

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2010

Maternidad temprana en sucesivas generaciones de familias pobres

Trejo, Adriana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/968>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social

Tesis de Licenciatura:

MATERNIDAD TEMPRANA EN SUCESIVAS GENERACIONES DE FAMILIAS POBRES

Por: Adriana Trejo

Directora: Mag. Mónica Burmester

Co-directora: Lic. Eugenia Epele

Fecha: febrero 2010

*El ser humano sabe hacer de los obstáculos nuevos caminos,
Por que a la vida le basta el espacio de una grieta para renacer...*

Ernesto Sábato

*Bruno, tu presencia en este mundo
me compromete y motiva a querer mejorarlo.
La oportunidad de hacerlo profesionalmente empieza hoy...*

Agradecimientos:

*A Marcelo, mi gran compañero de ruta,
A mi mamá, Leo y Ale, por no perder la fe en mí,
A mi papá, que me enseñó la importancia de "la segunda mirada",
Al Lic. Trassens que me acompañó en el proceso,
A Mónica que fue un "sí" entre tantos "no",
A Eugenia que me dio la seguridad de su apoyo
Y a todos aquellos que sin saberlo despertaron en mí las ganas que nunca perdí...*

INDICE

Agradecimientos	3
Introducción	6
<u>Parte I: Marco Teórico</u>	10
<u>1. Familia</u>	11
1.1. Transformaciones y cambios	12
1.2. La familia en los sectores populares	12
1.3. Roles de género	13
<u>2. Adolescencia</u>	14
2.1. Definición. Características. Etapa de grandes cambios	15
2.2. Representación social según género	16
2.3. La adolescente de sectores populares	17
2.4. Cómo viven su sexualidad	18
<u>3. Embarazo adolescente</u>	19
3.1. Definición	19
3.2. Riesgos	19
3.3. Consecuencias posibles para el niño y su madre	20
<u>4. Pobreza</u>	21
4.1. Definición	21
4.2. Transmisión intergeneracional ¿Siempre, a veces, nunca?	22
<u>5. Salud Pública</u>	24
5.1. Situación actual en M.D.P.	24
5.2. Contexto institucional del HIEMI	25
5.3. Salud sexual y reproductiva como problema de salud pública	26
5.4. Programa Nacional de Educación Sexual Integral	28
<u>6. El abordaje del Trabajador Social</u>	29
6.1. Su intervención en el área de salud pública	29
6.2. Ética de la profesión	31
6.3. Incumbencias	32

<u>Parte II: Aspectos Metodológicos</u>	34
1. Objetivos	35
1.2. Objetivos específicos	35
1.3. Objetivos desde la especificidad del Trabajo Social	36
2. Tipo de diseño	36
3. Universo de la muestra	37
4. Unidad de análisis	37
5. Criterios de inclusión	37
6. Técnica de recolección de datos	38
7. Desarrollo de la experiencia	39
 <u>Parte III: presentación de resultados</u>	 41
1. Datos de base de las entrevistadas	42
1.1. Análisis e interpretación de datos	43
1.1.2. Entrevistas con profesionales	58
1.1.3. Genealogías	62
 <u>Parte IV:</u>	 66
1. Conclusión	67
2. Anexos:	70
2.1. Mapa de los barrios	71
2.2. Código de Ética (extracto)	72
2.3. Documento de Araxá (extracto)	76
2.4. Ley 26.150	84
 <u>Bibliografía consultada</u>	 87

INTRODUCCION

En la actualidad los/as adolescentes y jóvenes de los estratos populares urbanos y rurales, en particular, sufren un riesgo de exclusión sin precedentes derivados de una confluencia de determinaciones que –desde el mercado, el Estado y la sociedad- tienden a concentrar la pobreza entre ellos y a distanciarlos del “curso central” del sistema social. Entre estos factores se encuentran las transformaciones de las familias, que contribuyen a la pobreza de las nuevas generaciones, especialmente en caso de los hogares populares, puesto que en los hogares de menores ingresos son más frecuentes los problemas surgidos de flías incompletas e inestables, que repercuten intensa y negativamente en la socialización de sus hijos...¹

En los últimos treinta años, y como consecuencia de la implementación de las políticas neoliberales, familias enteras integradas por trabajadores vieron precarizadas sus condiciones de vida a partir de ser éstos expulsados del mercado formal laboral, teniendo que buscar refugio en el mercado informal de trabajo y en actividades cuentapropistas.²

En este contexto de precarización profunda y extrema vulnerabilidad nacen, se desarrollan y crecen niños y adolescentes, estando la sociedad Argentina hoy por hoy frente a la tercera generación de personas que nunca han visto trabajar a sus padres.

Por lo antedicho, y por ser la adolescencia un período que se caracteriza por la formación de pautas de conductas cuyos efectos se extenderán hasta la edad adulta,³ es que los adolescentes parecieran ser los menos favorecidos en este tránsito de sus vidas, especialmente “ellas”:

Según dice Liliana Calvo, una de las influencias más importantes en el desarrollo de la autoestima proviene de la familia de origen, sin embargo en contextos donde niñas pequeñas que deberían ser aún motivo de cuidado y atención por ser hijas menores, conocen y cumplen las rutinas de la casa, es difícil imaginar el desarrollo de una identidad propia y original. Más bien ésta estará ligada a todo aquello relacionado a lo doméstico y al rol de madre.⁴

A su vez Griselda Ferrero plantea lo interesante que resulta ver cómo, de qué manera, niñas pequeñas incorporan costumbres, modos de vida, ejercicios de determinadas prácticas domésticas, funciones socialmente reconocidas como adultos, sin que esto sea visualizado o entendido como algo anormal o inadecuado.⁵

En un mundo lleno de carencias, donde la adolescente vive desde siempre la dificultad de acceder a lo propio, donde se repite lo prestado, lo heredado, donde la posibilidad de un proyecto en sí mismo es impensado o si existiese, limitado por el entorno, donde pareciera

¹ Giberti, Eva. “La familia a pesar de todo”. 2005.

² Sarlo V. tesis de grado inédita “Un estudio en el marco de los movimientos sociales de la década del 90”

³ Infesta Domínguez, G. Continuidad y cambio. 2002.

⁴ Calvo, L. “Familia, resiliencia y red social”. 2009.

⁵ Ferrero, G. “Violencia familiar, causa o consecuencia. 2009.

que en definitiva no hay posibilidad de protagonismo alguno, cobra fuerza la imagen de madre, transmitida intergeneracionalmente y reforzada por el entorno cotidiano. Superando cualquier condición que el cambio generacional ha puesto delante suyo, muchas adolescentes, al igual que su madre en su juventud quedan embarazadas.

En síntesis, esta temática constituye una preocupación social de suma importancia, ya que el embarazo adolescente y el posterior nacimiento de un hijo implican una cadena de responsabilidades y obligaciones que, en general, determinan la interrupción del desarrollo de una etapa crucial en el ciclo de la vida de las personas como es la adolescencia.

A esto debemos agregar que la pobreza genera niños y niñas en condición de alto riesgo como puede comprobarse frecuentemente entre las concurrentes al HIEMI.

El presente trabajo investiga las posibles causas que conducen a las adolescentes a iniciarse en la maternidad en esta etapa de sus vidas, repitiendo así la historia de sus madres por lo menos desde este aspecto

Existe mucha bibliografía sobre madres adolescentes en las que se presentan una multiplicidad de factores que conducirían a un embarazo temprano, pero no tratan el motivo de la repetición como tema específico, sino la maternidad joven en su generalidad.⁶

Se pretende dar aquí un enfoque diferente a partir de ajustar la mirada en lo particular y específico de adolescentes menores de edad marplatenses y de esta manera obtener implicancias prácticas para futuras intervenciones en el Trabajo Social local.⁷

Respecto a la especificidad del Trabajo Social se investiga y reflexiona el rol del Trabajador Social en el área de Salud pública, específicamente en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI).

De acuerdo al conocimiento al que se pretende arribar, se enmarca en la investigación de tipo exploratoria, dando una visión general y aproximativa, respecto a la realidad en estudio.

La metodología utilizada que se considera adecuada responde a una lógica cualitativa por ser un tipo de investigación que produce datos descriptivos a través de las propias palabras habladas o escritas de los protagonistas y su conducta observable.

Se utilizarán fuentes semiestructuradas (entrevistas, observaciones) y no estructuradas (documentos, material bibliográfico referente al tema).

⁶ Ver, Infesta Domínguez, 2002; Geldestein y Pantelides, 2001; Pantelides y Cerruti, 1992; Kuasñosky y Szulik, 1996; Manzini y Wang, 2003; Urresti 2003.

⁷ Ver sobre la cuestión de la repetición de la historia materna, Infesta Domínguez, 2002; Geldstein y Pantelides, 2001; Pantelides y Cerruti, 1992; Kuasñosky y Szulik, 1996; Mancini y Wang, 2003; Urresti, 2003)

El cuerpo de este trabajo consta de cuatro apartados. En una primera parte se expone el marco teórico que remite a una conceptualización de los conceptos más importantes que enmarcan esta investigación.

En la segunda parte se plantean los aspectos metodológicos de la investigación propiamente dicha, y el desarrollo de la experiencia.

La tercera parte consta de la presentación de los resultados y su análisis para arribar finalmente en una cuarta parte donde se presentan las conclusiones y anexos.

1. FAMILIA

Liliana Barg (2008) sostiene que la familia es un “nomos” que tenemos todos en mente porque nos ha sido inculcado a través de una labor de socialización llevada a cabo en un universo que estaba organizado según la división en familias. Son ficciones sociales, construcciones sociales que existen realmente en tanto que están reconocidas colectivamente.

Sin embargo, esta construcción social y arbitraria, parece situarse del lado de lo particular o de lo universal. En ella se entrecruzan representaciones sociales culturalmente teñidas de mandatos, prejuicios, actitudes de valoración o desvaloración, creencias y mitos. La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, porque en ella se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, entre varón y mujer, entre padres e hijos, donde puede haber autoritarismo, abuso, violencia, individualismo y discriminación. (Liliana Barg, 2008)

Esta investigación se sustenta en estos conceptos, ya que resaltan la importancia de la transferencia intergeneracional a partir de los roles adquiridos socialmente en el ámbito intrafamiliar. Expresan a su vez, como término destacado el de socialización, debiendo entenderse en este caso “socialización primaria”⁸.

Al parecer, este tipo de socialización adquiere gran importancia para el grupo de adolescentes en estudio. Recordemos lo que explicaba también Liliana Calvo (2002) al decir que una de las influencias más importantes en el desarrollo de la autoestima proviene de la familia de origen...

No podemos obviar otro tipo de definiciones respecto de “familia” que enriquecen y agregan entendimiento a la cuestión, por eso se cita a Elizabeth Jelin (1998) cuando refiere que el concepto clásico de familia parte de un sustrato ideológico ligado a la sexualidad y a la procreación. La familia es la institución que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad “legítima” y a la procreación. Sin importar la sociedad en cuestión, se trata siempre de cómo se organiza la convivencia, la sexualidad y la procreación. (Elizabeth Jelin, 1998)

⁸ En psicología este término sirve para designar el proceso por el cual el individuo, especialmente el niño, internaliza los diferentes elementos de la cultura y la sociedad en que vive (normas, pautas, valores, códigos simbólicos, reglas de conducta) que le permiten actuar en la vida social conforme a las expectativas de la misma sociedad, el término incluye dentro del mismo proceso la endoculturación y la personalización del individuo. Diccionario de Trabajo Social. Ander Egg, E. 1995.

Transformaciones y cambios

Por ser una institución social básica, la familia no puede estar ajena a los valores culturales y a los procesos políticos de cada momento histórico (Jelin 2005).

Las familias han enfrentado importantes cambios en las últimas décadas: transformaciones demográficas, aumento de hogares con jefatura femenina, crecimiento de la participación económica de las mujeres, y la emergencia, en el plano simbólico, de nuevos modelos de familia (Arraigada 2001). Es que las tres dimensiones de la definición clásica de familia –la sexualidad, la procreación y la convivencia– han experimentado profundas transformaciones y evolucionado en direcciones divergentes, de lo que ha resultado una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia (Jelin 1998).

La familia sirve de protección frente a riesgos tales como crisis económicas, pérdida del empleo, enfermedad y muerte de algunos de sus miembros, hecho que resulta revalorizado en economías en las cuales los sistemas de protección social por parte del Estado no están bien desarrollados. Esto la convierte en un recurso estratégico de gran valor (CEPAL 2005). La paradoja está en reconocer que si bien es refugio y apoyo frente a las condiciones cambiantes del mundo externo, sus propias modificaciones pueden ser fuente de inseguridad (cambios de estado civil o migraciones, entre otras). Es decir que las familias son muy vulnerables frente a las crisis, pero es a ellas a quién más se recurre como protección en esos casos (Arraigada 2001). Es en la familia donde se definen “las dimensiones más básicas de la seguridad humana: los procesos de reproducción material y de integración social de las personas.” (PNUD 1998: 192)

1.2 La familia en los sectores populares

Debido a su naturaleza intergeneracional, la familia es una instancia mediadora entre la estructura social en un momento dado y en el futuro. Cuando no hay intervenciones externas, la familia tenderá a transmitir y reforzar los patrones de desigualdad existentes, por varias vías. Por un lado, la transmisión hereditaria de propiedades y riquezas, por el otro, el efecto del clima educativo familiar sobre los niños. En cualquier caso, la familia tiene un rol central en perpetuar los privilegios de algunos y en reproducir el círculo vicioso de la pobreza, a no ser que haya políticas que se propongan influir sobre esta cuestión. (Jelin 1996).

Describiendo la generalidad de las familias en estudio nos apoyamos en lo analizado por Sofía Cecconi ⁹ para comprender la configuración de las mismas: suelen ser familias ampliadas o extendidas que incluyen transitoriamente o no, a hermanas o hermanos del jefe o de la jefa del hogar, abuelos, nietos y sobrinos por lo general bajo el mismo techo.

Es así como en el ámbito doméstico conviven niños, jóvenes y adultos de los dos sexos que, en la mayoría de los casos, pertenecen a tres o más generaciones distintas. Asimismo es corriente que los niños o jóvenes de la casa sean hijos de padres diferentes, en la mayoría de los casos, fruto de uniones sucesivas de la madre. También es habitual que los jóvenes se instalen con sus parejas en la vivienda de sus padres e incluyan a sus hijos cuando éstos van llegando y, también, que las madres adolescentes solas habiten allí con su descendencia. Muchos jefes de hogar se encuentran subocupados o desocupados y como consecuencia, a menudo, son las mujeres quienes realizan el aporte más importante a la economía familiar.

Es en este tipo de hogares y como forma de sostener la cotidianeidad que se cuenta con las niñas menores de la casa para llevar a cabo todas aquellas tareas que en otros sectores sociales son realizadas únicamente por adultos (cuidados de niños pequeños, hermanos, sobrinos, lavado de ropa, preparación de alimentos, etc.)

1.3. Roles de género

Inicialmente se trata de diferenciar género de sexo. Se puede definir el sexo como aquello que está determinado por la naturaleza y designa las características biológicas de un ser humano al nacer. El género en cambio, se refiere al conjunto de características sociales y culturales de lo femenino y lo masculino.¹⁰

Huggin's y Magally a su vez, definen el género como "(...) una construcción social e histórico de los contenidos simbólicos de lo femenino y masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Es una forma primaria de relaciones de poder condicionada por elementos fundamentales de la división sexual del trabajo. Sus contenidos simbólicos incluyen los estereotipos, valores y creencias sobre qué significa ser mujer o ser hombre y se transmite de generación en generación a través de los procesos formales e informales de socialización, con cambios más

⁹ Cecconi, S. en "Juventud, cultura y sexualidad". Bs. As. 2003

¹⁰ La problemática de sexualidad y la procreación. Programa Médicos comunitarios. 2007.

o menos significativos entre padres e hijos. Afectan las identidades y condiciones de vida de las mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades (...)"

Respecto al concepto específico de rol de género tenemos al conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para cada sexo y que determina el ideal del género. A su vez éste se forma por la relación entre:

- representaciones ideales de los padres, tomados como "modelos" ejemplares de género,
- representaciones del niño/a "ideal", provenientes del ideal de los padres, y de la cultura de lo que debe ser un niño/a,
- representaciones del propio niño/a acerca del varón/nena ideal que ellos quieren ser.¹¹

Es claro entonces entender a partir de esta definición cómo los roles se aprenden e incorporan en el seno familiar inicialmente y se refuerzan en el intercambio de las relaciones sociales.

Ante lo dicho podemos agregar que diferentes estudios (UNICEF, Pantelides y Geldstein 2001) sostienen que en las familias de sectores populares las imágenes de roles de género más tradicionales¹² están arraigadas en la cotidianeidad. La superposición de la condición de género y de clase tiene efectos negativos en el desarrollo de las capacidades de decisión de las jóvenes más pobres.

Esto se debe, entre otros factores, a que la mujer tiene menos posibilidades objetivas de salir del ámbito doméstico, que, más allá de la edad, suele requerirla para el desarrollo y mantenimiento de las actividades que éste implica.

2. ADOLESCENCIA

"...ser joven-mujer-madre en un contexto social de pobreza aguda lleva a la pregunta sobre su condición juvenil..."

Silvia Kuasñiosky y Dalia Szulik

¹¹ Perel Goldvarg, N. www.mvpress.com.ar/14AREAS/PSICOLOGIA/0011identidadidealdelgenero.htm

¹² La expresión "roles de género tradicionales" se utiliza para hacer referencia al conjunto de valores, creencias, actitudes, etc., que muestran marcadamente la histórica división entre el hombre "preñador-protector-proveedor" (Gilmore 1990 en Infesta Domínguez 2002) y la mujer destinada a la crianza de los hijos y las responsabilidades hogareñas.

Esta investigación tiene como objeto de estudio adolescentes mujeres que han sido madres, de modo que en este apartado del marco teórico hará hincapié en el género femenino.

2.1. Definición. Características. Etapa de grandes cambios

Diferentes autores no se han puesto de acuerdo sobre cuáles son los límites de edad de la adolescencia. Mientras que para los documentos de Naciones Unidas se ubicaría entre los 12 y 18 años, algunos censos toman la etapa de 14 a 19 años y muchos autores consideran que la adolescencia se prolonga más allá de los 20 años. (UNICEF 2003)

Lo que sí está claro es que en estos períodos ocurren transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales. (OMS)

Correa, C., Faur, E.¹³ y otros agregan que además de los criterios de edad, hay muchas otras formas de definir la adolescencia porque también hay muchas formas de vivirla. La adolescencia no es lo mismo entre pobres y ricos, entre chicos y chicas, en los diferentes países, religiones, culturas y situaciones sociales. Incluso actualmente hay sociedades y sectores de población que realmente no tienen adolescentes. En algunos grupos que viven en situación de pobreza en la Argentina, los chicos pasan directamente de la niñez a la adultez, porque a muy tempranas edades deben asumir responsabilidades de adultos: mantener económicamente a sus familias, cuidar a sus familiares de edades menores o mayores, sanos o enfermos, ocuparse de los quehaceres domésticos, formar pareja, tener hijos.

Si bien términos de adolescencia y juventud definen ‘grupos de edad’, no se los puede demarcar con la exactitud que suponen intuitivamente los criterios de edad, puesto que sus límites son variables, y sus fronteras son, antes que naturales, sociales, es decir que están socialmente construidas y, por lo tanto, varían histórica, geográfica y culturalmente.¹⁴

La adolescencia es un período de la vida que se caracteriza por la formación e incorporación de pautas de conductas cuyos efectos se extenderán hasta la edad adulta (Infesta Domínguez 2002), etapa vital que se caracteriza por la adquisición de conocimientos que serán necesarios para incorporarse por ejemplo a las áreas de trabajo. Pero como se desprende de lo planteado anteriormente, sucede de este modo solamente en quienes forman parte de clases sociales acomodadas...” (CELADE en Giberti, E. 2005).

¹³ Correa, C., Faur, E. y otros. Manual de capacitación: sexualidad y salud en la adolescencia .UNICEF. 2003.

¹⁴ Urresti, M. “informe del área de adolescencia”. UNICEF, doc. De trabajo N°2.2001.

No se da así en grandes grupos de jóvenes que están inmersos en la pobreza. Esta etapa es saltada sin proponérselo.

2.2. Representación social según género

Siguiendo la misma línea teórica decimos que la identidad de género está determinada por la cultura, a través primero del grupo familiar y luego por la interacción con otros grupos sociales. Se transforma entonces en una inscripción mental que comienza con el nacimiento y forma parte de la estructuración de la identidad. En la identidad de género cumple un papel fundamental la identificación. Éste es el proceso mediante el cual una persona asimila un aspecto, propiedad o atributo de otra persona, y se transforma parcial o totalmente sobre el modelo de esta. Nos constituimos en personas mediante una serie de identificaciones, y éstas contribuyen a consolidar nuestra identidad. (Perel de Goldvarg 2004)

En las sociedades occidentales, los roles de género que tradicionalmente se han considerado adecuados para los hombres son los de trabajador, principal proveedor económico del hogar, jefe de la familia y líder de la comunidad. Estas actividades son asumidas por los hombres porque responden a características distintivas de la personalidad masculina. El modelo sexual femenino ha girado en torno a la crianza de los hijos y las responsabilidades en relación con las obligaciones hogareñas. Si bien en las últimas dos o tres décadas se han producido cambios culturales que han modificado los roles tradicionales de mujeres y hombres, Moore y Rosenthal (1993) sostienen que no hay dudas sobre que cierto estereotipo de rasgos tradicionales todavía existe y es particularmente fuerte en la adolescencia.¹⁵

Las habilidades que los adolescentes definen como características distintivas de cada género guardan una estrecha relación con los roles que ellos consideran que deben desempeñar el hombre y la mujer en una familia. Por un lado, muchos jóvenes –especialmente de estrato bajo– coinciden con la división tradicional de roles. En las familias de estrato medio/alto es más frecuente encontrar modelos de relación de género más igualitarias (Domínguez Infesta 2002).

Pantelides y Geldstein (2000) sostienen que las imágenes de género asociadas la aceptación de roles tradicionalmente adjudicados a varones y mujeres implica un modelo de

¹⁵ Domínguez Infesta, Continuidad y cambio en Encrucijadas. Bs. As. 2002

relación entre los sexos que es poco conducente a la adopción de conductas de cuidado frente al embarazo, siendo esto parte del tema en cuestión.¹⁶

Dentro del ámbito familiar desde pequeñas viven un mandato tradicional que es sostenido y reforzado por el entorno. Entre las adolescentes aparece con recurrencia la triada de proyectos madre-ama de casa-esposa, con una fuerte identificación con la casa y el espacio de lo doméstico.

Los pocos intentos por recorrer otros espacios públicos se ven cercenados a partir del abandono de la escuela, la no concurrencia a clubes o diferentes lugares de encuentro con pares, o con los fracasos en los intentos de conseguir empleo. Pareciera entonces que todo conduce a concretar lo aprendido y vivido desde pequeñas: cuidar chicos, permanecer en el hogar.

2.3. La adolescente de sectores populares

Es imprescindible recorrer el contexto social en el que se encuentran estas adolescentes. Gran parte de la población adolescente de nuestro país atraviesa, a partir de las dos últimas décadas “circuitos de daño psicosocial” que incluyen procesos de deterioro personal presentes en diferentes instancias sociales como son el trabajo, la familia, la ciudadanía; condicionamientos sociales que resultan de la pertenencia a un medio pobre y circunstancias que conllevan una valorización social negativa con sus consiguiente estigmatización.¹⁷

El aumento cuantitativo de la pobreza y el empeoramiento cualitativo de las condiciones de vida a partir de la crisis que estalló en las últimas décadas generaron modificaciones estructurales que están asociados a la aparición de un clima que conformaría, en parte, la cultura juvenil, popular.¹⁸

“Este clima se inscribe en el marco de una crisis sin precedentes que se manifiesta en desesperanza, ausencia de expectativas favorables, pérdida de la idea de progreso, retiro de la valoración positiva del trabajo, desconfianza en los mecanismos tradicionales de socialización, (...)” (Kuañosky y Szulik 2000)

¹⁶ La actitud femenina suele ser de mayor pasividad y de hasta sumisión. Suele existir mayor dificultad para desarrollar capacidades de decisión entre las que pos supuesto están incluidas las del cuidado propio.

¹⁷ Weinstein y otros 1989, citado en Margulis. Juventud, cultura y sexualidad. 2003.

¹⁸ Kuañosky y Szulik en “La juventud, es más que una palabra.”. 2000.

2.4. Cómo viven su sexualidad

Las importantes transformaciones corporales características de la adolescencia son procesadas de modo diferente según la clase social y el género. (Cecconi, Sofía, 2003)

En los sectores populares, (a diferencia de lo que ocurre en las clases medias), se establece un circuito corto caracterizado por un rápido tránsito por la adolescencia y por una pronta incorporación al mercado de trabajo, o al mundo de la calle dada la actual crisis expresada sobre todo en el desempleo; es frecuente, también entre las mujeres, la maternidad temprana.

Como hemos explicado con anterioridad en estos sectores suele encontrarse que los roles de género tradicionales están arraigados con más fuerza que en otros, en donde los adolescentes vivencian más variedad de modelos identificatorios. Así ocurre en el ámbito de la sexualidad y las conductas vinculadas a ella. Tanto las mujeres como los varones se inician sexualmente a edades relativamente tempranas.¹⁹

Las actitudes de autocuidado o de descuido están relacionadas con las maneras en que cada sociedad piensa que deberían comportarse y relacionarse entre sí los varones y las mujeres. El ejercicio de la sexualidad entonces, suele verse condicionado por la posición subordinada de la mujer, y muchas veces, por la definición de la identidad femenina asociada a la maternidad. (Geldstein, Pantelides 2001)

Carrizo Barrera²⁰ define como sexualidad al “conjunto de manifestaciones y expresiones biológicas, psicológicas y socioculturales que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social”

Involucra sentimientos, percepciones y opiniones ligados a nuestra identidad. Es mucho más que la genitalidad y las relaciones sexuales.

Entre las y los adolescentes del sector analizado se comprueba que la sexualidad por lo general se desarrolla en situaciones precarias que promueven un tipo de sexualidad de contacto y más rápida, y en condiciones que dificultan la adopción de medidas de precaución y cuidado.

¹⁹ Esto puede responder al hecho de que existen pocos espacios para la intimidad en el hogar y por eso es frecuente la convivencia de los niños y jóvenes con la sexualidad de los adultos. (Cecconi, S. 2003)

²⁰ Carrizo Barrera, H.et.Al.: Educación y sexualidad. Consejo Nacional de Población. México 1982.

3. Embarazo adolescente

3.1. Definición

Por maternidad adolescente se considera a la joven que haya dado a luz antes de cumplir los 20 años.²¹

La maternidad adolescente comienza a aparecer como preocupación social en la década del 70'. En 1974 la OMS la incorpora al interior de la salud adolescente planteándola como problema de creciente importancia. Distintos organismos internacionales plantean que la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta y que cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente se impone a los implicados una sobreadaptación, a una situación nueva para la cual no están ni emocional ni socialmente preparados . (Ibíd.)

3.2. Riesgos del embarazo adolescente

Los riesgos de salud para las madres adolescentes y sus hijos provienen en mayor medida de las deficiencias nutricionales y la falta de atención médica (a las que muchas veces están expuestas por desconocimiento o desinformación), vinculada a la vida en condiciones de pobreza más que a la propia edad de las madres.²²

Aunque en las chicas de estas edades en comparación con las madres mayores de 20 años existen más probabilidades de presentarse durante el embarazo complicaciones físicas como: mayor frecuencia de anemias por una mala alimentación, presión alta, desnutrición, mayor incidencia de partos prematuros (antes de las 37 semanas) y riesgo de complicaciones en el parto por la inmadurez del aparato reproductor, especialmente en las menores de 15 años.²³

Geldstein y Pantelides (2001) plantean que entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. La falta de controles prenatales y los cuidados consecuentes afectan en forma directa la salud del bebé, más allá que sean situaciones probablemente reversibles. La población adolescente integra un gran

²¹ Genolet, A. y otros. Maternidad adolescente: estudio de las prácticas maternas en mujeres pobres del Paraná.

²² Laura Golovanesky. Tesis vulnerabilidad y transmisión intergeneracional de la pobreza. Inédita. Bs. As. 2007

²³ Geldstein, R y Pantelides, E. Riesgo reproductivo en la adolescencia. UNICEF.2001

porcentaje del total de los casos informados cada año con infecciones de transmisión sexual. Estas enfermedades incluyen, entre otras:

- Clamidia, que puede causar esterilidad en la persona afectada e infecciones en los ojos y neumonía en el bebé recién nacido.
- Sífilis, que puede causar ceguera, la muerte de la madre y la muerte del bebé.
- VIH, el virus que causa el SIDA. El tratamiento durante el embarazo reduce considerablemente el riesgo de que la madre infectada transmita la infección al bebé.
- HPV (dos de sus variedades producen cáncer de útero)

¿Cuáles son los riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes? En comparación con los bebés de madres adultas (20-40 años), los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida. Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. Sumado a todo esto es común que las adolescentes dependan económicamente de su familia o del sistema de asistencia social en comparación con las madres que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida. (UNICEF)

3.3. Consecuencias posibles para el niño y su madre

La salud de los adolescentes tiene también efectos intergeneracionales. Los bebés nacidos de padres adolescentes presentan mayor riesgo de insuficiencia ponderal y muerte. También es más probable que padezcan las mismas dificultades sociales o económicas que han debido afrontar sus padres. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.²⁴

A partir de la deserción escolar que, suele estar íntimamente relacionada con la maternidad temprana, la probabilidad de conseguir trabajos bien remunerados es baja. En esta situación la crianza de los niños se desarrolla en un contexto de carencias (tanto desde el

²⁴ Según el consultor James E. Rosen, a cargo de estudios de investigación del depto de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS.

punto de vista material, como educativo) con mayor probabilidad de que estas trayectorias se reproduzcan.²⁵

Correa, C y Faur, E. plantean que el embarazo en la adolescencia tiene consecuencias psicosociales tanto para la mujer como para el varón. Sin embargo, el impacto en los varones está menos estudiado, dado que muchas veces ellos no se hacen cargo del bebé por nacer. De todos modos, y más allá de esta posibilidad, ser padre o madre conduce a una serie de cambios como pueden ser el abandono de los estudios, la necesidad de salir a trabajar, restricciones para salir con sus pares, etc., con todas las implicancias que esto podría acarrear: frustración, encierro, negación. Todas estas situaciones afectan desde el inicio de sus vidas a los hijos que con lógica natural tenderían a repetirlas en su adultez.

4. Pobreza

Según los últimos datos de la CEPAL (2009) la actual crisis financiera que afecta al mundo provocará que 9 millones de personas caigan en situación de pobreza en América latina este año, hasta sumar 189 millones de pobres.

El estudio de la CEPAL muestra además que la pobreza golpea más fuerte en América latina a los niños y mujeres que al resto de la población: es 1,7 veces más alta en menos de 15 años que en adultos y 1,15 veces mayor en mujeres que en hombres.

4.1. Definición

En toda sociedad se trata de establecer algún tipo de umbral que permita determinar la existencia de hogares que no alcanzan lo que se considera en esa sociedad como condiciones dignas de vida. En este sentido, la definición de pobreza parte de un juicio de valor acerca de cuáles son los niveles de bienestar mínimos a los que debe tener acceso un ser humano, cuáles son las necesidades básicas cuya satisfacción es indispensable. Esto implica la referencia a alguna norma sobre las necesidades básicas y su satisfacción que permita discriminar entre quienes son considerados pobres y quienes no.

Tales niveles de bienestar y tales necesidades consideradas básicas varían para las distintas sociedades y culturas, por ende la fijación de estas normas siempre resultará arbitraria e

²⁵ Golovanesky, L. (Ibid.)

punto de vista material, como educativo) con mayor probabilidad de que estas trayectorias se reproduzcan.²⁵

Correa, C y Faur, E. plantean que el embarazo en la adolescencia tiene consecuencias psicosociales tanto para la mujer como para el varón. Sin embargo, el impacto en los varones está menos estudiado, dado que muchas veces ellos no se hacen cargo del bebé por nacer. De todos modos, y más allá de esta posibilidad, ser padre o madre conduce a una serie de cambios como pueden ser el abandono de los estudios, la necesidad de salir a trabajar, restricciones para salir con sus pares, etc., con todas las implicancias que esto podría acarrear: frustración, encierro, negación. Todas estas situaciones afectan desde el inicio de sus vidas a los hijos que con lógica natural tenderían a repetirlas en su adultez.

4. Pobreza

Según los últimos datos de la CEPAL (2009) la actual crisis financiera que afecta al mundo provocará que 9 millones de personas caigan en situación de pobreza en América latina este año, hasta sumar 189 millones de pobres.

El estudio de la CEPAL muestra además que la pobreza golpea más fuerte en América latina a los niños y mujeres que al resto de la población: es 1,7 veces más alta en menos de 15 años que en adultos y 1,15 veces mayor en mujeres que en hombres.

4.1. Definición

En toda sociedad se trata de establecer algún tipo de umbral que permita determinar la existencia de hogares que no alcanzan lo que se considera en esa sociedad como condiciones dignas de vida. En este sentido, la definición de pobreza parte de un juicio de valor acerca de cuáles son los niveles de bienestar mínimos a los que debe tener acceso un ser humano, cuáles son las necesidades básicas cuya satisfacción es indispensable. Esto implica la referencia a alguna norma sobre las necesidades básicas y su satisfacción que permita discriminar entre quienes son considerados pobres y quienes no.

Tales niveles de bienestar y tales necesidades consideradas básicas varían para las distintas sociedades y culturas, por ende la fijación de estas normas siempre resultará arbitraria e

²⁵ Golovanesky, L. (Ibíd.)

insatisfactoria para algunos. Entonces, el concepto de pobreza es esencialmente normativo. Pero además, este debe referirse al estilo de vida predominante en la sociedad, que crea los deseos e impone las expectativas que dan origen a las necesidades. Aún así existe una dimensión absoluta de la pobreza que, sin escapar al contexto, no puede definirse sólo en función de él. Esta dimensión puede verse como núcleo irreducible de privación absoluta, “que traduce manifestaciones de indigencia, desnutrición y penuria visible en un diagnóstico de pobreza sin tener que indagar primero la escena relativa”.²⁶

Como vemos el concepto “pobreza” puede ser descrito o medido de diferentes manera y múltiples las variables para considerarlo.

La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un deterioro del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos y el bajo nivel de ellos. . Un intento de definición responde al hecho de que la pobreza debe ser vista como el resultado de un modelo económico y social, ejercido y aplicado en un territorio y tiempo determinado, por los diversos agentes económicos y políticos, que producen en la sociedad sectores excluidos de los beneficios totales o parciales del modelo en ejecución. A estos sectores excluidos de tales beneficios se los llama generalmente pobres o más genéricamente se los considera como parte de la pobreza existente.²⁷

La pobreza no es entonces, una causa que deba ser tratada como tal para combatirla, es más bien el resultado de procesos complejos y extendidos en el tiempo, que son difíciles de apreciar a simple vista y que requieren investigación sostenida para lograr su comprensión antes de plantear cualquier intento de terminar con ella.

4.2. Transmisión intergeneracional ¿Siempre, a veces, nunca?

Los bebés de padres adolescentes tienen más probabilidades de padecer las mismas dificultades sociales o económicas que han debido afrontar sus padres.

²⁶ Sen, A. (1978) en Golovanesky.

²⁷ Ferrero, G. Violencia Familiar. Causa o consecuencia. 2009.

(...) Si acaso, ante la pretensión de establecer una relación de causalidad entre el embarazo temprano y la pobreza, en nuestros países debería considerarse que el contexto de pobreza y de falta de oportunidades es “causa” del embarazo temprano y de sus consecuencias negativas y no al revés”²⁸

Diferentes autores entre ellos Pantelides (2004) postulan que en lugar de pensar la maternidad adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza, el argumento puede invertirse: es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y padecen más ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen, aún cuando apoya a la nueva familia no cuenta siempre con los recursos necesarios, pudiendo tornarse la adolescente y su hijo una carga extra para los familiares. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza. (Ferrero 2009) Sin sacar grandes conclusiones se podría aseverar entonces que todo esto conlleva al desarrollo de generaciones futuras con un porcentaje importante de sus miembros en situación de desventaja física, intelectual, social.

Más allá de lo que los autores nos presentan con sus diferentes posturas, el planteo aquí a tener en cuenta no es tanto si la maternidad adolescente es una de las causas de la transmisión intergeneracional de la pobreza o la pobreza una de las causas de la maternidad adolescente, sino más bien el poder reconocer que en estas variables seguramente habrá una influencia mutua sumada a otras tantas, y poder admitir la responsabilidad que como profesionales y ciudadanos tenemos frente a este tipo de situaciones que impactan y afectan el desarrollo de una sociedad sana y libre.

²⁸ Stern, (2001) citado en Programas médicos comunitarios. Cap2. Tomo 10 A.2007

5. Salud Pública

Resulta oportuno este apartado para conocer y/o actualizarse en el estado actual de la salud pública y conocer la definición de salud reproductiva, ya que las dimensiones que ésta alcanza son las consideradas al momento de elaborar políticas sociales conducentes a que la misma pueda ser ejercida en su totalidad por todos los habitantes del país.

Gran parte del material informativo que se leerá a continuación y en el apartado de “El abordaje del Trabajador Social” fue gentileza del personal del HIEMI realizado en los diferentes espacios de capacitación y actualización profesional permanente sustentados por bibliografía idónea.

Para poder comprender el lugar que ocupa un Hospital Público, se considera de fundamental importancia aclarar que el sistema de salud argentino, combina tres tipos de servicios que funcionan de forma paralela: público (financiado a través de los impuestos. Puede ser nacional, provincial o municipal); privado (que es optativo y destinado a sectores de ingresos altos; obras sociales (que se financia mediante aportes de carácter obligatorio para el trabajador).

Los casos que presenta esta investigación pertenecen al grupo formado por más de la mitad de la población del país que ha visto limitado abruptamente desde generaciones anteriores, su posibilidad de mejorar la calidad de vida; yendo al Hospital Público a curar dolencias y/o atender situaciones que se relacionan con el hecho de vivir en un medio social devastado por el hambre y la pobreza, entre otras cosas.

5.1. Situación actual en Mar del Plata

Con las políticas neoliberales profundizadas en la década de los 90', las desigualdades sociales y económicas se han ido acentuando en la Argentina. Algunos sectores sociales, los de mayores ingresos han podido acceder a servicios de salud de mejor nivel o más alto costo y mayor complejidad, mientras que los sectores más pobres cada vez han tenido más dificultades para alcanzar los servicios mínimos.

En el año 2001, el país entró en una crisis económica nunca antes vista: el impacto fue tan alto que se declararon la emergencia económica y financiera, la laboral, de la salud, etc. Así entramos en un período de “emergencias”. Todo se hacía para socorrer lo inmediato, con

lo cual, todo lo que se había deteriorado hasta entonces en el sistema de salud, se terminó de derrumbar. Se comenzó un proceso de aplicación de planes sociales focalizados y selectivos, también se comenzó a percibir los efectos de la falta de inversiones estatales para la salud desmercantilizada y universal que ofrece el subsector público. Pensando en la organización del sistema de salud en los tres niveles de atención²⁹ Alberto Barletta³⁰ expone que “el 80% de las patologías tiene que ser atendidas en el primer nivel. El 12% en el segundo, que es el de la complejidad mediana, y el 8% restante en el más complejo. Esa debería ser la vía. Pero en realidad, el primer nivel está fallando, las Unidades Sanitarias, más conocidas como salitas, se ven imposibilitadas de cumplir la función para la que fueron pensadas. Si se tiene en cuenta que deberían absorber el 80% de la demanda, y derivar a los hospitales los casos de complejidad mayor, las salitas tendrían que ocupar un lugar estratégico en el diseño y planeamiento del sistema sanitario. Sin embargo han sido relegadas sistemáticamente.

En este sentido, en lo que refiere a la dinámica cotidiana de un Hospital, se puede decir que hoy los mismos se encuentran desbordados. “Hay dos razones que lo explican: la primera es fruto de la pobreza, de la marginalidad. Las enfermedades de pobreza han crecido y la salud de la gente ha desmejorado y al sistema sanitario le ha aumentado la demanda de manera exponencial. Y lo segundo, es que muchos de los que tradicionalmente se atendían en el sector privado a través de las obras sociales, se van a atender al hospital público, porque las obras sociales están desfinanciadas por la disminución del número de trabajadores y el congelamiento del salario.”³¹

5.2. Contexto institucional del HIEMI

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, integrando la región sanitaria VIII. La misma ocupa la zona sudoeste de la Provincia de Buenos Aires y

²⁹ El sistema de salud se organiza a través de tres niveles de atención: 1º Nivel: puerta de entrada al sistema, Llevan adelante acciones de primeros auxilios, diagnóstico y tratamiento básico en medicina Gral., medidas preventivas y educativas, control del niño sano, vacunación, control de embarazo etc. 2º Nivel: organización más compleja y con mayor disponibilidad de recursos. Su área de influencia es mayor y la población también puede usarlo como puerta de entrada al sistema. 3º Nivel: cuentan con tecnología específica para enfermedades o procesos que se presentan en la población y requieren de recursos especializados. Posee tecnología de alta complejidad. Cumplen además funciones de docencia e investigación. Por ej: HIEMI.

³⁰ Director del Hospital Gutiérrez. En Colapso en los Hospitales Públicos.

³¹ Mapelli, D. y Demaestri, V. “Colapso en los Hospitales Públicos”

está constituida por 16 partidos: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gessel.

El HIEMI recibe derivaciones, para atención especial y de alta complejidad, de los hospitales y unidades sanitarias de las diferentes localidades que integran la región sanitaria VIII. También atiende a la población de la ciudad de Mar del Plata por derivación de los centros de atención primaria de la salud municipales o por demanda en la guardia o consultorios externos del hospital. Se reciben niños de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del 8º mes de gestación. El HIEMI se inscribe dentro de la administración pública y depende jerárquicamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pero es un hospital descentralizado.

5.3. Salud sexual y reproductiva como problema de salud pública

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en el año 1994 se definió a la Salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos”.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles, en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos...”³²

En salud pública y basándose en la comprensión de la importancia de la sexualidad en la salud y la vida, se intentan abordar un conjunto de problemas al respecto tales como:

³² Según el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación (2005) la salud reproductiva “incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente de acuerdo con sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método conceptual adecuado, reversible, no abortivo y transitorio para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener”. Incluye también la “detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias”.

- Embarazos no deseados en adultos y adolescentes
- Morbilidad y mortalidad materna
- Actualización de tecnologías anticonceptivas
- Abortos inseguros
- Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA
- Cáncer cérvico, uterino y mamario

Estos problemas tienen una serie de causas comunes y están fuertemente influidos por situaciones de inequidad y exclusión. En ellos también inciden conductas sexuales de riesgo debidas a la falta de información, predominio de valoración negativa de la sexualidad, patrones de conducta sexistas, etc., que pueden ser abordados a través de una estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud.

Como intento de garantizar el derecho de ejercer una sexualidad saludable en todas sus dimensiones se inscribe La ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (nº 25.673), que procura dar respuesta a los problemas antes mencionados.

El abordaje enfatiza la prevención basada en la información y la comunicación, la promoción y el acceso a los servicios e impulsa el desarrollo de autonomía de las personas en la toma de decisiones libres e informadas respecto del ejercicio de la sexualidad y la procreación.

Esta Ley promueve una serie de ejes de trabajo. Para el desarrollo de esta investigación se tienen en cuenta algunos de ellos con más preponderancia:

- El derecho a informarse sobre el cuerpo (funciones), anticoncepción y cuestiones de género.
- El conocimiento de los lugares concretos de acceso a información, consultas y reclamos.
- La disponibilidad de anticonceptivos y preservativos en forma gratuita, tanto en los servicios públicos de salud como en la cobertura de las obras sociales y medicinas prepagas.
- La disponibilidad de diferentes métodos adaptables a las características personales, del medio familiar y sociocultural.

Quizás una de las cuestiones más importantes a plantearse como profesional respecto a estos temas es reconocer permanentemente (y promover dicho reconocimiento a nivel macro), que no son temas únicamente médicos, sino de toda la sociedad. El ideal sería implementarse finalmente en otras áreas como la educativa y poder así incorporar otros actores, como educadores. En relación a esto último se plantea el apartado a continuación.

5.3. Programa Nacional de Educación Sexual Integral ³³

La ley 26.150 sancionada el 4 octubre del 2006 y promulgada el 23 del mismo mes y año establece:

“...que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimiento seductivos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la ciudad autónoma de Buenos Aires y municipal.”

Este programa fue creado en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos las disposiciones específicas del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable (mencionado en el apartado anterior), entre otros.

En su amplia cantidad de artículos y en función de el presente estudio, se destaca el artículo 3° planteando los siguientes objetivos:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas.
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud sexual en general y *la salud sexual y reproductiva en particular*.
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

El artículo 4° plantea que las acciones que promueva este programa están destinadas a todos los niveles: desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

Se destaca también en el artículo 8° que “el diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etáneos.

Por último dice en su artículo 10° que “La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de

³³ Ver anexo.

capacitación docente” y que se establecerá, en un plazo de ciento ochenta días, un plan que permita el cumplimiento de la misma con un plazo máximo de cuatro años.

Actualmente todavía pareciera haber mucha resistencia y el tema no está institucionalizado.

6. El abordaje del Trabajador Social

“El ejercicio profesional desempeñado como Trabajadoras Sociales nos acerca a formas novedosas e impensadas de cumplir la función...” A. Genolet y otros³⁴

6.1. Su intervención en el área de salud pública

La OMS define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Por eso, “sentirnos bien” no implica solamente no estar enfermos sino también gozar de un nivel de vida adecuado, con acceso a la educación, la vivienda, la alimentación y con la asistencia adecuada de la salud. Todas estas cuestiones sociales.

Lo que acontece en salud, entonces, es una expresión de la cuestión social que provoca la necesidad de conocer para intervenir, de accionar sobre ella: intervención que contemple hoy, más que nunca, el proceso de salud-enfermedad como un proceso social e históricamente determinado. Siempre se tendió a escindir lo social como un determinante de la salud. Pensar la salud en términos donde la dimensión social en toda su complejidad no esté contemplada, es erróneo.

Se trata de poner de manifiesto que el malestar que aqueja al cuerpo obedece a un proceso de salud-enfermedad quebrantado por la vulneración de derechos. Vulneración que condena a los sujetos a recurrir a la atención médica frente a la urgencia con consecuencias frecuentemente irreversibles con alto costo de sufrimiento humano, con el desborde de los

³⁴ Genolet, A. y otros. Estudio de las prácticas maternas de mujeres pobres de la ciudad de Paraná. 2002.

equipos de salud y de un sistema sanitario que se complejiza y encarece las respuestas para aquello que podría haberse prevenido.³⁵

Hablando ya específicamente del HIEMI podemos decir en cuanto a la organización interna que, los profesionales de Trabajo Social desempeñan sus tareas formando parte de diferentes equipos, programas o se integran en las diferentes salas de internación, distribuidos de la siguiente manera:

- Obstetricia: Internación: Sala 8 y Alto Riesgo;
- Pediatría: Moderados A, B, C y D.

CIM rojo

UTI (unidad de tratamientos intensivos)

Oncología

- Neonatología
- Comités Interdisciplinarios: Prodiaba

Maltrato Infantil y Abuso sexual

Fibrosis quística del páncreas

- Programas nacionales o provinciales (VIH, Sida; pacientes celíacos; hipotiroidismo congénito; CUCAIBA programa de transplante).

También tienen criterio de intervención en situaciones de maltrato y violencia, riesgo y vulnerabilidad (bajo peso, desnutrición, etc.) accidentes, intentos de suicidios, consumo de sustancias, heridas de arma, conflictos familiares (violencia, vinculación conflictiva), y por supuesto madres adolescentes, abandono, planificación familiar, interrupción de embarazo, falta de control de embarazo, madres solteras, recién nacidos prematuros, patologías crónicas, recién nacidos en situación de riesgo y otras problemáticas derivadas de las mencionadas anteriormente.

El Servicio Social abarca el siguiente horario de atención: lunes a viernes de 8 a 17 hs. Sábados de 8 a 13 hs. Se recibe la demanda espontánea, la atención la lleva a cabo un profesional del Trabajo Social con la Secretaría del servicio. No se dan turnos programados, se absorbe TODA la demanda en el día.

Los Trabajadores Sociales se hallan integrados en las distintas salas de internación, equipos interdisciplinarios o consultorios especializados de la institución.

El Servicio Social se plantea los siguientes objetivos:

³⁵ Di Marco, L., Charpín, A., Manzini, L. escritos de un ateneo sobre Hospital Público realizado en el HIEMI. 2009.

Objetivos generales

1.- Participar como profesional de la salud, desde lo específico de la disciplina, en la organización de estrategias sanitarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población en el marco de la vigencia del derecho a la salud (población asistida en el HIEMI).

2.- Analizar los procesos de salud-enfermedad-atención, desde los aportes de las Ciencias Sociales como campo de intervención del Trabajo Social, integrando Equipos Interdisciplinarios.

Objetivos específicos

1.- Intervención en el abordaje de problemas humanos prevalentes, considerando los aspectos relacionales, socio-ambientales, su incidencia en el proceso salud-enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.

2.- Participar en el Equipo de Salud, desde un enfoque integral de la salud, incorporando herramientas para la didáctica de la educación para la salud, trabajando a nivel individual, grupal-familiar y comunitario.

3.- Favorecer la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la comunidad, a través de trabajo intrainstitucional e intersectorial.

Estos objetivos responden a una visión holística que contempla distintas visiones: socio ambiental, institucional, familiar y por supuesto la sustentada por el derecho a la salud.

El tener como meta estos objetivos posiciona al Servicio Social del Hospital en un lugar de extremo compromiso con el trabajo, sus colegas y principalmente con las personas que allí concurren.

6.2. Ética de la profesión

Este apartado se fundamenta en la bibliografía realizada en ateneos y cursos de capacitación y análisis del equipo del Servicio Social del HIEMI, al que se adhiere a partir de observar y analizar su permanente esfuerzo en lograr una transformación en las cuestiones cotidianas que lo demandan. Dicha transformación centra su gestión en valores éticos como la permanente lucha por que se cumplan los derechos de las personas, o el valor y respeto a

las diferencias culturales de los ciudadanos de Mar del Plata y la zona de cobertura hospitalaria.

El T. S. a través de una lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana.

En este sentido, las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como marco de referencia en el sentir y en el actuar de los Profesionales del Trabajo Social.³⁶

La intervención social es una construcción que exige al profesional la capacidad para comprender e interpretar la demanda e incorporar una reflexión ética en el sentido de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce nuestra intervención. Así tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas.

Dicha intervención eventualmente requerirá la toma de ciertas decisiones, la cual exige un equilibrio entre los valores personales del T. S. y los de la situación que requiere su intervención. Estos potencialmente podrían entrar en conflicto. La toma de decisiones requiere prestar atención a los principios éticos como herramientas para evaluar y equilibrar los intereses y valores que compiten entre sí. Los principios éticos involucrados más frecuentemente son los de autonomía y de justicia.

El enfoque ético también considera valores tales como la equidad, la utilidad y la eficiencia, la libertad, la reciprocidad y la solidaridad, en el contexto de la situación y los valores culturales que la rigen.

Se puede promover así el respeto a las preocupaciones generales (como la protección de los derechos humanos y las necesidades particulares de los grupos vulnerables y minoritarios) en la respuesta ante las situaciones que los afecten.

6.3. Incumbencias

Una de las materias “troncales” (entendida, junto a las metodológicas, como ejes centrales de la carrera) que se dictan en la Licenciatura de Trabajo Social en la UNMDP se llama Unidad de Práctica Profesional. En el primer año de la carrera en el desarrollo de esta materia aprendimos las llamadas “Incumbencias del Servicio Social”. Conocerlas y

³⁶ Código de Ética del Trabajo Social/Servicio Social.

comprenderlas en toda su dimensión pueden motivar en el alumno aún más su vocación o hacerlo repensar su futuro profesional.

A continuación se detallan las mismas:

- I. Investigar, diagnosticar y tratar situaciones problema, a nivel individual, grupal y comunitario, con el fin de ejercer una terapia modificadora o una acción preventiva con la participación activa del co-sujeto de acción.
- II. Identificar y definir los problemas sociales existentes en la comunidad, teniendo en cuenta los factores estructurales que los generan y contribuyendo a la formulación de políticas sociales coherentes con el medio.
- III. Elaborar, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos tendientes a la prevención de problemas sociales y a la promoción del crecimiento y desarrollo social con metodología y técnicas científicamente acreditadas.
- IV. Planificar, ejecutar, evaluar y supervisar acciones directas en relación con centros y servicios asistenciales específicos.
- V. Organizar y administrar servicios sociales asistenciales y de protección, públicos y/o privados.
- VI. Conducir procesos educativos, individuales o grupales, tendientes a promover en las personas, grupos, instituciones y comunidades el desarrollo de conductas que les permitan participar activamente en la obtención de su bienestar.
- VII. Prestar asesoramiento y asistencia técnica en materia de acción social a nivel institucional público y/o privado.
- VIII. Intervenir en las actuaciones periciales correspondientes a su campo profesional, informado sobre modos de vida, recursos, necesidades, conflictos y problemas individuales, grupales y comunitarios.

Intervenir como profesional implica no apartarse de aquello que nos ayudó a delinear nuestro rol. No obstante es deber pulirlo, refinarlo en el ejercicio mismo. Todas las incumbencias mencionadas podrían aplicarse al problema investigado en el presente trabajo, por más que una sea más preponderante que la otra. Es decir, la complejidad del ejercicio profesional está directamente relacionada con la complejidad de cada situación social.

PARTE II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Metodología

El presente trabajo de investigación fue pensado desde un abordaje cualitativo. Esta metodología es la más adecuada para abordar el problema planteado, dado que permite lograr su comprensión, a partir del sentido otorgado por los propios sujetos a sus experiencias y prácticas.

Se entiende por “metodologías de investigación cualitativa a aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en sus origen como en cuanto a su transformación, como construcciones humanas significativas” (Souza Minayo, 2004)

Este estudio se enmarca en una investigación de tipo exploratoria, proporcionando una visión general y aproximada respecto de la realidad de estudio.

El tema es la repetición de la experiencia materna: El considerar que muchas adolescentes, superando cualquier condición que el cambio generacional ha puesto delante de ellas, quedan embarazadas al igual que sus madres en su juventud, sirvió como conjetura-guía del presente estudio.

Existe mucha bibliografía sobre madres adolescentes en las que se presentan una multiplicidad de factores que conducirían a un embarazo temprano, pero no tratan el motivo de la repetición como tema específico, sino la maternidad joven en su generalidad.³⁷

1. Objetivos

- ✓ Conocer las posibles causas que conducen a las adolescentes a iniciarse en la maternidad en esta etapa de sus vidas, al igual que lo hicieron sus madres.

1.2. Objetivos específicos

- ✓ Analizar a nivel temporal, los cambios en la estructura familiar de nuestra sociedad como consecuencia de la implementación de los distintos modelos económicos.

³⁷ Ver, Infesta Domínguez, 2002; Geldstein y Pantelides, 2001; Pantelides y Cerruti, 1992; Kuasñosky y Szulik, 1996; Manzini y Wang, 2003; Urresti 2003.

- ✓ Comprender la realidad de la adolescente a partir de la maternidad, desde su representación social.
- ✓ Conocer la dinámica familiar de la que forma parte la adolescente y la historia familiar de su madre.
- ✓ Identificar en el núcleo familiar y en el entorno de la adolescente posturas que obstaculicen su desarrollo personal fuera de la maternidad.

1.3. Objetivos desde la especificidad del Trabajo Social

- ✓ Reflexionar sobre el rol del T. S. respecto de la problemática y su intervención en Salud Pública.
- ✓ Conocer y analizar las formas de intervención de los Trabajadores Sociales que toman contacto con las adolescentes en el Hospital Materno Infantil.
- ✓ Arribar a un diagnóstico general desde el Trabajo Social en pos de elaborar futuras estrategias de acción para la problemática.

2. Tipo de diseño:

Como se mencionó anteriormente esta investigación será de tipo exploratorio descriptiva, específicamente sobre grupos familiares que presenten por lo menos dos generaciones de mujeres que se hayan iniciado en la maternidad tempranamente.

Se profundizará la investigación en la generación adolescente, es decir, la hija que acaba de ser madre, en sus motivaciones respecto de la decisión de serlo, las estrategias familiares a partir de ello y las consecuencias que se producen sobre el mundo social de la adolescente.

Se intentará realizar un paralelo entre las dos generaciones teniendo en cuenta las siguientes variables:

- inicio a la vida sexual
- acceso a la información
- nivel educativo alcanzado
- vida social con pares
- familia de origen.

Se considera que la metodología adecuada para este trabajo ha de ser cualitativa, por ser un tipo de investigación que produce datos descriptivos a través de las propias palabras habladas o escritas de los protagonistas y su conducta observable.

Tomando como referencia a De Souza Minayo la investigación cualitativa no se basa en el criterio numérico para garantizar su representatividad. La buena muestra es aquella que permite abarcar la totalidad del problema investigado en sus múltiples dimensiones. Tanto el tipo como la cantidad de entrevistados serán definitivamente fijados al terminar la investigación. En la investigación cualitativa la elaboración de la muestra forma parte del propio proceso de la investigación, los resultados que se van obteniendo indican la mayor o menor necesidad de ampliar el universo de la muestra. El avance en el conocimiento del objeto posiblemente obligará a incorporar nuevos criterios y/o a elegir nuevas fuentes.³⁸

3. Universo de la muestra:

El universo a estudiar está conformado por grupos familiares con hijas adolescentes que acaban de ser madres en el H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata. El lapso considerado es diciembre 2009-enero 2010.

4. Unidad de análisis:

Adolescentes madres de entre 14 y 17 años atendidas por el Servicio Social del H.I.E.M.I. durante diciembre-enero del 2009/10 y su grupo familiar de origen.

5. Criterios de inclusión:

Se incluirá en la investigación a aquellas adolescentes provenientes de hogares pobres que hayan dado a luz entre diciembre y enero 2009/10 en el H.I.E.M.I., que por ser menores de edad (en esta investigación, entre 14 y 17 años) sus casos hayan sido atendidos por el Servicio Social de dicha institución y que tengan madre que indique haberse iniciando en la maternidad en su adolescencia.

³⁸ Souza Minayo, M. C. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Cap. 2.

6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizarán las siguientes fuentes³⁹:

- Entrevistas abiertas y semi-estructuradas.
- Análisis de documentación pertinente de tipo secundaria autorizada por el H.I.E.M.I. (material bibliográfico, documentos, etc.)
- Genealogías.

Cualquier elemento puede ser una fuente en una investigación, el carácter de fuente no emerge de sus características esenciales, ellas no están en el campo esperando al investigador. Es el investigador el que, en el momento en que toma un objeto como elemento útil para su investigación y se dispone a interrogarlo, les asigna el carácter de "fuente". Se distinguen tres tipos de fuentes: estructuradas, semiestructuradas, no estructuradas.

En la presente investigación se utilizarán las fuentes semiestructuradas (entrevistas, observaciones) y las no estructuradas (documentos, material bibliográfico referente el tema, etc.). Las entrevistas son útiles debido a cuatro razones:

1. la posibilidad de obtener un testimonio directo de personas que pueden dar información de aspectos importantes para la investigación;
2. la insuficiente información documental con la que se puede contar en la investigación;
3. lo difícil que, en muchas ocasiones, puede ser la observación directa de las situaciones sobre las que se está investigando; o
4. las dificultades que puede presentar el desciframiento de los códigos que permiten comprender los significados atribuidos, por sus actores, a lo que estamos viendo.

Para la realización de las entrevistas se partirá de un plan general teniendo en cuenta los temas que se desean encarar durante la misma, pero se permitirá que sea el entrevistado quien durante la conversación, vaya desarrollando cada uno de los temas, con la dirección y profundidad que le resulte más atractivo.

Se elige esta técnica por las siguientes ventajas:

- a)- permiten la aparición de lo imprevisto,
- b)- permiten explorar un universo poco conocido,

³⁹ En este apartado se tomará como referencia las definiciones presentadas por el Dr. Homero Saltalamacchia en su libro "Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa". Tomo III. Capítulo 1. www.saltalamacchia.com.ar

- c)- permiten la coinvestigación; esto es, la búsqueda, en colaboración con el entrevistado, de la información o interpretación más adecuada para comprender los procesos evaluados,
- d)- estructuran menos el proceso de asociación y memorización del entrevistado con lo que se logra una mayor autenticidad en la articulación de las respuestas,
- e)- permiten que el entrevistado exprese sus opiniones de la manera que le parezca más adecuada,
- f)- permiten que se despliegue un contexto expositivo que aclarará las respuestas del entrevistado, posibilitando una comprensión más profunda sobre temas complejos.

Dentro de las fuentes no estructuradas se incluirán los documentos tales como, bibliografía referente al problema de investigación, y otros documentos que proporcionen información específica.

En cuanto a las genealogías (estudio y seguimiento de la ascendencia y descendencia de una persona o familia, así como también documento que registra dicho estudio) se utilizarán como técnica que ayuda a recaudar elementos de importancia permitiendo obtener una información más completa y visible de los grupos familiares investigados.

7. Desarrollo de la experiencia

El trabajo de investigación se realizó durante la última semana de diciembre y todo el mes de enero. Específicamente las entrevistas a las adolescentes y a los profesionales que contribuyeron a recabar mayor información. En el transcurso de este tiempo se concurrió al HIEMI a la mañana para poder tener las entrevistas con las adolescentes internadas antes de su almuerzo y luego de los controles médicos y sociales de rutina. De este modo se lograba una instancia a solas con ellas que facilitó el desarrollo de la entrevista.

Se aclaró en todo momento la discreción y el anonimato.

Se entrevistaron 24 adolescentes y, tal como se detalló en "Criterios de inclusión" las mismas comprenden entre 14 y 17 años de edad. Se eligió este período de edad por ser considerado netamente adolescente, (según OMS, adolescencia media)⁴⁰.

⁴⁰ La OMS, define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. A su vez subdivide tres grupos: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16) y adolescencia tardía (17-19 años).

Si bien también se detalló que para integrar parte de la muestra estas jóvenes debían provenir de hogares pobres y sus madres debían haberse iniciado en la maternidad en su adolescencia, esto sólo pudo constatarse en el mismo momento del encuentro.

Se realizó una entrevista semiestructurada y si bien las entrevistadas habían expresado su voluntad de participar en la investigación, se les aclaró que no estaban obligadas a hablar de algo si les resultaba incómodo. De esta manera se logró un agradable clima de conversación en todos los encuentros.

Cabe aclarar que más allá de la buena predisposición no se dejaba de tener en cuenta que el hecho de dar a luz pone a cualquier mujer en situación de mayor sensibilidad.

También se entrevistó a la Lic. en Trabajo Social Mariana Díaz, residente desde el 2006 y encargada del área de obstetricia quien explicó detalladamente los pasos a seguir por los T. S. a partir de tomar contacto con las adolescente en el área obstetricia. Es decir desde que quedan internadas para tener a su bebé.

Desde el Servicio Social, y como parte de la intervención con adolescentes en este caso, se realizan derivaciones a salud mental cuando se observa alguna situación que lo requiera. Es por ello que se entrevistó a la Lic Cristina Llorente, jefa del área salud mental del HIEMI.

Se considera de suma importancia su aporte, ya que por el rol que ejerce posee una visión de la situación que sin duda enriquecerá esta investigación.

Parte III: Análisis e interpretación de datos

Si bien esta es una investigación que se enmarca en una lógica cualitativa, el hecho de presentar algunos datos con registro numérico se consideró como posibilidad de dar mayor claridad y entendimiento a la cuestión. Los datos de base hacen referencia a aquellos que nos indican el lugar de procedencia y la edad.

1. Datos de base de las entrevistadas

✓ Se entrevistaron 24 adolescentes de entre 14 y 17 años:

<u>Edad</u>	<u>Cantidad de entrevistadas</u>
14 años	1
15 años	3
16 años	5
17 años	15

✓ Lugar de residencia⁴¹

<u>Lugar de residencia</u>	<u>Cantidad de entrevistadas</u>
Zona centro	2
Las Heras	4
Barrio Belgrano	1
Playa Serena	1
Barrio Stella Maris	1
Estación Chapadmalal	1
Barrio F. Ameghino	1
Batán	1
Barrio Malvinas Argentinas	2
Alto Camet	2
Barrio San Martín	2

⁴¹ Ver mapa en Anexo

Barrio Atlántida Argentina	1
Barrio Libertad	1
El Casal	1
Barrio San Jorge	1
Barrio Cerrito Sur	1
El Centenario	1

Excepto los de zona centro (microcentro y Nueva Pompeya) estos barrios se encuentran alejados del centro y presentan las características de los llamados barrios periféricos con un gran porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Éstas se manifiestan en el barrio a través de distintas características: falta o escasa presencia de servicios municipales básicos, urbanización precarizada, ausencia de alcantarillado y saneamiento, escasez de agua corriente y alumbrado público, déficit de espacios comunes de recreación, deficiencias en el área de salud, transporte, la mayoría de sus calles se encuentran sin asfalto, y presentan difícil acceso. Las construcciones suelen ser sencillas y/o precarias habiendo presencia de casillas y a veces asentamientos pequeños.

Todas las adolescentes encuestadas provienen de hogares con severas dificultades económicas.

1.1. Análisis e interpretación de datos

En el proceso de investigación realizado para intentar conocer los posibles motivos que conducen a las adolescentes a iniciarse en la maternidad en forma temprana al igual que lo hicieron sus madres, se fueron reformulando las variables. Las categorías se armaron en función de lo que las adolescentes iban respondiendo.

Es decir, se incluirá aquí la información obtenida habiendo delimitado las características que fueron recurrentes en las historias de las madres adolescentes entrevistadas en el hospital. Sabiendo, no obstante que la misma es una aproximación a una realidad compleja que, como tal, no se agota en la mera suma de situaciones particulares, sino en la interrelación con que éstas se fueron articulando.

➤ El cambio más sustancial en la estructura familiar de los sectores populares nos lleva indefectiblemente a repasar los últimos años. En el sentido que nos aboca, el mismo tiene que ver con el desempleo, y la infinidad de grupos familiares que perdieron su estructura de orden basada en el típico binomio padre proveedor, madre ama de casa y las innumerables consecuencias que esto generó a partir de no encontrarse preparados sus miembros para enfrentarse a cambios tan bruscos. La inserción de la mujer al mercado de trabajo ocurrió en un contexto caracterizado por los efectos negativos de las políticas de ajuste sobre el empleo (Cortés, 1993 en Geldstein 1994) y en los sectores populares dicha inserción se radicó en labores de baja calificación debido, en la gran mayoría de los casos, al bajo nivel educativo alcanzado, cuando no por la edad, (limpieza servicio doméstico, cuidadoras de chicos y ancianos, etc.)

En este sentido, el crecimiento de la actividad laboral de las mujeres ha de entenderse como de extrema necesidad de supervivencia en un marco recesivo. En muchas familias que han caído bruscamente en condiciones de indigencia, han sido las mujeres quienes primero han salido a la pelea. (Korol, C.2004).

Sin embargo, el cambio en la participación económica de las mujeres de muchas familias no implica una reestructuración del hogar: no hay redistribución de tareas y responsabilidades hacia los miembros varones; las mujeres ama de casa-madres ven sobrecargadas sus labores y en el caso de hallarla disponible recurren de la “ayuda” de otras mujeres del núcleo familiar (hijas adolescentes o aún niñas, abuelas).

“A la escuela creo que llegó hasta cuarto grado (su mamá). (...) antes iba a bailar con mi papá, pero ahora no, porque trabaja, trabaja en una casa de familia...” (Florencia, 17)

“Creo que mi situación es mejor, mi mamá trabaja cuidando chicos, mi papá no vive con nosotros desde hace mucho ya...” (Micaela, 15)

“mi mamá me cuenta que ella lloraba porque mi abuela no la dejaba ir a la escuela, era la más grande y la tenía que ayudar (...) yo la ayudo en todo porque mi mamá en el invierno trabaja en una fábrica de pescado.” (Cristal, 14)

“(su mamá) fue la mayor de ocho hermanos, la madre murió cuando ella tenía quince años, y tuvo que salir a trabajar para todos los hermanos, después lo conoció a mi papá, se juntaron...” (Jeannette, 16)

➤ Conocer la dinámica familiar de la que forma parte la adolescente incluyó en este caso variables como por ejemplo: grupo conviviente. De ésta se analizó que la mayoría era integrante de familias extensas⁴², con presencia de hermanas con hijos, a veces cuñados, quizás compartiendo el mismo terreno, alguna abuela, tío/tías, y sumando muchas de ellas a su pareja (y obviamente a su hijo recién nacido).

Sólo 6 (seis) provenían de una familia nuclear de las cuales 2 tenían padrastro, 1 (una) vivió siempre sola con su madre, y 1 (una) sola con su padre y hermanos. Dos vivieron situaciones de abandono, siendo criadas por abuelas y tías. De allí también se desprenden cuántas han tenido un modelo femenino iniciado tempranamente en la maternidad con el que podrían identificarse.

Aunque la dinámica de una familia implica dimensiones más amplias que éstas, en cada relato de las adolescentes se podrían apreciar expresiones que nos daban un perfil de cada una. Más adelante se detallan otras variables que nos hablan de su relación con la escuela, con el ámbito laboral, su decisión de ser madres... Es decir expresiones que nos permiten obtener una mirada más aproximada y completa, y así encaminarnos a las futuras conclusiones, sin descartar por supuesto, que en esta edad la ambivalencia que existe es característica del período de contradicciones permanentes que viven. Entre lo dicho y lo sentido, lo expresado y lo pensado, puede haber un espacio enorme que podría interpretarse a partir de silencios entre frase y frase, posturas físicas, tonos de voz, risas, evasivas etc.

Respecto del grupo conviviente actual:

<u>Grupo de convivencia</u>	<u>Cantidad de entrevistadas</u>
Conviven solamente con su pareja:	7 3 (antes de quedar embarazadas) 4 (desde que quedaron embarazadas)
Con su pareja y la flia. de alguno de los dos	10

⁴² Según el Diccionario de Trabajo Social de Ander Egg (1995) la familia extensa hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear. En el presente grupo de estudio estas conviven bajo el mismo techo.

Sólo con su familia	7
---------------------	---

De las 24 entrevistadas sólo seis tienen pareja mayor de edad, el resto tiene pareja que no supera los 20 años. Podríamos decir que las que conviven sólo con su pareja se han emancipado de su grupo familiar, del mismo modo que uno de los dos adolescentes que conviven con el grupo familiar de su pareja. Este dato no puede pasar por alto en este análisis. Si consideramos que la emancipación temprana sumada al nivel educativo relativamente bajo (de por lo menos sus madres), generan como posible efecto conseguir empleos informales y poco remunerados, fácilmente éstos terminan convirtiéndose en factores contribuyentes a la cadena de reproducción de situaciones de desigualdad puesto que éstos adolescentes son los que socializarán a los adolescentes del mañana.

En cuanto a las adolescentes que sólo conviven con su familia, podrían sentirse movidas a realizar las tareas domésticas que involucran a todo el grupo familiar como muchas de ellas hacían anteriormente al embarazo, lo cual tiende a reforzar el estilo de crianza en el que ellas crecieron

Respecto de tener un modelo femenino que se haya iniciado tempranamente en la maternidad:

- ✓ 15 tienen madre que se inició en la maternidad en su adolescencia
 - ✓ 2 desconocen a qué edad su madre tuvo su primer hijo
 - ✓ 7 tienen madre que tuvo su primer hijo siendo mayor de 20
- Además,
- ✓ 13 tienen hermanas que se iniciaron en la maternidad en su adolescencia
 - ✓ 10 tienen madre y hermanas que se iniciaron en la maternidad en sus respectivas etapas adolescentes.
 - ✓ 1 ni su madre ni ninguna otra figura cercana se inició en la maternidad tempranamente.

“Siempre dije que no me iba a pasar lo mismo que a mi hermana (tiene 19 años, un hijo de tres y una hija de meses, los dos de distinto padre, vive sin pareja con los padres y la entrevistada) que iba a termina la escuela, seguir una carrera y tener hijos de grande”
(Sabrina, 17)

“Mi mamá me contó que a mi hermano mayor lo tuvo a los 16, y que el papá del bebé que era su amigo, no quiso hacerse cargo...” (Fiama, 16)

“Estuve con mi mamá hasta los cuatro o cinco meses, después con mis abuelos hasta las doce, después me vine a vivir acá con mi tía (su tutora). Sé que mi hermano mayor que se murió cuando tenía siete, cuando nació mi mamá tenía diecinueve, me contó mi tía. Ella (la tía) lo tuvo a los 16” (Melina, 17)

“(…) mi mamá falleció cuando tenía treinta y tres años, me crié con mi papá y mis hermanas, mi hermana (24) tiene dos hijos el mayor de siete” (Rocío, 16)

Está claro entonces, cuánto, de qué manera influye en el desarrollo integral (psíquico, físico y emocional) de las personas, la familia (o su ausencia). La historia reproductiva de la madre (o de hermanas mayores, o de la mujer que se haya convertido en su necesario referente), es factor de gran importancia en la determinación de las conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes.

Para intentar comprender a las adolescentes inmersas en la maternidad debemos tomar en cuenta su historia familiar y su propia biografía, ya que lo que está en juego es la reproducción de un modelo cultural transmitido de generación en generación. Es evidente que la maternidad tiene una profunda significación para las mujeres de estos sectores y un papel crucial como constructora de la identidad de género.

➤ Analizar las historias de las adolescentes permitió observar cómo ciertas posturas familiares sumadas a un entorno que las sostenga, respecto a cuestiones sustanciales como por ejemplo la educación escolar pueden convertirse en obstáculos a la hora de intentar un desarrollo personal por fuera de la maternidad.

Respecto de su relación con la escuela:

La importancia de la educación se vincula a su rol en la formación de las personas y puede convertirse en una defensa frente a las adversidades que puedan surgir, puede implicar inserción laboral sólida, un flujo de ingresos más confiable, disminuir o incluso neutralizar dificultades materiales que pueden surgir como consecuencia de riesgos sociodemográficos,

familias extensas, separaciones o fecundidad adolescente. Permite mejorar la comprensión del mundo y favorece el vínculo de igualdad de condiciones con otras personas.⁴³

De las 24 adolescentes entrevistadas:

- ✓ 3 terminaron el ciclo lectivo estando embarazadas
- ✓ 10 dejaron la escuela estando embarazadas
- ✓ 11 dejaron la escuela antes de quedar embarazadas
- ✓ 7 habían dejado y retomado la escuela por lo menos en una oportunidad
- ✓ 11 plantean las ganas de retomar los estudios
- ✓ 6 Hasta dejarla concurrían a escuela de adultos

“Hice hasta 3° del polimodal. Terminé. Pienso seguir estudiando, no es que me voy a quedar acá...” (Natalia, 17)

“Iba a la escuela de adultos, dejé porque cambiaron la maestra y no me gustaba la nueva (...) Había otras chicas embarazadas también y con hijos, pero a la nueva (maestra) no le gustaban los chicos” (Frida, 17)

“Dejé la escuela en 5° grado, porque no me gustaba, iba a la 49 y había repetido 4°. Le dije a mi mamá que no quería ir más y no me dijo nada. Ahora hago todo en mi casa, nos turnamos con mi mamá” (Cristal, 14)

“No fui, el año pasado porque ya estaba juntada, dejé porque me peleé con unas compañeras, me echaron y me fui a otra pero me quedaba muy lejos (...) pedí módulos pero no me los quisieron dar.” (Fiama, 16)

“La primera vez dejé porque era chica y me vine de Rosario para acá, cuando mis viejos se separaron, y acá ya era tarde para empezar después volví para allá con mi papá y cuando vine para Mdp otra vez no me pasaron las notas o algo así.... dejé la escuela la última vez, pero antes de quedar embarazada porque empecé a trabajar en una panadería, no podía con las dos cosas” (Sabrina, 17)

⁴³ Golovanesky, L. 2007.

La mayoría de las adolescentes que dejaron la escuela fueron “autorizadas” por sus padres “...mi mamá me dijo que estaba bien, si era lo que yo sentía...” (Micaela, 17) o simplemente éstos no presentaron resistencia a tal decisión “...tenía amigas pero no salía mucho, mis padres no me dijeron nada porque sabían que igual iba a dejar (la escuela)...” (Daniela, 16)

El clima educativo del hogar influye, en el rendimiento educativo, en el desarrollo de la inteligencia emocional y en las formas de pensar de los niños y adolescentes. Según CEPAL (1997) el 60 % de las deficiencias en la performance educativa estaría vinculado al clima educativo del hogar, a su nivel socioeconómico, a la presencia de hacinamiento en la vivienda y al tipo de familia.

Respecto a su relación con el sector laboral:

Al momento de la realización de la entrevista, ninguna de las adolescentes sostenía relación laboral.

Si bien no fue pregunta expresa, sólo seis chicas manifestaron haber trabajado alguna vez fuera de su hogar (una en un polirubro, otra en un local de ropa en la temporada, la tercera en una panadería, la cuarta en un local de comidas, y la quinta y sexta en casa de familia). Dos expresaron trabajar cuidando sobrinos, por lo cual recibían una paga.

“(...) trabajaba cuidando a mis sobrinos y mi hermana me daba plata...” (Micaela, 17)

“Antes iba a trabajar, a limpiar...” (Frida, 17)

“Antes de quedar embarazada iba a la escuela a la mañana, salía, me juntaba con mis amigos, trabajaba en el verano en un local de ropa de la peatonal...” (Cecilia, 17)

“Siempre trabajé en casa de familia...” (Florencia, 17)

“Con la panza dejé todo porque el camino era peligroso para ir a la escuela y el polirubro donde trabaja. Igual estaba en el barrio” (Roxana, 17)

Respecto de tener información sobre el tema, las 24 adolescentes entrevistadas dijeron:

- ✓ 15 habían hablado con su madre y/o padre.
- ✓ 3 habían hablado con algún familiar cercano
- ✓ 2 recibieron información desde la escuela
- ✓ 2 recibieron información desde la escuela y al ámbito familiar.
- ✓ 2 recibieron información de su pareja
- ✓ 0 nunca recibieron información

Llama la atención lo que a simple vista podría interpretarse como moderna y positiva comunicación familiar puesto que más del 50% de las entrevistadas plantean haber recibido la información primera en el seno familiar.

De lo que sí no hay dudas es que desde su lugar las adolescentes que pasaron por esta situación admiten que en su familia existió la explicación (en los términos que se haya dado). Recuerdan, ya, con su bebé al lado frases dichas por su madre, padre, hermanas mayores como:

“Que no te pase lo mismo que a mi, que me quedé sola con tus hermanos...” (Pamela, 17)

“Cuando vivía en Bs. As. en la escuela iban los de Jhonson y Jhonson a dar charlas sobre la maternidad y cómo cuidarse (...) además mi mamá siempre me explicó todo” (Frida, 17)

“tené novio, pero cuidáte” (Micaela, 15)

“te tenés que cuidar porque hay muchas chicas que los novios las dejan tiradas y después terminan mal ellas y los bebés...” (Rocío, 17 recuerda que le dijo su padre)

“Mi mamá me dijo que cuando vaya a “hacer algo” le cuente a ella primero, me acompañe al ginecólogo y me dijo lo que tenía que usar, las pastillas que tenía que tomar...” (Jeannette, 16)

“Sabía algo por la escuela (...) No quería quedar embarazada, pensaba que estaba empachada, siempre fui irregular, no me imaginé. Antes pensaba que era chica, después madurás...” (Cecilia, 17)

“Nosotras nos sentábamos (con su mamá y su hermana) y nos poníamos a hablar. Mi mamá nos decía que no era fácil tener un bebé, que era fácil quedar embarazada pero cuidarlo no.” (Jacqueline, 15)

“Mi mamá sabía que estaba manteniendo relaciones (sexuales). Cuando le presenté a mi primer novio me hizo empezar a tomar pastillas.” (Fiama, 16)

“Hablé de relaciones sexuales con mi tía en Bs. As. y después con mi tía de acá.” (Melina, 17. Fue criada por sus abuelos y luego por su tía quien tuvo su primer hijo a los 16 años. Hoy por hoy tiene trato con su madre aunque vive en otra provincia)

“...no sabía que había enfermedades, el resto me lo enteré con mi novio (...) Mis hermanas me decían que me cuidara que un hijo no era fácil de criar...” (Rocío, 16)

Prácticamente todas las madres parecieran asumir el rol de educadoras sexuales de sus hijas. Sin embargo se evidencia que pocas lo pueden hacer eficientemente. En muchos de estos casos es notoria la contradicción vivida por la adolescente entre un discurso materno que podría tener la tendencia a preservarla de la iniciación sexual temprana y el modelo de trayectoria reproductiva que representa ella misma caracterizado por maternidad joven, alta fecundidad y falta de conductas preventivas respecto de su propia salud.

Asistimos a un vacío generado por la falla en el intento comunicacional de la madre (o tía, padre, tutora...) respecto del tema y la ausencia del rol educador de la escuela (siendo como hemos visto en el marco teórico, que existe la ley desde el año 2006). Y si la posibilidad de recibir educación sexual se presenta en algunas de las escuelas a las que concurren nos encontramos con el problema de que en su generalidad estas son chicas “desertoras” del sistema formal de educación. Generándose en todo caso un doble vacío.

A todo esto podemos agregar las palabras de Mario Mas, (tocoginecólogo)⁴⁴ cuando dice “...Son fundamentales la educación de la sexualidad desde el punto de vista tradicional, cumpliendo las leyes que están, y también, por medio de la educación no formal. (...) Todos nos educamos sexualmente, sucede que se hace mala educación sexual, Hoy tenemos grandes

⁴⁴ Mas, M. Link a la nota: <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplemento/las12/subnotas>.

educadores como la televisión mostrando cuerpos semidesnudos que educan, nos guste o no. El mensaje existe, y no podemos esconder el elefante bajo la alfombra.”

➤ Resulta interesante analizar con detenimiento las propias palabras de las adolescentes para poder comprender su realidad partir de la maternidad, los cambios que se producen sobre su mundo inmediato y las estrategias familiares que se llevan a cabo a partir del nacimiento del bebé.

Se insiste en la necesidad de haber tenido en cuenta en el análisis tanto lo expresado verbalmente, (que es lo que se transcribe) como lo expresado físicamente y a través de silencios, pausas, tonos de voz, risas y evasivas (que es lo que se analiza junto a lo verbal). Lo cual nos lleva, una vez más, a plantearnos que por más que la maternidad las inicie en un nuevo rumbo de pronta madurez, esta etapa de sus vidas, es de extrema vulnerabilidad. Y muchas de sus decisiones carecen de una verdadera convicción personal, no sólo por ser una característica netamente adolescente (la del cambio y confusión) sino por que en estas adolescentes es notoria la poca capacidad de reflexionar sobre sus propias vivencias y de ponerles palabras a las mismas.

Respecto del embarazo y la decisión de tener el bebé:

- ✓ 12 expresaron concretamente haber buscado ese embarazo.
- ✓ 11 expresaron no haber buscado ese embarazo
- ✓ 1 expresó respuestas difusas o contradictorias “...por un lado sí por otro no. porque me encantan los nenes... pero por otro lado sentía que somos muy chicos...”
(Melina, 17)

Prácticamente se igualan en este estudio la oposición de las decisiones. Lo llamativo es que en todas existe una coincidencia plena respecto de las conductas de cuidado preventivo: de todas las que manifiestan no haber buscado el embarazo ninguna se cuidaba para evitarlo.

“No quería quedar, era muy chica, pero vino. Yo había dejado las pastillas y mi novio nunca quiso cuidarse conmigo (...) pero ya estaba hecho, no me lo iba a sacar ni loca” (Rocío D. M, 16)

“No quería quedar embarazada, pero igual no me molesté... Quería tener un hijo, pero no ahora... (...) tomaba pastillas pero me la olvidé una noche de tomar, lo que pasa es que tengo la memoria...y a veces me olvidaba...” (Frida, 17)

“No, en realidad pensaba que nunca iba a quedar embarazada, porque anteriormente como no me cuidé y nunca pasó nada, pensábamos los dos (ella y su pareja) que nunca me iba a quedar embarazada, no sabíamos ni cómo ni por qué, pero pasó y lo terminamos aceptando” (Roxana, 17)

“No quería quedar porque era chica y no sabía mucho, y no sabía cómo iba a reaccionar mi novio o mi papá” (Rocío, 17)

“No quería quedar, pero deber ser que esa vez no usamos el preservativo y justo me tocó a mí” (Jennifer, 15)

El resto no se cuidaba conscientemente o le daba poca importancia justamente en función de lograr el embarazo.

Todas expresaron conocer por lo menos algún método anticonceptivo (los nombrados fueron, pastillas, preservativos, inyección mensual, DIU). Sólo tres (3) nunca usaron ninguno de ellos.

El hecho de que conozcan la existencia y la eficacia de los métodos anticonceptivos y que a pesar de ello no los utilicen se comprende también cuando se toman en cuenta las condiciones en que muchas de estas adolescentes viven. “En estos sectores, particularmente entre los jóvenes, el tiempo que se privilegia es el presente (...) así la proyección hacia el futuro y la mirada en perspectiva ante las posibles consecuencias de la acción son, por lo menos dificultosas”⁴⁵

Vemos, que existen también situaciones en las que el embarazo es buscado en forma activa y consciente y se constituye como una meta claramente establecida. A continuación los testimonios nos muestran la búsqueda intencional de un embarazo en circunstancias de vida particulares relacionadas con la soledad que deviene de una ausencia de familia, la pérdida de un embarazo anterior, convicción de que un hijo mantiene unida a la pareja, o situaciones en

⁴⁵ Cecconi, S. en Margulis. Juventud, cultura y sexualidad. Bs. As. 2003

las que las parejas conviven o han mantenido una relación de noviazgo durante un plazo que ambos consideran suficiente como para formar una familia.

“Yo lo estaba buscando porque tenía ganas de tener un bebé con el porque yo lo quiero mucho, yo me siento bien estando con él. Quiero que él esté conmigo para siempre (...) mi novio no lo buscaba, pero no se cuidaba porque no le gustaba” (Jacqueline, 15)

“Es una cosa media rara, pero...era como que quería, pero o sea, a lo primero estaba buscando y nunca llegaba, en el momento que dijimos (ella y su novio) ya fue, lo dejamos para más adelante, apareció” (Natalia, 17)

“Yo quería tener un bebé y él también (...) porque sí, porque veía a algunas que eran feliz con su bebé.” (Cristal, 14)

“Lo buscamos porque al principio tuve un retraso y nos quedamos con la ilusión, capaz que cuando me caí de la moto (...) empezamos a hablarlo y nunca nos cuidamos” (Jeannette, 16)

“Quería tener un bebé porque hacía bastante que estábamos con mi novio; lo veía lindo, veía a los amigos de él con hijos y me parecía lindo...” (Pamela, 17)

Aparece la tríada de proyectos de ser madre-ama de casa- esposa (Pawlowicz y Zaldúa 2004). Con una fuerte identificación con la casa y el espacio de lo doméstico. Estas adolescentes valoran e idealizan la maternidad.

Sin embargo claramente se observa en ellas una falta de ejercicio en pensarse y saberse ocupando otro lugar en la vida, reforzado esto, por los pocos intentos que seguramente han tenido de recorrer otros espacios públicos, por la deserción escolar, o algún intento fallido de conseguir empleo, y en la actualidad por el nacimiento de su hijo.

Así se consolida su estar en lo cotidiano, en el conocido, y por lo tanto no angustiante, espacio de lo privado.

➤ Las adolescentes entrevistadas dan cuenta de los cambios en su mundo

inmediato de diferentes maneras. Estas maneras se correlacionan hasta cierto punto con el estilo de vida que llevaban antes de quedar embarazadas: “Cómo creés que será todo a partir de ahora?:

- *“Igual pero con un hijo. Igual yo no era de salir mucho”* (Analía, 17)

- *“No sé, no me lo imagino”* (Natalia, 17)

- *“bien...no se me ocurre nada...”* (Cristal, 14)

- *“igual que antes pero con algo más chiquito al lado. Yo no era mucho de salir con el grupo de amigos que teníamos, eran chicos más grandes...”* (Nadia, 17)

Para otras, el hecho de verse con su bebé en brazos produce un impacto de emoción que puede generar que vean su vida de manera diferente a un tiempo atrás:

-en forma positiva: *“más linda...”* (Magali, 16), o *“Vamos a estar más unidos, mejor, o sea, siempre fuimos unidos pero ahora más...”* (Melina, 17)

-con mayor grado de responsabilidad: *“todas las cosas van a cambiar, ya no voy a ser la de antes, ahora las decisiones vamos a tener que tomarlas juntos para educar a las bebés (tuvo gemelas)”* (Roxana, 17)

-de madurez: *“Creo que va a ser diferente, es un hija, no es cualquier cosa, no voy a hacer las mismas cosas que antes como salir a bailar y eso...”* (Daniela, 17).

·
O quizás no tanto:

-de miedo: *“...va a ser...poder puedo...pero tengo que cuidar al bebé”* (Frida, 17)

-angustia: *“...Ya no voy a tener más tiempo para mí, para hacer mis cosas, me voy a tener que dedicar al bebé...”* (Stephanie, 17),

-inseguridad: *“...bien, me siento rara porque no voy a estar más sola, la tengo a ella pero...estoy tranquila, me pongo nerviosa porque llora y no sé qué le pasará”* (Nadia, 17)

Respecto a qué sueñan para su futuro y el de sus hijos:

Entendemos aquí a “soñar” como un término que implica la capacidad de pensar y pensarse en un futuro, incluye la noción de libertad en la expresión, ya que la representación social de “soñar” no genera en el otro la presión de la concreción de ese sueño. Es decir, se eligió este término (y no otro como proyectar, querer hacer, etc.) por considerarlo más apropiado para que las adolescentes se expresen sin presión alguna sobre lo que suponen espera escuchar el interlocutor.

Para ellas mismas:

- ✓ 10 plantean estudiar (terminar la escuela/seguir una carrera)
- ✓ 7 dedicarse a la familia y el hogar
- ✓ 2 trabajar
- ✓ 4 estudiar y dedicarse al hogar
- ✓ 1 No sabe/no contesta

De las que plantean estudiar sólo una (1) terminó la escuela secundaria. Las nueve restantes contaban lo que alguna vez y, seguramente mientras cursaban los estudios, habían pensado para hacer en un futuro. En alguna ocasión utilizaron frases con tiempos verbales discordantes como “*me gustaba* ser odontóloga”, también me “*hubiese gustado*”, y “*me gustaría*” siendo esta última la frase más posible, la que acorta el camino entre el sueño y la posibilidad de concretarlo (implicando de este modo cierta confianza en sí misma de poder lograrlo).

En cuanto a las carreras mencionadas fueron las siguientes: 2 dijeron azafata, 3 peluquería, 1 policía, 1 ecógrafa, 1 repostera, 1 maquilladora.

El grupo que sigue en mayoría “sueña” dedicarse a la familia y el hogar. Nos apoyamos en palabras de Pawlowicz y Zaldúa (2004) cuando expresan que este mandato tradicional es sostenido con fijeza e idealización por las madres adolescentes, que valoran y proyectan ser madres. En muchos casos significan al hijo como algo propio, que les ha permitido acceder a una posición e identidad de adulta y madre. Así, los proyectos educativos aparecen en segundo y tercer plano con respecto a la maternidad, la casa, la pareja.

Por otro lado están también aquellas adolescentes que de algún modo han tenido más interacción con otros espacios fuera del hogar, y por lo tanto han observado otros modelos de género opuestos a los vividos. Estas son las que en más de una ocasión discuten los roles y reniegan conflictivamente de su destino casi exclusivamente hogareño.

Para sus hijos:

- ✓ 11 que estudie
- ✓ 1 que trabaje
- ✓ 1 que estudie y trabaje
- ✓ 4 no sabe/no contesta
- ✓ 7 “otros”

La mejor manera de explicar la categoría “otros” es con las propias palabras de las jóvenes. Respondiendo a “¿qué soñás para el futuro de tu bebé?”:

“Que crezca en una familia bien constituida” (Natalia, 17)

“Para ella (su hija) sueño que se cuide, con quién se junta porque las cosas van a ser mucho más difíciles que ahora...” (Nadia, 17)

“Que tenga todo lo mejor posible, lo que necesite, salud y todo eso...” (Jeannette, 16)

“Que sea mejor de lo que hice yo...” (Rocío, 17)

“Que no quede embarazada joven...” (Jennifer, 15)

“Que no le pase lo mismo que a mi, perder el padre, la madre...” (Micaela, 17)

“Que crezca sano, que estudie todo, que no se drogue y que no robe” (Fiama, 16)

Cabe destacar que los dichos planteados aquí hacen referencia directa a lo que ellas comienzan a asumir como lo que les “faltó y hubieran querido”. Desde hacer o dejar de hacer, tener o no tener, hasta vivir ciertas situaciones o evitar vivirlas.

Los vínculos que construyeron con sus padres probablemente hayan sido conflictivos, o complejos, incluso algunas no recuerdan momentos felices de su infancia. Sin embargo, desean para sus hijos una vida distinta a la que vivieron ellas.

Entrevista con profesionales

Conocer y analizar las formas de intervención de los Trabajadores Sociales que toman contacto con las adolescentes en el Hospital Materno Infantil fue tarea que se realizó a partir de la observación diaria en el Servicio Social. También se complementó con la lectura de material escrito realizado por los mismos en los permanentes ateneos y trabajos de investigación interdisciplinarios, lo cual demuestra un incesante esfuerzo del equipo en mejorar la calidad de conocimiento y atención a partir del estudio y la incorporación de nueva información. Por último se entrevistó a la Licenciada Mariana Díaz quien con su predisposición y conocimientos dio a esta investigación, sin dudas, un valioso aporte:

✓ Licenciada en Trabajo Social Mariana Díaz:

La Lic. Díaz está en el Hospital desde el año 2006. En el momento de entrevista estaba como encargada del área obstetricia, que es el área en el que se desarrolló la investigación presente. Esta área a su vez se divide en dos salas: "Sala 8" en las que se encuentran las mamás que tuvieron a sus hijos por parto normal, o quizás algún legrado sin mayores dificultades y "Sala de Alto Riesgo" en donde están las mamás que tuvieron a sus bebés por cesárea o tienen alguna patología como diabetes gestacional, amenaza de parto prematura, hipertensión, amenaza de ruptura de bolsa, o por bioseguridad máxima (HIV).

La Lic. explica cómo es la intervención con las adolescentes, cómo se inicia el contacto con ellas:

Dice que adolescentes hay en Pediatría ya que se atiende hasta 15 años, los puede haber en neonatología por estar sus bebés internados, si es que algo les ocurriese y en obstetricia están todas las mujeres de la edad que sea, que están por dar a luz o las que recientemente acaban de hacerlo. Por supuesto adolescentes también.

Explica que las adolescentes si presentan un embarazo sin complicaciones deben atenderse en los respectivos centros de salud de sus barrios y al 8º mes son derivadas desde allí al HIEMI.

Los profesionales de Trabajo Social realizan un relevamiento diario, se entrevista a todas las chicas que tienen hasta 21 años inclusive. Si bien, y desde el mes de diciembre (2009) la

mayoría de edad femenina es considerada hasta los 18 años (ley Nacional N° 26.579), continúan con la rutina de entrevistar hasta las de 21 por prevención y como parte de detección de posibles problemáticas relacionadas con la joven y su bebé. Es decir, hasta el mes de diciembre la adolescente se retiraba del Hospital con el alta firmada y en compañía de un mayor responsable. Desde diciembre este requisito sólo debe ser cumplido, para obtener el alta, por las menores de hasta 18 años.

También entrevistan a aquellas mamás que presenten algún indicador que haga necesaria la intervención profesional, por ejemplo: una mujer que fue a tener a su bebé y no realizó ningún control prenatal, o si recibieron alguna interconsulta por casos complicados como sífilis, ya que el que necesita el tratamiento es el bebé. Entonces los médicos piden que el Servicio Social evalúe si esta mamá está en condiciones de traerlo y cumplir con dicho tratamiento o si es mejor para preservar la salud de ambos dejarlos internados los diez días que dura el mismo. Siempre se focaliza y priorizan a los casos de adolescentes.

En la entrevista que les realizan hacen hincapié en la documentación del bebé y en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Se les recuerda que el control del recién nacido sano se realiza en la sala de su barrio. Estos encuentros también posibilitan al Trabajador Social, detectar alguna problemática que pueda poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo, por ejemplo, violencia doméstica, abuso, etc.

Cuando las adolescentes no tienen pareja o seguirán conviviendo con sus padres se intenta que éstos realicen un “acompañamiento” de la nueva posición de su hija. Es decir, que no haya un corrimiento de roles. Que la madre de la adolescente sea abuela del bebé y no madre relegando así a la madre adolescente al lugar de hermana.

También si observan y constatan que la joven está muy deprimida o angustiada o que tiene tendencias a descuidar a su hijo, realizan interconsulta con salud mental y hacen las respectivas derivaciones. El proceso es solicitar la interconsulta mediante historia clínica y reforzarla por contacto telefónico. Desde Salud mental se les da una devolución y muchas veces se sigue atendiendo a las adolescentes o se las deriva al centro de salud de su barrio.

El HIEMI es un Hospital de “agudos”, esto implica que luego de la intervención hacen la derivación correspondiente. Es decir, la intervención es acotada. Si quedan situaciones pendientes por se comunican con el centro de salud del barrio de la joven para chequear que la misma haya concurrido a hacer los controles indicados. Si no fue así, desde la salita deben hacer una visita domiciliaria.

Desde lo personal la Lic. cuenta que si bien al inicio del trabajo todo impacta y todo afecta, al pasar el tiempo “te vas haciendo diferentes planteos”. Es común que entre

compañeros o colegas busquen (más allá de la intervención normal) “estrategias” a aplicar en los casos más paradigmáticos.

La ley de salud sexual y reproductiva (ley 25.673) se aplica en toda la nación, a partir de los 14 años las adolescentes pueden concurrir solas a los centros de salud para recibir información respectiva y los métodos adecuados. La entrega se realiza previa concertación de turno y se entrega la cantidad suficiente por el término de 90 días. Los métodos los entregan para que les alcancen durante tres meses y como requisito piden un PAP.

Respecto a la capacitación dada en el Hospital plantea que hay una actualización permanente porque van cambiando muchas normativas o porque aparecen nuevos recursos. Se hacen reuniones interdisciplinarias de actualización todos los miércoles de 8:30 a 10 de la mañana, “es un canal de comunicación muy importante...”

Cabe destacar el énfasis que pone el equipo de trabajo en los llamados ateneos. Estos les permiten, entre otras cosas, escuchar distintas posturas frente a una misma problemática enriqueciendo así el abordaje interdisciplinario.

En el transcurso de toda la entrevista con la Licenciada en T. S. pudo traslucirse que verdaderamente junto al equipo de trabajo adhieren y ejercen la concepción de saber a la persona como un sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia y a la vez producto de ella...

➤ En función de dar una mayor amplitud al entendimiento de la cuestión y tal como se menciona en “Desarrollo de la experiencia” (pág 39) se presenta la entrevista con:

✓ Licenciada en Psicología Ma. Cristina Llorente:

La Lic. Llorente es jefa del área de salud Mental del HIEMI. La entrevista se realizó bajo condiciones de formalidad que no facilitaron la toma de datos en toda su dimensión, ya que prefirió que la conversación no sea grabada, con lo cual muchos datos pudieron “perderse” en el papel. No obstante eso, se valora el aporte brindado a esta investigación.

De los datos más importantes obtenidos se rescatan los siguientes:

Respecto de por qué cree que las adolescentes repitan la historia de sus madres acerca del inicio en la maternidad tempranamente:

“...por más información que tengan (las adolescentes) se impone la estructura psíquica propia que es la que incorpora esa información y los modelos de identificatorios...”

La Lic. hace referencia a la posibilidad actual que tienen muchas adolescentes de acceder a información de calidad respecto del autocuidado en todas sus formas en comparación con la madre, mujer socializada años atrás, donde era esperable que un embarazo adolescente sucediera por desconocimiento, entre otras cosas.

En cuanto al significado aquí de “estructura psíquica” plantea que la misma surge de la interacción con los padres, *“siempre con aciertos y fallos permanentes”*.

A esto agregamos que esa interacción es la que se da en el llamado proceso de socialización primaria. Y retomamos la importancia clave de saber que si la estructura psíquica se comienza a formar en esa etapa y es justamente allí y en ese núcleo (familiar) donde se viven e incorporan mandatos sociales resultados de la división de género tan tradicional (mujer en esfera doméstica-hombre esfera pública) podría resultar esperable y hasta lógico que manteniendo ese estilo de vida, no pueda haber una ruptura o cuestionamiento a los modelos parentales.

A esto agrega la Lic.:

“Hay un intento fallido de separación” (de la adolescente, con el modelo identificador vivido).

Al respecto palabras de Sofía Cecconi (2003)⁴⁶ pueden ampliar la idea al explicar que muchas de las adolescentes viven repetidas peleas en el seno de sus familias por no querer cumplir con las tareas asignadas (limpieza, cuidado de hermanos menores, etc.), colocándolas de un lado a ellas y del otro a sus madres, quienes no entienden otras posibilidades de realización (o las han dejado en el olvido, agrego). “Estas luchas internas –pequeños dramas hogareños- son un síntoma de la diferencia entre las generaciones tradicionales y las recientes (...) Estos conflictos que plantean una relación de fuerza muy desigual entre la rigidez de una práctica avalada por generaciones y generaciones y la novedad de patrones menos tradicionales tiene un efecto muy definido en el disciplinamiento de las jóvenes”. Y es en esos intentos de “separarse”, de romper con los mandatos impuestos en donde un embarazo podría significar por ejemplo irse de la casa, o convertirse en un “adulto al que no se lo puede mandar.

“...hay una falla de la función materno-paterna que no le permite a la adolescente cumplir las etapas” (permitiéndoles por ejemplo que dejen la escuela, ya sea para ayudar en el hogar,

⁴⁶ En Margulis, Juventud, cultura y sexualidad. Bs. As. 2003.

“porque viene repitiendo”, “por que hay muchos paros”), por necesidad, ignorancia o por los motivos que fueran, la socialización secundaria tan importante en el desarrollo de las personas queda limitada al tiempo único de permanencia en la escuela.

“Uno (como profesional psc.) alude a la función materna (o paterna), no a la presencia o ausencia de los mismos”

Para agregar entendimiento a este tema nos apoyamos en la explicación complementaria de Liliana Barg (2009) quien dice que “la denominación materno-paterna indica un lugar y una función. Se puede estar en el lugar de padre o madre, pero la función está ausente si no se cumple con la actividad atribuida.”. Más allá del modo en que se desarrollen estas funciones influyen inevitablemente en la formación de la psiquis del niño. Esa es parte de la función misma. (Liliana barg, 2009)

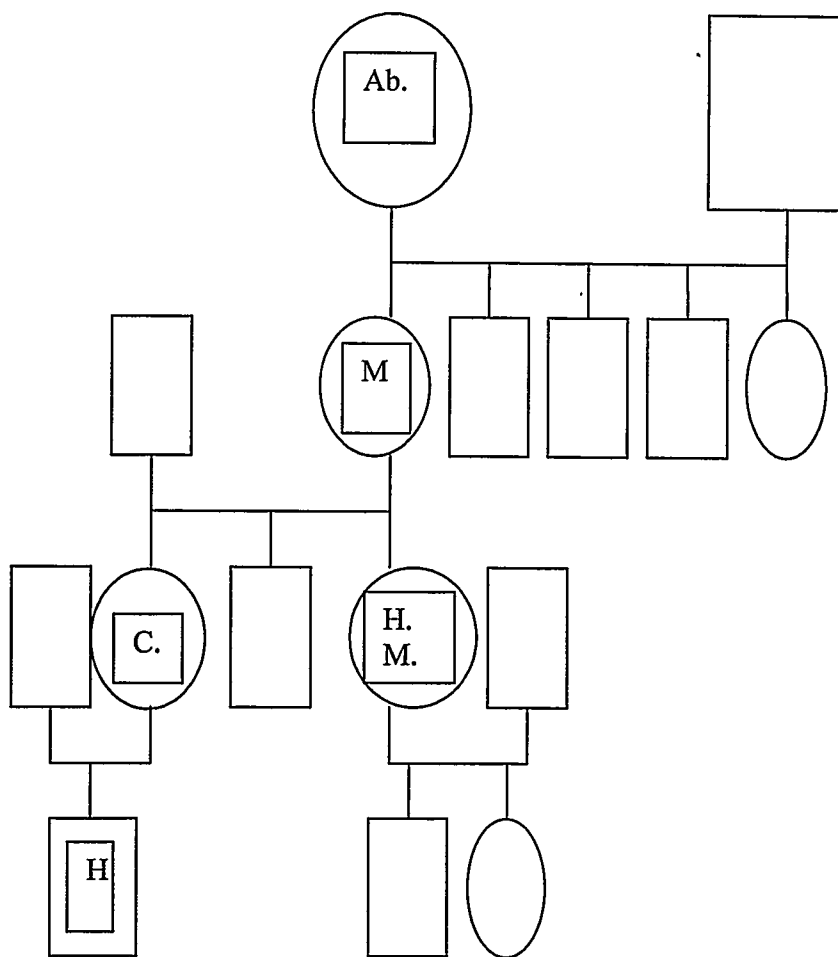
De modo que la niña-adolescente va conformando una *“...baja estructuración de poder enfrentar las demandas del entorno: ir a la escuela, cumplir un horario, estudiar, rendir, aprobar...”*

Frente a este panorama, para muchas adolescentes la posibilidad de cambiar de rol (por ejemplo, de hija a madre) puede convertirse en la más cercana a su alcance, en *“...un juego en ejercicio que sorprende con el resultado (embarazo)”* y agrega *“no podemos descartar que para muchas de ellas embarazarse puede ser también una manera de llegar al otro”*

Finalmente respecto a la pregunta sobre cuáles son los motivos más frecuentes por los que se realizan interconsultas y/o derivaciones la Lic. nos cuenta: *Las consultas pueden ser por: Angustia, miedo, dificultad en el embarazo, abandono de motivaciones, o también se acercan madres que temen que sus hijas queden embarazadas pronto nuevamente.*

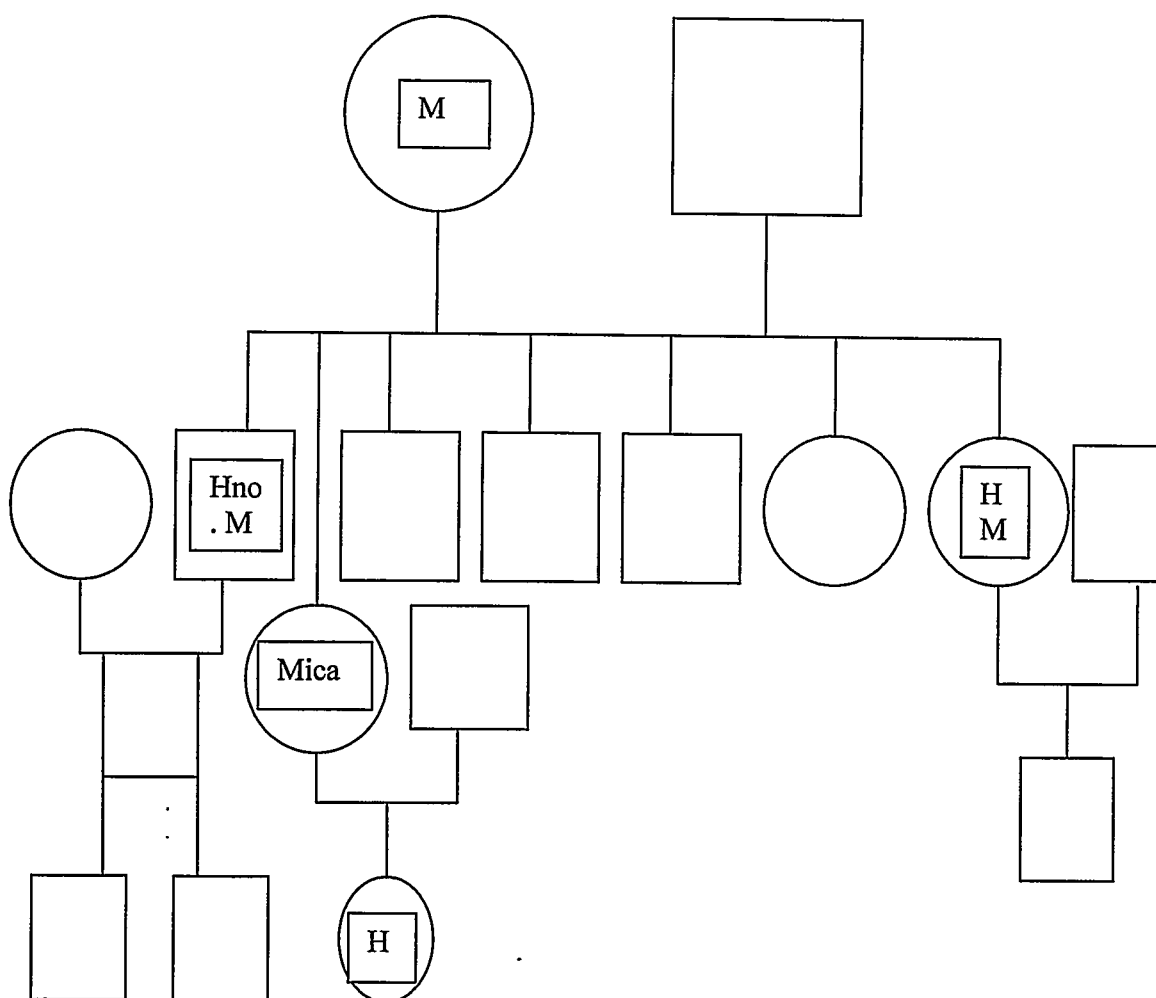
Genealogías

A continuación se presentan tres de los casos más representativos de la investigación:



Su abuela tuvo a su madre años 14 años.
Su madre tuvo si primer hija a los 17 años. Tuvo tres.
La hna .mayor de Cristal tuvo su primer hijo a los 17 años
Y Cristal su primer hijo a los 14.

C: Cristal
HM: hermana mayor
M: madre
H: hijo
Ab: abuela



Micaela.

Su madre tuvo su primer hijo a los **17** Tuvo 7 hijos.

El hermano mayor, de 23 años, tiene gemelos.

La hermana mayor, de 18 años, tiene un hijo de 2.

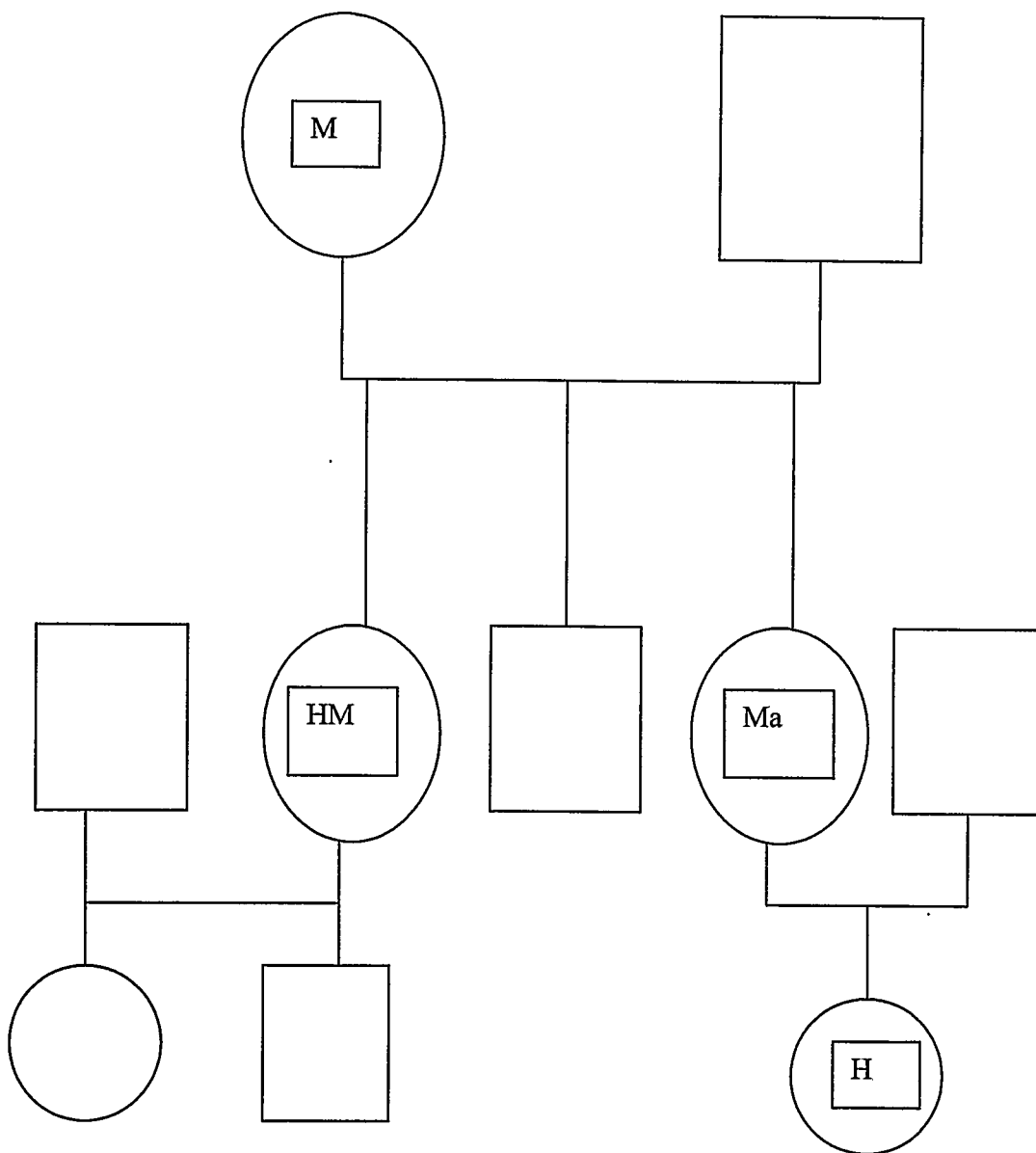
Micaela tuvo su primer hijo a los 15 años.

M: madre

Hno. M: hermano mayor

HM: hermana mayor

H: hijo



Mariel.

La madre tuvo su primer hijo a los 15 años. Tuvo tres hijos.

Su hermana mayor, tuvo su primer hijo a los 17 años. Actualmente nació su 2º hijo
Y Mariel, fue mamá primeriza a los 17 años.

Ma: Mariel

M: madre

HM: hermana mayor

H: hijo

CONCLUSIONES

Para intentar acercarnos a un diagnóstico es de suma importancia poder entender qué significa éste en el área social. Para ello nos apoyamos en el concepto desarrollado por Escalada, Mercedes (2001)¹ quien plantea que el diagnóstico social se caracteriza por desarrollar ampliamente un proceso analítico y descriptivo, ofreciendo como producto un resultado igualmente analítico y descriptivo en un determinado proceso histórico.

La parte indispensable del diagnóstico es la conclusión, que es la síntesis elaborada que permite interpretar la realidad, construir significados y se expresa en un juicio de valor. Pensar un diagnóstico desde el T. S. implica el poder aproximarnos a esta realidad con la intención de modificarla.

Estamos frente a generaciones de adolescentes que no están pudiendo “romper” ni cuestionar los modelos aprehendidos e incorporados en su infancia, y sostenidos y reafirmados con el correr de los años por factores socioculturales.

El tener, a diferencia de sus madres, acceso a la información y a la prevención de un embarazo no deseado, el simplemente no desearlo en este momento de sus vidas no se convierten en razones suficientes para evitarlo.

Del mismo modo sucede con las adolescentes que en oposición plantean desear un hijo a esta edad y formar una familia: excepto algún caso particular y, por supuesto sin la mínima intención de desacreditar sus palabras se evidencia claramente que la maternidad se convierte en proyecto para ellas por no tener el ejercicio de pensarse y saberse ocupando otro lugar.

Se impone la estructura psíquica propia que es la que incorpora los modelos identificatorios en la llamada socialización primaria. Esto significa en estas jóvenes, que la posibilidad de incorporar la información objetiva sobre prevención o acceder a una educación integral que contemple la sexualidad y la educación en ella, como parte de los derechos de las personas, aparece en sus vidas demasiado tarde.

Existe una importante y prácticamente “nueva” herramienta: “Ley Nacional de Educación Sexual y Procreación Responsable” (25.673) de la que deriva el Programa de Educación Sexual Integral. (ley 26.150) y muchos, muchísimos posibles operadores de las mismas: los maestros, educadores, orientadores sociales, trabajadores sociales, personal de gabinetes escolares....

¹ Escalada, Mercedes. “Teoría y epistemología en la construcción de diagnósticos sociales” en el Diagnóstico Social. Bs. As. 2001

Sin embargo considero que aún estas leyes con sus respectivos programas y su inacabada implementación, sumado a los esfuerzos aislados de distintos grupos de la sociedad civil, o incluso de algunos distritos escolares, no han producido modificaciones de la situación general.

Por lo tanto estaríamos sosteniendo la misma situación criticada si dejáramos esto sólo en manos de la escuela, aunque sea ese el lugar más factible de enseñarla, o mejor dicho, el de más factible acceso de los grupos poblacionales a los que se dirige nuestro accionar.

El Trabajador Social “debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana...” (Código de Ética del T. S.). Que amplios sectores de la población permanezcan en estado de inercia frente a situaciones como la repetición historias de vida ancladas en la pobreza y sostenedoras del círculo perverso que esto genera es una herida permanente en nuestra sociedad.

La educación sexual debe enseñarse desde el nivel inicial.

Para, de este modo, iniciar un camino en donde exista la posibilidad de contrarrestar los efectos de los estereotipos de roles de género, transmitidos de generación en generación en sus hogares, (siendo que estos afectan las identidades y condiciones de vida de las personas, sus expectativas y oportunidades). Recordemos que

“cuando no hay intervenciones externas, la familia tenderá a transmitir y reforzar los patrones de desigualdad existentes...” (Jelin 1996)

Así, a partir del autoconocimiento y del conocimiento se asumirá la existencia de otras posibles formas de verse y ver a los demás.

Es de nuestra incumbencia por lo tanto “Conducir procesos educativos, individuales o grupales, tendientes a promover en las personas, grupos, instituciones y comunidades el desarrollo de conductas que les permitan participar activamente en la obtención de su bienestar” debiendo “elaborar, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos tendientes a la prevención de problemas sociales y a la promoción del crecimiento y desarrollo social con metodología y técnicas científicamente acreditadas.”

Toda sociedad, cualquiera que sea, debe funcionar con miras a proporcionar una mejor calidad de vida a la totalidad de sus miembros.

A partir de lo planteado entonces, queda abierto el interrogante acerca de cómo desde nuestro accionar profesional, podemos contribuir a intervenciones más

generadoras de conciencia. Cómo contribuimos a una intervención más crítica y tendiente a la transformación social.

ANEXOS

CÓDIGO DE ÉTICA (extracto)

INTRODUCCION

El Trabajo Social está basado en principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos.

Considera al ser humano en su dimensión integral y en consonancia, asume un compromiso activo acompañando los cambios sociales que permiten dignificar la condición humana.

A través de una lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana.

En este sentido, las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como marco de referencia en el sentir y en el actuar de los Profesionales del Trabajo Social.

CAPITULO I. Principios.

- 1.- Todo ser humano posee un valor único, con independencia de origen, sexo, edad, creencia, etnicidad, condición socio-económica, o de su contribución a la sociedad.
- 2.- Toda persona humana tiene el derecho de realizarse plenamente para y con los demás.
- 3.- Toda sociedad, cualquiera que sea, debe funcionar con miras a proporcionar una mejor calidad de vida a la totalidad de sus miembros.
- 4.- El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos.
- 5.- El Profesional en Servicio Social deberá: a) Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos; b) Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda y trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de las Ciencias Sociales y/o profesiones afines; c) Capacitarse en forma permanente para poder adecuar la lectura de la realidad y la intervención profesional que en cada caso corresponda.

CAPITULO II. De los Deberes y Obligaciones.

Normas generales:

ART. 1: El prestigio de la profesión exige que todo colegiado observe y haga observar los preceptos de este Código de Etica. Las transgresiones serán objeto de sanciones, por considerarse indignas y punibles, por cuanto afectan o podrían afectar el decoro personal y/o profesional de los colegiados en lo relacionado con:

- a) lo que corresponda al usuario de los servicios profesionales y a la comunidad en general.
- b) las reglas generales de convivencia y el respeto y consideración mutua entre colegas.
- c) el buen nombre del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- d) el buen nombre de la institución respectiva en función de su cargo.
- e) lo que atañe a la opinión pública.

CAPITULO III. Deberes y Obligaciones hacia el Colegio de Profesionales.

ART. 2: Es deber y obligación del profesional del Servicio Social:

- a) Prestar con probidad y dedicación su concurso personal para el mejor éxito de los fines colectivos del Colegio.
- b) Las comisiones que se le confíen deben ser aceptadas y cumplidas con suma discreción, guardando secreto y pudiendo excusarse solamente cuando lo impida una causa justificada.
- c) Deben cumplir con el derecho y obligación de votar periódicamente y contribuir al sostenimiento del Colegio abonando con regularidad los montos que a ese fin se fijen.

ART. 3: Todos los profesionales colegiados deben contribuir al prestigio y a la cohesión de su identidad profesional, considerándose lesivo a estos propósitos cualquier postura pública divisionista o antagónica frente a las decisiones votadas y adoptadas por la misma.

El Colegio Profesional no puede (al margen del ámbito de competencia) pronunciarse o tomar partido por determinada línea o postura filosófica, ideológica o política.

ART. 4: Acatar y cumplir las disposiciones de la Ley Profesional vigente para toda la provincia de Buenos Aires, de este Código de Etica, como así mismo de las resoluciones emanadas del Consejo Superior, sean éstas referidas al ejercicio de la

profesión, a la defensa de los intereses de los matriculados y/o a las obligaciones que se pautan para los mismos.

ART. 5: Tres inasistencias consecutivas o cinco alternadas a las Asambleas y en particular a aquellas destinadas a la aprobación de la renovación de Autoridades del Colegio Profesional, serán consideradas como falta de conciencia profesional en las que los colegiados deben evitar incurrir.

ART. 6: Dirimir ante las autoridades del Colegio Profesional todas las situaciones atípicas, relacionadas con el ejercicio profesional y que dieren lugar a sospechas de faltas al presente Código de Ética, aportando todos los datos disponibles en forma concreta y emitiendo criterio sobre el particular.

ART. 7: Desempeñar en forma eficiente y con el mayor esmero y honestidad los cargos a los que se accediere dentro del Colegio, representando fidedignamente las propuestas, ideas e intereses de los Colegiados.

ART. 8: Denunciar todo cambio de domicilio.

CAPITULO IV: Deberes y Obligaciones en relación con la función

ART. 9: Todo profesional en Servicio Social está obligado a desempeñar con responsabilidad el cargo que asume y las funciones inherentes al mismo.

ART. 10: Basará su accionar en normas que aseguren un trato justo e iguales oportunidades para sus colegas y para el personal a su cargo, sin discriminación alguna.

ART. 11: Deberá y está obligado a desempeñar su rol, profesional y eficientemente, de acuerdo con la Ética Profesional y en relación con los fines de la Institución a la que pertenece. Podrá abstenerse de intervenir cuando medien vínculos que comprometan los resultados de la prestación.

ART. 12: Deberá y está obligado a hacer respetar su derecho a elegir, designar y utilizar la metodología, estrategias y técnicas profesionales que en cada caso considere adecuada al buen desempeño de sus funciones.

ART. 13: Deberá abstenerse en el desempeño de su cargo, de recibir retribuciones fuera de su sueldo u honorarios y/o viáticos.

ART. 14: Deberá interesarse por todos los problemas sociales contribuyendo solidariamente con sus conocimientos teóricos y recursos técnicos.

ART. 15: Deberá y está obligado a abstenerse de utilizar su cargo para obtener ventajas personales.

ART. 16: Deberá esforzarse por crear y fortalecer los canales tendientes al logro de una distribución más equitativa de los recursos existentes, difundirá los mismos y orientará a la población para que todas las personas tengan igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos, medios y servicios disponibles.

ART. 17: Deberá realizar propuestas concretas tendientes al logro y cambios en las políticas y legislaciones provinciales, nacionales e internacionales, que tiendan a mejorar las condiciones sociales y a promover la justicia social logrando un mayor bienestar humano. Las mismas se podrán plantear en forma directa o por intermedio del Colegio Profesional correspondiente.

ART. 18: Deberá contribuir a crear una alternativa socio-cultural que responda al real interés y sentir de la población.

Documento de ARAXÁ.

Ponencia Oficial del Brasil a la VI Conferencia panamericana de Servicio Social.

Caracas, Junio 1968

Centro Brasileiro de Cooperación e Intercambio de Sevicios Sociales

Av. General Justo, 307 – II andar

Río de Janeiro – Brasil

Estimados Colegas:

Nos es grato remitirles el documento incluso, Ponencia Oficial del Brasil a la VI Conferencia Panamericana de Servicio Social. Se trata del “Documento de Araxá” elaborado por un grupo de profesionales que se reunieron en Araxá (estado de Minas Gerais) y durante varios días meditaron especialmente sobre un problema que preocupa a todos los Asistentes Sociales, en especial quizás a los de América Latina: definir el Servicio Social y ubicarlo al lado de las profesiones afines.

Como decimos en le texto del Documento, se trata apenas de una iniciativa, expresión verbal de una necesidad reconocida por todos los colegas, sujeta a consideraciones y a, revisión, que espera ser enriquecida por experiencias auténticamente latinoamericanas.

Confiamos en que encontrará eco entre los Profesionales del Servicio Social que sienten esta necesidad imperiosa tanto como comentarios, sugerencias y rectificaciones que hagan del “Documento de Araxá! Una pieza útil a la teoría y la práctica del Servicio Social en nuestros países.

Muy atentamente.

M. F. López Meirelles.

Presidente

Capítulo I

Consideraciones Sobre la naturaleza del Servicio Social

- 1- La posición teórica del Servicio Social no alcanzó hasta el momento, una ubicación satisfactoria en el cuadro de los conocimientos humanos.
- 2- ¿Es el Servicio Social una ciencia autónoma? Una corriente lo define como “Ciencia Social Aplicada”, porque se utiliza de los conocimientos de la Sociología, Antropología, Psicología, Economía, Política, etc., para intervenir en la realidad social. Otros defienden la posición de independencia para el Servicio Social, en el cuadro de las ciencias, afirmando que posee un sistema de conocimientos científicos, normativos y transmisibles, en torno de un objetivo común. Existen también los que afirman que el Servicio Social es una ciencia ya que sintetiza las ciencias psicosociales.
- 3- En lo que se refiere la componente “arte”, originariamente incluido en las definiciones de Servicio Social, se verificaron divergencias, y quedó pendiente la cuestión por este motivo.
- 4- Parece que hay, sin embargo, un cierto consenso en ubicar el Servicio Social en el plano del conocimiento especulativo – práctico, cuando se coloca al nivel de la aplicación de conocimientos propios o tomados de otras ciencias. Se justificara, también, considerarlo como una técnica social, porque influye en el comportamiento humano y en el medio, en sus interrelaciones.
- 5- La evolución de los conceptos de Servicio Social y su sistematización como disciplina permiten afirmar la existencia de componentes esenciales que pueden ser sistematizados como instrumentos de intervención, en la realidad social. En esta intervención, el Servicio Social actúa en la base de las interrelaciones del binomio individuo – sociedad. Su teorización se realiza a partir de la “praxis”, o sea, el Servicio Social pesquisa y identifica los principios inherentes a su práctica y sistematiza su teoría.
- 6- Como práctica institucionalizada, el Servicio Social se caracteriza por la actuación con los individuos que presentan desajustes familiares y sociales. Tales desajustes muchas veces provienen de estructuras sociales inadecuadas.
- 7- Se observa que la absorción de los profesionales del Servicio Social, en el plano práctico perjudica, algunas veces, la reflexión sobre las experiencias realizadas y retarda las oportunidades de análisis y el desarrollo de un cuadro de referencias que permita la definición de su naturaleza, dificultando, con esto, su colocación en el cuadro general de las ciencias técnicas.

- 8- Debe considerarse que el análisis y la crítica del “modus operandi” del Servicio Social, en los diversos contextos históricos – culturales, se constituye en un elemento fundamental para la elaboración de la teoría de esta disciplina.
- 9- Al analizarse la evolución del Servicio Social en el Brasil, se verifica que el surgimiento del Estado paternalista, que coincide con los orígenes del Servicio Social fue un factor que condicionó la organización de un sistema de instituciones sociales que se proponían solucionar los problemas a través de programas asistenciales de carácter inmediato. Carácter este que también marco a las organizaciones particulares de asistencia.
- 10- Ese pasado contribuyó para la formación de una imagen y de una expectativa respecto al Servicio Social como una actividad de prestación de servicios asistenciales. La urgencia de los problemas sociales y el inmediatez del Servicio Social, en ese período, dificultaron la reflexión y el análisis que podrían orientar el Servicio Social hacia el carácter correctivo del Servicio Social. En ese caso, el Servicio Social presentaría, fundamentalmente, caracteres correctivo y promocional. Este asunto es, sin embargo, tema de controversia, por lo que merece mayores consideraciones posteriores.
- 11- El carácter promocional del Servicio Social se halla resumiendo en la afirmación de que promover es capacitar. Desde ese enfoque se concluye que el Servicio Social promueve cuando actúa para habilitar individuos, grupos, comunidades y poblaciones, haciéndoles alcanzar la plena realización de sus potencialidades. Bajo este prisma la acción del Servicio Social se introduce en el proceso de desarrollo tomando este en un sentido lato, esto es, aquel que lleva a la plena utilización de los recursos naturales y humanos y, consecuentemente, a una realización integral del hombre. Se destaca, en relación a la promoción humana, la importancia del proceso de concientización como punto de partida para la fundamentación ideológica del desarrollo global.
- 12- En ese orden de consideraciones, los caracteres correctivo, preventivo y promocional son válidos desde que constituyen respuesta adecuada a los contextos en que el profesional del Servicio Social es llamado a actuar. Al tomarse, sin embargo, el contexto social como criterio de referencia para aquilatar la validez de cualquiera de los referidos caracteres, no debe el agente del Servicio Social, colocarse en una perspectiva puramente estática de aceptación, sino desempeñar un papel que conduzca a la modificación de ese contexto.

- 13- Es en función de mejor servir a la persona humana y a la sociedad que se impone esta reformulación del Servicio Social en nuevas líneas de teoría y acción. El Servicio Social, agente que interviene en la dinámica social, debe orientarse en el sentido de llevar a las poblaciones a tomar conciencia de los problemas sociales, así como contribuir para el establecimiento de formas de integración popular en el desarrollo del país.
- 14- Las exigencias del proceso de desarrollo mundial están imponiendo al Servicio Social, sobre todo a partir de su presencia en países o regiones subdesarrolladas, el desempeño de nuevos papeles, los que, en la línea de su evolución histórica, constituyen formas de introducción de la profesión en la realidad económica – social de los mismos países o regiones.
- 15- A partir de ese nuevo enfoque, el Servicio Social deberá romper el condicionamiento de su actuación al uso exclusivo de los procesos de Caso, Grupo o comunidad, y rever sus elementos constitutivos elaborando e incorporando nuevos métodos y procesos.

Objetivos del Servicio Social

- 16- Se deberá hacer aquí una distinción entre el objetivo remoto del Servicio Social y sus objetivos operacionales, entendidos estos como fines inmediatos e intermediarios.
- 17- El objetivo remoto del Servicio Social puede ser considerado como la provisión de recursos indispensables al desarrollo, a la valorización del hombre y a la mejoría de las condiciones del ser humano, presuponiendo el atendimento de los valores universales y a la armonía entre estos y los valores culturales e individuales. Esos valores funcionan como un cuadro de referencias de bienes tangibles e intangibles que informan como un plano operacional del Servicio Social.
- 18- En ausencia de una teorización suficientemente formulada sobre la universalidad de la “condición humana”, se acepta como cuadro de valores, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de las Naciones Unidas, que resultó de un consenso entre representaciones de las más variadas culturas. Resáltese, entretanto, la necesidad de investigaciones sistemáticas sobre la materia cuyos resultados vengan a consolidar el fundamento teórico del Servicio Social, enriqueciendo así su contenido.

19- Los objetivos operacionales pueden ser enunciados como sigue:

- a- Identificar y tratar problemas o distorsiones residuales que impiden a individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones alcanzar padrones económico – sociales compatibles con la dignidad humana, y estimular la continua elevación de esos padrones;
- b- Recoger elementos y elaborar datos referentes a problemas o desequilibrios que estén exigiendo reforma de las estructuras y sistemas sociales;
- c- Crear condiciones para hacer efectiva la participación consciente e individuos, grupos, comunidades y poblaciones, y sea promoviendo su integración dentro de condiciones que derivan de los cambios, ya sea provocando los cambios necesarios;
- d- Implantar y activar los sistemas y equipos que permitan la consecución de sus objetivos.

Funciones del Servicio Social

20- De la naturaleza y de los objetivos del Servicio Social derivan sus funciones, en los diferentes niveles de actuación:

a. Política Social:

- a.1- Provocar el proceso de formulación de la política social, cuando este ausente, o de su renovación, cuando sea inoperante, y provocar su reformulación cuando sea necesaria.
- a.2- Ofrecer subsidios, dentro de una perspectiva de globalidad. Para los fines de esa política.
- a.3- Crear sistemas, canales y otras condiciones para la participación de todos aquellos que lleguen a ser alcanzados por las medidas de la política.

b. Planeamiento:

- b.1- Contribuir con el conocimiento directo de las necesidades, de las expectativas, de los valores, actitudes y comportamientos de las poblaciones, frente al cambio, en la formulación de los objetivos y en la fijación de las metas.
- b.2- Contribuir para la creación de condiciones que permitan la participación popular en le proceso de planeamiento.

c. Administración de Servicios Sociales:

- c.1- Promover pesquisas operacionales y participar en ellas.
- c.2- Elaborar el micro – planeamiento.
- c.3- Implantar, administrar y evaluar programas de servicios sociales.
- c.4- Llevar a los usuarios a participar de la programación de los servicios.

d. Servicios de Atención Directa, de tipo correctivo, preventivo y promocional, destinados a individuos, grupos, comunidades, poblaciones y organizaciones:

- d.1- Trabajar con individuos que presentan problemas o dificultades de integración social, a través de la movilización de sus potencialidades individuales y de la utilización de los recursos del medio.
- d.2- Propiciar el ejercicio de la vida en grupo, principalmente en lo que se refiere al desempeño de papeles inherentes a la vida social.
- d.3- Contribuir para capacitar a la comunidad a integrarse en el proceso de desarrollo a través de la acción organizada, con miras al atendimento de sus necesidades y a la realización de sus aspiraciones.
- d.4- Trabajar con organizaciones, procurando la adecuación de sus objetivos y métodos a las exigencias de la realidad social y su integración en una perspectiva de desarrollo.

Capítulo II

Metodología de acción del Servicio Social

21- Para situar mejor la metodología de acción del Servicio Social, hay que enunciar los **principios y los postulados** que la fundamentan.

43- La autodeterminación, la individualización, el no juzgamiento y la aceptación, enunciados que orientan la aplicación de la metodología de acción del Servicio Social en sus tres procesos, han sido clasificados como principios básicos de acción profesional. El análisis riguroso del contenido y de la naturaleza lógica de esos principios lleva, sin embargo, a constatar:

- a. Que se hallan reunidos con categoría de principios tanto proposiciones de naturaleza ética y metafísica, como normas para procedimientos técnicos;

b. En lo que se refiere a aquellos principios propiamente relacionados con la acción, se verificó una forma de enunciación ligada de manera dominante a las particularidades de la actuación del Servicio Social de Caso y de Grupo.

43- Partiendo de esas constataciones, se procuró entonces clasificar aquellos principios, enunciándose bajo la forma de postulados, que representan los presupuestos éticos y metafísicos para la acción del Servicio Social, y como principios operacionales de la metodología de acción aquellos que enuncian puntos básicos que orientan la actuación del agente profesional. Se entiende, así, como principios operacionales de la metodología aquellas normas de acción de valor universal llevadas a la práctica en todos los procesos del Servicio Social.

44- Entre los **postulados**, se llegó a la conclusión de que, por lo menos tres, se hallan explícita o implícitamente adoptados como presupuestos que fundamentan la actuación del Servicio Social:

postulado de la dignidad de la persona humana: que se entiende como un concepto del ser humano en una posición eminentemente ontológica, en el orden universal, y al que deben estar referidas todas las cosas;

postulado de la sociabilidad esencial de la persona humana: que es el reconocimiento de la dimensión social intrínseca a la naturaleza humana, y como consecuencia de la que se afirma el derecho de que la persona humana encuentre, en la sociedad, las condiciones para su realización;

postulado de la perfectibilidad humana: o sea el reconocimiento de lo que el hombre es, en el orden ontológico: un ser que se auto – realiza en el plano de la historia humana; como consecuencia de lo cual se admite la capacidad y las potencialidades naturales de los individuos, grupos, comunidades y poblaciones para progresar y auto promoverse.

45- Entre los principios operacionales de la metodología de acción, sin pretender agotar la enunciación, reconociéndose la necesidad de reflexión y análisis más profundos a ese respecto, se llegó a identificar los siguientes:

- a- estímulo al ejercicio de la libre elección y de la responsabilidad de las decisiones;
- b- respeto a los valores, padrones y pautas culturales;
- c- oportunidad para el cambio en el sentido de la autopromoción y del enriquecimiento del individuo, del grupo, de la comunidad, de las poblaciones;
- d- actuación dentro de una perspectiva global de la realidad social.

45- Son elementos operacionales de la metodología, comunes a todos los procesos, la participación del hombre en todo el proceso de cambio y en la relación entre profesional – individuo, profesional – grupo, profesional – comunidad y profesional – poblaciones, establecida de manera directa o indirecta, dependiendo del tipo de acción a ser ejercida.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

Ley 26.150

B.O. 24/10/2006

Establécese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal.

Creación y Objetivos de dicho Programa.

Sancionada: Octubre 4 de 2006

Promulgada: Octubre 23 de 2006

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de

Ley:

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

ARTICULO 1º — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

ARTICULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1º las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.

ARTICULO 3º — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;

- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

ARTICULO 4° — Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

ARTICULO 5° — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

ARTICULO 6° — El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología definirá, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTICULO 7° — La definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral será asesorada por una comisión interdisciplinaria de especialistas en la temática, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de elaborar documentos orientadores preliminares, incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del programa.

ARTICULO 8° — Cada jurisdicción implementará el programa a través de:

- a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo;

b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios;

c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomienda, utilizar a nivel institucional;

d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas;

e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua;

f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

ARTICULO 9º — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados.

Los objetivos de estos espacios son:

a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;

b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;

c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.

ARTICULO 10. — Disposición transitoria:

La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente.

La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.

ARTICULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CUATRO DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL SEIS.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.150 —

ALBERTO E. BALESTRINI. — DANIEL O. SCIOLI. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Decreto N° 1489/2006

Bs. As. 23/10/2006

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Nación N° 26.150 cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. —

KIRCHNER. — Alberto A. Fernández. — Daniel F. Filmus.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Ander Egg, E. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Lumen. Bs. As. 1995.
- ✓ Barg, L. Las tramas familiares en el campo de lo social. Ed. Espacio. Bs. As. 2008.
- ✓ Bodnar, P. Programa de evaluación externa de las actividades científicas y tecnológicas. Salud reproductiva. UBA. 2007.
- ✓ Calvo, L. Familia, resiliencia y red social. Ed. Espacio. Bs. As. 2002
- ✓ Climet, G. La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas. Revista Argentina de sociología. Volumen 1. N° 1. Bs. As. 2003
- ✓ Correa, C., Faur, E. y otros. Manual de capacitación: sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos. UNICEF. 2003
- ✓ Escalada, M. El diagnóstico social. Ed. Espacio. Bs. As. 2001.
- ✓ Ferrero, G. Violencia-familiar. Causa o consecuencia. Ed. Espacio. Bs. As. 2009
- ✓ Geldstein, R. y Pantelides, E. Riesgo reproductivo en la adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género. UNICEF. Bs. As. 2001.
- ✓ Genolet, A., Lera, C., Gelsi, Ma. C., Musso, s., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., Schumuck, Ma. S. Maternidad adolescente: estudio de las prácticas maternas en mujeres pobres de Paraná. Desde el fondo. Cuadernillo N°29. Paraná, 2002. www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/fondo/num29/genolet29.pdf
- ✓ Giberti, E. La familia a pesar de todo. Ed. Noveduc. Bs. As. 2005.
- ✓ Golovanesky, L. Tesis vulnerabilidad y transmisión intergeneracional de la pobreza: Un abordaje cuantitativo para Argentina del siglo XXI. Inédita. UBA. Bs. As. 2007
- ✓ Gutiérrez, M. A. (comp.) Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Clacso libros. Bs. As. 2007.
- ✓ Infesta Dominguez, E. "Continuidad y cambio". En revista Encrucijadas. Facultad de Cs. Ss. de la UBA. Año 2002. Págs. 17 a 27.
- ✓ Jelin, E. Pan y afectos. La transformación de las familias. Ed. Fondo de cultura económica. Bs. As. 2003.
- ✓ Lugano, C. *El concepto de vida cotidiana en Trabajo social.*
- ✓ Margulis, M. y otros. Juventud, cultura, sexualidad. Ed. Biblos. Bs. As. 2008.
- ✓ Margulis, M. y otros. La juventud es más que una palabra. Ed. Biblos. Bs. As. Tercera edición. 2008.
- ✓ Mendicoa, G. Sobre tesis y tesistas. Ed. Espacio. Bs. As. 2003.

- ✓ Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud social y comunitaria. Cap. 2. Tomo 10. A. Ministerio de Salud de la Nación. 2007.
- ✓ Robirosa, M. Estrategias para la viabilización eficiente y eficaz de proyectos de desarrollo popular. En Desarrollo Económico. N°29. 1989.
- ✓ Rozas Pagaza, M. "una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As. 1998.
- ✓ Sabino, C. Cómo hacer una tesis. Guía para elaborar y redactar trabajos científicos. Ed. Humanitas. Bs. As. 1989.
- ✓ Saltalamacchia, H. "Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa". Tomo 3. Capítulo 1. www.saltalamacchia.com.ar
- ✓ Souza Minayo M. C. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Bs. As. (19) cap 2.