investigaciones se han centrado principalmente en la salud mental, destacando como una de las mayores preocupaciones en el periodo posterior a la pandemia (Bera et al., 2022; Pizarro y Ordóñez, 2021; Galiano, Prado y Mustelier, 2020). En cuanto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, los estudios han abordado durante años conceptos como la autonomía progresiva y el consentimiento (Brunet, Fernández y López, 2019; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Morris y Rushwan, 2015; MSP, Programa Nacional de Salud de Adolescencia y UNFPA, 2014) especialmente en relación con la elección de métodos anticonceptivos, la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, y la interrupción voluntaria del embarazo.

La violencia obstétrica (VO) , en contraste, es un tema de investigación más reciente. Hasta ahora, no se han encontrado estudios específicos que relacionen la VO con el embarazo adolescente desde el primer nivel de atención. La mayoría de las investigaciones se centran en la experiencia de la VO durante el momento del nacimiento o en el periodo postnatal. Esta

carencia de estudios sugiere una necesidad de explorar más a fondo cómo la VO puede afectar a las adolescentes embarazadas en las etapas tempranas de la atención primaria.

Capítulo 3. Fundamentos teóricos y conceptuales

En el presente capítulo se exponen las herramientas conceptuales que guiarán el análisis de los resultados del estudio. Entre ellas, destacamos: la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental, derechos de las adolescencias y juventudes, modelos asistenciales y de atención y violencia obstétrica.

3.1 La salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental

Los derechos humanos (DDHH) son derechos inherentes a todos las personas, sin distinción alguna de etnia, sexo, género, nacionalidad, origen étnicos, lengua, religión o cualquier condición, es decir son derechos que se adquieren por el simple hecho de nacer; todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (Naciones Unidas (ONU), 1948).

Los derechos humanos infieren que son iguales para varones y mujeres, pero se entiende que son dinámicos y su interpretación depende de la etapa histórica y social en la que se los mire. Hasta hace algunos años, los DDHH eran interpretados desde un modelo masculino hegemónico[1]. A partir de la creciente demanda social, se comienzan a visibilizar los derechos y necesidades de grupos minoritarios y oprimidos, entre ellos, las mujeres. Facio (2003) explica: "*los derechos humanos al ser indivisibles, inalienables y universales deben ser interpretados desde una perspectiva de género porque de lo contrario, no se estaría hablando de derechos humanos, sino de derechos del hombre*" (p. 17).

Hacia finales de los años 80, los movimientos feministas, se propusieron derribar el paradigma androcentrista de los derechos humanos, proponiendo uno más inclusivo, con perspectiva de género, que incluya a las mujeres sin distinción de raza, color, etnia, nacionalidad, religión, prácticas sexuales o culturales. Esto incidió en que los Estados deberían promover y llevar a cabo el trabajo de las políticas públicas con perspectiva de género. En este sentido, ese escenario

[1] El concepto de "modelo masculino hegemónico" se refiere a una forma predominante de masculinidad que define las normas y expectativas sociales para el comportamiento de los hombres. Este modelo enfatiza la necesidad de que los hombres sean fuertes, autoritarios, competitivos, racionales y heterosexuales, mientras que tiende a marginar y subordinar otras expresiones de masculinidad y feminidad (Connell y Messerschmidt, 2005).

traería beneficios como, el empoderamiento de la población, mayor satisfacción y participación activa de los y las destinatarios de las acciones, consensos más fáciles de lograr, entre otros tantos beneficios, al pensar políticas públicas que representen a todos incluso a las minorías silenciadas por años (Facio, 2003).

En esta línea, los derechos sexuales y reproductivos, entran en la esfera pública en 1994 en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo (Egipto) donde nace el plan de acción del UNFPA. Desde hace un poco más de veinte años que contamos con marcos normativos y declaraciones que amparan y promueven el derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley, así como el derecho a la libertad sexual (OMS, 1997; OMS, 2008; ONU, 2015; OMS; 2019). Son derechos que implican que las personas tienen que tener el control para poder decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, derecho a escoger sus parejas sexuales y a experimentar su potencial y placer sexual con plenitud, dentro de un marco de no discriminación y con consentimiento. También el derecho a la salud y a los beneficios de los avances científicos, por el que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.

Siguiendo las recomendaciones internacionales de la OMS (2015, 2016), su enfoque de derechos sexuales y reproductivos está muy vinculado con el empoderamiento de las personas. Éste supone un proceso a través del cual los individuos y los grupos se apropian de los recursos, sobre sí mismos y sus vidas. En este campo, el empoderamiento permite que las personas y en especial las mujeres, se construyan como sujetos sexuales con derechos tanto en el campo sexual como reproductivo y que ejerzan el derecho, a través del conocimiento de tomar decisiones autodeterminadas sobre su sexualidad y reproducción (Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), 2015). Esto se podrá lograr en la medida que se promuevan sujetos con autonomía para ejercer sus derechos, se fomente el autocuidado y mutuo cuidado, el respeto a la diversidad, así como a la responsabilidad.

Uruguay incorpora estos preceptos en la Ley N° 18.426 sobre Salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008). Se puede afirmar y fundamentar que esta ley promueve el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y agradable en todo el curso de vida, libre de coerción y discriminación, y respetuosa con la autonomía sexual de las personas. Se basan en el reconocimiento y respeto a la capacidad de decidir de forma libre y responsable, sin discriminación, coerción o violencia, si se quiere tener o no tener hijas e hijos. Implica también

garantizar la salud sexual y reproductiva entendida como un estado del bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad.

3.1.1. Autonomía reproductiva

En la *Agenda 2030* para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2020) se reconoce explícitamente el papel de la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género para contribuir a un futuro más próspero, reforzando la idea de respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas para lograr un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, como lo define la OMS (2003).

La autonomía reproductiva implica el grado de libertad de las personas a tomar decisiones informadas y libres sobre su salud sexual y salud reproductiva, abarcando la elección de tener hijos, el momento adecuado para hacerlo y el acceso a servicios de planificación familiar (Barrera, 2017; Magnone, 2022). Este concepto defiende la capacidad de las personas para controlar su fertilidad y tomar decisiones sin presiones ni discriminación (Trevizo, 2018).

El informe de UNFPA (2021) plantea que entre 2007 y 2018, en 57 países estudiados, alrededor del 55% de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en una unión estable, toman sus propias decisiones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Se observó que tienen mayor autonomía en la decisión sobre el uso de anticonceptivos, con un 91%. Sin embargo, solo tres de cada cuatro mujeres tienen la autonomía para decidir sobre atención médica y relaciones sexuales.

Castro y Erviti (2015) plantean que la implementación de los derechos sexuales y reproductivos se enfrenta a desafíos debido a las persistentes desigualdades de género, que impactan tanto en las políticas de salud como en la atención concreta en los servicios de salud reproductiva. Se han documentado violaciones de los derechos reproductivos durante la atención del parto en hospitales públicos, que van desde expresiones autoritarias hasta formas más sutiles de abuso. Estas violaciones reflejan desigualdades arraigadas en la interacción médico-paciente y requieren una mayor investigación y atención. Además, se identifican mecanismos a nivel institucional, interpersonal y psicológico que contribuyen a perpetuar estas violaciones, lo que destaca la importancia de abordar estas cuestiones en profundidad.

Tambien identifican en el contexto de la atención institucional del parto, mecanismos que contribuyen a la violación de los derechos de las mujeres por parte de los profesionales de la salud . Estos mecanismos se caracterizan por establecer un orden jerárquico y de sumisión, facilitando así la perpetración de abusos por parte del personal de salud. Entre estos mecanismos se incluyen la promoción de la conformidad y la obediencia, la descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres, la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren, la relativización del papel de las mujeres, las amenazas y castigos físicos concretos, así como la presión ejercida para obtener el consentimiento de las mujeres en la adopción de ciertos métodos anticonceptivos. Además, se observa la presencia de una violencia simbólica internalizada por las propias mujeres, quienes a veces naturalizan los abusos sufridos, justificándolos como parte del proceso o como reacción lógica del personal de salud. Estos mecanismos, en su conjunto, contribuyen a mantener un ambiente propicio para la violación de derechos durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto, perpetuando así un ciclo de sumisión y abuso (Castro y Erviti, 2015).

3.2 Derechos de las adolescencias y juventudes

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) fue un hito crucial en la protección de los derechos humanos de los jóvenes a nivel mundial. Este documento fundamental estableció un marco legal internacional que reconoció los derechos inherentes e inalienables de todos los niños, niñas y adolescentes, sin distinción de origen, religión o circunstancias personales, garantizando su acceso a una vida segura, saludable y plena (UNICEF, 1989).

La CDN, ratificada en 1989, proporciona un marco global para la protección de los derechos de los jóvenes. En su núcleo, esta convención establece principios fundamentales destinados a garantizar el bienestar físico, emocional y social de los niños, niñas y adolescentes (NNA) en todo el mundo (Oliver, 2004; Centurión y Pivel, 2023). El derecho a la salud, consagrado en la convención, fue clave para garantizar el bienestar de las adolescencias. Todos los NNA tienen el derecho a alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, las barreras sociales, económicas y culturales suelen obstaculizar el acceso de las juventudes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, siendo vulnerables al embarazo no planificado y a riesgos para su salud.

Por su parte, en Uruguay el Código de la niñez y la adolescencia fue promulgado en 2004 bajo

la Ley 17.823, constituyendo una adecuación del derecho interno a los compromisos internacionales suscritos por el país respecto a los derechos de NNA.

Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (IIN), en su calidad de Organismo Especializado de la Organización de los Estados Americanos (IIN-OEA, 2019) plantea que es necesario examinar la intersección entre género e infancia-adolescencia dado que requiere considerar las interrelaciones entre las construcciones sociales, culturales e históricas que delinean posiciones dentro de la estructura social. Estas incluyen mandatos, autorizaciones y restricciones que, aunque varían en sus manifestaciones de acuerdo a las distintas culturas y períodos temporales, perpetúan sistemáticamente desequilibrios en favor de la adultez y la masculinidad. Este fenómeno configura lo que ha sido conceptualizado como un sistema caracterizado por la centralidad de lo adulto y patriarcal[2].

Además, Lopez y Ferrari (2008) plantean que desde la Convención se destaca el derecho a la educación como un medio fundamental para empoderar a las juventudes en la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual y salud reproductiva. Sin embargo, la falta de una educación integral en sexualidad en muchos sistemas educativos deja a los NNA desprovistos de información y habilidades cruciales para prevenir el embarazo precoz y protegerse contra infecciones de transmisión sexual, fomentando un ciclo de desventaja y vulnerabilidad.

Por otra parte, la CDN establece el derecho a la privacidad como un principio crucial para garantizar que los adolescentes puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de manera confidencial y sin temor a represalias o juicio. La estigmatización y la falta de confidencialidad pueden disuadir a los adolescentes de buscar atención médica o asesoramiento sobre temas relacionados con la sexualidad, exacerbando su vulnerabilidad al embarazo no deseado y a riesgos para su salud física y emocional (Unicef, 1989).

Otro aspecto crítico es el derecho a la protección contra la explotación, el embarazo adolescente, en muchos casos, puede ser el resultado de relaciones sexuales no consensuadas o coercitivas, lo que constituye una forma flagrante de explotación y abuso sexual (Perez et al., 2022). En este sentido, la convención establece la obligación de proteger a los adolescentes contra todas las formas de explotación y violencia, incluido el matrimonio infantil y el embarazo precoz, que

[2] El patriarcado, describe un sistema social donde los varones tienen predominio en el poder y la autoridad sobre las mujeres. Esta estructura promueve la desigualdad de género a través de normas, instituciones y prácticas que refuerzan la supremacía masculina (Arriazu, 2000).

pueden truncar prematuramente las oportunidades y aspiraciones de los jóvenes.

3.2.1 Adolescencia y juventud

La adolescencia es una etapa del curso de vida, que ha sufrido modificaciones en relación a su significación, debido a que se encuentra influido por lo socio-cultural. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se ubica entre los 10 y los 19 años de edad (Doyenart y Varela, 2017). Es una etapa sensible donde entran en juego varios aspectos fundamentales como son el desarrollo de la identidad y la interacción con la sociedad así como su cuestionamiento (López, 2015; Gaete, 2015; López y Varela, 2016).

En cuanto a la dimensión histórica, este concepto comenzó a tomar relevancia en la época moderna (entre el siglo XIX y principio del siglo XX), entre los sectores altos y medios de las zonas urbanas. Una de las causas más notorias refiere a la necesidad de establecer la niñez como una etapa particular, diferenciada de la adultez y con derechos propios (Varela y Lara, 2012). A su vez, esta demarcación beneficia a la preparación de varones y mujeres para los roles asignados y esperados a nivel social. En este sentido, las mujeres contaban con mayor tiempo de preparación para el ámbito privado, relacionado con el cuidado familiar, realización de tareas domésticas y crianza, y por otro lado, permitía que los varones pudieran capacitarse para su rol en el ámbito público, vinculado al trabajo remunerado (López y Varela, 2016). De esta forma, la adolescencia y la juventud se establecen como etapas en las que se configuran eventos y transformaciones que preparan al sujeto para la vida adulta (Amorín et al., 2006; Varela y Lara, 2012).

En consecuencia, la construcción de la adolescencia como momento evolutivo y con derechos propios, a la vez que "*determinada por dinámicas sociales, culturales, económicas e históricas específicas, y no como un momento de tránsito de la infancia a la adultez, es relativamente reciente*" (Doyenart y Varela, 2017). A nivel social se destaca una representación homogénea en referencia a la adolescencia, que alude a un solo significado y una forma de transitar hacia el mundo adulto. Por esta razón, sería más adecuado hacer referencia a las adolescencias dando cuenta que hay multitud de formas de atravesar este momento evolutivo (Amorín, 2008).

Se plantea la concepción de la adolescencia desde la perspectiva sociodemográfica considerando:

> que la transición a la edad adulta en las sociedades occidentales está pautada por un conjunto de eventos: en el ámbito público, por la salida del sistema educativo y el ingreso en el mercado de empleo y, en el privado, por la salida del hogar de origen, la formación de pareja y el nacimiento del primer hijo. (Settersen, Furstenberg y Rumbaut, 2005, p.13).

En la actualidad estos acontecimientos por lo general no se producen con tanta rigidez (Weiss, 2012). Existe evidencia que muestra que en las sociedades desarrolladas y en los sectores sociales más educados de los países en desarrollo, se prolonga la permanencia en el sistema educativo ya que el mercado laboral exige mayor preparación, pero que desde múltiples experiencias los jóvenes socializan donde logran manejar los valores y normas propios y a su vez construyendo identidades y proyectos temporales. A su vez, esto produce que otros eventos se retrasen, como puede ser el ingreso al mercado laboral, la salida del hogar de origen, la llegada del primer hijo (Ravanera y Rajulton, 2006; Doyenart y Varela Petito, 2017).

En este sentido, de acuerdo a las condiciones y al momento en que vaya vivenciando los eventos, esto repercutirá a lo largo de su vida, las diferentes trayectorias implicando diversas formas de inserción social, cultural, escolar en la esfera pública y privada. Estas diferencias sustentan y refuerzan las brechas sociales entre poblaciones y condicionan la calidad de vida de las juventudes (Weiss, 2017).

3.2.2 Sexualidad Juvenil

Es necesario mencionar el concepto de sexualidad dado que es una abstracción que los seres humanos hacemos para entender y significar nuestras experiencias y potencialidades. Según la OMS (2003), se puede definir como: "*(...) un aspecto central del ser humano presente a lo largo de la vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.*". Se debe hacer referencia que la sexualidad en la adolescencia-juventud adquiere una relevancia fundamental ya que además de los cambios fisiológicos, anatómicos, también se comienza a formar la identidad sexual. En la conformación de la identidad influyen también los mandatos sociales y culturales, el deber ser. De esta forma se puede observar en cómo se determinan las ocupaciones y roles diferenciados para mujeres y varones, también en relación a la sexualidad se establecen comportamientos esperados para unos y otros, regulando el ejercicio de la misma y creando posiciones de poder (González, 2019).

Ramos (2022) plantea que desde un enfoque construccionista y crítico, la iniciación sexual se percibe como una construcción sociocultural y un fenómeno histórico. Cada cultura tiene mecanismos para regular los intercambios eróticos, y la iniciación sexual se destaca como uno de los eventos más ritualizados de la vida sexual. En relación a la iniciación sexual mundial la edad oscila entre los 12 y los 19 años (Slaymaker *et al*., 2020) y a nivel nacional según el Instituto Nacional de la Juventud (INJU, 2018) en el *Informe IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ)* la iniciación sexual oscila entre los 15 y 17 años.

Segun Viera Alcazar (2017) el orden social moderno basado en el sistema sexo-género, implicó nuevas organizaciones eróticas. Por lo que los permisos y prohibiciones sobre la vida sexual variarán según se trate de mujeres y varones. Al varón tradicionalmente se le asignan atributos que corresponden a una sexualidad activa, heterosexual, predominando la noción de virilidad que es impuesta social y culturalmente. De esta forma, lo que se vincula al varón es la capacidad de procrear y ser el proveedor económico y jefe del hogar. Por su parte, a las mujeres se las asocia a una sexualidad carente de erotismo y dirigida hacia la procreación y reproducción, la que es anticipada y fomentada desde la infancia (Checa, 2005). Por otra parte se debe tener presente que en la adolescencia ocurre una vorágine de cambios a nivel biológico y psíquico, donde el adolescente experimenta nuevas sensaciones y siente la curiosidad de experimentar otras, como por ejemplo tener relaciones sexuales, encontrándose con grandes dudas y carencias afectivas que lo transportan a un mundo desconocido.

3.2.3 Gestantes jóvenes

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia (OMS, 2020). La percepción social del embarazo adolescente varía de una sociedad a otra. En cuanto a la maternidad adolescente-juvenil se puede decir que ha sufrido una leve disminución que varía de acuerdo a las zona geográfica en Uruguay (López y Varela, 2016). Lo que es claro reflejo de que la maternidad se encuentra atravesada por desigualdades sociales, económicas, de género, entre otras.

En relación a la maternidad, se trata de una construcción histórica, que se enmarca de acuerdo a diferentes culturas. En este sentido, la mujer ha sido asociada a ella por su capacidad reproductora. Con la Modernidad se produce en Occidente una nueva concepción sobre el ser

madre, que implica no sólo la gestación y alumbramiento de los hijos, sino que también debe ocuparse de las tareas de cuidado y crianza. Este rol se ve acompañado por ciertos atributos que se asignan a las mujeres, "*ternura, paciencia, capacidad ilimitada de amor, altruismo, renuncia a sus intereses priorizando los de los otros, ausencia de hostilidad, y que definen a su vez a lo femenino, con lo cual queda soldada la maternidad a la feminidad*" (Amorín et al., 2006, p.150). Por otra parte, se plantea que la paternidad, si bien ha sido históricamente aunado a la expresión de masculinidad de los varones, está siendo objeto de transformaciones. De esta forma, el padre pasa de ser una figura responsable de su familia, encargado de brindar sostén económico, a ser una figura que implementa prácticas de crianza mediante la manifestación de sentimientos y afecto. Esto históricamente ha sido asociado a la mujer y repudiado en el varón (Amorín et al., 2006).

El embarazo juvenil podría ser vivido como un mecanismo de protección; siendo o no intencional pero en el momento que ocurre puede ser visto como una oportunidad de transcurrir a la adultez abandonando el estigma de ser una “mujer adolescente”. Con relación a esto, el hecho de ser madres les permite a las adolescentes legitimar y ser reconocidas en el entorno por un rol que desempeñan desde antes en sus hogares, cumpliendo con las tareas del hogar, realizando tareas de cuidados a hermanos y otros familiares (Doyenart y Varela, 2017). Sin embargo, la maternidad dificulta la participación en ámbitos de socialización, quedando recluidas en el ámbito del hogar y barrial (López y Varela, 2016). También se alude a que en las maternidades-paternidades confluyen desigualdades sociales, culturales y de género, que se vincula también a la escasa capacidad de elección entre entre otros proyectos de vida. En la maternidad adolescente se presentan diversos factores individuales y colectivos (Varela y Fostik, 2011). Es necesario mencionar los numerosos estudios que relacionan este fenómeno con el abandono precoz del sistema educativo, ya que las mujeres que permanecen y poseen mayor capital educativo tienen, por lo general, una descendencia menos elevada (Rodríguez, 2005; Varela y Fostik, 2011). A su vez, las adolescentes madres se encuentran viviendo mayoritariamente en hogares en situación económica desfavorable, lo que termina afectando la posibilidad de acumulación de activos para la adultez. Con relación a esto, Varela y Lara (2012) realizan una investigación de tipo comparativa, en la cual indagan los desempeños sociales alcanzados por las jóvenes uruguayas de las generaciones 1990 y 2008 que fueron madres en su adolescencia con aquellas que no lo fueron. Los resultados muestran que aquellas que fueron madres, en su mayoría no logran superar la educación secundaria, junto a importante fragilidad que las deja recluidas en el ámbito doméstico y con dificultades para insertarse en el mercado

laboral. No obstante, estos indicadores no se mantienen de la misma manera para los casos de las mujeres que postergan la maternidad o no transitan por este evento.

La maternidad en la adolescencia, con sus características sociales específicas, debe situarse como un fenómeno complejo y relacional que involucra no sólo a la adolescente y su familia y al varón progenitor del embarazo sino a los modos de organización social y simbólica (López y Varela, 2016). En este sentido, de la mano de lo planteado por Rich (2019) en referencia al pesar de la maternidad, se asigna a las mujeres no solamente la función de parir y de criar, sino también la absoluta responsabilidad para con los hijos; por estas razones casi todos nosotros conocemos antes que nada el amor y la decepción, el poder y la ternura, en la persona de una mujer.

Por otra parte, Batthyany et al. (2012) plantean que el "deber ser" del cuidado predomina para las madres, la obligación del cuidado directo lo cual está implícita una visión sexual, basada en el género, del cuidado de las responsabilidades del ser madre/padre.

Es importante no perder de vista que la gestación es un fenómeno relacional, que involucra a hombres y mujeres. De esta forma, las formas de relacionamiento sexual están influenciadas por modelos y estereotipos de género (López y Varela, 2016). Cabe destacar, que estos pautan conductas y actitudes en relación a la sexualidad y por ende en la elección y uso de la anticoncepción. Hay evidencia que muestra que las desigualdades de poder entre hombres y mujeres hacen que estas tengan menos poder de negociar, lo que les impide tomar medidas preventivas y aumenta su vulnerabilidad a embarazos tempranos y no deseados, también, se suma para incrementar esta asimetría las inequidades de la variable clase (Geldstein y Pantelides, 2001; Guzmán et al., 2001; Stern, 2004; Petito y Fostik, 2011)

En efecto, Connell (1997) plantea que el género se encuentra en intersección con otras variables como la clase y la raza, y que ello permite identificar múltiples masculinidades. Este autor introduce el concepto de masculinidad hegemónica desde un enfoque relacional, el cual conlleva la legitimidad del patriarcado, que asegura la posición dominante de los varones y la subordinación de las mujeres. A su vez, también existen posiciones desiguales entre los hombres. López y Varela (2016) sostienen que la masculinidad hegemónica se mantiene "*a través de subjetividades y de relaciones sociales que reproducen la dominació*n" (p.135).

Justamente, las jóvenes hoy poseen la posibilidad de trabajar en relación a los roles y estereotipos de género, que si se ligan a su subjetividad es difícil modificarlo en etapas posteriores (Viera , 2017). No obstante, López y Varela (2016) observan que para los adolescentes varones hay dificultades en asumir responsabilidades reproductivas. Asimismo, se visualiza que las experiencias sexuales se presentan como intensas y fugaces.

El acceso a la paternidad, cuando se asume como tal, da cuenta de un evento que implica irreversibilidad, con gran impacto emocional. A este respecto, es interesante lo que plantea Bauman (2005) cuando dice que "*tener o no tener hijos es probablemente la decisión con más consecuencias y de mayor alcance que pueda existir, y por lo tanto es la decisión más estresante y generadora de tensiones a la que uno pueda enfrentarse en el transcurso de su vida*" (p.45). En esta línea, se puede visualizar la ruptura y modificaciones que supone para los adolescentes el hecho de tener un hijo/a.

En el desarrollo de la presente sección se describieron distintos conceptos y nociones que se encuentran relacionados al tema de la maternidad-paternidad en las juventudes-adolescencias. En esta etapa vital, además de los cambios físicos y biológicos, hay grandes movilizaciones y búsqueda de la identidad. Por tanto, no es menor si se piensa en el impacto que tiene la llegada de un hijo/a en este momento de la vida.

En el marco de los derechos humanos es clave mencionar que, uno de los derechos reproductivos de las personas es el de poder decidir y planificar la vida familiar, sin importar la edad. Lamentablemente hay suficiente evidencia que da cuenta de las dificultades que tienen las jóvenes madres para poder continuar generando activos que permita y garantice mayor bienestar en el futuro. Así mismo, se evidencia que son las madres adolescentes las que se ven mayormente afectadas, ya que desde una perspectiva de género, se tiende a reproducir el rol más tradicional que las involucra al espacio doméstico y por otro lado, son los varones los que tienen mayor independencia debido a su relación con el ámbito público (Viera, 2017).

3.3 Modelos asistenciales y de atención

Las instituciones de salud cumplen con funciones de control y vigilancia; “en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean” (Castro, Erviti, 2015, p. 43). Por su parte Foucault (1976, 1983, 2014) plantea conceptos de biopoder y biopolítica, planteando que la base de la construcciòn de las relaciones de poder que traducen tecnologías del yo, es decir, formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de las personas que caen en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de habilidades que se asocian, a la vez, con determinadas actitudes. Judith Butler (2001) continúa explorando la subjetividad, destacando cómo la sujeción a los biopoderes se construye a través del control que administra los cuerpos y sus deseos. El biopoder ejerce una influencia significativa en el comportamiento de las personas mediante la formulación de discursos que definen estándares y acciones aceptables, validando así ciertos deseos y comportamientos (Reid, 2019).

Es necesario comenzar con aportes desde el concepto de asistencia humanizada-respetada, se refieren al ver en todo momento a las personas como humanidades y en todo lugar, no es reducirla a un trato cordial. Parte de una concepción holística donde los cuerpos son más que físico y corporeidad, son sus emociones, vivencias, creencias, sentimientos que forman parte de una familia y comunidad (Castellano *et al*., 2022).

Pensar en cuerpos debería remitirnos a pensar en territorios individuales, territorios propios, territorios no colonizados no invadidos, pero lamentablemente hay que hablar de lo que duele, de lo que silenciamos, de lo que nos da angustia, de lo que nos da soledad. Existen prácticas de poder ejercidas en nuestros cuerpos de diferentes orígenes y posicionamientos por el poder médico hegemónico (Menéndez, 1988).

> La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Perez D’Gregorio, 2010 en Olza, 2014, p.81)

El concepto sobre la soberanía de los cuerpos en los que se plantea el término soberanía es el reconocimiento por parte de las/os otras/os (Moreno, 2018). El reconocimiento del otro, otra, otre pone los cuerpos en contexto. A su vez, plantea que la soberanía y autonomía corporal implica una agenda en relación a cuestionarse sobre la diversidad de las corporalidades, que específicamente no solo se trata de poder elegir si seguir el curso de un embarazo o no, sino que implica poder reconocer aquellos entramados socio-históricos y culturales que implican ciertas formas de entender el lugar de los cuerpos, por lo tanto construyen estereotipos que impactan en nuestra vida cotidiana (Moreno, 2018).

Debemos mencionar que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay se enmarca en la reforma del sistema de salud iniciada en 2007, regida por la Ley 18.211 de la legislación uruguaya. Esta ley establece que todos los residentes del país tienen derecho a la salud y acceso a servicios integrales de salud, garantizando la implementación de servicios tanto públicos como privados. Esta reforma se realiza bajo una perspectiva de género y derechos humanos, asegurando la igualdad de acceso y la no discriminación en la prestación de servicios de salud, con especial énfasis en atender las necesidades específicas de poblaciones vulnerables, incluidas las adolescentes embarazadas. Es relevante mencionar que el SNIS busca conseguir el nivel más alto en salud basándose en métodos de prevención y promoción de la misma; mediante técnicas para el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado, la recuperación y rehabilitación de la población (Sollazzo y Berterretche, 2011; Benia y Reyes, 2008). Se puede decir que la implementación de nuevas políticas públicas en el contexto nacional se entrelaza con un cambio de modelo en el paradigma de salud (Olesker, 2014), como lo demuestra la promulgación de la Ley N° 18.335, sobre los Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (2008).

Con la reforma del SNIS a partir del año 2007, se hace énfasis en la promoción y prevención con estrategia de atención primaria en salud (APS). Los servicios de salud son organizados en niveles, siendo los encargados de administrar sus recursos, para que la atención y cuidado de la salud. La organización es en niveles de atención, según la especificidad y el grado de complejidad de tecnologías que utilizan para la resolución de la consulta. El primer nivel de atención: "*se define como la organización de recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población [...] que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación*" (Vazquez, 2013, p.37).

La declaración de Alma Ata (OMS, 1978), establece que la Atención Primaria en Salud se constituye como una estrategia para "superar el modelo biomédico centrado en la enfermedad" (Vignolo et al., 2011) y para instalar un modelo de promoción de salud y prevención de enfermedades. De aquí surgen los niveles de prevención, atención y complejidad, además de un sistema de referencia y contrarreferencia, la APS es basada en métodos y tecnologías prácticos, al alcance de los individuos y la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan sostener (Benia, 2008). Se debe destacar que la función de un sistema sanitario no radica exclusivamente en garantizar el derecho del enfermo a ser adecuadamente atendido, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano (Benia, 2008). La forma que tiene de organizarse la APS es en tres niveles de atención y dentro de ellos se encuentra el Primer Nivel de Atención el cual implica la organización de recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de los usuarios y que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación (Vázquez, 2013; Berterretche y Sollazzo, 2012). A su vez la OMS define calidad de atención como "*el grado en que los servicios de salud proporcionados a los individuos y las poblaciones mejoran los resultados esperados de salud*" (OMS, 2015).

Uruguay, en los últimos 20 años, se encuentra alineado con los organismos internacionales en materia de salud. En este sentido, promulgó leyes enmarcadas en la posibilidad de implementar políticas públicas relacionadas con la salud, educación e igualdad de género, por lo que se cuenta con políticas de salud sobre embarazo adolescente como lo es la *Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes* (López et al., 2021). Así como también contamos con la Guía sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área salud (MSP, 2012). La misma colabora para aplicar el enfoque de derechos en la atención de salud de niños, niñas y adolescentes. En estas políticas públicas que atraviesan a la salud pública en Uruguay, se sostiene que cada adolescente gestante es única y requiere respuestas a sus necesidades y expectativas siendo ella y su pareja (o la persona que ella elija) las/os protagonistas. Desde el PNA se realizan consultas prenatales (también llamados controles obstétricos) siendo testigos de estas jóvenes de un sinfín de emociones y situaciones, existen una gran variedad de pautas para el seguimiento y control de la gestación.

> A través de éste y otros recursos tecnológicos, la mujer se convierte en espectadora de su propio embarazo; el vientre se esconde del cuerpo y toda la información que sobre él acopia es recibida a través de terceros, fundamentalmente, el médico. El feto individuo es una curiosa forma de vida exterior instalada en el cuerpo de la mujer, pero ajena a

> ella. Y como ajena e individualizable, revestida de sus propios derechos: derecho a la salud (no fumar, no beber, no medicarse, evitar alimentos y actividades), esperando que nada lo altere en su proceso (una vida armoniosa que no trastorne al bebé). La embarazada se percibe como un vientre que debe amoldarse a las necesidades de ese habitante interior. (Imaz, 2001, p.108)

3.3.1 Trato respetuoso materno y neonatal

La OMS (2014, 2019) define el trato respetuoso en el contexto de maternidad, como la atención organizada y proporcionada a toda mujer gestante o puérpera de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, permitiendo tomar decisiones informadas y contar con el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. La misma está basada en los derechos humanos y tiene como centro a la persona. En 2019 la OMS publica las "*Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*" por lo cual se posicionan en relación al modelo asistencial que se debería brindar[3]. Estas recomendaciones fueron diseñadas para colaborar a los proveedores de atención médica a ofrecer un cuidado óptimo durante el período prenatal. Los ejes principales del trato materno y neonatal respetuoso son la dignidad, los derechos de las personas (tanto de las madres como de sus hijas/os) y la equidad de género. También, abarca los aspectos éticos, de derechos y de las relaciones interpersonales de la atención a las madres y sus bebés. Se basa en los derechos fundamentales de las mujeres y tiene como propósito mejorar la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Los aspectos fundamentales comprenden: el acceso oportuno a la atención prenatal y su continuidad, la evaluación exhaustiva de los riesgos y la planificación del proceso de parto, la provisión de educación y orientación adecuada, el apoyo emocional durante todo el período gestacional, la vigilancia constante del crecimiento fetal y su bienestar, así como la preparación integral para el momento del parto y el fomento de la lactancia materna (OMS, 2019).

[3] Es pertinente destacar que la OMS creó el curso en el Campus Virtual de Salud Pública (https://campus.paho.org/) sobre "Trato Materno y Neonatal Respetuoso". Iniciativa destinada a mejorar la calidad de la atención materna y neonatal, asegurando que las mujeres reciban un trato respetuoso durante el embarazo, el parto y el posparto. Se enfoca en eliminar el maltrato y abuso en los servicios de salud, empoderar a las mujeres y capacitar al personal de salud para proporcionar una atención digna y centrada en la mujer.

La Iniciativa Internacional del Parto (ICI) fué desarrollada en un proceso de consenso consultivo con el apoyo y respaldo de las organizaciones asociadas[4]. En 2018 se presentó los "*12 pasos para una atención segura y respetuosa de la maternidad madre-bebé-familia"* ofreciendo directrices claras para implementar una atención de maternidad basada en evidencia a nivel global. Se destaca el primer paso el cual indica: "Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información para elección y privacidad" (ICI, 2018). Esta iniciativa reconoce la interacción entre la díada madre-bebé, la familia y el entorno, así como sus relaciones con los proveedores de salud y los sistemas de salud. También promueve la aplicación de los 12 pasos y los mecanismos de mejora de la calidad autogestionados, que pueden ser utilizados para supervisar el proceso, el impacto y el compromiso en la prestación de servicios de maternidad (en todas las etapas del embarazo, parto, posparto y lactancia) seguros y respetuosos (ICI, 2018)

En el contexto de Uruguay, alineado con las recomendaciones internacionales sobre el trato respetuoso, el Ministerio de Salud Pública publicó en 2018 las "*Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*". Algunos de los puntos centrales son: la integración de equipos interdisciplinarios del equipo de salud, mirada integral y holística, tiempos adecuados, interconsultas, uso apropiado de tecnología. Estas recomendaciones, promueven el trato digno, respetuoso, cálido y compasivo, previniendo la falta de respeto, el abuso, la violencia, el racismo y la discriminación institucional contra la mujer. La atención materna debe tener a la gestante como protagonista, ser respetuosa y responder a las preferencias, necesidades y valores de las mujeres (MSP, 2018).

Por lo que son responsables del trato materno respetuoso la organización de los servicios y el sistema de salud como el personal de salud. Se valora la comunicación entre la mujer y el equipo de salud, el trato interpersonal y la participación activa de la mujer. Cabe mencionar la importancia de que la atención a la mujer sea brindada por un equipo integrado por distintos profesionales de la salud, según la regulación nacional vigente (OMS, 2019).

[4] Integrado por: International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO), White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA), International Confederation of Midwives (ICM), International Pediatrics Association (IPA), Lamaze International, International Childbirth Education Association (ICEA), Every Mother Counts, Bumi Sehat Foundation, DONA International y Mercy in Action.

3.3.2 Consulta prenatal de la gestante jóven

En el contexto de las políticas de salud sobre embarazo infantil y adolescente, Uruguay estableció la *Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes de entre 10 a 14 años.* A partir de allí se estipula que la detección de embarazos en adolescentes menores de 15 años debería alertar sobre la posible presencia de abuso sexual o explotación. Lamentablemente, algunas niñas se ven forzadas a asumir la maternidad en circunstancias coercitivas, lo que implica una transición brusca de la infancia a la edad adulta, con repercusiones emocionales significativas. Desde el punto de vista biológico, estas jóvenes enfrentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, lo que contribuye a un aumento de los casos de partos prematuros y mortalidad neonatal (López *et al.*, 2021).

Es imperativo que los profesionales de la salud abandonen su enfoque adultocéntrico para ofrecer un apoyo comprensivo y completo que abarque diversas facetas de la existencia, reconociendo la singularidad de cada caso. Esto facilitará el establecimiento de una relación empática, exenta de juicios, y promoverá la creación de un entorno acogedor que fomente la continuidad en las consultas prenatales. Es importante, a su vez, tener en cuenta que desde la perspectiva de las adolescencias y juventudes, el embarazo a menudo no se percibe como un dilema (Alonso et al., 2022).

Las políticas de salud para la atención de las adolescencia, ha realizado dos guías específicas para la asistencia a esta población que sirven como orientación para el sistema de salud y sus prestadores: Guía sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área Salud (MSP, INAU, UDELAR, SUP y UNICEF, 2012) y la Guía para la atención integral de la salud de adolescentes (MSP, 2017). En ellas se promueve la atención integral de la salud de las adolescencias de Uruguay, contribuyendo a reducir la variabilidad en las prácticas asistenciales y mejorando la calidad de la atención. Se abordan las diversas trayectorias en el sistema de salud, incluyendo el embarazo adolescente y sus respectivas consultas en salud.

El MSP (2017) plantea que es necesario brindar una atención completa durante las consultas prenatales, requiere obligatoriamente tomar en cuenta a las adolescentes y a sus parejas como individuos con derechos y como actores principales de sus propias vidas. Esto implica mantener un diálogo abierto, fomentar la expresión de preocupaciones, dudas y temores, así como

también compartir conocimientos, todo ello con el objetivo de estimular la toma de decisiones informadas.

Se entiende por consulta prenatal a la serie de visitas o entrevistas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del mismo, realizar prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de posibles complicaciones; para obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (Fescina, De Mucio, 2010).

El MSP (2018) plantea recomendaciones para las instituciones asistenciales en relación al acceso a la consulta planteando que debe ser accesible tanto para la usuaria como para su familia, deben considerar las necesidades de su población, teniendo en cuenta varios factores importantes. En primer lugar, se debe asegurar la disponibilidad de transporte, ajustándose a diferentes días y horarios. Además, los horarios y días de consulta deben ser variados y flexibles para fomentar la participación de los acompañantes. La distribución física del área de la consulta y las salas de espera también es crucial, incluyendo escaleras, señalización, puestos de informes y acceso universal, así como disponer de herramientas para situaciones especiales como la hipoacusia (MSP, 2018).

Es importante informar a la gestante la importancia que tiene la consulta prenatal, en lo posible se sugiere que la primera consulta se realice ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12 semanas de amenorrea[5] con el equipo de salud. La continuidad en la atención a lo largo de la gestación por parte de un equipo interdisciplinario de salud, se caracteriza por tener un abordaje amplio e inclusivo y contribuye en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de posibles patologías que puedan incidir en la salud de la gestante, la del feto y/o recién nacido (MSP, 2017).

Se considera que el embarazo fue bien controlado cuando la usuaria presenta cinco o más controles en un embarazo de bajo riesgo distribuidos en los tres trimestres (CLAP, 2019). Para un control prenatal eficiente se debe cumplir con las siguientes características (MSP, 2014; MSP, 2017):

-Precoz: es fundamental realizar la primera consulta prenatal lo antes posible, idealmente dentro del primer trimestre de embarazo y antes de que transcurran 12 semanas.

[5] Falta de menstruación mayor de 90 días en la mujer con ciclos menstruales periódicos (Castillo, 2021).

-Periódico: la frecuencia de las consultas prenatales varía según el nivel de riesgo de la mujer gestante[6].
-Completo: los cuidados durante las consultas deben asegurar la implementación efectiva de medidas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
-Amplia cobertura: la extensión de la cobertura está directamente relacionada con el acceso de la población, siendo mayor cuanto más amplio sea dicho acceso.

Para brindar cuidados prenatales de calidad, no se necesitan instalaciones costosas ni tecnología avanzada, sino una historia clínica completa y el uso adecuado de tecnologías sensibles para detectar riesgos tempranos. El cuidado prenatal, cuando es suficiente en cantidad y calidad, oportuno y adaptado al riesgo, contribuye significativamente a la salud familiar y representa un ejemplo claro de medicina preventiva (OPS, 2019).

Es clave mencionar algunas de las barreras para un cuidado prenatal efectivo: incluyen el costo, la falta de transporte, la pérdida de horas laborales, la insuficiente capacidad del personal de salud, problemas en la organización del sistema de salud, barreras culturales, inaccesibilidad geográfica, y la falta de confianza en el sistema de salud y en la importancia del cuidado prenatal, así como la falta de promoción en las comunidades (Flippi *et al*., 2016).

[6] La frecuencia recomendada por el MSP (2014) de consultas prenatales para embarazos de bajo riesgo obstétrico es: La pauta recomendada para las consultas durante un embarazo normal es la siguiente: Mensualmente hasta la semana 32. Quincenalmente hasta la semana 36. Semanalmente desde la semana 36 hasta el parto o hasta la semana 41. Esta frecuencia de visitas puede modificarse según lo considere necesario la mujer/cuerpo gestante o el equipo sanitario, en respuesta a circunstancias específicas que lo justifiquen.

3.4 Violencia basada en género: violencia obstétrica

El término de violencia obstétrica (VO), aparece como concepto por primera vez en América Latina (Quattrocchi, 2018), en donde los movimientos feministas han llevado a la visibilización de esta problemática social (Castro y Frìas, 2022).

Castrillo (2016) plantea que no hay una definición estática sobre la VO. Es un concepto social e históricamente transformable en relación a las posiciones de poder de los sujetos involucrados, sus posiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo. Existe una gran disputa por la legitimidad de la definición de VO, entre las establecidas por la ley, las definiciones políticas o académicas; y las de asociaciones o sujetos de la sociedad civil.

La VO se define como una forma de violencia de género ejercida sobre mujeres o cuerpos gestantes durante la atención de su embarazo, en el trabajo de parto y posparto por personal de salud. Esta violencia se caracteriza por un trato deshumanizado, el abuso de la medicalización y la patologización de procesos fisiológicos. Incluyendo diversas formas de maltrato como abusos físicos, humillación verbal, procedimientos médicos coercitivos o realizados sin consentimiento informado, falta de confidencialidad, omisión del consentimiento informado, denegación de medicación para el alivio del dolor, graves violaciones de la privacidad, rechazo de admisión a instalaciones de salud y negligencia que conlleva a complicaciones graves (Castro y Frías, 2022; Magnone y Farías, 2021; Castro y Erviti, 2015; Campiglia, 2015, OMS, 2014)

Las evidencias demuestran la variedad de situaciones que conllevan a la VO. Era habitual, y aún hoy en día existen situaciones en el contexto de la maternidad donde las mujeres o los cuerpos gestantes son comúnmente tratados como enfermos o cosificados, siendo susceptibles a un conjunto de procedimientos tecnificados, con bajo interés por la experiencia subjetiva de la mujer sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio en contextos institucionales (Castro y Ervitti, 2014; Quattrocchi, 2018; Castro y Frías, 2022).

El embarazo tiene un enorme impacto, no solo corporal sino también existencial, en la vida de muchas mujeres y cuerpos gestantes. Lamentablemente durante este proceso, la violación de derechos humanos y reproductivos va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, manipulación de información, falta de consentimiento y de respeto por la dignidad humana (Belli, 2013; Campiglia, 2015).

Según la OMS (2014) las mujeres que pertenecen a grupos socioeconómicos desfavorecidos, minorías étnicas, adolescentes, solteras, inmigrantes y similares son más susceptibles de experimentar violencia obstétrica. Esto implica que tienen mayores probabilidades de recibir un trato irrespetuoso y denigrante durante el proceso de embarazo y parto.

Por ello diversos colectivos y disciplinas comenzaron a investigar en el área de la violación de derechos humanos y derechos de salud sexual y salud reproductiva de la mujer en el ámbito de la salud y el trato recibido por los profesionales, con gran énfasis en el área de las maternidades (Orozco y Rocha, 2018). Desde distintas organizaciones e instituciones se ha cuestionado la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres y sobre los cuerpos gestantes, planteando dificultades para que las usuarias en los servicios de salud sean respetados sus derechos. Existe vasta bibliografía acerca de la violencia institucional que sufren las mujeres durante la atención en servicios de salud (Castro y Erviti, 2003; D'Oliveira *et al.*, 2002; Magnone, 2010; Farías, 2014; Sosa Sánchez, 2018, Magnone y Farías, 2021; Magnone, 2022).

Desde 1985 la OMS, junto a diversos colectivos sociales y disciplinas, comenzaron a solicitar y trabajar en la transformación del modelo de atención, centradas en las mujeres, sus hijos y familias (Declaración de Ceará, 2000; OMS, 1999). Desde el plano social organizaciones y grupos de mujeres que buscan dar respuesta a necesidades sobre otras formas de gestar, parir y nacer (Lutz, 2017; Rich, 2019; Olza, 2017; Vivas, 2020) donde se reivindica prácticas de atención al nacimiento cálidas, amorosas, respetuosas, empáticas centrada en las necesidades de las/os protagonistas tanto para el cuerpo gestante como para la/el niño/a y su familia. Hoy en día podemos afirmar que nos encontramos en un camino hacia nacimientos y gestaciones más respetadas por los profesionales de obstetricia en el trabajo de parto y parto. La humanización de la atención del nacimiento en la actualidad es de relevancia política ya que fue incluido en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (promover el parto humanizado) y en el marco de la reforma de salud el Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) crea las "Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional" (MSP, 2018).

Desde el año 2018 en el territorio uruguayo tenemos la Ley 19.580 (Uruguay, 2008) en la cual identifica a la VO como una forma de violencia a las mujeres basada en género, y establece, en su decreto reglamentario, qué conductas se deben seguir para lograr un nacimiento respetado.

Existe una compleja interacción de experiencias de maltrato y falta de apoyo que afectan las experiencias de las mujeres, así como los resultados. Más allá de 2015, la OMS prevé un

mundo en el que toda mujer embarazada y el recién nacido reciban atención de calidad durante todo el embarazo, el parto y el período posnatal (Tuncalp, 2015).

Siguiendo a Vivas (2020) plantea que no cuidar de la salud mental de las mujeres en el embarazo es una forma de maltrato hacia ellas y hacia las/os niñas/os, ellas/os necesitan que se les hable, escuche, respete, se les tenga en cuenta, de cariño, responda necesidades, no hacerlo vulnera también sus derechos. Por lo que es necesario recoger el concepto de interseccionalidad que plantea la necesidad de trabajar desde un enfoque de derechos humanos y sensibilidad de género en la construcción de estrategias en salud, porque las violencias, las desigualdades, la discriminación, opresión por género, etnia, clase social, origen geográfico, están naturalizadas (Colins y Bilge, 2016)

Capítulo 4. Metodología

4.1 Delimitación del problema y preguntas de investigación

En la adolescencia, además de los cambios físicos y biológicos, hay grandes movilizaciones y búsqueda de la identidad. Por tanto, no es menor si se piensa en el impacto que tiene la llegada de un hijo/a en este momento de la vida. En cuanto a la maternidad adolescente se puede decir que ha sufrido una leve disminución que varía de acuerdo a las zona geográfica en nuestro país (López y Varela, 2016). Lo que es claro reflejo de que la maternidad se encuentra atravesada por desigualdades sociales, económicas, de género, entre otras. En el marco de los derechos humanos es clave mencionar que, uno de los derechos reproductivos de las personas es el de poder decidir y planificar la vida familiar, sin importar la edad. Lamentablemente hay suficiente evidencia que da cuenta de las dificultades que tienen las adolescentes madres para poder continuar generando activos que permita y garantice mayor bienestar en el futuro. Los derechos de niños, niñas y adolescentes se deben garantizar y proteger incluso durante la atención en salud.

La VO es una problemática frecuente que viola de múltiples maneras los derechos humanos de las mujeres, y en especial de las adolescentes por las propias características de esta población. Este problema está presente en la atención obstétrica donde el sistema de salud patriarcal se apropia de los procesos fisiológicos ligados al embarazo y al parto específicamente (Castro y Frìas, 2022). La Ley 19.580 (Uruguay, 2008) en lo que respecta a las modalidades de violencia hacia la mujer basada en género, a la VO, establece la obligación que los profesionales de la salud respeten el derecho de la gestante a ser considerada protagonista y una persona sana durante el trabajo de parto y nacimiento. A su vez esta ley habla de los procesos reproductivos y no únicamente del momento del nacimiento, por lo que es necesario indagar sobre la práctica de VO en el Primer Nivel de Atención. Pero existen interrogantes sobre lo que qué sucede en los centros de salud del Primer Nivel de Atención. Dichas preguntas tienen que ver con el rol que ocupa la adolescente y su entorno en la consulta prenatal, relacionada a la escucha activa, sus deseos, tiempos adecuados a la consulta, espacio habilitado para inquietudes y consultas en los desafíos de gestar y criar en este período tan particular de la vida.

Como se fue mencionando a lo largo de los antecedentes y del marco teórico presentado, existe relevamiento sobre la VO en contexto de hospitalizaciòn y en el momento del nacimiento, pero es muy acotada la identificaciòn de la VO en población adolescente y en otros escenarios donde transitan los cuerpos gestantes, como lo son las consultas prenatales en el Primer Nivel de Atenciòn de ámbitos públicos y privados de los sistema de salud por lo cual dada el contexto y la apertura regional para la visibilizaciòn de la VO es trascendental profundizar en otros terrenos pocos explorados de la presente problemática y teniendo como población las adolescentes y jóvenes. Con el fin de planificar acciones de intervención para enfrentarla, ya sea actualizando protocolos vigentes en la atención a mujeres embarazadas, y generando protocolos específicos para mujeres y cuerpos gestantes en adolescencia. A partir de ello, se establece las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las experiencias de adolescentes gestantes sobre el trato profesional recibido en el contexto de la consulta prenatal de bajo riesgo?

¿Qué elementos se identifican del trato materno respetuoso?

¿Se identifican prácticas que pueden configurar violencia obstétrica en el Primer Nivel de Atención?

¿Qué repercusiones tiene el trato profesional, en relación a la adherencia a la consulta prenatal y puerperal en la adolescencia?

4.2 Objetivos

Objetivo general

Conocer las experiencias y el trato vivido por gestantes adolescentes en el contexto de la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

Objetivos específicos

-Describir prácticas habituales en el contexto de la consulta prenatal de bajo riesgo.

-Identificar experiencias de situaciones de violencia obstétrica en la consulta prenatal autopercibida por gestantes adolescentes.

-Identificar elementos del trato materno respetuoso en la consulta prenatal.

-Investigar la adherencia a la consulta prenatal según el trato recibido.

4.3 Materiales y métodos

En la presente investigación y teniendo en cuenta los objetivos planteados, se decidió utilizar la metodología cualitativa de tipo exploratorio. La investigación cualitativa según Palacios (2001) propone que el investigador se acerca al problema de investigación para su comprensión, donde interesa estudiar a los sujetos en su ambiente natural, utilizando técnicas que permiten acercarse a su realidad. Esta investigación es de tipo exploratoria dado que el estado de conocimiento sobre el tema a estudiar es limitado (Sautu, 2005, Hernandez-Sampieri y Mendoza, 2020), con escasos antecedentes bibliográficos nacionales e internacionales sobre el trato materno en la consulta prenatal desde las experiencias de las gestantes adolescentes.

La técnica de recolección de datos seleccionada para este estudio es la entrevista semiestructurada, guiada por un conjunto de preguntas y enfocadas a explorar determinadas cuestiones (Valles, 2000). La guía de preguntas abiertas que se utilizó para las entrevistas en esta investigación se encuentra disponible en la sección apéndices 2. Para realizar la captación de las entrevistadas, se realizó una convocatoria preliminar a través de redes sociales de la investigadora, contando con el apoyo de la tutora así como de colegas y organizaciones sociales que difundieron en redes sociales y en centros de salud el afiche de la convocatoria. Posteriormente se continuó con la técnica "bola de nieve" que constó en "conocer algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros" (Taylor y Bogdan, 1984). Se llegó a la primera entrevistada a través de la invitación en persona de una colega Partera en la sala de espera de un Centro de Salud, luego comenzó a funcionar la bola de nieve dado que al finalizar la entrevista se consultó si conocía a una persona que cumpliera con los criterios de inclusión para poder entrevistar. Es relevante destacar que ninguna de las entrevistadas llegaron a través de redes sociales, todas las entrevistadas fueron referenciadas, con su consentimiento, por profesionales de la salud.

Se utilizó un muestreo intencional teórico no probabilístico. La población objetivo fueron adolescentes primigestas cursando entre el segundo y el cuarto mes de puerperio y que hayan concurrido a por lo menos una consulta prenatal. Los siguientes fueron los criterios de inclusión que determinaron la conformación de la muestra: adolescentes de 15 a 19 años, cursando entre el segundo y el cuarto mes de puerperio, que hayan concurrido a por lo menos a una consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del área Metropolitana y Costa de Oro. En tanto, los criterios de exclusión fueron que el embarazo sea producto de abuso sexual o violación, que hayan finalizado el término de la gestación por muerte fetal, que padezcan enfermedad psíquica y/ o mental.

El tamaño de la muestra quedó determinado por la saturación de datos en el transcurso de la obtención de los mismos. Fueron 12 las adolescentes entrevistadas entre agosto y diciembre del 2023. La coordinación de fecha, horario y lugar fue pactado con cada una de las entrevistadas según su preferencia, siendo los mismos en distintas locaciones de Montevideo (zona metropolitana) y Canelones (zona de Costa de Oro).

Las entrevistas fueron grabadas previa obtención del consentimiento de las mujeres entrevistadas y posteriormente transcritas de manera completa textualmente de cada entrevista (grabada en formato audio) así como los datos sociodemográficos solicitados al iniciar la entrevista (ver apéndice 1) los cuales permitió caracterizar la población a la que se entrevistó.

El procesamiento de los datos, se llevó a cabo a través del método análitico inductivo, segmentando datos en unidades de significado, relacionando conceptos, creando categorías con el contenido de los discursos recabados mediante las técnicas utilizadas. Se elaboraron 11 códigos primarios en base a la pauta de entrevista en cuatro grandes ejes: prácticas asistenciales, adherencia a la consulta prenatal, trato materno respetuoso y violencia obstétrica. En el transcurso de la codificación surge un código más sobre mejoras de las consultas desde el punto de vista de las jóvenes entrevistadas se puede visualizar en la Tabla 1.

Tabla 1: Dimensiones y códigos a partir de los objetivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES	CÓDIGOS
Describir prácticas habituales en el contexto de la consulta prenatal de bajo riesgo.	Prácticas Asistenciales	1.1 Comunicaciòn en la consulta prenatal 1.2 Exploración clínica y exploración física en la consulta prenatal 1.3 Atención a la gestante en el sistema de salud (Referencia y contrareferencia)
Investigar la adherencia a la consulta prenatal luego de trato inadecuado o violencia obstétrica.	Adherencia a la consulta prenatal	1.1 Continuidad en la atención de la mujer (joven) embarazada 1.2 Cambios de profesional de la salud 1.3 Cambios de institución
Identificar elementos del trato materno respetuoso en la consulta prenatal.	Trato materno respetuoso en la consulta prenatal	1.1 Privacidad y confidencialidad 1.2 Integridad física 1.3 Toma de decisiones informadas
Identificar experiencias de situaciones de violencia obstétrica en la consulta prenatal autopercibida por gestantes adolescentes.	Violencia Obstétrica	1.1 VO Verbal 1.2 VO Psicológica 1.3 VO Consentimiento 1.4 VO Institucional
Emergente	Mejoras en las consultas	Voz de las jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de los objetivos específicos, la codificación y sus respectivas dimensiones.

4.4 Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este estudio se contó con la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación con seres humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, otorgando el aval para su ejecución el 26 de julio de 2023 (anexo 1). Esta investigación se basó en los criterios dispuestos por el Decreto N° 158/019 sobre aspectos éticos en investigación con seres humanos. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que garantizan preservar en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de las entrevistadas.

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Hincapié y Medina, 2019). Así también, el principio de confidencialidad por lo que no se divulgará información que permita la identificación de las participantes. El manejo de los datos es cifrado con el objetivo de que no pueda ser decodificada por nadie ajeno a la investigación. Se entregó, previo al inicio de la entrevista, una hoja de información (apéndice 3), consentimiento informado para padres, madres o tutores en los casos de entrevistadas menores de 18 años (apéndice 4) y asentimiento informado para adolescentes (apéndice 5). En dicha hoja de información se expresan los objetivos del estudio así como su metodología, su característica de confidencialidad y la no obligatoriedad de continuar con la entrevista. Quienes aceptaron formar parte del estudio, se quedaron con una copia del consentimiento informado firmado por la investigadora y entrevistada.

Se tuvo en consideración la posibilidad de suspender la investigación en caso que la misma involucre procedimientos que confieran algún tipo de riesgo para las personas participantes, entendiendo al riesgo como “la posibilidad de daños en la dimensión física, psíquica, moral, intelectual, económica, financiera, sociocultural o espiritual del ser humano en cualquier fase de la investigación y de sus derivaciones” (Uruguay, 2008).

Se rigieron los principios de dignidad e integridad de las personas en todo el proceso. Todos estos aspectos fueron registrados en la hoja de información, donde se hizo explícito el objetivo de la investigación. Durante el transcurso de la entrevista se prestó atención a reacciones o repercusiones que puedan generar algún tipo de malestar psíquico en la entrevistada. En ninguno de los casos presentó malestar, pero se tenía las siguientes consideraciones específicas en caso que sucediera: 1) se establecerá contacto con la adolescente y sus referentes adultos para señalar la situación; 2) plantear las distintas alternativas de redes de apoyo; 3) se realizará la derivación o contención con profesional de salud mental de su prestador de salud.

Capítulo 5. Presentación de los datos, análisis y discusión

Se entrevistó a 12 jóvenes, de entre 15 y 19 años con hijos a cargo en el rango de hasta 4 meses de edad. En relación al nivel educativo máximo alcanzado por las participantes, todas ellas tenían por lo menos primaria completa. Si bien cuatro de ellas era la segunda vez que cursaba un embarazo todas tenían un solo hijo/a. Cinco de ellas finalizaron el embarazo por cesárea mientras que las restantes siete fueron por vía vaginal. Diez de ellas tuvieron hijos de término y dos de ellas de pretérmino. En relación con el prestador de salud todas tenían prestador público y en algún momento de la gestación, tres de ellas eligieron el prestador municipal y dos de ellas tuvieron en la gestación cobertura privada en algunos meses de la gestación (ver Apéndice 1).

Para realizar el análisis las entrevistas fueron previamente transcritas de su formato audio a un procesador de textos para luego ser codificadas. Se elaboraron 11 códigos primarios en base a la grilla de entrevista fraccionados en cuatro amplios temas: prácticas asistenciales, adherencia a la consulta prenatal, trato materno respetuoso y violencia obstétrica. Así mismo en el transcurso de la codificación surge un código emergente sobre mejoras de las consultas prenatales desde la perspectiva de las entrevistadas.

En las entrevistas, se encontraron algunas dificultades debido a la falta de problematización de las situaciones vividas, así como también surgieron problemas relacionados con la autoestima propia de la edad en que se encontraban las jóvenes. Además, es necesario destacar las diferencias en su discurso entre las gestantes más grandes y las más jóvenes, considerando también las transiciones de vida que pudieran haber experimentado.

A continuación se procedió a sistematizar cada uno de los ejes del problema, teniendo en cuenta los contenidos vinculados a cada uno de los códigos para luego proceder al análisis transversal, de las interrogantes de la investigación y también de las dimensiones emergentes. Realizándose un análisis global de cada entrevista y transversales a todas, según las dimensiones analíticas.

5.1 Prácticas asistenciales

Las prácticas asistenciales (OMS, 2022) se refieren a las diversas actividades y procesos llevados a cabo por los profesionales de la salud en el contexto de la atención médica. Estas prácticas abarcan tanto acciones técnicas, que incluyen procedimientos médicos específicos y el uso de tecnologías avanzadas, como interacciones de relacionamiento entre la usuaria y los profesionales de la salud, esenciales para brindar una atención integral y personalizada.

5.1.1 Comunicación en la consulta prenatal

La consulta médica tradicional, basada en el modelo biomédico[7], se ha caracterizado por su enfoque en el conocimiento objetivo y centrado en el saber médico, abordando principalmente la enfermedad y sus causas a través de un enfoque dualista que separa la mente del cuerpo. Este tipo de atención frecuentemente proporciona un cuidado despersonalizado que minimiza el sufrimiento de los pacientes. En 1977, George Engel propuso el modelo biopsicosocial como una alternativa al modelo biomédico reduccionista. Este nuevo enfoque entiende el proceso de enfermar como una integración de múltiples sistemas, desde los niveles biomoleculares, genéticos y biológicos más básicos, hasta los niveles más complejos, incluyendo los factores psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Este modelo centra la atención en el paciente, incorporando su perspectiva subjetiva del proceso de enfermedad.
El modelo biopsicosocial promueve una consulta médica que busca integrar el "saber del paciente" con el "saber del médico". En este enfoque, la comunicación se convierte en la clave para lograr una atención integral, donde el paciente deja de ser un objeto de la consulta y se convierte en un sujeto activo en su propio cuidado (Engel, 1977).

El análisis de las entrevistas revela diversos aspectos relacionados con la comunicación en las consultas prenatales de gestantes adolescentes. Durante la entrevista clínica, es esencial que el profesional de la salud se detenga y se enfoque en los aspectos biopsicosociales relevantes de cada usuaria, evitando hacer suposiciones basadas en sus propios valores personales y experiencias preconcebidas sobre cómo deberían ser las cosas. Es crucial que el profesional haya realizado una reflexión interna previa para examinar su propio sistema de valores y prejuicios, haciendo de la autoevaluación un componente fundamental en este proceso (Galain,

[7] El modelo biomédico se caracteriza por su enfoque en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas, basado en la idea de que todas las enfermedades pueden explicarse en términos de desviaciones de la norma biológica y fisiológica, ignorando aspectos psicológicos y sociales del paciente (Engel, 1977).

et al., 2018; Alonso, et al, 2022). A continuación se presentan algunos de los extractos para su discusión.

> *"sí, la primera vez, cuando digo ta yo no estoy embarazada, no estoy embarazada, voy, digo, entré a la.... Así, y me dice Bueno, mi vieja, ¿estás embarazada? ¿Qué vamos a hacer?, me dice. ¿Qué vas a hacer? ¿La vas a tener o no?" Digo, La voy a tener. Y me encantó eso el recibimiento de la ginecóloga. La verdad que excelente. Eso fue lo primero que me marcó. Que ella misma... Claro, ella me dio la noticia. Con una alegría sí, eso fue lo que más me marco. El mí Vieja...."* ***(E1, 19 años)***

Se destaca la importancia del primer encuentro con los profesionales de salud, donde la manera en que se recibe la noticia del embarazo puede tener un impacto significativo en la experiencia de la adolescente. Esta actitud inicial puede sentar las bases de la confianza necesaria para que una adolescente con un diagnóstico positivo de embarazo pueda considerar las diferentes opciones que tiene ante sí (MSP, 2017; Alonso, et al., 2022).

> *"Sí me explicaba… si tenía una explicación bien y más entendía yo que aveces soy media hueca (pequeña risa nerviosa) …pero la verdad que entendía…" (E1, 19 años)*

> *"Sí, fui porque yo había ido a ver si me pueden hacer un test. Me dijeron que no tenían ahí y me tuvieron que sacar fecha para poder ir a consultar y que me hicieron una prueba de análisis de sangre, que viste que sale más rápido. Y fui y ta...Después yo fui a la UTU, estaba estudiando y después cuando llegué me dieron un papelito que lo fueron a buscar entre mi hermano, mi tía y creo que mi pareja. Y después, ahí fue que me enteré que estaba embarazada" (E2, 18 años)*

Las adolescentes valoran que se les explique claramente el procedimiento a seguir durante las consultas prenatales y que se les brinde información comprensible, incluso si tienen dificultades para entenderla, como se menciona por las entrevistadas E1 y E2. Asimismo, se detectan situaciones en las que no se le explica a las adolescentes los procedimientos a realizar en la consulta prenatal. Por lo que podemos decir que no es una práctica generalizada en el PNA.

> *A: ¿Y se te explica, por ejemplo, los procedimientos que te van a realizar en cada consulta?*
> *"No, más bien me mandan para sacarme sangre o esas cosas que tengo que hacer." (E9, 17 años)*

> *"Bueno, yo le dije en realidad los dolores que estaba teniendo y ella me dijo lo que significaba, que yo estaba estudiando justo cuando eso y era una persona que yo no sé estar quieta. Entonces ella me dijo que tratara de hacer reposos porque tenía que llegar hasta cierta fecha, al peso. Al menos hasta las 37 semanas tenía que llegar para que lo*

pudieran hacer lo más sano posible y lo más formado posible. Y me explicó que si llegaba a pasar, que si entraría a algún otro dolor, cada cuánto tenía que controlarlo las contracciones, porque si llegaba a nacer de cierto término era porque ya estaba en trabajo de parto. O sea, me explicó todo. Y que no viniera a la clínica, sino que no fuera directamente para el pereira rossell" (E6, 19 años)

OPS (2008) destaca que el seguimiento del embarazo adolescente obtiene mejores resultados cuando es realizado por un equipo interdisciplinario, donde se abordará la consulta de manera integral desde la escucha activa, permitiendo disminuir factores de riesgo como por ejemplo: como la deserción escolar, complicaciones obstétricas y neonatales, problemas de salud mental en la madre adolescente, abandono de la consulta, desinformación sobre hábitos tóxicos y prematurez, entre otros.

Se resalta la importancia del seguimiento y la atención personalizada durante las consultas prenatales. Las adolescentes valoran que se les realicen preguntas sobre su bienestar físico en general y en el embarazo, como se evidencia en las entrevistas de E10 y E6.

"Sí, que me explicaron que son cinco rayas, ¿no? El medio que es la roja, las dos amarillas y las dos verdes, y me explicaban que la verde era que estaba excelente, la amarilla que estaba ahí en termedio y la roja era que estaba mal, tipo que algo tenía mal". (E10, 17 años)

"...escuchaban los latidos del corazón, todo, y ellos me explicaban, Este es el latido, acá está, no sé qué. En la las ecografías también me mostraban con el mouse la cabecita y eso." (E10, 17 años)

"Sí, sí, me decían, sí, que me iban a pinchar este brazo, me iban a sacar tanto porque tenían que mandarlo a ver si no tenía algo malo, algún bicho, alguna enfermedad…" (E10, 17 años)

"No, entraba, siempre era igual, yo entraba, lo primero que hacían era pesarme, tomarme la presión, todo eso, anotar los datos. Y después salía, me llamaba la partera y ahí ella me preguntaba si estaba bien, si tenía algún síntoma. Yo a las 35 semanas tuve amenaza de parto prematuro. Entonces ella me preguntaba si estaba bien, si tenía contracciones, qué dolores tenía, dónde se ubicaban los dolores, cómo eran mis días, cómo era mi rutina. Esta después me controlaba los latidos del corazón del bebé y anotaba todo y ahí terminaba la consulta" (E6, 19 años)

En el contexto del sistema de salud uruguayo el MSP (2017) establece que la atención integral durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio implica necesariamente la consideración de adolescentes gestantes, como sujetos de derecho y protagonistas de sus vidas. Entendiendo lo necesario del diálogo, el favorecer la expresión de inquietudes, plantear miedos, compartir saberes y promover la toma de decisiones.

Se destaca la importancia de brindar un espacio donde las adolescentes puedan plantear sus dudas y preocupaciones libremente durante las consultas prenatales. Se aprecia que se les permita hacer preguntas y que se les ofrezca orientación adecuada, como se muestra en los casos de E3 y E5.

> *"Sí, la partera que tuve, que es lo más... No te digo que la quiero, pero fue muy buena. Y ella me explicaba todo lo que hacía, todo, todo, todo, todo. Y yo tenía alguna duda y ella me decía que ella estaba ahí para contestarme de lo que yo quisiera saber. Y aunque sea una pregunta que es como boba entre comillas, que se la preguntara igual o que fuera re común que sabe todo el mundo y yo justo no la sabía, que preguntara". (E3, 19 años)*

> *"No, después que terminara el control, yo le preguntaba si iba todo bien y ella me decía que sí.". (E5, 15 años)*

> *"No, le preguntaba tranquila si dolía, cómo tenía que hacer y cuándo vaya a nacer.". (E5, 15 años)*

En otros casos nunca se generó el espacio de confianza para poder plantear dudas, consultas, así como tampoco preguntas focalizadas en lo que les pasaba a ellas como jóvenes en su vida cotidiana, cuando no se da ese espacio de escucha, se debilita la confianza en todo el sistema de salud y se limita la promoción de salud y la prevención de enfermedades (Alvarez y Rocha, 2022; Alonso y Gonzalez, 2022; Almendra, 2020; Arias y Suarez, 2016).

> *"No, yo no he hablado de nada. Yo a los miedos lo hablo con mi madre igual". (E2, 18 años)*

> *"No, de mi vida no, me hacía preguntas como del embarazo, si me dolía esto, si me dolía aquello." (E10, 17 años)*

> *A: ¿No te acordás que te lo haya ofrecido la partera clases de preparación para el parto?*
> *"Me dijeron, pero no quise…Pero lo de la videollamada con la señora que te dice como que es falso. Eso no. Eso no, lo único que no hice". (E5, 15 años)*

Se observa una falta de información sobre las opciones de preparación para el parto[8], vía de finalización de la gestación así como sobre la lactancia humana. Las jóvenes mencionan que no se les ofreció esta opción durante las consultas prenatales, como se evidencia en el caso de E4 y E12. Es clave mencionar que las clases/talleres/cursos de preparación para el parto están diseñadas para proporcionar información basada en evidencia científica, respetando los derechos de las gestantes y considerando la perspectiva de género y generaciones. Buscan empoderar a las gestantes y sus parejas/familias con conocimiento y herramientas para afrontar el proceso de embarazo, parto y la llegada del recién nacido de manera informada y segura (OMS, 2019; OPS, 2019).

A: concurría a clases de preparación para el nacimiento o para el parto?
E12: No, ninguna de las dos.
EA: No se te ofreció?
E12: No. Tampoco.
EA: Pero sabías de la existencia de algo de eso?
E12: Sí. Sí. Porque en la policlínica siempre había los carteles y eso.
EA: Ahí va. Pero la persona que te atendía nunca te ofreció la opción?
E12: No.
(E12, 19 años)

A: ¿te orientó a qué vos podías elegir? Por ejemplo, si tú querías tener un parto, una cesárea, si querías amamantar o no?
"No, eso no hablamos, porque yo creo que pero eso me había dicho ella, que me iba a hacer unas preguntas, eso a las casi de las últimas semanas, pero como yo hablo, tuve con 36, como que no tuve muchas consultas así de controles rápidos, dice que se fue a ver a por semana, claro. Y yo el control que iban hacer, que por el próximo control que yo iba a hacer, me iban a hacer el exudado este que te hacen vaginal y anal." (E4, 18 años)

[8] Los temas abordados en los talleres/cursos de preparación para el nacimiento incluyen la importancia del control pregestacional, obstétrico y neonatal, así como los objetivos, ventajas y resultados asociados; los objetivos y la importancia de la preparación para el nacimiento; los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo; hábitos saludables durante el embarazo, incluyendo nutrición, higiene, trabajo y sexualidad; los derechos de la gestante y su pareja, incluyendo licencias maternales y paternales; síntomas y signos que requieren una consulta precoz; el trabajo de parto y el parto, incluyendo sus etapas, duración, sintomatología esperable y resultados; los derechos en la asistencia al nacimiento, así como las prácticas recomendadas y no recomendadas para un nacimiento respetado; métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor; información sobre cesáreas y fórceps, incluyendo posibles indicaciones, riesgos y la importancia del consentimiento informado; la llegada del recién nacido, incluyendo cuidados, estimulación y desarrollo; cambios, cuidados y motivos de consulta durante el puerperio; la lactancia materna, con un enfoque en el fomento del vínculo madre-hijo-padre; y opciones de anticoncepción después del parto (Barceló, et. al., 2015)

5.1.2 Exploración clínica en la consulta prenatal

En el PNA, se establece la importancia de que el equipo de salud cumpla un rol fundamental como conector entre las adolescencias y sus familias. Independientemente de lo que se pueda desprender de las consultas y del examen físico, Rieppi y Sollier (MSP, 2014) enfatizan la preservación de la confidencialidad de la entrevista, así como la garantía de atención y asistencia.

A partir del análisis de las entrevistas, se desprende información sobre la exploración en el examen físico[9] en las consultas prenatales de gestantes adolescentes. Se destaca la revelación de aspectos sensibles a considerar, se comparten algunos fragmentos de las entrevistas:

> *"...primero me me explicaba lo que iba hacer y lo que lo…iba a traer y lo que estaba pasando y … si después me revisaba" (E1, 19 años)*

> *"Eso sí, después de hacerme las preguntas, me mandaron a la camilla. Ya ahí me medía la panza, ya me escuchaba los latidos." (E4, 18 años)*

> *"Sí, me pedían permiso hasta una vez que me hicieron un tacto. Un tacto que me pusieron la, ¿cómo se llama esto? La espátula, creo, para decirlo así". (E7, 19 años)*

> *"De los exámenes físicos, me han hecho muy poco igual. O sea, que una vez me lo tuvieron que hacer porque a los ocho meses... No, había entrado a los nueve, me parece yo. Tuve pérdida y toda fue la única vez que me hicieron un examen físico." (E8, 16 años)*

> *"Me pesan, después salgo, me llaman por la otra puerta y ahí me empiezan a preguntar si tuve algún dolor, algún manchado. Y todo, más de eso". (E9, 17 años)*

Las adolescentes gestantes expresan sus experiencias durante el examen físico, como la medición de la altura uterina y la auscultación de los latidos fetales, procedimientos que deben realizarse de rutina según la edad gestacional que corresponda en las consultas prenatales (CLAP, 2019). Algunas entrevistadas mencionan que solo se realizaron estas actividades en una consulta específica, mientras que otras indican que fueron rutinarias en cada visita.

[9] El examen físico de la mujer gestante es una evaluación integral que realiza un profesional de la salud, con el objetivo de detectar cualquier complicación potencial en el embarazo y garantizar la salud tanto de la madre como del feto. En el examen se evalúa: El biotipo materno, peso, talla, estado general, signos vitales, piel y mucosas, examen de cuello, examen de tórax, palpación mamaria y palpación abdominal incluyendo exploración del complejo útero-ovular y exploración del tracto vaginal. Cada uno de estos componentes varias según el trimestre de gestación y situación de la usuaria (Castillo, 2021).

"Revisarme mi parte interior abajo y tocarme la panza. Me revisaban los pechos a ver si los tenía bien." (E10, 17 años)

EA:Y cuando pasaba este examen físico, ¿se te pedía permiso, se te explicaba cómo era?

"Bueno, me decían, Mira, necesito que vamos a revisar esta parte íntima con tu permiso, si vos querés, para ver si está bien tal cosa. Y yo les decía que sí, obvio, porque querían que esté todo bien." (E10, 17 años)

EA: ¿Y siempre te informaron y te pidieron permiso?

"Sí, siempre permiso informaba, siempre iban detallando. Cuando iba tocándome me decía, bueno, esto es tal cosa y esto no pasa nada porque es común y me iban explicando lo que tenía." (E10, 17 años)

"Yo tuve una doctora que en realidad era muy bien. O sea, por ejemplo, entraba, me preguntaba cómo me había ido en el mes. En realidad, cada 15 días, o sea, cada cuánto me había ido en las semanas que estuve sin atenderme. Yo había anotado la presión que tuve. Cuando, por ejemplo, me pesaba, me decía quédate tranquila, que estás bien, porque yo le conté también esto, lo de la partera que me dijo, no, dice uno en el embarazo sube de peso. Dice bueno, uno no puede dejar de comer ni hacer dieta, dice porque le puede hacer mal al bebé. Dice así que tal, dice con eso no te preocupes y lo más bien, como te digo, me decía acostate a la camilla, que te voy a hacer el tacto. Antes de hacerme el tacto me decía puedo, permiso. Es más, el último control que tuve, que fue cuando me internaron, que yo dije que tenía como una pérdida, que ella me dijo que se acostara, me preguntó, había un practicante y un doctor. Me dijo, ¿puede estar el practicante y el otro doctor? Le dije que sí…." (E11, 19 años)

"O sea, ellos me decían que me suba la camilla y me bajara en una de las piernas del pantalón y la ropa interior. Y ahí me decían mira, te vamos a hacer el tacto. Y me medían la panza y me ponían también para escuchar los latidos." (E12, 19 años)

Se destaca la sensibilidad y el respeto por parte del personal de salud al realizar el examen físico. Algunas adolescentes mencionan que se les pedía permiso antes de proceder con ciertos exámenes, como el tacto vaginal. Para algunas adolescentes, la exploración física, como la auscultación de los latidos del bebé, representa un momento de tranquilidad y alivio emocional durante el embarazo, especialmente si tuvieron experiencias previas difíciles.

"La primera vez me pude llorar, no te voy a mentir. Y después, sí, era lindo escucharlo. Aparte porque, no sé, yo sentía como miedo después de lo que había salido y lo de la placenta y todo eso. Era como un alivio escucharlo." (E3, 19 años)

Algunas adolescentes mencionan una falta de explicación sobre los resultados de los exámenes realizados durante las consultas prenatales. Investigaciones internacionales demuestran que el

control prenatal entre adolescentes suele ser inadecuado y, en algunos casos, inexistente (OMS, 2004). Se han identificado diversos obstáculos y factores que facilitan el acceso al primer control prenatal y la continuidad de la asistencia. Entre las barreras se encuentran el miedo y la vergüenza al buscar atención médica, los costos de los servicios, la falta de conocimiento sobre dónde acudir, la falta de privacidad, el maltrato y las barreras administrativas (Poffald, et al., 2013). Esto sugiere una necesidad de mejorar la comunicación y el seguimiento de la atención prenatal para garantizar que las gestantes comprendan completamente su estado de salud y el progreso del embarazo.

> *"No, eso no, no me explicaba nada, me mandaba que me tenía que hacer análisis de sangre y de de orina. Pero no me decía para qué era." (E7, 19 años)*

> *"Sí, en el último, la última consulta, que fue por una vacuna que me mandó ella, que era para fortalecer o no sé, cubrir bien el útero. La placenta y claro, y ese como que no me cerró mucho, porque después de eso, de que yo me di la vacuna, a los tres días fui a tener. Y eran unos dolores horribles. No sé si fue por el tema de la vacuna o no sé." (E1, 19 años)*

5.1.3 Atención a la gestante en el sistema de salud

En las entrevistas se revelan varias dimensiones importantes en relación a la atención a la gestante en el sistema de salud, centrándose en la referencia y contrarreferencia de las usuarias. Para que el sistema de salud brinde una atención continua y efectiva a los usuarios, es necesario que los diferentes niveles de atención cuenten con un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado que facilite su coordinación y operatividad. Esto implica asegurar que cada nivel esté capacitado para satisfacer las necesidades de los usuarios, manteniendo en consideración que la entrada al sistema debe ocurrir siempre a través del primer nivel de atención (Vignolo y Linder, 2013). A continuación, se presentan algunos hallazgos y temas relevantes extraídos de las entrevistas:

> *E3: Eso, sí, y cuando estaba que no llegaba, eso me lo dice en el cerro, porque no había horas para hacermelo. Y los datos no llegaban, que se supone que tenían que llegar. No llegaban, no llegaban, mi partera los pedía, no los conseguía, nadie los conseguía, no los conseguía yo, no los conseguía la partera, era como si no me los hubiera hecho. Y yo le decía a ella, que sí, que yo no los había hecho.*

E3: Un día, bueno, de un momento para otro, como que se dejó de buscar y yo ya tenía la próxima ecografía en el ateneo médico. Y hablando así, porque soy de ponerme hablar, la señora que me estaba haciendo la ecografía me dice anda al Cansani.

E3: Me dice no tendrías que ir vos, pero si vas ahí lo vas a conseguir el papel. Dice, Estoy segura que ahí lo conseguís. Bueno, al otro día fui y estaba el papel y la señora de ahí, junto con otro señor, me dijeron que estaba bien que yo me moviera para ver, porque me importaba la salud del bebé, pero que a ellos les correspondía el hecho de buscarmelo e ir a buscarlo incluso, que no tiene que ser la madre la que esté buscando el papel. y ta y nada.

A: ¿y vos ahí estabas con reposo todavía no?

E3: Si, ahí sí yo estaba con reposo, pero me moví igual, para ir a buscar el papel porque quería saber. Igual fui en taxi y todo, los cuidados, no obvio. Pero, nada...

A: Claro, perfecto.

E3: Y claro, y pasaba que a veces se parecía que uno fuera una loca porque me enojaba y todo, porque hablé con todo el mundo y llega un momento en el que sí, obvio, me ponía de mal humor y hablaba mal, pero porque no podía creer que no apareciera el papel. Y yo sabía que me lo había hecho y que en algún lado tenía que estar o ingresado en algún lado o lo que sea. Y bueno, hasta que lo conseguí, yo sabía que lo iba conseguir de alguna forma. (E3, 19 años)

Algunas entrevistadas mencionan dificultades para acceder a la atención prenatal, como la falta de disponibilidad de citas o la demora en la obtención de resultados de exámenes. Esto refleja posibles deficiencias en la organización y coordinación de los servicios de salud.

"Sí, la partera me contaba todo. Siempre me dio mucha información. Y la ecografía, la primera me atendió un señor allá en la policlínica que te dije en el cerro, porque no había lugar en el otro lugar. Y después fue como todo muy rápido, como que se sintió que iba rápido para todo. Y después, en el ateneo, estaba mucho mejor la atención y todas las ecografías, perfecto y todo esto, y fue lo mejor." (E3, 19 años)

"Y no se vio. Y eso a mí me podía haber provocado algo grave, ¿me entendés? Porque yo perdí mucha sangre, me tuvieron que llevar para blog, ahí me dieron un punto en el útero, después me transfundieron con sangre, fue todo un tema y hoy por hoy estoy con anemia y después me siento mal, el bebé ya no me quiere tomar mucho la teta, porque sé que no sale con mucha potencia, no sale con buena energía y eso ahí, tipo tal. Pero yo creo que creo que eso es lo que se equivocaron de la ecografía, porque si yo no tuviese a Tadeo, eso tendría que verse, ¿entendés? Porque es algo que se tiene que ver en la ecografía y no me dijeron nada." (E4, 18 años)

"Sí, corte que sí yo perdía líquido, con contracciones, que vaya a la puerta de emergencia, que no espere a ir." (E5, 15 años)

"pero fui a un control solo que le comenté y ella me mandó a hacer ecografías, todo, para saber si estaba todo bien en realidad. Bien. Y después esa fecha para la partera,

que mismo ella me la recomendó, una doctora que yo me había atendido, me la recomendó ella a la partera…"(E7, 19 años)

"Porque yo tenía embarazo de alto riesgo. Estuve atendiéndome en alto riesgo ahí en Pereira rosell y por el tema de la presión, más que nada. Y después, como dos semanas más o menos, que estaba con una pérdida pequeña. Y yo no me di ni cuenta en realidad qué era eso. Pensé que capaz que me hacía pis porque a cada rato estaba mojada. Y cuando fui a la consulta le dije a la doctora. La doctora me mandaron todo mismo ahí a la parte de emergencia para que me hicieran una prueba a ver si era el líquido amniótico. Era el líquido amniótico, entonces me dejaron internada ahí." (E11, 19 años)

Se mencionan experiencias de derivación a otros servicios de salud, como ecografías especializadas o consultas con parteras o ginecólogos. En algunos casos, las gestantes reciben recomendaciones claras y se sienten respaldadas en su atención médica, mientras que en otros, enfrentan dificultades para obtener la atención necesaria.

Se evidencia la importancia del apoyo emocional durante el embarazo, especialmente en situaciones de alto riesgo o complicaciones. Algunas gestantes destacan la atención comprensiva y el seguimiento cercano por parte del personal de salud, lo que les debería brindar seguridad y tranquilidad durante el proceso (Alonso et al., 2022).

5.2 Adherencia a la consulta prenatal

Uno de los objetivos del estudio fue conocer las repercusiones que puede tener el trato inadecuado o la violencia obstétrica, en relación a la adherencia a la consulta prenatal en la adolescencia lo cual puede significar la falta de garantías en el acceso al sistema de salud.

La falta de adherencia a las consultas prenatales y puerperales debido a experiencias negativas del trato profesional recibido puede incrementar los riesgos para la salud materno-infantil. La falta de seguimiento adecuado durante el embarazo y el posparto puede resultar en complicaciones no detectadas o tratadas a tiempo, tanto para la madre como para el bebé, incluyendo estrés postraumático (Olza, 2010).

Es clave destacar que los NNA cuentan con normas convencionales, legales y reglamentarias que regulan el acceso a los servicios de salud, en Uruguay se cuenta con la Ley 18.426 y en su Artículo 11 bis sobre Información y acceso a los servicios de salud establece:

> *"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."*

> *"Sí, eso fue porque o llovía o a veces no tenía plata para ir a un día. A veces, simplemente me enojaba y no quería ir, sinceramente." (E10, 17 años)*
> *EA: ¿y con quién te enojabas?*
> *"Con las que me daban, la fecha." (E10, 17 años)*
> *"Sí, no me daban ganas de ir porque después tenés que salir del control y tener que ir a pedir todos los papeles de vuelta y que me traten como siempre, la verdad que ni ganas, me daban. (E10, 17 años)*

> *"Sí, angustia, porque yo me sentía cómoda atendiéndome con ella. Yo ya había tenido el primer control, lo tuve con otra partera que, sinceramente, no me gustó el trato y por eso elegí atenderme con mi partera de cabecera, que me quisiera mandar para la otra persona, que yo quise decir que yo no quiero atenderme con ella, que yo tengo mi partera de cabecera y que ella tiene todos mis datos. A veces me hacía sentir como que no tenía derecho a elegir. Sinceramente, es mi salud y la salud de mi hijo, y yo creo que la decisión la tomo yo" (E6, 19 años)*

La adolescente entrevistada E6 expresa sentir angustia debido a un trato que no le gustó durante una consulta prenatal con una partera diferente a la que ella ya tenía confianza. Esto sugiere que experiencias de trato inadecuado pueden generar sentimientos de desconfianza hacia los

profesionales de la salud, lo que puede afectar la continuidad de la atención y la adherencia a las consultas (Poffald, et al., 2013; del Risco, et al., 2021; Castro y Frías, 2022; Centurión y Pivel, 2023).

El sentimiento de no ser escuchada o de no tener derecho a elegir puede generar tensiones en la relación entre el profesional de la salud y la usuaria, como lo expresa la adolescente E6. Esta falta de respeto hacia las decisiones de la usuaria puede socavar la confianza en el profesional de la salud y dificultar la comunicación efectiva, lo que podría resultar en una menor adherencia a las consultas (Castro y Erviti, 2014; Castillo, 2017; Castañeda y Santa Cruz, 2021).

El trato inadecuado o la violencia obstétrica pueden generar consecuencias negativas que afectan la adherencia a las consultas prenatales y puerperales, así como la salud materno-infantil en general. Es fundamental abordar estas cuestiones para garantizar una atención en salud respetuosa, sensible y de calidad para todas las mujeres, incluyendo las adolescentes, durante el embarazo y el posparto.

En relación al acceso limitado a servicios de salud debido a barreras económicas se observa a lo largo de las entrevistas que algunas adolescentes enfrentan dificultades para acceder debido a restricciones económicas, como el costo de los análisis médicos. Esto puede resultar en una atención prenatal incompleta o inadecuada, lo que pone en riesgo la salud tanto de la jóven como del bebé.

> *"...en la Universal, porque era todo plata. Entonces, en ese momento no tenía. Y después, en la otra, después que me sacaron, estuve dos meses sin atenderme porque no me querían atender, porque como que se dice, cuando vas a registrarte..." (E2, 18 años)*

Es relevante mencionar que la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes menciona en su Artículo 25: Derecho a la salud: "Los Estados parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.". Este artículo engloba la provisión sin costo de servicios médicos primarios, programas educativos de prevención, programas nutricionales, atención médica especializada para la juventud, campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva, investigaciones enfocadas en problemáticas de salud juvenil, así como campañas informativas y preventivas dirigidas hacia el consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas (MSP, INAU, UDELAR y SUP, 2012).

Se realizaron preguntas con el fin de identificar la repercusión que había tenido el trato recibido en la continuidad en la atención. Una de las entrevistadas decía:

> *"No, la primera vez que yo fui, como que no me sentí muy cómoda y soy partidaria de que si no te sentís cómoda con un médico o con un psicólogo o lo que sea cambiarlo. Y no me sentí cómoda porque era ella y había más gente que creo que eran estudiantes, que fue la última consulta, una de las últimas consultas también fui con ella, porque mi partera, que me atendió en todo el embarazo, se fue de vacaciones, y fui a la consulta, y en la última lo pude atender y estaban los mismos y como que no me hicieron sentir cómoda y pedí para la partera de los fines de semana, que tuve con ella de casualidad y me encantó como era y me sentí como en confianza y ta me cambie. No era con la partera en sí, sino con las otras personas con las otras personas que estaban ahí."(E3, 19 años)*

Se evidencia el impacto negativo de las experiencias del trato inadecuado, incluyendo incomodidad, desconfianza, frustración y falta de respeto hacia las decisiones de la usuaria, lo que a su vez puede afectar su adherencia a las consultas prenatales, las adolescentes mencionan cambios frecuentes en la atención médica como resultado de experiencias negativas durante la atención obstétrica. La falta de confianza en los profesionales de la salud y la búsqueda de una atención más adecuada y respetuosa pueden llevar a estas decisiones de cambio en la atención médica. Estos cambios pueden incluir la elección de un nuevo médico, partera o institución de salud.

> *"Sí, fui a consultar a emergencia en el Pereira Rossell. Resulta que tenía la placenta baja y el cuello del útero corto. Tenía alto riesgo en el embarazo. Y cuando le comenté a la doctora, me dijo que era normal eso, que podía seguir trabajando. Los dolores siguieron. Siguieron constantemente. Fui otra vez a comentar me dijo que no pasaba nada. Y después fui otra vez al Pereira y me dijo que no podía trabajar… Y ahí cambié de doctora". (E7, 19 años)*

> *"No, ahí fue cuando me cambié para alto riesgo porque hice un pico de de presión, porque ella me dijo que no, que podía hacer los calores, que no me preocupara. Hice un pico de presión, llamé al médico. El médico me dijo: Si vos tenés más de 14-9 estando embarazada, tenés que ir para el médico. Yo salí de mi casa con 14-9 y llegué allá con 16 y algo. Y ahí fue cuando me pasaron para Alto Riesgo y eso, y después ahí yo no me atendí más con ellos…"(E11, 19 años)*

> *"O sea, en realidad el tema es que claro, yo me pasé para el tema Pereira Rosell, por el tema del alto riesgo. Pero sí hubiera pedido cambio, porque no podía seguir así. Es más, yo hace alrededor de tres meses me fui a poner el implante y fue ella que me atendió." (E11, 19 años)*

Se subraya el riesgo potencial para la salud materno-infantil cuando las adolescentes experimentan un trato inadecuado o falta de información durante el embarazo y la atención

prenatal. Estos riesgos pueden incluir complicaciones no detectadas o tratadas a tiempo debido a la falta de seguimiento adecuado. Es importante destacar que las experiencias negativas durante la atención obstétrica no solo afectan la experiencia emocional de las adolescentes, sino que también pueden tener consecuencias directas para su salud y la de sus bebés. Briozzo et al. (2020) afirma que las "intervenciones innecesarias serían parte del estímulo epigenético que puede activar genes que se asocian con afecciones en la vida del niño que está naciendo y puede afectar su vida adulta". Por lo que podemos visualizar repercusiones no solo en la mujer adolescente o cuerpo gestante sino en las y los recién nacidas/os.

Se resalta la importancia de una atención obstétrica respetuosa, empática y centrada en la usuaria durante el embarazo y la atención prenatal (OMS, 2018; ICI, 2018). Las adolescentes enfatizan la necesidad de sentirse cómodas, escuchadas y respetadas por los profesionales de la salud. Se destaca la importancia de abordar las necesidades emocionales y físicas de las adolescentes embarazadas, así como de promover una cultura de respeto y empatía en los entornos de atención obstétrica.

5.3 Trato materno respetuoso en la consulta prenatal

Otra de las dimensiones abordadas en el estudio fue sobre el trato materno respetuoso en la consulta prenatal. La OMS (2014) declara que:

> Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Desde el concepto del trato materno y neonatal respetuoso, algunas de las entrevistadas manifestaban:

> *"Sí, y la verdad que con la ayuda más de la ginecóloga, porque ella hace los dos lados, ginecóloga y también me ayuda a desenvolverme también, porque ella me explica todo. Y la verdad es que me la agarré para adelante. Por más que era chica, ella me la daba para adelante igual. Y la verdad que bien, en todos los estudios ella me explicaba muy bien. (E1, 19 años)*

> *"Sí, lo más bien. A mí me trataron como una persona normal como una mujer, porque ya cuando tenés hijos, ya cuando tenés una hija, ya sos una una mujer. Y no importa la edad. La verdad que excelente la consulta de acá." (E1, 19 años)*

Las adolescentes destacan que los profesionales de la salud les explicaban las cosas de manera comprensible y detallada. Se sienten valoradas y respetadas cuando se les proporciona información clara sobre su salud y los procedimientos médicos. Por ejemplo, en el primer extracto, la adolescente E1 menciona que su ginecóloga le explicaba todo muy bien durante los estudios, lo que demuestra un enfoque en la comunicación efectiva.

> *"Sí, o le contaba cómo me sentía, como que ella me dio la confianza de expresar lo que yo quisiera expresarle. Y cuando me revisaba y yo me sentía incómoda por algo, ella me decía tranquila. Hay tiempo, nadie los corre para hacer las cosas. No, re atenta, la verdad que re atenta y agradezco que estuviera ahí también". (E3, 19 años)*

> *"No, las enfermeras, las parteras y las ginecólogas eran una genia, la verdad. Me explicaban, me tenían paciencia a veces porque yo no entendía muchas cosas, entonces me explicaban bastante bien y eso, y me hacían entender las cosas." (E10, 17 años)*

> *"Sí, sí. Siempre fue súper amable, siempre respetuoso". (E12, 19 años)*

Las adolescentes valoran sentirse cuidadas y seguras durante las consultas obstétricas. Destacan la importancia de un trato empático y atento por parte de los profesionales de la salud, que les permita expresar sus preocupaciones y sentirse cómodas durante los exámenes.

Valoran sentirse tratadas como personas y respetadas, independientemente de su edad o experiencia. Destacan que los profesionales de la salud las tratan como mujeres y no cómo niñas, respetando sus decisiones y considerando sus necesidades individuales. Por ejemplo, la adolescente E6 menciona que su partera le daba atención personalizada, la hacía sentir segura y parte del proceso de toma de decisiones.

> *"Sí, sí. Yo me sentí, a ver, me sentí muy cuidada. Fui de una y otra que estoy super atenta. Durante todo el embarazo tuve la misma. Yo elegía mis controles con ella siempre, me quería atender con mi partera. Yo siempre pedía para atenderme con ella porque ella era súper atenta, ella me explicaba todo con mucho detalle. Me hacía sentir segura y hacerme sentir parte de que, o sea, es mi decisión, es mi momento, tengo que disfrutarlo. Era una atención muy linda y obviamente me sentí muy bien, por eso me atendí todo el embarazo con ella". (E6, 19 años)*

Las adolescentes aprecian la paciencia y la amabilidad de los profesionales de la salud durante las consultas. Destacan que los profesionales tienen paciencia para explicar las cosas y responden a sus preguntas con comprensión y empatía.

Por lo que se puede afirmar que los elementos identificados del trato materno respetuoso incluyen una comunicación clara, la creación de un ambiente de confianza y seguridad, una atención centrada en la usuaria y el respeto por sus decisiones, así como la paciencia y la empatía por parte de los profesionales de la salud.

Existe una interacción compleja entre experiencias de maltrato y falta de apoyo que afecta tanto las vivencias del embarazo y el parto de las mujeres como los resultados asociados (WHO, 2014; Bohren et al., 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de 2015, prevé un mundo donde cada mujer embarazada y su recién nacido reciban atención de calidad durante todo el embarazo, el parto y el período posnatal (WHO, 2015). Para ello, la OMS establece un marco de referencia para la calidad de la atención que se sustenta en dos dimensiones igualmente importantes: la provisión del cuidado brindado por el equipo de salud y la experiencia del cuidado percibida por la usuaria. La calidad de la atención solo es posible cuando ambas dimensiones se cumplen de manera efectiva.

5.4 Violencia obstétrica

Tal como fue desarrollado en el apartado 3.4 del marco teórico, se entiende por violencia obstétrica cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o posparto. Esta puede manifestarse de diversas formas, incluyendo violencia verbal, física y simbólica, y se caracteriza por la deshumanización del trato, el abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales del embarazo y el parto (Arribas, et al., 2023; Castro y Frías, 2022; Magnone y Farías, 2021; Quattrocchi, 2018; Castro y Erviti, 2015; Campiglia, 2015, OMS, 2014).

A partir de esta definición, se presentarán a continuación las expresiones de violencia obstétrica encontradas en el análisis, clasificadas en diferentes tipos: verbal, psicológica, en relación al consentimiento e institucional. Es importante aclarar que, aunque las adolescentes entrevistadas no siempre identificaron explícitamente estas prácticas como violencia obstétrica, a través de sus discursos y con el apoyo de la teoría, es posible interpretar la presencia de estas prácticas. Esta sección del análisis permitirá una comprensión más profunda de cómo se manifiesta la violencia obstétrica en el contexto estudiado y sus impactos en las experiencias de las adolescentes gestantes.

5.4.1 Violencia obstétrica verbal

La violencia obstétrica verbal se refiere a cualquier forma de maltrato verbal que una mujer puede sufrir durante el proceso de embarazo por parte del personal de salud. Este tipo de violencia puede incluir gritos, insultos, comentarios despectivos, humillaciones, o cualquier otra forma de lenguaje que degrade, humille o cause estrés a la usuaria (Arribas, et al., 2023; Castro y Frías, 2022). En relación a la violencia obstétrica verbal se revelan a lo largo de las diferentes entrevistas la enumeración de experiencias negativas y situaciones de desatención por parte del personal de salud durante el proceso de atención a las jóvenes gestantes. A continuación, se destacan algunos relatos:

> *"Sí, veían que me estaba saliendo sangre y me dice, Acá no te podemos atender. Se me podría estar muriendo la criatura y ellos no podrían hacer nada. Ahí con emergencia estoy negada. La verdad que cero corazón, cero atención." (E1, 19 años)*

> *"Me abrieron de piernas, me mandaron la mano porque era un doctor que no sé de qué era y me dijo… No, acá no es el tema. Me dijo, Tenés que irte al Pereira. Y de acá al Pereira pueden pasar muchas cosas y yo no tenía ni un recurso, ni plata para un taxi,*

nada. Tenía una emergencia que perfectamente me podían pedir el número de la emergencia y llamarme a la emergencia. Pero no, me tiraron así a la calle. Y la verdad que pasé horrible. Y así me tuvo un vecino, me vino a buscar y me llevó hasta allá. Y ahí pude ir lo más bien…" (E1, 19 años)

Se observa que en puerta de emergencia del PNA algunas gestantes experimentaron situaciones de violencia, desde falta de atención empática por parte del personal médico, percibiendo una actitud carente de atención y una falta de empatía por la salud y el bienestar de las usuarias.

"*Sí, incómoda sí, porque yo antes en embarazo estaba pesando entre 75 y 78 kilos. Yo terminé el embarazo con 106 kilos. Entonces, claro, yo en ese momento que yo estaba en el embarazo, yo no quería subir de peso, tipo un par de kilos, sí era obvio por el tema del bebé, el peso y todo. Pero después, o sea, yo estaba en la lucha con comer cosas sanas, un montón de cosas, o sea, me prohibí un montón de cosas que yo quería comer para no engordar. Entonces, cuando me salió la tiroide, que empecé a engordar, cuando ella me dijo eso, o sea, yo salí llorando en la consulta, o sea, no me puse a llorar en el momento ahí enfrente de ella, pero sí cuando salí, sí me salí llorando porque era lo que no quería, empezar a engordar, engordar y ta, era lo que estaba pasando. El tema que había ido a la nutricionista varias veces, o sea, seguía los consejos de la nutricionista, el tema que de igual manera seguía subiendo el peso, porque el tema de la tiroides, entonces claro. Pero sí salí llorando porque sí me sentí mal, como me lo dijo, porque yo creo que, no sé, estaba pesando 85 kilos, 86 kilos por ahí, y cuando me subo a la balanza, ella vio que estaba 91 o 92 y dice No, no puede ser esto, bajate…..Aparte así de la manera que estoy hablando. Yo me bajo y quedé quietita ahí, me dice A ver, subite otra vez. Y cuando me sube me dice No, la balanza está bien, la que está gorda sos vos, me dijo. Y yo quedé. Digo, me dice Vos, ¿te estás alimentando bien? Digo Sí. Me dice, no, y la balanza, no hice lo mismo. No, la balanza no dice lo mismo… dice No comas muchas porquerías, dice, porque vas a terminar con un peso por las nubes. Dice Vos fijate que el peso ese te hace mal en el tema de la presión. Dice Y por eso debe ser que estás empezando con presiones altas. Dice, porque estás subiendo de peso. Si es necesario, no comas.". (E11, 19 años)*

Esta declaración pone de manifiesto la falta de sensibilidad y la actitud despectiva del personal de salud hacia las gestantes, lo que constituye un tipo de violencia obstétrica. Este tipo de violencia puede tener un impacto negativo significativo en el bienestar emocional y físico de las mujeres (Bohren et al., 2014). En varias de las entrevistas se describen situaciones en las que el personal médico trató a las mujeres de manera despectiva, haciendo comentarios inapropiados sobre su peso, su apariencia o su capacidad para cuidar de sus hijos. Este tipo de comportamiento contribuye a generar un ambiente de desconfianza y malestar en las usuarias.

Castro y Frías (2022) la diversidad de situaciones que conllevan a la VO donde habitualmente se las trata como enfermas o se las cosifique, siendo vulnerables a un conjunto de procedimientos tecnificados, con bajo interés por la experiencia subjetiva de la persona sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio que esta atravesando.

Se evidencia una falta de comunicación efectiva por parte del personal médico, que se niega a proporcionar información relevante o trata de minimizar las preocupaciones de las jóvenes gestantes. Esto puede llevar a una falta de confianza en el sistema de salud y a una sensación de abandono por parte de las embarazadas.

> *"Sí, básicamente fue eso que yo te estaba diciendo, ¿no? Me sentía cuidada con ella. Yo sentía que por ahí le preguntaba cosas y ella me decía que cómo le iba a preguntar ciertas cosas que eran obvias y yo le decía, mira, yo soy primeriza, le digo, soy joven y es mi primer hijo, no sé cómo pretendés que yo sepa, por algo te estoy preguntando, si no, no te estaría preguntando, si lo supiera, realmente no te pregunto. Pero sí, aparte de esa profesional, tuve eso que por ahí no se preocupaba, no se preocupó la partera que siempre tuve". (E6, 19 años)*

> *"No, me atendió una vez sola, porque yo después de que ella me dijo que cómo le iba a hacer preguntas que era obvia, y no quise atenderme más con ella". (E6, 19 años)*

> *"De alguna manera me la negó porque yo te pregunto algo y vos me respondés que cómo te voy a hacer esa pregunta y no me terminas de informar de lo que yo te pregunté. De alguna que otra manera me estás negando la información, no directamente, pero me la.Estás negando". (E6, 19 años)*

En algunos casos, el personal médico desautorizó las decisiones y opiniones de las mujeres, ignorando sus preocupaciones y tratando de imponer su propia visión del tratamiento médico. Esta falta de respeto por la autonomía y la dignidad de las adolescentes contribuye a la sensación de vulnerabilidad y falta de control sobre su propio proceso de atención médica.

Como lo plantean las auroras Belli (2013) y Campiglia (2015) el proceso del embarazo conlleva un impacto significativo, tanto a nivel físico como emocional, en la experiencia de muchas mujeres y personas gestantes. Lamentablemente, durante este período, se observan violaciones de derechos humanos y reproductivos que van desde la falta de respeto y consentimiento hasta el uso de regaños, burlas, insultos, amenazas y manipulación de información, todo ello socavando la dignidad humana.

> *"Sí, tenía dolores, todo, pero ella misma me decía que era normal, porque después me atendió un estudiante en puertas de emergencia en Pereira y me dijo todo lo contrario". (E7, 19 años)*
>
> *A: claro ¿y vos le llegaste a decir bueno, pero a mí me dijeron esto otro lugar?*
>
> *"Sí, yo se lo comenté y ella me dijo pero un estudiante no va a saber más que yo. Eso fue lo que me aclaró y yo decidí no atenderme más. Después la ecografía me mandaban con ella y yo pedía para cambiarlas". (E7, 19 años)*
>
> *EA: Claro. ¿No confiabas en lo que te iba a decir?*

"No, no, no, no, no, ,no confiaba porque me decía que estaba todo bien en el embarazo y resulta que nada que ver. Y mi miedo era que ella me dijera que sí, que podía trabajar y perder el embarazo". (E7, 19 años)

EA: Sin duda. Y todo esto, ¿cómo te hacía sentir? O sea, ¿a vos en un momento te angustió o te hizo sentir mal la situación de que te estabas...

"Sí, estuve en depresión". (E7, 19 años)

Las experiencias de violencia obstétrica verbal tuvieron un impacto emocional y psicológico significativo en las mujeres entrevistadas, que describieron sentimientos de angustia, depresión y ansiedad como resultado de su interacción con el personal médico. Este impacto puede tener consecuencias negativas para la salud mental y el bienestar general de las usuarias.

"Sí. Bueno, entonces yo veo que eso es lo que tiene que ver... No soy quien para decirlo, pero si no, no te dediques a eso. Si no no te dediques a esto, si no sabes tratar así bien a la gente, y mas cuando se siente mal o lo que sea, pues no te dediques a eso, dedícate a otra cosa que no sea esto. Porque en una situación así, las personas se sienten mal, están nerviosas, tienen miedo. Me parece que puedes tener un poquito más de paciencia. Y más a la hora de tratar a las personas, no se lo digo yo." (E3, 19 años)

5.4.2 Violencia obstétrica psicológica

Salgado y Diaz (2019) plantean que la VO psicológica presenta dimensiones desde el lenguaje inapropiado, burlas sobre el estado del cuerpo de la mujer o su hijo, no proporcionar información completa, críticas cuando se manifiestan emociones (alegría o dolor) y atención médica deficiente.

A continuación se aborda la violencia obstétrica psicológica y varias experiencias negativas y situaciones de desatención por parte del personal de salud durante el proceso de atención a las gestantes jóvenes. A continuación, se identifican algunos de esos relatos:

"...sí, me explicaban unas cosas y ta, pero después no entendía". (E2, 18 años)
"Sí, eso sí, pero no tenía muchas comunicaciones con los ginecólogos". (E2, 18 años)
A: ¿no te volvió a preguntar si se entendió lo que te decía?
"No, eso no sucedía". (E2, 18 años)

En el fragmento de esta entrevista se explicita que la adolescente gestante no se sentía entendida después de explicar ciertas situaciones que le preocupaban en el contexto de la atención obstétrica. Asimismo, a lo largo de las diferentes entrevistas se expresa frustración por la falta de comunicación efectiva y comprensión por parte de los profesionales de la salud. Se

mencionan situaciones en las que las usuarias no se sentían escuchadas o comprendidas por el personal que las atendía.

Se observa una falta de respeto a la autonomía de las usuarias en decisiones relacionadas con su salud reproductiva, que vamos a observar ejemplo en la entrevistada E3, donde menciona que le preguntaron varias veces sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo por la cantidad de semanas de gestación, a pesar de haber expresado claramente su decisión al respecto.

> *"Como que nunca más se mencionó el tema del aborto. El trato en general cambió mucho el ambiente. Y no fue que yo me sentí más cómoda porque fuera él. O sea, fue diferente. Fue entrar él y ellos cambiaron completamente. Yo no sé si pensaba que yo les estabas mintiendo, que sí estaba con mi novio y pensaban que no. Cuando sí estábamos, después pasaron cosas, pero en ese momento sí estábamos juntos". (E3, 19 años)*

> *"No sé. Yo lo hablé con mi familia porque me sentí muy incómoda. y para ser la primera vez, justo tener como una mala experiencia, yo dije Ay, no, horrible. Y lo hablé con mi familia y dijeron que capaz, que podía ser, que había chicas que le podía dar vergüenza de decir como la realidad y mentir ciertas cosas, pero no.... no todo el mundo es igual. Y todo en ese momento no hubiera estado con el padre de la bebe, le hubiera dicho, o sea, no tengo ningún problema decir que no estaba, porque tampoco tiene algo de malo. Hay un montón, o sea, es horrible decir que, entre todos, hoy en día parece que fuera normal que no estén, pero es una realidad que puede ser. Entonces, es como que.... Yo no hubiera mentido, yo diría, sí. Pero yo creo que pudo haber sido eso... Bueno, sí, esa es la conclusión que nosotros llegamos, ¿no? pero no sabemos qué pasó por su cabeza para preguntarlo tantas veces". (E3, 19 años)*

Además, se describe una situación en la que el trato hacia la usuaria cambió significativamente cuando su pareja ingresó a la consulta, lo que sugiere un trato diferencial basado en la presencia del acompañante varón.

Siguiendo el análisis de Michel Foucault (1976) sobre el poder y el control disciplinario en las instituciones, podemos observar cómo se manifiesta el imaginario médico hegemónico en relación con los proyectos de vida de los adolescentes. Este imaginario promueve una visión de la adolescencia que no solo incluye el estudio y la culminación de la educación secundaria, sino también la postergación de la maternidad para más adelante en la vida. Esta perspectiva refleja los valores y las expectativas del personal de salud que atiende a las adolescentes, sugiriendo que otros proyectos vitales pueden estar más alineados con sus intereses y necesidades.

> *"Se presentaron, pero no entiendo, y si no corrige vos, yo entiendo que cuando vas la primera vez, te tienen que decir un montón de cosas, como que hay un protocolo, si*

tiene usted que contar de las cosas. Lo que pasa es que preguntarte si quieres abortar como cuatro veces, cuando vos dijiste que no, me parece un montón". (E3, 19 años)

"A mí me decía, si yo venía a mi casa y me preguntan ¿Y qué te dijo la doctora?, yo no le entendía lo que me decía, porque lo único que me decía es que estaba todo bien. Y después, cuando fui a los otros controles y eso, las doctoras me decía lo que podía comer, lo que no, lo que me podía pasar si yo comía sal, ejemplo, que podía agarrar hipertensa en el último tiempo de embarazo, cosas que nunca me explicaron hasta último momento. Y yo, eso era lo que más comía". (E7, 19 años)

"Por algo en especial. No, no, no. Es lo que no entiendo por qué no me decía. Con la otra doctora, después me mandaron remedios que me pusiera para que el cuello al útero se alargara... Para decirlo así, que no se adelantara el bebé, me mandaron pastillas para eso, para maduración del cuello del útero. Cosa que ella me la tenía que haber mandado". (E7, 19 años)

"...no entendía por qué no iba a ser directa con ella con lo que pasaba. Porque no brindaba la información completa". (E7, 19 años)

Se evidencia una falta de información clara y completa por parte del personal de salud. Las entrevistadas expresan que no recibieron explicaciones adecuadas sobre su condición de salud, los procedimientos o las recomendaciones de cuidado.

"Triste porque no sabía si estaba bien todo el embarazo, si mi bebé iba a nacer con algún problema o algo, porque una doctora me decía una cosa, otra, otra, hasta que no decidí cambiar de doctora, porque no le creía. Después me decía que estaba bien y yo no sabía decirle, me preguntaba ni cómo te dijo la doctora y yo no le creía. Le digo, no sé qué decirte porque no le creo". (E7, 19 años)

"Claro, ella me decía que estaba bien, que el corazoncito estaba bien, todo, pero yo no le creía". (E7, 19 años)

Las entrevistadas mencionan sentirse vulnerables y desconfiadas debido a la falta de transparencia y honestidad por parte del personal de salud. Se destaca una sensación de desamparo y desconfianza en la atención médica recibida, lo que llevó a algunas jóvenes a cambiar de profesional de salud en busca de un mejor cuidado. Como plantea Vivas (2020) el no cuidado de la salud mental de las gestantes es una manifestación de maltrato hacia ellas y hacia sus hijas/os, no hacerlo vulnera también sus derechos.

5.4.3 Violencia obstétrica en relación al consentimiento

Dentro de la Violencia Obstétrica se encuentra la relacionada al consentimiento. Farías (2014) plantea que para los profesionales de la salud, que están acostumbrados a realizar intervenciones (acciones técnicas) habituales, se les dificulta visualizar la acción sobre el cuerpo de otra persona cómo una intervención que requiere de consentimiento. Muchas veces, las intervenciones se integran dentro de la lógica técnica institucional y desde esta perspectiva, la atención se desvía del individuo hacia el técnico y se percibe más como un objeto de la práctica que cómo un sujeto de derecho.

En el presente apartado se aborda la violencia obstétrica relacionada al consentimiento en el marco de la consulta prenatal de gestantes jóvenes. A continuación, se desarrollan algunos relatos:

> *"Permiso no, siempre me decía…bueno, pasa por la camilla, que te vamos a controlar y ta… yo ahí pasaba por la camilla" (E6, 19 años)*

> *"A mí no me tactaron en el... Durante los controles no me hicieron tacto. La partera que me atendía en el Centro de Salud, no me decía que me acostara, que me iba a escuchar los latidos, que me los escuché una vez sola ella y no me lo escuchaba. Después, cuando yo, por ejemplo, iba a los controles en alto riesgo, sí, me pedían permiso tanto para tactarme como para escucharme los latidos. Y cuando yo quedé internada, también todos los doctores o todas las personas que me atendieron, me tactaron, todas me pidieron permiso. Todas me preguntaron si podían, si me sentía cómoda. Pero después acá mismo en el Centro de Salud que era a partir de que me sentía, cuando me escuchó el latido de corazón, no me preguntaba si podía". (E11, 19 años)*

Las adolescentes mencionan situaciones en las que no se les proporcionó información adecuada sobre los procedimientos médicos que se llevarían a cabo durante los controles prenatales. Esto contribuye a su sensación de incertidumbre y desconfianza en la atención médica recibida (Belli, 2013; Binfa, et al., 2016; Barrera, 2017, Almendra, 2020)

> *"Sí, esa vez la doctora que le estoy comentando me puso uno más grande de lo normal que me tenía que haber puesto. Y yo le estaba diciendo que me dolía. Y ahí ella me dijo a ver ponete que ponete flojita, le digo, no, me está doliendo, sáquemelo. Y ahí cambió a un espéculo más chico. Yo desde ese tiempo estaba de 21 semanas. Y ahí tuvo que cambiar el espéculo porque me estaba poniendo un espéculo más grande de lo normal". (E7, 19 años)*

Expresan sentirse incómodas durante los controles prenatales debido a la falta de consideración hacia su bienestar físico y emocional. Se menciona que se utilizó instrumental inadecuado (tamaño erróneo de espéculo vaginal) siendo el procedimiento doloroso sin tener en cuenta sus quejas o molestias.

> *"Sí, en una ocasión nomás que fue mi suegra, la doctora que yo le estoy comentando, cuando fue a hacer el latido del bebé, la hizo salir. Y esa vez nos enojamos, porque no tenía por qué haber salido, porque creo que es tan decisión de uno que si sí o dónde uno, que si la quiere que entre o no, tenía entendido yo. Y la sacó. Ahí más en duda me dejó, porque no sabía si estaba todo bien el embarazo o no. Es con la misma que fue la última vez que me atendí" (E7, 19 años)*

El extracto anterior menciona la situación en las que no se les permitió la presencia de un acompañante durante los controles prenatales, lo que puede aumentar su sensación de vulnerabilidad y aislamiento durante el proceso de atención obstétrica. Farías (2014) plantea que:

> La invisibilización y naturalización de las intervenciones, que pareciera no ser percibidas como tales por el personal de salud, dejan en evidencia la violencia institucional que el sistema de salud ejerce, en este caso, sobre sus "usuarias" (2014, p.102).

Las experiencias negativas relatadas por las adolescentes pueden tener un impacto significativo en su confianza en el sistema de salud y en la búsqueda de atención médica adecuada en el futuro. La falta de respeto hacia su autonomía y bienestar puede generar desconfianza y dificultar su acceso a la atención prenatal.

5.4.4 Violencia obstétrica institucional

Diversas organizaciones e instituciones han puesto en tela de juicio la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres y los cuerpos gestantes, señalando obstáculos para que se respeten los derechos de las usuarias en los servicios de salud. Se ha documentado extensamente la literatura sobre la violencia institucional experimentada por las mujeres durante la atención en los servicios de salud (Castro y Erviti, 2003; D'Oliveira et al., 2002; Magnone, 2010; Farías, 2014; Sosa Sánchez, 2018; Magnone y Farías, 2021; Magnone, 2022).

En esta sección se aborda la violencia obstétrica institucional en el marco de la consulta prenatal de jóvenes gestantes. A continuación, se desarrollan algunos relatos relacionados a: falta de prioridad y discriminación en la atención administrativa; falta de comunicación y orientación adecuada y falta de respuesta ante reclamos y quejas.

En relación a la falta de prioridad y discriminación en la atención administrativa se observa que en algunas instituciones no se da prioridad a las embarazadas y a sus acompañantes durante la atención administrativa. Se relata que los varones son relegados y a veces se les hace esperar, lo que refleja una falta de sensibilidad hacia las necesidades de la pareja y familia que gesta.

> *"Sí, en farmacia sí, pero en la administración como que me costaba mucho. Porque no era que a veces tenías que darle paso a la embarazada. Y eso a veces me hacían esperar o él, mi pareja venía y decía que estaba... Ellos necesitaba la consulta y siempre lo dejaban para atrás porque era hombre. Y más principal, si tienes una embarazada, una cédula de una embarazada, tenés que darle paso. Pero no, eso no, en ese tema no era como prioridad…". (E1, 19 años)*
>
> *"Claro, y nosotras como madre y él como padre. Y a veces nosotras no podemos levantarnos de la cama y no poder venir a las seis de la mañana a consultar pero ellos sí. Y la verdad es que lo pongan más en prioridad a ellos". (E1, 19 años)*
>
> *"La consulta ginecológica, la verdad que está perfecto para cualquier persona, cualquier madre. Y la atención en la administración, que le ponga más prioridad a las personas. Te toman como una persona normal, más si viene un padre que está desesperado porque en esos momentos necesita una consulta, porque la mujer se necesita atender por un bebé, ponerlo en prioridad, más al padre porque somos dos en uno". (E1, 19 años)*
>
> *"Sí, cuando yo no podía, cuando me decían que no, ¿cómo se dice esto? Que no me podía atender ahí porque yo no estaba en ASSE". (E2, 18 años)*
>
> *"¿cómo me trataban o..? Bien, yo creo que bien. Una vez no más una muchacha como que se confundió y me trató mal y yo ahí le dije que yo no tenía la culpa de si ella estaba de mal humor. Pero después, esa fue la última, la única confusión".(E4, 18 años)*
>
> *" …la que daba los números si eran, o sea, eran…. creo que muchos lugares, mucha policlinica pasa de que eh, siempre están ahí, tipo complicando la atención a la gente que está para pedir fechas y eso… como que están ahí en su en su chusmerío y. Y la gente sí se enoja porque tenemos que estar siempre". (E12, 19 años)*

También otras de las entrevistadas (E6) destaca la importancia del derecho a elegir al profesional de salud con el que desea recibir atención prenatal. Comenta una situación en la que se sintió presionada por la administración del centro de salud para cambiar de partera, a pesar de haber elegido a una específica con la que se sentía cómoda. Esta falta de respeto hacia su

autonomía y su derecho a elegir demuestra una forma de violencia obstétrica institucional que socava la relación de confianza entre la usuaria y el sistema de salud.

> *"A ver, yo tenía mi partera de cabecera y yo siempre quería atenderme con ella, porque era la que sabía todo y muchas veces me decían que yo no tenía derecho a elegir con quién atenderme. Y me parece que está mal porque yo sí tengo derecho con quién atenderme". (E6, 19 años)*

> *"Sí, angustia, porque yo me sentía cómoda atendiéndome con ella. Yo ya había tenido el primer control, lo tuve con otra partera que, sinceramente, no me gustó el trato y por eso elegí atenderme con mi partera de cabecera, que me quisiera mandar para la otra persona, que yo quise decir que yo no quiero atenderme con ella, que yo tengo mi partera de cabecera y que ella tiene todos mis datos. A veces me hacía sentir como que no tenía derecho a elegir. Sinceramente, es mi salud y la salud de mi hijo, y yo creo que la decisión la tomo yo". (E6, 19 años)*

En línea con las anteriores entrevistadas, la jóven E7 relata una experiencia en la que se le trató de manera despectiva en la farmacia del centro de salud mientras buscaba atención médica relacionada con su embarazo. Manifiesta que el personal no le prestó la debida atención y la trató como a cualquier otra persona, a pesar de encontrarse en situación de embarazo. Esta falta de sensibilidad y comprensión hacia las necesidades de una jóven embarazada, especialmente en situaciones de riesgo, constituye una forma de violencia obstétrica institucional.

> *"Me dijeron ahí en la ventanilla, me dijeron que me hiciera fila, que no sacara número, que fuera directo a farmacia. Y cuando fui, me pidió el número y yo le dije que no lo tenía porque la muchacha me había dicho que pasara, porque tenía alto riesgo y le comenté eso a la doctora y dijo a la que te da los remedios y me dijo acá todos somos enfermos. Y yo le dije no, enferma no estoy, le digo. Te estoy diciendo que tengo alto riesgo, le digo, no tengo problema en sacar un número y sentarme ahí. Pero lo que pasa es que me mandaron. Fue el único momento que estuve medio incómodo ahí fue eso, que me trató como si fuera enferma y tratando a todo el mundo igual, cuando si te mandan por algo". (E7, 19 años)*

> *"Ahora saco números hasta... Ahora saco números hasta estando con el bebé sabiendo que puedo pasar directamente. Me como una cola de 50 personas adelante, pero me trató feo porque dijo como que si éramos todos enfermos cuando te mandan de un lado para sacar un número. Te dicen que no saques número y te tratan. No te tratan igual". (E7, 19 años)*

También se evidencia en varios testimonios la falta de comunicación y orientación adecuada, dado que destacan la falta de explicaciones claras y orientación por parte del personal de salud en relación con los procedimientos y servicios disponibles. Esto puede generar confusión y frustración en las adolescentes, quienes necesitan información clara para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé.

“En sí, no entendí mucho mi embarazo. O sea, no me prestaron mucha atención. O sea, tipo, los análisis que me tenía que hacer no me los podía hacer.. y ta…” (E2, 18 años)

“Osea, porque yo pensaba en ese momento que siendo un embarazo lo tenés que atender igual por situaciones graves, por ejemplo”. (E2, 18 años)

“Era la parte de enfermería. Porque era por turno. Turno le tocaba una, a mí siempre me tocaba en el turno con una, pero una vez me tocó con otra, porque fui más temprano y ya ahí fue un trato diferente, ¿viste? Porque también al tener una confianza, es como cuando me cambiaron de ginecóloga a la partera, es otra confianza, ¿no?”. (E4, 18 años)

“La partera divina, la mejor partera que me pudo haber tocado fue ella. No estuve muy de acuerdo con la gente que... la Policlínica, que hay señoras, muchachas ya veteranas, vendríamos a decir, que atienden un poco mal, dice, No te explican y eso. Y yo que soy joven no entendía nada. Mi primera vez me re molestaba y a veces no hacía las cosas que tenía que hacer, como las tomar fechas y eso”. (E10, 17 años)

“Como que no me explicaba, ¿sí me entiendes? Y iba, yo les pedía información, a este lugar tengo que ir a vacunarla, qué hora es eso, y ellas como sí, nada a ese lugar y te atienden así de una, me decían, y yo después iba al lugar y resulta que tenía que sacar fecha o número, pero de eso a mí nada me guiaban, ¿me entiendes?, entonces yo quedaba atrasada. (E10, 17 años)

La entrevistada E10 expone múltiples experiencias de violencia obstétrica institucional, incluyendo falta de explicaciones adecuadas durante las consultas, trato diferenciado y discriminación por edad, acceso limitado a servicios de salud y respuesta inadecuada a quejas y reclamos. Su testimonio destaca la necesidad urgente de abordar estos problemas y garantizar una atención prenatal respetuosa y equitativa para todas las mujeres embarazadas, independientemente de su edad o cualquier otra característica.

“...las que te atienden en la ventanilla, que te dan fecha para la ginecóloga, para la partera, que se supone que te tienen que explicar también y hacerte entender, pero no pasaba eso. Al final siempre terminaba yendo con mi abuela, porque como mi abuela es más vieja no la tomaban por tonta. Entonces, a mi abuela sí le hablaban bien y a mí, como soy chica, y los tuve a los 17, pero yo iba con 16. Y era chica, no entendía nada y no me explicaba ni eso y tá”. (E10, 17 años)

“Me molestaba, me enfadaba que no podía hacer las cosas porque me trataban mal y no me explicaban. Porque a lo que era chica me trataban diferente, ¿me entendés? Porque no tiene nada que ver que seas chica a que si va mi abuela que es más vieja la traten bien, porque saben que una mujer grande les hace kilombo. Yo no le iba a ir a hacer kilombo”. (E10, 17 años)

“Sí, no me daban ganas de ir porque después tenés que salir del control y tener que ir a pedir todos los papeles de vuelta y que me traten como siempre, la verdad que ni ganas, me daban”. (E10, 17 años)

"A veces también me decían que podía pedir fecha por celular y yo cuando pedía fecha por celular me decían que no, que tenía que ir a la ventanilla. Entonces era como que me estaban tomando el pelo y… " (E10, 17 años)

Se observa que algunas adolescentes experimentan un trato diferenciado y despectivo por parte del personal de salud, especialmente cuando son jóvenes y embarazadas. Esto se manifiesta en una falta de paciencia, falta de explicaciones adecuadas y en ocasiones, maltrato verbal.

"Sí, sí. Ya me conocían todas y siempre me decían lo mismo. Entonces era como que me está tomando el pelo, no sé, me daba rabia. Me tomaba por pendeja". (E10, 17 años)

"Sí, sí, más bien. O sea, lo único es que fue que una vez, yo me acuerdo que había cambiado la fecha para sacarme sangre, me cambiaron y cuando fui para allá, que ellos no tenían registros, yo sí, lo que pasa es que llamé, yo tenía para una, me dice, vos, tenías y se paraste de dos días y no viniste, digo, no, yo llamé, digo tengo la llamada sacada, le digo y me cambiaron la fecha, le digo, Es más, yo la anoté. No, dice, Acá no tenemos nada y si la compañera que estaba a ese día justo no está. Y digo, ¿pero cómo hacemos? Le digo, Pues, ¿sabes? Esos resultados los necesito para la semana que viene. Bueno, no sé, arreglate, porque nosotros no tenemos ninguna fecha. Y me quedé ahí parada y fui a hablar con la nurse, que estaba ahí también sacando sangre con las enfermeras, y le conté lo que me había pasado y ya fue, y dijo que me anotaran ahí, que me ingresaron ahí en el sistema, que ella me iba a sacar sangre igual, porque fue también citada para la semana que viene, que no me iba a dejar sin sacarme sangre". (E11, 19 años)

"Así. No, porque en realidad a ellos iban a hacer cargo de eso. Una vez sola, fui a hacer reclamo a atención del usuario porque yo estaba esperando un ecocardiograma y que hasta ahora, el otro día me llamaron por el ecocardiograma, y me imagino que yo lo estoy esperando de noviembre del año pasado, el ecocardiograma, o sea, estaba estando embarazada. Y claro, yo me acuerdo que había ido a una consulta y me dice todavía no te mandaron, digo no, mira, no me llamaron todavía. Y le pasa, yo necesito dice antes que nazca la bebé, y ya hace dos meses te lo mandé. Y nada, y no me llamaron más, y ahí nomás, mismo que la doctora de alto riesgo, y yo también me quejé en la atención del usuario, pero tampoco no me dijeron mucho. Es más, una vez me acuerdo un maltrato que también sufrí fue cuando llamé una vez a 105, que una de esas cosas fue por las cuales yo me cambié a CuDAM. Llamé a 105 porque me sentía mal y no tenía cómo irme para Pereira Rossell. Y cuando llamo, digo lo que me pasó, mismo la muchacha que me atiende, o sea, que estar embarazada era eso, que me la aguantara, me dice Pero te digo, yo soy igual, chao, me corta." (E11, 19 años)

En la misma línea, la entrevistada E11 describe situaciones en las que enfrentó dificultades para acceder a ciertos servicios de salud y recibió respuestas inadecuadas por parte del personal de salud y administrativo. Destaca la falta de seguimiento adecuado de sus reclamos y la sensación de falta de apoyo por parte del sistema de salud (Córdoba et al., 2022).

Este testimonio resalta la importancia de establecer mecanismos efectivos para abordar las preocupaciones de las usuarias y garantizar una atención prenatal respetuosa y centrada en las necesidades individuales de cada gestante.

> *"Cuando me llama la doctora, ni siquiera me dejó hablar, me dijo lo mismo que me había dicho la muchacha, que eso era estar embarazada, que me la aguantara, que si yo quería ser madre, así como te estoy diciendo. Y yo digo, pero escúchame, ni siquiera me escuchaste el qué es lo que me pasa. A ver, si te sentís mal, te venís a puerta y listo. Está bueno, muchas gracias, chao. Me corta. Cuando yo llamo a Pereira Rosell para un número de atención del usuario, me lo dan, yo llamo y digo, Ustedes no pueden, o sea, ustedes deben tener las grabaciones, le digo, de cuando llamamos o nosotros llamamos más, ¿viste que cuando vos llamás, te dice que graba la llamada, por la duda que pase algo, y digo ustedes deben tener las grabaciones. Sí, pero no podemos, más hasta el nombre de la doctora le dije en ese momento, que yo en ese momento ya ni me acuerdo, pero hasta el nombre de la doctora le dije que me había atendido, la muchacha que me atendió, como habían dicho, y no que ellos nos podían romper esa privacidad, que si yo quería llegar a algo más tenía que ir hasta allá con un abogado porque no podían escuchar las grabaciones" (E11, 19 años).*

Es clave retomar el concepto de interseccionalidad dado que enfatiza la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y la sensibilidad de género al desarrollar estrategias en salud. Esto se debe a que las violencias, desigualdades, discriminaciones y opresiones basadas en género, etnia, clase social u origen geográfico están arraigadas y aceptadas como parte de la realidad social (Colins y Bilge, 2016).

5.5 Mejoras en las consultas (voz de las jóvenes)

El estudio también indagó sobre mejoras o cambios que se podrían hacer a la atención en la consulta prenatal en los servicios de salud del PNA. A continuación se plantean extractos de las entrevistas que proporcionan una perspectiva interesante sobre la importancia de la paciencia y la comunicación empática por parte de los profesionales, especialmente cuando interactúan con jóvenes o personas en situaciones vulnerables como el embarazo.

> *"... No soy quien para decirlo, pero si no, no te dediques a eso. Si no no te dediques a esto, si no sabes tratar así bien a la gente, y más cuando se siente mal o lo que sea, pues no te dediques a eso, dedícate a otra cosa que no sea esto. Porque en una situación así, las personas se sienten mal, están nerviosas, tienen miedo. Me parece que puedes tener un poquito más de paciencia. Y más a la hora de tratar a las personas, no se lo digo yo". (E3, 19 años)*

> *"Que expliquen más a las personas jóvenes y que tengan más paciencia, capaz, ¿no?". (E10, 17 años)*

> *"Yo creo que en la parte donde creo que el apoyo hacia la embarazada es un tema tanto... Viste que uno cuando está embarazada está como más sensible, capaz que vos me decís algo ahora que me pasó en el embarazo y capaz que ahora no como que no le doy mucho corte y capaz que en el embarazo sí me da el tema de la gordura, ¿viste? Yo creo que hay que mejorar un poco la manera de expresarse hacia la otra persona, porque capaz que, no sé, capaz que pensar o sea, si ella tiene salud pública, no sé, yo tengo un título, entonces tengo derecho a hablarla así porque, y en realidad no. Yo creo que eso, la manera de expresarse hacia la otra persona, yo creo que eso sería una de las cosas que tendrían que cambiar" (E11, 19 años)*

Estas jóvenes refuerzan la idea de que la paciencia, la empatía y una comunicación clara y respetuosa son claves para los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes y personas en situaciones vulnerables.

Sugieren que los profesionales de la salud deben ser conscientes de cómo se expresan y cómo sus acciones y palabras pueden impactar en la experiencia y el bienestar de quienes atienden. También subrayan la importancia de una formación adecuada para los profesionales en habilidades de comunicación y empatía, así como la necesidad de un enfoque centrado en la persona en la atención médica y social.

También las jóvenes resaltan la importancia de proporcionar información completa y directa, así como de realizar exámenes completos en la consulta prenatal.

"Sí, que se centralice más en el bebé no?, que traten de escuchar los latidos de los bebés y que se enfoquen más en la madre y en el bebé también. No sé, en ese sentido, la verdad que en todo se está bien, pero en analizar más el bebé, tratar de darle la oportunidad a la mamá y que lo pueda escuchar, que por más que ella lo sienta, nosotros necesitamos la necesidad de escucharlo también" (E1, 19 años)

"Que te sean directo. O sea, si está pasando algo bueno o algo malo, que te lo digan. Por más que a uno le duela o no, que te lo digan" (E7, 19 años)

"Claro, que me estaban mintiendo. Porque, ejemplo, si yo perdía el embarazo, yo me iba a sentir culpable, pero más iba a ir contra ella porque me estaba diciendo que estaba todo bien, cuando no. Porque si yo en ese momento, yo seguía trabajando como ella me decía, que estaba todo bien y yo perdí el embarazo en ese momento porque tenía la placenta baja y el cuello alutero corto, era con más probabilidad que lo perdiera, que tuviera un aborto. Claro. O mismo ella cuando me puso el espéculo. Ahí podía haber perdido el embarazo si ella me seguía forzando" (E7, 19 años)

Estos testimonios resaltan la necesidad de una atención integral y de calidad durante el embarazo, que incluya la salud tanto de la gestante como del bebé. Destacan la importancia de una comunicación clara y directa por parte de los profesionales de la salud, proporcionando información completa y honesta que permita a las jóvenes embarazadas tomar decisiones informadas sobre su cuidado y el de sus bebés. Además, señalan los riesgos asociados con la falta de información y comunicación, subrayando la importancia de una atención de calidad centrada en las necesidades y preocupaciones de las jóvenes embarazadas y sus familias.

UNICEF y INJU (2022) destacan en el documento "*Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay*", la importancia de que los servicios de salud puedan ofrecer un ambiente acogedor, de confianza y seguro para los adolescentes. Asimismo, enfatizan la necesidad de que el equipo de salud esté debidamente capacitado en el entendimiento de las necesidades y desafíos propios de la adolescencia, así como en la integración de perspectivas transversales en su atención.

Otras jóvenes entrevistadas hacen referencia a las institucionales relacionadas con los tiempos de espera y la administración en los servicios de salud.

"....Pero sí, hay veces que la administración, ya no es parte de los profesionales, pero la administración a veces es medio complicada" (E6, 19 años)

"Yo creo que sería el tiempo de espera" (E12, 19 años)

Las declaraciones de las entrevistadas subrayan la necesidad de mejorar la eficiencia y la gestión en los servicios de salud, incluyendo la administración y la reducción de los tiempos de espera. Se destaca que los problemas administrativos y los largos tiempos de espera pueden afectar la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención en salud recibida.

En esta línea, Arias (2017) plantea que un gran obstáculo que presenta la población adolescente en los servicios de salud son relacionados a los tiempo de espera, siendo potencialmente graves.

Estos comentarios resaltan la importancia de abordar las áreas de mejora institucional para garantizar una experiencia positiva para los usuarios y mejorar la calidad general de los servicios de salud.

Capítulo 6. Consideraciones finales y recomendaciones

Tras la exposición teórica y el análisis de los datos, resulta evidente la complejidad que surge al considerar los cuerpos gestantes jóvenes, donde se entrelazan conceptos como soberanía, individualidad, poder, salud y feminismos. Desde mi posición de investigadora percibo a estos cuerpos juveniles como territorios vulnerables, expuestos a múltiples influencias y poderes.

En relación a los objetivos planteados para esta investigación, se han cumplido satisfactoriamente. Permitiendo conocer las experiencias y el trato vivido por gestantes adolescentes en el contexto de la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

Las conclusiones extraídas subrayan la importancia de una atención prenatal sensible y centrada en la persona para las jóvenes embarazadas. Es crucial que las consultas prenatales para gestantes adolescentes se caractericen por una comunicación clara y comprensible, permitiendo que expresen sus inquietudes y reciban información completa sobre el proceso del embarazo, parto, lactancia y crianza.

Durante la exploración clínica en las consultas prenatales, se requiere sensibilidad y cuidado por parte del equipo de salud de gineco-obstetricia. Es necesario que se realicen los procedimientos con respeto y consideración hacia las jóvenes gestantes, brindando una explicación adecuada sobre los resultados y el seguimiento del embarazo para promover una experiencia positiva y segura.

Los hallazgos destacan la necesidad de mejorar la accesibilidad, comunicación y calidad de la atención prenatal para las jóvenes embarazadas. Esto implica garantizar el respeto a su autonomía y brindar un acompañamiento integral a lo largo de todo el proceso gestacional, desde la detección del embarazo hasta el parto y el posparto. Esta recomendación se alinea con el artículo 24 de la CDN (ONU, 1989), que establece el derecho de todo niño y adolescente a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios médicos y atención prenatal de calidad sin discriminación.

Por otro lado, se resalta la complejidad de la experiencia de las adolescentes durante el embarazo y la atención prenatal, así como la importancia de abordar las cuestiones de trato inadecuado y falta de respeto, configurando situaciones de violencia obstétrica en el PNA en el sistema de salud uruguayo. Los escenarios de VO en el PNA constituyen una violación de los principios establecidos en la Ley de Violencia Basada en Género (Uruguay, 2017) y los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño y del Adolescente (ONU, 1989), los cuales garantizan un trato digno y respetuoso a todas las personas, especialmente a las gestantes y a los niños, niñas y adolescentes.

Es importante reconocer que la VO es parte de un proceso más estructural y no debe ser considerada únicamente como un fenómeno circunscrito al parto. La necesidad de mejorar el PNA se vuelve evidente para prevenir y abordar estos problemas desde las primeras etapas del embarazo. Además, es esencial que el PNA no solo se centre en erradicar la VO, sino que también fortalezca otros aspectos de la atención, como la formación continua del personal, la mejora de la infraestructura y el equipamiento, y la promoción de un ambiente de trabajo colaborativo y respetuoso.

En este sentido, es clave promover una atención obstétrica respetuosa y centrada en la usuaria para garantizar el acceso al sistema de salud y su continuidad desde una experiencia positiva y segura para todas las jóvenes durante el embarazo. Por lo que una comunicación clara, la creación de un ambiente de confianza y seguridad, y el respeto por sus decisiones son elementos identificados del trato materno respetuoso. Estos hallazgos subrayan la importancia de una atención obstétrica sensible y centrada en la usuaria durante la atención prenatal, que contribuya al bienestar físico, emocional y psicológico de las adolescentes.

Siendo pertinente realizar estudios longitudinales que sigan a las gestantes jóvenes a lo largo del tiempo para comprender mejor el impacto de la atención prenatal en el resultado del embarazo, la salud materna e infantil, y el bienestar emocional de las jóvenes madres. Como es expresado en el artículo 12 de la CDN (ONU, 1989) el derecho de niños, niñas y adolescentes a expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos que les afecten, y subraya la importancia de incluir su participación activa, por lo que incluir a gestantes jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de investigaciones relacionadas con su atención prenatal, asegurando que sus voces y experiencias sean tomadas en cuenta.

Es necesario continuar explorando esta línea temática sobre el trato profesional y las trayectorias en el sistema de salud, específicamente en la consulta prenatal de jóvenes gestantes, incluyendo a sus parejas y familias, así como también de los profesionales de la salud que las atienden.

En conclusión, las entrevistas y estudios recopilados revelan la complejidad de la experiencia de las adolescentes durante el embarazo y la atención prenatal, subrayando la importancia de una comunicación clara y comprensible en todas las etapas del proceso. Es fundamental que las consultas prenatales incluyan una atención personalizada, permitiendo a las adolescentes expresar sus dudas y preocupaciones, y proporcionando información adecuada y completa sobre el embarazo, las opciones disponibles, y la preparación para el parto y la lactancia.

Se destaca la necesidad de una comunicación clara y respetuosa durante la exploración clínica , donde el personal de salud debe mostrar sensibilidad y cuidado al realizar los procedimientos, y brindar explicaciones adecuadas sobre los resultados y el seguimiento del embarazo. Esto es esencial para promover una experiencia positiva y segura para las adolescentes embarazadas.

Los testimonios de las adolescentes embarazadas destacan la presencia de violencia obstétrica institucional, evidenciando la necesidad de implementar medidas para garantizar un trato respetuoso, equitativo y sensible a sus necesidades, y eliminar las barreras que limitan su acceso a una atención prenatal adecuada.

La formación adecuada del personal de salud en relación con el trato humanizado y la comunicación efectiva con las usuarias es crucial para prevenir la violencia obstétrica verbal y promover un entorno de atención seguro y respetuoso. Los hallazgos subrayan la necesidad de centrar la atención obstétrica en el respeto a los derechos de las jóvenes gestantes, asegurando una comunicación efectiva y la provisión de información clara y completa.

En suma, los estudios y testimonios resaltan la necesidad urgente de mejorar la calidad de la atención obstétrica en los centros de salud del PNA con mejor comunicación, un enfoque en el respeto, la dignidad y la empatía hacia las jóvenes embarazadas, para garantizar una experiencia de atención positiva y segura.

Se evidencia la necesidad de incorporar y promover la consulta prenatal en los espacios adolescentes[10] que funcionan en los centros del PNA entendiendo que el equipo de salud se encuentra especializado y formado para trabajar con esta población, permitiendo disminuir la brecha en las inequidades en la atención (comunicación, adherencia a la consulta, prácticas asistenciales) que son inmersas cuando se las "coloca" en un mundo adultocéntrico sin una mirada hacia sus necesidades.

De las limitaciones del estudio se puede decir que fue dificultosa convocatoria, dado que ninguna de las entrevistadas llegaron a través de redes sociales. Todas las entrevistadas fueron referenciadas con su consentimiento por profesionales de salud o por otras adolescentes. También otras de las limitaciones fue las escasas entrevistadas que se atendían en prestadores privados, lo cual no permitió realizar una comparación entre ámbito público y privado en la atención recibida.

[10] Los espacios de salud adolescente son lugares donde los jóvenes pueden acudir para consultas médicas y recibir asesoramiento profesional en un ambiente de total privacidad y confidencialidad. Su objetivo es fomentar un estilo de vida creativo y saludable, promoviendo activamente la salud juvenil (UNFPA, 2012).

Referencias

Álvarez, J., y Rocha, M. (Eds.). (2022). *Derechos de la niñez y adolescencia en discusión: nueva normalidad, excepción y pandemia.* Corporación de Estudios y Publicaciones. http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/3196

Amnistía Internacional. (2019) *Embarazo Infantil en Uruguay. Aportes para la agenda.* Amnistía Internacional.

Amorín, D., Carril, E. y Varela, C. (2006). Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En Alejandra López (Coord.). *Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población Uruguaya* (p. 125-232). Trilce.

Amorín, D. (2008). *Pubertad y adolescencia. En Apuntes para una posible Psicología Evolutiva.* Psicolibros - Waslala.

Almendra, L. (2020). *Percepción de las adolescentes sobre la atención humanizada durante el trabajo de parto.* [Tesis de Grado, Universidad Nacional del Comahue]. Rdi-UNCO. http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/15592.

Alonso, F., Ferreiro, P. y González, N. (coord) (2022). Adolescencias: una mirada integral. (pp. 398-398). Bibliomèdica ediciones.

Arias, M y Suárez, Z. (2016.). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos.* Ediciones Universitarias.

Arias, M. (2017). *La atención de la salud de la población adolescente: Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes.* [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/39791

Arriazu, A. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero,* (5), 307-318.

Arribas, S., Garrosa, E. y Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Nursing Reports, 13(4)*, 1553-1576. doi:10.3390/nursrep13040130

Barceló, M., Clavijo, L., de los Santos, N., Sánchez, X. (2015). Relevamiento sobre la preparación para la maternidad y paternidad en Montevideo y dos departamentos del interior del país. [Tesis de Grado, Facultad de Medicina, Escuela de Parteras. Universidad de la República].

Barrera, A. (2017). Reflexiones sobre el ejercicio de la autonomía reproductiva en el contexto de violencia de pareja. *Revista Tesis Psicológica*, 12(2), 72-83

Batthyany, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2012) *La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados.* https://www.cepal.org/es/publicaciones/5846-la-poblacion-uruguaya-cuidado-persistencias-un-mandato-genero-encuesta-nacional

Bauman, Z. (2005) *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica

Benia, W. y Reyes, I. (2008) *Temas de Salud Pública. Tomo I.* Oficina del Libro FEFMUR.

Belli, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos, *Revista Red bioética/UNESCO*, 7, 25-34. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y .

Bera, L., Souchon, M., Ladsous, A., Colin, V., y Lopez-Castroman, J. (2022). Impacto emocional y conductual de la epidemia de COVID-19 en adolescentes. *Current Psychiatry Reports* , *24* (1), 37-46.

Berterretche, R. y Sollazzo, A. (2012). El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un centro de salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saúde em Debate,* 36, 461-472.

Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Cavada, G., Schindler, P., Burgos, R., Foster, J. (2016). Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*, 40, 218-225.

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gulmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health, 11*(71). https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71

Briozzo, L., Grenno, A., Tarigo, J., Gallino, M. V., Viroga, S., Greif, D., Nozar, M. F. (2020). Integrando los derechos sexuales y reproductivos en la clínica desde el compromiso profesional de conciencia: derechos sexuales en la práctica clínica. (pp. 396-396)

Brunet, N., Fernández G. y López, A. (2019). *Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes.* Universidad de la República, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción (Vol. 68)*. Universitat de València.

Cabella, W., Fernández Soto, M., Pardo, I., & Pedetti, G. (2023). *La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016-2021)*. [Documento de trabajo, FCS-PP, 11]. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad Multidisciplinaria.

Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El Cotidiano. Universidad Autónoma Metropolitana.* 191, 79-86. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32538023009

Cafaro, A. (2015.). Cuando el embarazo ocurre en la adolescencia. En: *XIV Jornadas de Investigación: Uruguay a tres décadas de la restauración democrática*.

Castañeda , J., y Santa-Cruz, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global, 20(2), 109–128.* https://doi.org/10.6018/eglobal.438711

Castellano, G., Alemán R, G., Celio, S., Sosa, S,, y Verges, M. (2022). Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. Revista Uruguaya de Enfermería, 17(2), e205. https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a8

Castillo, L. (2017). Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha. https://docplayer.es/156930959-Pontificia-universidad-catolica-del-ecuador-esmeraldas.html#google_vignette

Castillo, E. (2021). Manual de ginecología y obstetricia para pregrados y médicos generales. *Oficina del Libro FEFMUR*. (pp. 359-359).

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoaméricana*, (24), 43-68. https://www.redalyc.org/pdf/2933/293349445003.pdf

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 Años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19 (1), 37-42. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781

Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos.* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Castro, R., y Frías, S. (Coord) (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina.* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Centurión, M, y Pivel, P. (2023). Capítulo 1. Adolescencias y derechos. Cómo actuamos desde la interdisciplinariedad. *Archivos de Pediatría del Uruguay,* 94, e402. https://doi.org/10.31134/ap.94.s1.2

Checa, S. (2005). Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. *Anales de la educación común.* 1(1-2), 183-193. https://cendie.abc.gob.ar/revistas/index.php/revistaanales/article/view/214

CIDH (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf

Connell, R. (1997). La organización social de la masculinidad. En Teresa Valdés y José Olavarría (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis, pp. 31-48*. Isis Internacional, FLACSO-Chile.

Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. https://doi.org/10.1177/0891243205278639

Collins, P. y Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.

Córdoba, J., Farías, C., Barboza, E., Delgado, V., & Buzeta, F. (2022). Discapacidad y salud sexual y reproductiva: sensibilización y capacitación a equipos de salud en Uruguay. *Integralidad sobre ruedas*, 8(1), 95-112.

D'Oliveira, N. (2002). *Lactancia materna prolongada: elementos para la reflexión.* IBFAN. Montevideo, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil.

Declaración de Ceará en torno a la Humanización (2000). Recuperado de: http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm

del Risco, O., Zambrano, E., Guerrero, N. y Surita, F. (2021). Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(3), 244. https://doi.org/10.18597/rcog.3695

Doyenart, M. y Varela, C. (2017). Saltando etapas del curso de vida: maternidad en la adolescencia. *Cuadernos del Claeh,*36(106), 37-56. https://doi.org/10.29192/CLAEH.36.2.3

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.

Facio, A. (2003). Los derechos humanos desde una perspectiva de género y las políticas públicas. *Otras miradas*, 3(1), 15-26.

Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia.* [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/4473

Filippi, V., Chou, D., Ronsmans, C., Graham, W., & Say, L. (2016). Levels and causes of maternal mortality and morbidity. In Black, R. E., Laxminarayan, R., Temmerman, M., & Walker, N. (Eds.), R*eproductive, maternal, newborn, and child health: Disease control priorities (3rd ed.)*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361917/

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Instituto Nacional de la Juventud. (2022). *Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay.* https://bibliotecaunicef.uy/documentos/267_Situacion%20de%20bienestar%20psicosocial%20salud%20mental%20adolescentes%20Uruguay.pdf

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2019). *Estrategia mundial de Partería 2018-2030.* https://lac.unfpa.org/es/publications/unfpa-estrategia-mundial-de-parter%C3%ADa-2018-2030

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2021). *Evaluación regional sobre la contribución del UNFPA en materia de planificación familiar y de aseguramiento de insumos, América Latina y el Caribe.* https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/espanol_estudiodecasosyevaluacioncompleto_0.pdf

Foucault, M. (1976) *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber, 1*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1983). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión.* Siglo XXI.

Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad. Vol. 3. La inquietud de sí*. Siglo XXI.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.

Gaete, V. (2010). El control de salud del adolescente. *Revista Médica Clínica Las Condes,* 21(5), 798-815.

Galain, A., Dapueto, J. y Varela, B. (2018) Manual de Habilidades Avanzadas de la Comunicación. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. http://psicologiamedica.org.uy/wp-content/uploads/2021/07/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Ines-Galain.pdf

Galiano Ramírez, M. D. L. C., Prado Rodríguez, R. F., & Mustelier Bécquer, R. G. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, *92*.

Giallorenzi, M. L. (2020). Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 42-56.

González, A. (2019). Erotización infantil y gramáticas afectivas: discursos sobre la infancia en la era 2.0 en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, (31), 101–118. https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.31.06.a

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill

Hincapié, J., y Medina, M. (2019). *Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho. Cuadernillos Digitales de Casos.* UNAM

Iniciativa Internacional del Parto (ICI) (2018). Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa. https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2024/07/ICI_12steps_SPANISHfull.pdf

Imaz, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y sociedad*, (36), 97-111. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=154622

Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2018). *Informe Cuarta Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ).* Montevideo: INE-INJU. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/informe-iv-encuesta-nacional-adolescencia-juventud-2018

Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. (2019). *Infancia y género: Un encuentro necesario.* http://iin.oea.org/pdf-iin/publicaciones/2019/Infancia%20y%20G%C3%A9nero%20-%20Un%20encuentro%20necesario.pdf

Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (2015). *Salud y derechos sexuales y reproductivos: la clave para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.* https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_2020_gender_2015_spa_web.pdf

Lutz, E. (2017). *Provocaciones de una Partera. Pasado, presente y futuro. Parteras, partos y algo más. Varios*

López, P., & Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Gurises Unidos.

López-Gómez, A. (2015). *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*. Udelar- UNFPA.

López-Gómez, A., Varela, C. (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdades sociales en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo*. Udelar, UNFPA.

López-Gómez, A., Graña, S., Ramos, V., & Benedet, L. (2021). Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e93. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.93

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización.* [Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/8256

Magnone, N. (2016). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/…

Magnone, N. y Farías, C. (2021). Derechos reproductivos en la asistencia del embarazo y parto en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19. In *" Contexto 2020": diálogo de saberes desde el trabajo social* (pp. 201-205).

Magnone, N. (2022). Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres. [Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/33502

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y Adolescente, Universidad de la República y Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud.* https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-el-area-de-la-salud

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de Atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud, UNFPA. (2014). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel.* https://uruguay.unfpa.org/es/publications/aportes-para-el-abordaje-de-la-salud-de-adolescentes-en-el-primer-nivel

Ministerio de Salud Pública. (2017) *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. Actualización.* https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional.* https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional

Ministerio de Salud Pública (2019). *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo.* https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/PEA15-%20flujograma%20atencio%CC%81n.pdf

Ministerio de Desarrollo Social - Instituto Nacional de las Mujeres (2019). *Segunda Encuesta de Prevalencia de Violencia basada en Género*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero-generaciones

Mujer y Salud en Uruguay. (2022). *Violencia obstétrica en cifras.* https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2022b-Violencia-obstetrica-en-cifras.pdf

Morris, J., y Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131, S40-S42.* https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006

Olesker, D. (2014) *Economía, política y economía política para el acceso a y la cobertura universal de salud en Uruguay. Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud*. OMS, OPS, UDELAR. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=467&Itemid=307

Oliver, Q. (2004). *La Convención en tus manos: los derechos de la infancia y la adolescencia.* https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=47

Olza, I. (2017). *Parir: el poder del parto*. Penguin Random House.

Olza, I. (2014) Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111(1), 79-83.

Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica.*Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (96), 35-41.

Organización de las Naciones Unidas. (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos.* https://www.un.org/es/universal-declaration-hu

Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2021). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.* https://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/DECLARACION-DE-YAKARTA.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003) *Sexual Health: Working Definitions. Grupo de Consulta Internacional sobre Salud Sexual de la Organización Mundial de la Salud.* http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#4)

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=A814DCFBCD0A24252E4638D5739B8577?seque nce=1

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12

Organización Mundial de la Salud. (2020). *El embarazo en la adolescencia.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Organización Mundial de la Salud. (2022). Mejorando la calidad de la atención en los servicios de salud. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Adolescent and youth sexual reproductive health: opportunities, approaches, and choices.* https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/sexual_health_final.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología. (2019) *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Cuidados Antenatales*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/51740

Orozco, A. y Rocha, T. (2018). *Violencia Obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema*. https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf

Palacios, J. (2001). Las técnicas cualitativas de investigación social en la medición de calidad de los servicios públicos: una aproximación teórica y metodológica. *Revista*

Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, (4), 85-100. https://doi.org/10.20932/barataria.v0i4.270

Pizarro-Ruiz, JP, & Ordóñez-Camblor, N. (2021). Efectos del confinamiento por Covid-19 en la salud mental de niños y adolescentes en España. *Scientific reports* , *11* (1), 11713.

Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M. J., y Sanhueza, G. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud pública de México*, 55, 572-579.

Quattrocchi, P. (2019) Obstetric violence observatory: contributions of argentina to the international debate. *Medical Anthropology*, 38(8), 762-776. http://hdl.handle.net/11390/1169380

Quattrocchi, P. (2018) Violencia obstétrica aportes desde América Latina. *Gênero & Direito*, 7(1). https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974

Ramos, V. (2022). *Vida e iniciación sexual en adolescentes de Montevideo: experiencias, discursos y significados.* [Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología. Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/35979

Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento. (2003). http://relacahupanuruguay.blogspot.com/

Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de des(e)obediencias: Psicoanálisis y género. Versiones de una clínica contemporánea.* Noveduc.

Rich, A. (2019) *Nacemos de Mujer. La maternidad como experiencia e institución.* Traficantes de sueños.

Rodríguez, J., Di Cesare, M., y Páez, K. (2017). *Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia.*

Salgado, F., y Diaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (29), 23-34.

Salsa, M. (2021). Las obstétricas bonaerenses: reflexiones acerca del ejercicio de la partería profesional en Argentina. *Universitat Autònoma de Barcelona; AFIN*; 127(3), 1-15. http://hdl.handle.net/11336/136601

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología.* CLACSO

Schmidt, M. (2021). Violência obstétrica contra adolescentes: em debate suas causas e formas de manifestação. [Tesis de Especialización, Universidade Federal Do Pampa]. https://repositorio.unipampa.edu.br/jspui/handle/riu/6519

Sollazzo, A., y Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva, 16, 2829-2840.*

Sosa Sánchez, I. A. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28(55), 87-98.

UNFPA Uruguay. (s.f.). Espacios de salud adolescente y joven: Un clic. Recuperado el 7 de julio de 2024, de https://uruguay.unfpa.org/es/noticias/espacios-de-salud-adolescente-y-joven-un-clic?page=7%2C3

Uruguay (2001). *Ley Nº 17386 Acompañamiento a la mujer en el preparto, parto y nacimiento.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001

Uruguay (2004). *Ley N° 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia.* https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004

Uruguay (2007) *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61

Uruguay (2008). *Ley N° 18.426. Ley sobre salud sexual y reproductiva.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008%2033

Uruguay (2008). *Ley N° 18.335: Ley de Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008#:~:text=Los%20pacientes%20y%20usuarios%20tienen,nivel%20cultural%20o%20capacidad%20econ%C3%B3mica.

Uruguay (2008). Decreto 379/008 Criterios de investigación con seres humanos. https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008

Uruguay (2012). *Ley 18.987. Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo*. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012

Uruguay (2018). *Ley N° 19580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017

Taylor S., Bogdan R. (1984) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. https://www.academia.edu/22605912/Metodos_cualitativos_investigacion_Taylor_y_Bogdan

Trevizo, A. (2018). Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética. *Dilemata*, (28), 51-62.

Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M. (2015) Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(8), 1045–1049. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451

Tobar, E., Sánchez, Y., Rengifo, J., Mosquera, M., Campo, M. y Bravo, J., (2019). Violencia Obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146. https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006

Varela, C. y Fostik, A. (2011). Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Población*, (8), 115-140. https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304006.pdf

Varela, C., Fostik, A. y Fernández, M. (2012). *Maternidad en la Juventud y desigualdad social. Cuaderno n° 6*. UNFPA.

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.* http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n29/n29a02.pdf

Varela, C., Pardo, I., Lara, C., Nathan, M. y Tenenbaum, M. (2014). *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo (Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, fascículo 3)*. Trilce.

Varney, H., Kriebs, J., Gegor, C. (2006). *Partería profesional de Varney*. Organización Panamericana de la Salud.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional.* Síntesis.

Vázquez R., León, I. (2013). *Atención Primaria de Salud. Primer Nivel de Atención. Medicina Comunitaria. El cambio de Modelo en Medicina Familiar y Comunitaria*. Oficina del Libro FEFMUR.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1),7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003#6

Vignolo, J, Linder C. (2013) *Medicina Familiar y comunitaria.* Oficina del Libro FEFMUR.

Vivas, E. (2020) *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Godot.

Viera, M. (2017). Género y Juventud: categorías y condicionamientos relacionales. *Vitam, Revista de Investigación en Humanidades*, 3(1), 62-82. https://revistavitam.mx/index.php/vitam/issue/view/5/5

Vanegas, A. (2021). Mujeres jóvenes: epistemología feminista y estudios de juventud. *Polémicas feministas*, 5, 1-16. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/polemicasfeminista/article/view/35715/35830

Weiss, E. (2012). Los estudiantes como jóvenes. El proceso de subjetivación. *Perfiles Educativos*, 24(135), 134-148.

Apéndice 1. Caracterización de las entrevistadas

Código	Edad	Escolarización	Gestas	Vía de Finalizaciòn	Sem. Gestación	Prestador de salud	Profesional que la atendía
E1	19	CB incompleto	1 G	Cesárea	38	Pública	Ginecología
E2	18	Primaria completa	1 G	Cesárea	39	Pública/Privado	Ginecología
E3	19	CB completo	1 G	Cesárea	38	Pública/Municipal	Partera
E4	18	CB incompleto	1 G	Parto Vaginal	36	Pública	Ginecología
E5	15	Primaria completa	2G	Parto Vaginal	41	Pública/Municipal	Partera
E6	19	CB incompleto	2G	Parto Vaginal	38	Pública	Partera
E7	19	CB completo	1G	Parto Vaginal	37	Pública	Ginecología Partera/ MFYC
E8	16	CB incompleto	2G	Parto Vaginal	40	Pública	Partera/Ginecología
E9	17	Bachillerato incompleto	1G	Parto Vaginal	36	Pública	Partera
E10	17	CB completo	1G	Cesárea	41	Pública	Partera
E11	19	CB completo	2G	Cesárea	36	Pública/Privada	Partera/Ginecología
E12	19	Primaria completa	1G	Parto Vaginal	40	Pública/Municipal	Ginecología

Apéndice 2. Pauta de entrevista

Nombre:	
Edad:	
Antecedentes Obstétricos (cantidad de hijos/as):	
Fecha de finalización de gestaciòn:	
Institución donde se realizó la consulta prenatal:	
Profesional que realizò la consulta prenatal:	
Nivel Educativo máximo alcanzado:	

- ¿Concurriste al control de embarazo/consulta prenatal? Si lo hiciste, ¿cuántas fueron? Desde cuándo y hasta cuándo?
- ¿Cómo fue la experiencia de la consulta prenatal? (re preguntando cuando aparecían incidentes relacionados al intervencionismo médico, al maltrato y al haber podido ser, o no, tenida en cuenta para tomar las decisiones sobre su cuerpo)
- ¿Concurrió acompañada a la consulta/s? En el caso que sí, dejaban ingresar al acompañante que tú quisieras.
- ¿Se explicaba los procedimientos que se realizan en cada consulta? Tales como: tactos vaginales, medición de altura uterina, auscultación de latidos fetales, maniobras de Leopold (maniobras abdominales realizadas con las manos para conocer la posición y situación del feto en relación al útero materno).
- En el caso que se mandara estudios paraclínicos (Hemograma, grupo sanguíneo y RH, estudios serológicos, urocultivo, orina, ecografías, exudado vagino rectal, citología cervical, etc) ¿Se explicaba cómo se realizarìan y cual era el objetivo de los mismos?
- ¿Se brindaba un espacio para que tú pudieras hacer consultas en relación al embarazo o a tu salud?

- Al finalizar la consulta se te informaba sobre los signos y síntomas de consulta en la puerta de emergencia? o que fueran de consulta inmediata? ¿Recuerdas alguno de ellos?
- ¿Cómo describirías el trato que se te ofrecía tanto del profesional que te atendía como del resto del equipo de salud (enfermería, registros médicos, laboratorio, etc.)
- ¿En algún momento se te negó información o acceso a algún tipo de estudio o procedimiento?
- ¿Te sentiste discriminada en algún momento? (edad, etnia, nivel socioeconómico, nivel educacional, género, etc.)
- En el caso que te sintieras incómoda o con un trato inadecuado de parte de los profesionales seguían concurriendo con él/la misma profesional?
- ¿Recuerdas un control de embarazo que te haya marcado? (Sea por una buena noticia o por otro motivo)
- ¿Si tuvieras que mejorar algo de la asistencia que recibiste que sería?

Cierre: Quieres agregar algo más o te gustaría contarme algún otro aspecto que no fue preguntado. Familiar o amiga que pueda entrevistar.

Apéndice 3. Hoja de información

Título: ***"Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención"***
Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República; Dr. Tristán Narvaja 1674, Departamento de Montevideo Uruguay.
Fuente de financiación: Agencia Nacional de Investigación Innovación (ANII)
Datos de contacto de la investigadora principal: Obst. Partera Andrea Akar, correo electrónico: andreaakar@gmail.com , contacto: 099 459 222. Tutora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farias, correo electrónico: macafaro@gmail.com, contacto: 099 023 365

La presente investigación tiene como objetivo conocer las percepciones y naturalización de la violencia obstétrica en el contexto de la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay recogiendo los testimonios de adolescentes que hayan gestado en los últimos tres meses.
Si aceptas que tu hija participe en la investigación, se realizará una entrevista la cual tiene una duración aproximada entre 45-90 minutos y será grabada su audio.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los cuestionarios y los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Tu participación no tendrá beneficios directos para ti, aunque contribuirá a la comprensión científica del trato profesional y a la violencia obstétrica que sufren muchas mujeres adolescentes y sus familias por los equipos de salud del primer nivel de atención.

Este tipo de estudios puede relevar situaciones vividas en las cuales usted se haya sentido incómoda o haya sufrido violencia. En caso de que esto ocurra, el/la investigador/a se compromete a coordinar con los servicios de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y/o al servicio de salud al que usted esté asociado/a. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que los/las participantes pueden abandonar la misma cuando lo deseen, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación, puede consultar directamente al/a la investigador/a responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigador/a responsable _____
Firma _____
Fecha _____

Apéndice 4. Consentimiento informado (madre/padre o tutor/a)

Por medio de este documento doy mi permiso para que mi hijo/a participe en la investigación titulada: **"Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención"**. Como participante, mi hija será entrevistada una duración aproximada entre 45-90 minutos y será grabado su audio.

Declaro que:

He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.

He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y la participación de mi hija en el mismo.

Entiendo que la participación de mi hija es voluntaria y libre, y que puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno.

Entiendo que no obtendremos beneficios directos a través de dicha participación, y que si mi hija llega a sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se le ofrecerá la atención adecuada.

Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán los datos personales de mi hija.

Entiendo que al firmar este consentimiento ni yo ni mi hija renunciamos a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y localidad _____:

Firma del/de la tutor/a del/de la participante:	Firma de la investigadora:
_____	_____
Aclaración de firma:	Aclaración de firma:
_____	_____

Apéndice 5. Asentimiento informado (para adolescentes)

Título de la investigación: ***Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atenciòn***
Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República; Dr. Tristán Narvaja 1674, Departamento de Montevideo Uruguay.
Fuente de financiación: Agencia Nacional de Investigación Innovación (ANII)
Datos de contacto del/de la investigador/a responsable: Obst. Partera Andrea Akar, correo electrónico: andreaakar@gmail.com , contacto: 099 459 222. Tutora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farias, correo electrónico: macafaro@gmail.com, contacto: 099 023 365

Mi nombre es Andrea Akar, soy Obstetra Partera y estoy cursando estudios de posgrado en la Facultad de Psicología. Estamos realizando la investigación "Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atenciòn" para saber como es el trato que reciben las adolescentes en el control de embarazo.
Tu participación consistirá en responder preguntas sobre tu control de embarazo. La duración de estas actividades es aproximadamente entre 45 a 90 minutos y te grabaremos usando un grabador de voz.

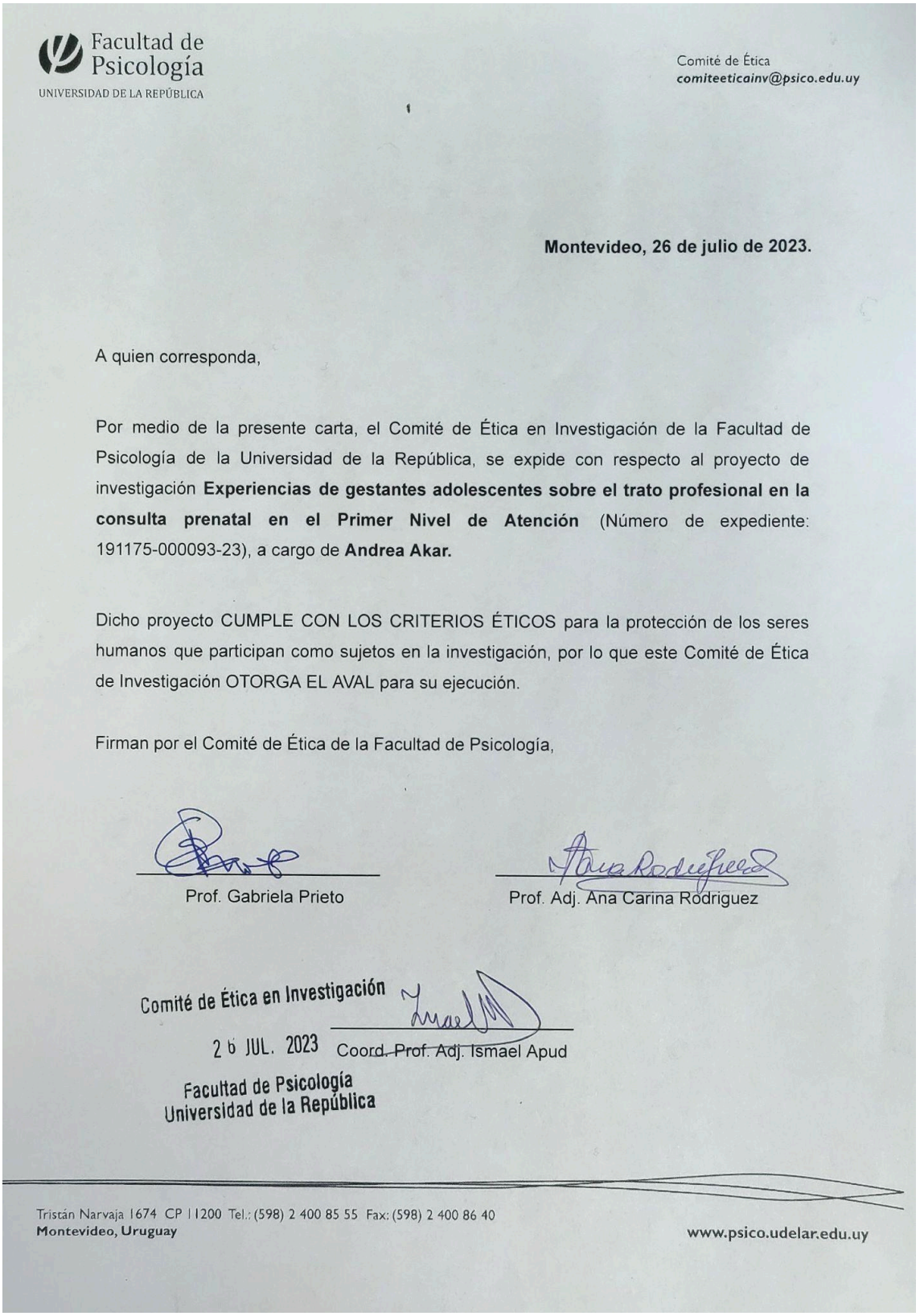
Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Si en algún momento algo te hace sentir mal o te provoca algún malestar, puedes decirnos y entonces suspendemos la actividad. También, y si así lo deseas te daremos toda la ayuda que necesites para que te sientas mejor, y podemos llamar a tus padres o a quien consideres oportuno.
Tu participación no tiene beneficios para ti, pero nos ayudará a entender mejor cómo se desarrolla el trato profesional a las adolescentes embarazadas en la consulta prenatal. La información que nos des es confidencial, o sea que no sabrá nadie que contestaste, salvo nuestro equipo de trabajo.
Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un tic ☑ en el cuadro de abajo que dice "Sí quiero participar", y escribe tu nombre, firma y fecha.

☐ Sí acepto participar en la investigación

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Anexo 1. Aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología



Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Comité de Ética
comiteeticainv@psico.edu.uy

Montevideo, 26 de julio de 2023.

A quien corresponda,

Por medio de la presente carta, el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se expide con respecto al proyecto de investigación **Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención** (Número de expediente: 191175-000093-23), a cargo de **Andrea Akar.**

Dicho proyecto CUMPLE CON LOS CRITERIOS ÉTICOS para la protección de los seres humanos que participan como sujetos en la investigación, por lo que este Comité de Ética de Investigación OTORGA EL AVAL para su ejecución.

Firman por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología,

Prof. Gabriela Prieto

Prof. Adj. Ana Carina Rodriguez

Comité de Ética en Investigación
26 JUL. 2023
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Coord. Prof. Adj. Ismael Apud

Tristán Narvaja 1674 CP 11200 Tel.: (598) 2 400 85 55 Fax: (598) 2 400 86 40
Montevideo, Uruguay

www.psico.udelar.edu.uy