

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

2007

Construyendo significados : sexualidad y salud reproductiva adolescente

Lorenzini, Florencia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/567>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Apuñalada 14/11/07



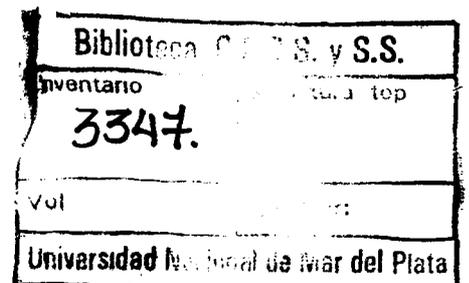
Fotografía extraída de www.mujeresaloeste.org.ar

Licenciatura en Trabajo Social
Facultad de Ciencia de la Salud y Servicio Social
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**“Construyendo significados :
sexualidad y salud
reproductiva adolescentes”**

TESIS FINAL DE GRADO

Lorenzini, Florencia
Dirección: Epele, María Eugenia



Noviembre, 2007.-

GRACIAS, a todas las chicas que participaron tan abiertamente en esta tesis, sin ellas la misma no podría haberse realizado, en especial a las chicas del Hogar con quienes participamos intentando descubrir entre todas esto de ser mujeres.

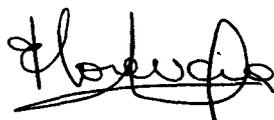
GRACIAS, María Eugenia por haberme brindado todo tu apoyo en esta instancia de mi aprendizaje y por abrimme las puertas del Hospital.

GRACIAS, A mis viejos por "bancar" esta espera larga, que fue y es mi formación, sin ellos no hubiera sido posible.

GRACIAS, A Celes que con su apoyo incondicional acompañó todo este proceso "facultativo", haciendo extensivo el abrazo para Olivia que con sus sonrisas cotidianas hace que los días sean más hermosos.

GRACIAS, Ale que con tu buena onda me abriste las puertas del Hogar para que este proyecto se concretara y que hayamos podido compartir los jueves de taller con las chicas.

iiiiii Y GRACIAS A TODOS Y TODAS QUE CON SUS ENCUENTROS CONMIGO HICIERON Y HACEN QUE TODOS ESTOS AÑOS TRANSITADOS EN LA FACULTAD HAYAN SIDO TAN BUENÍSIMOS COMO SON, LOS AMO A TODOS Y TODAS !!!!!!!!!!!!!!!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Rodríguez'.

Indice

| | | |
|--|-------|-----------|
| I-Fundamentación | | Pág.3-4 |
| II-Primera Parte: Esquema conceptual/Marco teórico de Referencia | | Pág.5-26 |
| III-Segunda parte : Trabajo de Campo | | Pág.27-40 |
| IV-Tercera Parte: Análisis de datos | | Pág.41-54 |
| V-Cuarta Parte: Conclusiones/Evaluación | | Pág.55-57 |
| VI-Anexos | | Pag.58-70 |
| VII-Bibliografía | | Pág.71-75 |

I-Fundamentación

La exploración de los saberes construidos acerca de la sexualidad y la salud reproductiva por parte de las mujeres entre 13 y 18 años usuarias del HIEMI, es el objetivo general que guió la realización del presente trabajo de investigación.

El mismo, surge como continuación y profundización del acercamiento teórico y operativo a la temática de la sexualidad y salud reproductiva en la adolescencia, realizado a partir de la práctica de pre-grado -durante el año 2005 - en el Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti". Por lo tanto, los diversos motivos que incentivaron el desarrollo de este estudio tienen su fundamento principal en las observaciones y entrevistas realizadas como parte de la práctica supervisada.

Cabe aclarar que en el transcurso de la supervisión se participó, tanto de aquellos dispositivos de intervención que desde el Servicio Social se implementan con madres menores de 21 años¹, como en el Servicio de Consulta Ginecológica Ambulatoria de menores de 17 años.

Por un lado, las jóvenes con las que se trabajó en el marco de la experiencia antes citada, refieren que la mayoría de sus embarazos no han sido planificados ni buscados *¿cómo piensan-vivencian su maternidad y paternidad?*. Por otra parte, ellas conocen nominalmente los métodos anticonceptivos pero no los utilizan y se dicen desinteresadas en hacerlo *¿tuvieron acceso a información clara, que contenga sus dudas, su mirada, sus propias prácticas?*; *¿consideran que existen espacios en las instituciones en las que puedan acceder a información y a responder sus dudas acerca de su cuerpo y los cambios que en él se suscitan?*; *¿consideran que es contemplada su mirada al momento de pensar en servicios de salud que los tenga como destinatarios?*; *¿conocen el programa de salud sexual y procreación responsable?*.

Construyen diversos mitos y leyendas respecto de los métodos anticonceptivos, que supondrían un impedimento al momento de utilizarlos. Por ejemplo una joven de 16 años madre de dos niños relata: *"yo sé que hay niños que nacieron con un diú incrustado en la cabeza"*.

En los discursos de estas jóvenes, no aparece la posibilidad de plantear a sus parejas la utilización de métodos anticonceptivos, de lo que desprende que el decidir el momento más adecuado para tener hijos está negado *¿existe una relación entre los roles de género y las prácticas de cuidado anticonceptivo?*.

¹ Desde el Servicio Social son entrevistadas a diario las madres de menos de 21 años en el área de internación y sus familiares o aquellos adultos responsables con el objetivo de garantizar el egreso de los mismos.

Se intentará construir conjuntamente con las jóvenes, las respuestas a los interrogantes planteados, considerando que la inclusión de sus miradas y vivencias dentro de la planificación e implementación de estrategias de intervención en el área de la salud pública facilitarán un mayor alcance de las políticas y su apropiación por parte de los destinatarios, favoreciendo a su vez una perspectiva integral respecto de la cuestión.

A fin de profundizar y de realizar un aporte a las perspectivas que contemplan a los adolescentes como sujetos de derechos este trabajo exploratorio descriptivo se plantea como objetivo general²:

Contribuir, desde la perspectiva de género, al análisis de los saberes contruidos acerca de la sexualidad y la salud reproductiva por parte de las mujeres entre 13 y 18 años, usuarias del HIEMI..

Y como objetivos específicos:

Describir los significados atribuidos a la sexualidad por parte de mujeres usuarias del HIEMI.

Describir la significación construida por parte de estas mujeres en relación a la reproducción y al hecho reproductivo.

Detectar y describir las prácticas de cuidado de la salud reproductiva implementadas.

Vincular las significaciones construidas en relación a la sexualidad y la reproducción con las prácticas de cuidado de la salud reproductiva.

² -Respecto a la modificación de los objetivos planteados en el plan de tesis dirigirse a Metodología de trabajo-obstáculos de investigación.-

II-Esquema Conceptual/Marco teórico de Referencia

El ser humano -como una unidad bio-psico-social-, es un ser reflexivo con capacidad transformadora que construye cotidianamente y en relación dialéctica con otros conocimientos y su propia vida. Se presenta con necesidad de ser confirmado por otros semejantes, con los cuales descubre el mundo y trata de explicarlo, dándole un sentido y significado al mismo. Se encuentra dentro de un contexto social que lo modifica e influye estableciendo múltiples relaciones con el medio social. Cada sujeto construye una identidad a partir de su inserción en diversas redes, ya sean naturales, de cotidianidad o redes institucionales.³ Se identifica e inserta en un grupo social, que presta sentidos, cultura y que sostiene al sujeto en su constitución como tal.

A lo largo de la vida humana, los sujetos van asumiendo diversos roles dentro de los espacios donde se relacionan. La relación con los otros semejantes es mediatizada por el lenguaje que es la forma más compleja de comunicación, mediante la cual cada objeto, sujeto y relaciones adquieren un significado. Comunicación con la cual se verbalizan y objetivan las cosas.

Ana Quiroga (1986), define al sujeto como un ser de necesidades que se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan, el sujeto es sujeto producido en una praxis. Nada hay en él que no sea el resultado de la interrelación entre sujetos y grupos.⁴

En palabras de la autora antes citada⁵, la vida cotidiana es la manifestación concreta de los lazos sociales, de la organización social, de las relaciones entre las necesidades, las metas disponibles y las formas de satisfacción.

La misma adquiere un sentido específico y una estructura de significación para cada uno de los sujetos que la habitan, la piensan y actúan en ella.

Cotidianamente los seres humanos van preseleccionando y preinterpretando el mundo mediante la construcción colectiva de "sentido común". Construcción acerca de la realidad cuyos objetos de pensamiento, permitirán definir objetivos a alcanzar, acciones para realizar, así como la búsqueda de medios para lograr los diversos objetivos propuestos determinando a su vez las conductas humanas (Shutz).

³ Villasante Tomás "De las Redes sociales a las programaciones integrales" Ed Humanitas, 1998.

⁴ Ana P. Quiroga "Crisis procesos sociales, sujeto y grupo". Buenos Aires, 1998. Ediciones Cinco.

⁵ Ana P. de Quiroga, Enfoque y perspectivas en Psicología Social, "Psicología Social y Crítica de la Vida Cotidiana", Ediciones Cinco. Mayo 1986.

La vida cotidiana, es pensada en términos de espacio en que los sujetos actúan e intervienen modificándose a su vez ellos mismos. Es decir, los sujetos se transforman a medida que operan en su cotidianidad, sin embargo se presentan sucesos que limitan la libertad de acción de los sujetos sobre el mundo, cuestión que se instala como una realidad fundamental y eminente de los seres humanos.

El mundo de la vida cotidiana en términos de Shutz, es un mundo cultural intersubjetivo no es un mundo privado; sino que por el contrario es un mundo en el que participo con los otros y que se construye mediante el establecimiento de relaciones sociales. Por otra parte, el autor plantea que lo intersubjetivo es esta vivencia real de un cotidiano con otros, con los cuales indefectiblemente se comparte un mundo común. Otros con quienes se llevan adelante acciones y se construyen significados respecto de las cosas: todos comprenden y son comprendidos porque son parte de lo mismo.

Este, encuentra su origen en los seres humanos ya sean los contemporáneos como los predecesores. Uno al nacer, se incluye en pautas construidas y a raíz de incorporar dichas herramientas ve posibilitada su participación en el mundo y su aporte de lo nuevo a partir de las propias vivencias.

Todo lo construido comienza a formar parte de un marco común de interpretación, manejamos los mismos códigos lingüísticos, las mismas representaciones acerca de las cosas, los objetos tienen un mismo significado y las relaciones sociales se miden bajo los mismos parámetros..

Cada sujeto como ser humano vive en el mundo social su existencia cotidiana. Vivencia construida en base a la posición que ocupa en el mismo, según la cual posee la posibilidad de modificarse pero siempre con referencia a su situación biográficamente determinada.

Para cada sujeto participante, el cuerpo del otro no es únicamente un suceso del mundo externo. Por el contrario, cada moviendo, cada gesto y acción de los otros adquirirá un significado particular en cada espacio o mundo de la vida cotidiana de un grupo social determinado, que será compartido por aquellos que participan del mismo.

* Adolescencia en la historia.

La expansión capitalista y el desarrollo de la industrialización -en la primera mitad del siglo XIX- aparecen como hitos históricos que dieron lugar a profundas modificaciones en la vida cotidiana de los diversos grupos sociales, por ejemplo la

transformación del ámbito familiar⁶ que favorece el surgimiento de la adolescencia como categoría conceptual. Efrón⁷, nos dice que el surgimiento de la adolescencia como un particular momento vital, es consecuencia en parte de nuevas exigencias demográficas que exigían el retraso del inicio de la vida adulta. Simultáneamente, surge la educación como bien, como requisito indispensable para ingresar a las nuevas formas productivas, resultando necesaria una nueva conceptualización que permitiera nombrar la prolongación de la dependencia, la socialización y el aprendizaje, posponiéndose así el ingreso al matrimonio y al mundo del trabajo.⁸

Las mujeres y los varones ingresarán de manera desigual al mundo escolar.

El capitalismo incipiente necesitaba de manos masculinas en la esfera productiva, delegando en las mujeres las tareas del mundo familiar y reproductivo, por lo cuál la educación era una necesidad de varones adolescentes quedando las mujeres excluidas.

Los jóvenes despertaban miedo, la sociedad los miraba desde un lugar que los demonizaba apareciendo como poseedores de los males de la sociedad. Por lo tanto, el surgimiento de la adolescencia como categoría, de acuerdo a lo planteado por diversos autores, se dará bajo la lógica de un doble movimiento: por un lado, desde una necesidad demográfica y de organización laboral y por otro desde una demonización de los mismos, con base en principios psiquiátricos. De esta manera se los anula como sujetos concretos, utilizando el recurso de la patologización como mecanismo que posibilitaría un lograr tener mayor control sobre los mismos

Tal como nos advierte Checa⁹, la adolescencia es entendida como un momento vital que va desde los 13 a los 19 años y se caracteriza por diversos cambios que se suscitan en el cuerpo. Estos cambios son producto de modificaciones hormonales a la vez que de la apropiación de aquellos mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción del rol que deben cumplir tanto las mujeres como los hombres según género, clase social y edad. Es el momento en el cual se configura una identidad personal particular, singular, instancia que como tránsito hacia la adultez exige la definición de lo que somos y vamos a ser.

Por lo tanto, los cambios corporales repercuten/inciden directamente en la subjetividad de los adolescentes, permeando sus prácticas, su cosmovisión y visión

⁶ Tal como se hará referencia en el apartado familia o para ampliar leer el apartado familia.

⁷ Efrón Rubén, "Subjetividad y adolescencia" en "Adolescencia, Pobreza, educación y trabajo" Losada-Unicef, BsAs, 1996

⁸ Dixon-Mueller, Ruth. "Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar". S Ziedenstein y K. Moore, editoras. The Population Council, International Womens Coalition, NY, 1999.

⁹ Checa Susana et al. "Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia" Aproximaciones al problemática de la sexualidad adolescente. Buenos Aires, 2003 Ed Paidós.

del mundo adulto, apareciendo como característica del discurso de los jóvenes un intento por romper con todo lo establecido desde el mismo.

La adolescencia es una construcción colectiva particular de un momento histórico, es decir tal como lo plantea el informe de Unicef y Feim ¹⁰ no es lo mismo ser un adolescente pobre que ser un adolescente rico, no es lo mismo ser un adolescente en Estambul que en el Conurbano bonaerense. En cada momento histórico, en cada sociedad, en cada grupo social los adolescentes asumirán características específicas. Continuado con lo planteado en dicho texto, podríamos pensar que en la actualidad existen grupos de jóvenes que debido a vivir en contextos de vulnerabilidad social, dejan de ser niños en un momento pasando a ser adultos sin transitar la adolescencia. Entonces, de acuerdo al grupo social de pertenencia, si bien no es una cuestión cerrada, serán las características que se asumirán como adolescentes. Margulis¹¹ hace referencia de la realidad juvenil con características específicas ya sea que uno pertenezca a los sectores medios o a los sectores populares.

La cotidianidad de los adolescentes está caracterizada por la imprevisibilidad. Lo imprevisible propio, como del mundo en el cual irán construyendo su subjetividad e identidad.

Participan en espacios en los que imponen sus propias reglas y características, a la vez que deben enfrentarse y encontrarse en espacios socialmente construidos.

Situamos a la adolescencia, como conformando un territorio en constante movimiento, que tendrá límites y que se construirá en el tiempo. En el mismo los adolescentes irán desplegando su subjetividad, articulada con la presencia de un otro, con el que intersubjetivamente construirán significados y e irán articulando la construcción del propio mundo.

La adolescencia pensada desde esta óptica se irá desplegando en una multiplicidad de escenarios, como son los procesos de construcción de la identidad, de apropiación y de construcción del espacio subjetivo y de los procesos de emancipación.

Escenarios que a la vez de constituir la adolescencia, requerirán de la puesta en juego de diversos procedimientos, tales como los procesos de identificación con los pares y de la pertenencia a un grupo de referencia en el que el joven reconoce su identidad.¹²

¹⁰ Bianco, Mabel y otros. "Manual de capacitación Sexualidad y salud en la adolescencia (herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos)" Feim-Unicef, Buenos Aires, 2003. Publicado en sitio de Internet : www.feim.org.ar

¹¹ Margulis Mario y otros. "Juventud, Cultura y Sexualidad" La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de BsAs, Ed Biblos, 2003.

¹² Efrón Rubén, "Subjetividad y adolescencia" en "Adolescencia, Pobreza, educación y trabajo" Losada-Unicef. BsAs, 1996.

*** La familia como institución social en la historia.**

A lo largo de la historia, a medida que las sociedades han ido complejizando sus formas de vincularse y han requerido nuevas habilidades sociales, han surgido diversas formas de asociarse en torno a la necesidad de la procreación y de la sexualidad ¹³.

Las sociedades encuentran en la familia, como institución social, el espacio desde cual se regulan, canalizan y confieren los significados sociales y culturales a la necesidad de procrear y de la sexualidad.

Vemos entonces – a partir de la revolución industrial y el surgimiento del capitalismo-, surgir en el mundo occidental el modelo de la familia nuclear.

La industrialización y la urbanización trajeron consigo la desintegración de los Estados Feudales e impulsaron una profunda transformación de los modos de vida y del trabajo. Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a la ciudad para trabajar en las fábricas. Este proceso llevó a la disolución de numerosas familias extensas. La unidad relevante comienza a ser el individuo hombre como mano de obra para la fábrica y no la familia.¹⁴ Las relaciones sociales dejan de girar en torno a las relaciones de vasallaje características del feudalismo, la producción y el desarrollo económico estará ahora en las fábricas. Los campesinos se alejan de los campos y se trasladan a la ciudades, por lo tanto al modificarse el modelo de producción se modificaron inevitablemente las relaciones sociales. Ya no se recibe el ingreso por grupo familiar, sino que se individualiza el ingreso, y a partir de este momento lo recibe cada trabajador. Los sujetos asumen un rol de individuación, cada cual tendrá una propia identidad, la autonomía será una característica de cada sujeto, tendrá libertad de decidir sobre sí mismo. No hay una pérdida de la identidad colectiva sino que por el contrario, la misma será una construcción entre cada una de las individuales.

***Familia Nuclear**

El modelo de familia nuclear se plantea como el tipo de modelo a seguir, único, dejando en manos de las madres-mujeres el porvenir de los mismos, así el mundo privado aparece como único universo de la mujer. En aquel mundo ellas serán aquellas encargadas de proteger y cuidar a los niños de las familias, pensando a los mismos como la futura mano de obra calificada que con el paso del tiempo serán mano de obra.

¹³ Jelin Elizabeth. "Pan y afectos.La transformación de las familias" Fondo de Cultura Económica de Argentina,1998.

¹⁴ Familia y trabajo social : Un Enfoque clínico" .Carlos Eroles . Buenos Aires, 2002 Edit.Espacio

El sostenimiento y porvenir económico de la familia queda librado a los hombres en interacción en el mundo público o mundo de la producción.

El hogar es legitimado como único espacio en que se despliega la sexualidad, "puertas adentro", la dirección y control de la convivencia estará a cargo de los padres, el cuidado y sostenimiento cotidiano del mismo en manos de las madres. Instaurándose de este modo la idea del instinto primitivo de la maternidad en cada mujer.

Dichas familias se sostendrán bajo una moral, desde la que se enmarcarán aquellas prácticas consideradas como "morales e inmorales". La familia nuclear está caracterizada por una estructura patriarcal, asimétrica y jerárquica.

Aquellas modalidades de agrupamientos que no se ajustan a las normativas morales establecidas quedarán ocultas (Jelin), excluyéndose otras maneras de llevar adelante las tareas de procreación y reproducción que siempre existieron, quedando opacadas por una única y paradigmática forma de vincularse. Hablamos en términos de sistema patriarcal de relaciones, donde el Padre-Hombre es reconocido como la autoridad que detenta el poder, quedando los demás integrantes librados a ajustarse a sus dichos y determinaciones.

Tal como ha sido expresado, la diferencia entre el mundo público-político -de los hombres- y el mundo doméstico privado -de las mujeres- es una distinción socialmente construida, correspondiente a un momento histórico determinado. Así mismo como familia no es una unidad aislada del resto del mundo social, tampoco lo son los roles y significados atribuidos al ser varón o al ser mujer.

Es así como el estado interviene directamente en asuntos de índole familiar-privada, no sólo en aquellos casos en los que grupos familiares quedan a la guarda del estado sino que constantemente el Estado planifica políticas públicas, en salud, educación, economía, etc. Existen leyes que regulan el comportamiento social, en las calles queda manifiesta la legalidad y las políticas a través de la presencia de las fuerzas del orden como la policía.

Desde mediados del siglo XX se visualiza un resquebrajamiento del modelo tradicional de relaciones sociales. Se habilitan una mayor cantidad de espacios para evidenciar otras formas de convivencia diversas al modelo tradicional.

*Cuerpo

El cuerpo es aquel instrumento que imprimirá en cada ser humano una primera diferenciación de corte netamente biológica, ser hombre o mujer, que se corresponderá a si se observan genitales femeninos o masculinos. Pertencemos a uno u otro género, ya sea el femenino o el masculino, sobre los cuales la sociedad ha ido atribuyendo distintos tipos de roles y comportamientos que se deberán asimilar.

Tal como refiere Faur ¹⁵ dichas diferencias superan lo biológico, los cuerpos se encuentran filtrados por una serie de mandatos de acuerdo a los gustos, capacidades, actitudes, y comportamientos. Los cuerpos se encuentran filtrados por las normas sociales e incluso por prácticas económicas e institucionales (Faur).

El cuerpo es el medio que permite comunicarnos, conectarnos con los otros, interaccionar. El cuerpo social es, por la interacción de cuerpos individuales, no hay un nosotros sino hay un yo particular. El cuerpo es el emisor y receptor de todas las sensaciones, tanto de aquellas que provocan satisfacción como insatisfacción.

Es el instrumento que contiene los sentidos con los que conocemos, producimos el mundo, la realidad. En cada cuerpo se irán imprimiendo diversos recorridos, trayectorias, a partir de la propia experiencia de vinculación con el mundo cada sujeto irá adjudicándole a su propio cuerpo sentido. En él tendremos registro de cada una de dichas experiencias.

Cada cuerpo adquiere en el transcurso de la vida diversas formas, los mismos transitarán cambios y modificaciones, que repercuten directamente en la personalidad y particularidad de cada sujeto.

Los cambios que se suscitan en el cuerpo en la adolescencia imprimen en la vida de aquellos que deben transitarlos, diversos conflictos, que darán lugar a la constitución del cuerpo adulto.

A partir de presentarse en las mujeres la posibilidad de la maternidad, desde la primer menstruación, aparece la única posibilidad de las mujeres que es ser madres mujeres y el hacerse hombres supone un comenzar a pensar en que ya tienen la posibilidad de tener relaciones sexuales, característica inmanente atribuida a la masculinidad, la virilidad como punto característico. Se profundizan así las diferencias de género, hay una clara atribución de roles específicos tanto para las mujeres como para los varones.

Los adolescentes van profundizando su mirada respecto de la organización de la realidad (Faur) , al llegar a este momento han tenido vinculación en diversos espacios desde los cuales han ido vivenciando las diferencias de roles, por lo tanto pueden pensar en modificar dicha diferenciación o continuar profundizándola.

Cotidianamente se construyen socialmente modelos corporales a los que pareciera que todos deben ajustarse, construcciones tendientes a un uniformar los cuerpos, exponiéndose desde los medios masivos de comunicación formas corporales físicas aceptables. Pensemos en los cuerpos femeninos estructurales, que supondrían un no alimentarse y cuerpos masculinos cada vez más musculosos ambos modelos sin

¹⁵ Faur Eleonor “ ¿Escrito en el cuerpo? En Género y derechos reproductivos en la adolescencia. Checa y otros. Edit. Paidós, 2002

muchas cosas por decir, la mujer desde esta mirada aparece como en exposición, en una vidriera.

*Sexualidad

Partimos de comprender, tal como refiere Amuchástegui Herrera ¹⁶, a la sexualidad en términos de construcción social histórica que va transformándose a lo largo de los siglos, a través de las culturas.

Contempla la capacidad de dar y recibir placer, a la posibilidad de excitación sexual, los significados que se le imprimen las conductas sexuales ¹⁷ que otorgan una identidad sexual y de género, son los cuerpos, las emociones, los afectos, los deseos. Son las acciones de placer y auto-placer.

Influenciada por los cambios que se dan en el cuerpo y por mandatos sociales que definen la constitución de la identidad de varones y mujeres según la edad y su correspondencia de género. Los cuerpos femeninos son disciplinados para el embarazo y la maternidad y disociados de la sexualidad como fuente de placer¹⁸ subyace en el discurso colectivo la postura pasiva en el plano sexual de las mujeres. Pasiva en términos de que pareciera no estar habilitada a sentir placer o a disfrutar de su sexualidad libremente. A los varones se les exige constantemente que evidencien su condición de "HOMBRES" otorgado por su virilidad, por su capacidad y poder al momento de un encuentro con una mujer.

Los autores plantean que parece haber sido necesario para las sociedades la reglamentación de la vida sexual o "institucionalización de la vida sexual" (Margulis) : el control y orientación del deseo y un cuerpo de reglas que establecían con quienes estaba permitido unirse y con quienes vedado, y un conjunto de restricciones y prohibiciones que organizaban en cada sociedad las relaciones lícitas entre los sexos opuestos. Existen formas establecidas acerca de modos de apreciar y percibir los valores y disposiciones afectivas.

Jelin¹⁹ tal como hicimos referencia anteriormente nos habla de que la conformación y caracterización de los grupos sociales y familiares se da origen en torno a satisfacer la necesidad de la procreación, la convivencia y la sexualidad. Por lo cual los grupos familiares aparecen como instituciones sociales encargadas de regular y conferir significado social y cultural a la necesidad social de procrear y de la sexualidad. Para

¹⁶ Szasz Ivonne y Lerner Susana (Comp) "Para comprender la subjetividad" Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México, 1996.

¹⁷ Todas aquellas prácticas que se realiza en el plano sexual, con otro/otra o con uno mismo, que en términos de Dixon Mueller son las denominadas conductas sexuales .

¹⁸ Checa Susana (compiladora) "Género, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires , 2003 .Ed Paidós

¹⁹ Jelin Elizabeth. "Pan y afectos. La transformación de las familias" Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1998.

dicha sexualidad existe una normativa que la regula y que define y habilita tanto prácticas como espacios para poder vivenciarla.

Desde esta mirada la sexualidad tiene que ver con la forma de vinculamos con los otros, con los significados que atribuimos y que son atribuidos desde la sociedad a dichas relaciones. Foucault plantea que aparece como único lugar habilitado y reconocido para la sexualidad, el hogar y específicamente el alcoba de los padres. Todas aquellas prácticas en la que uno pueda participar deberían esfumarse, surge la DECENCIA como blanqueadora de los discursos (Foucault²⁰).

*Dispositivos de Sexualidad

Continuando con los aporte realizados desde el pensamiento de Foucault , el autor plantea a la sociedad occidental como espacio social desde el cual se han creado diversos dispositivos institucionales con el objeto de que la gente de a conocer sus propias prácticas y experiencias sexuales ya que conociéndolas resulta más fácil reprimirlas.

Desde la sociedad se entretajan discursos a favor y en contra de determinadas prácticas y elecciones que se determinan como buenas y malas, los discursos son a favor y en contra de tales o cuales prácticas. Es así que no aparecen otro tipo de relaciones más que las entre un varón y una mujer. Lo demás debía ser reprimido, condenado.

En el siglo XVII se dá paso a una verdadera explosión discursiva en torno y a propósito del sexo, la misma se caracteriza por la multiplicación de discursos sobre el sexo en el campo de ejercicio de poder mismo: había una incitación institucional a hablar del sexo, y cada vez más, obstinación de las instancias del poder en oír hablar del sexo explícita y el detalle infinitamente acumulado. "Todo debe ser dicho" plantea Foucault, se instaura un "proyecto de puesta en discurso para todo buen cristiano".

Como parte de dicho proyecto plantea que en una primera aproximación a partir del siglo XVIII se pueden distinguir cuatro grandes estrategias que se despliegan a propósito del sexo, que despliegan dispositivos de saber y de poder. Estas son: 1- Histerización del cuerpo de la mujer; 2-Pedagogización del sexo del niño; 3- Socialización de las conductas procreadoras; 4-Psiquiatrización del placer perverso. Habla de dos grandes rupturas en la historia de la sociedad occidental en torno a los discursos y dispositivos de la sexualidad, una primera en el siglo XVII donde surgen las grandes prohibiciones se valoriza la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, aparecen imperativos de decencia, evitación del cuerpo ,silencios y pudores

²⁰ Foucault, Michel. "La historia de la sexualidad" Tomo I. Edit. Siglo XXI ,Bs As, 2002.

imperativos del lenguaje y otra a partir del siglo XX en la que los mecanismos de la represión habrían comenzado a relajarse, se habría pasado de la prohibición sexual a una tolerancia de las relaciones prenupciales y extramatrimoniales, la descalificación de los perversos se habría atenuado, se habrían levantado los tabúes que existían respecto de la sexualidad infantil (Foucault).

Hablamos de la producción misma de la sexualidad, pudiéndose admitir que las relaciones de sexo dieron lugar a un dispositivo de alianza: sistema de matrimonio, de fijación y de desarrollo de parentesco, de transmisión de nombres y bienes.

*Sexualidad en la adolescencia.

Durante la adolescencia los cambios que ocurren a nivel del cuerpo y de la mente producen nudos de conflicto que impiden que la sexualidad sea vivida de forma placentera, libre de coerciones y separada de la función procreativa (Susana Checa).

La sexualidad es uno de los principales ejes articuladores de su identidad siendo la condición de género decisiva en su construcción. Los varones y las mujeres deben responder a un modelo de masculinidad y feminidad, acomodando sus prácticas a lo establecido, a lo que se espera de ellos/ellas.

* Relaciones de Género

En el presente trabajo es incorporada la Perspectiva de Género que nos plantea un alejamiento de la idea de que las diferencias respecto a la genitalidad masculina y femenina determinen las características que las mujeres y varones deben asumir. Se retoma la idea de que pertenecer a uno u otro género, ya sea femenino-masculino, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que en la vida cotidiana entretejen varones y mujeres en las diversas culturas²¹.

Responde como lo plantea Ana María Fernández a la presencia de determinados ordenamientos sociales que basados en las diferencias "naturales" de los sexos que imprimen la forma y el rol que cada uno de estos géneros deben cumplir en la sociedad. A su vez a los significados atribuidos a las relaciones de poder que entre éstos se dan (Scott Joan, citado en Salud y Género)²².- Relaciones signadas en un marco de poder-

²¹ Tomando a Margaret Mead, antropóloga norteamericana, como una de las primeras científicas sociales que incorpora la cuestión cultural a las relaciones entre varones y mujeres alejándose de la mirada Parsoniana de que lo biológico determina las características a asumir por cada género.

²² Graciela Zaldúa (Coordinadora) "Género Y Salud" V Jornadas de investigación de la Facultad de Psicología, UBA. Ed Eudeba, 2000.

Desde el siglo XX en adelante, se puede visualizar un resquebrajamiento²³ respecto del modelo tradicional de relaciones, a partir de las modificaciones en parte de los grupos familiares²⁴, es así que la mujer comienza a participar en espacios públicos rompiendo con la antigua lógica que relegaba a ésta al ámbito privado como única responsable del cuidado del hogar y de los hijos que en él crecieran. En palabras de Fernández podría pensarse como:

... “ un tránsito de la heteronomía del género femenino a la autonomía económica de la mujer” ... como,

... “un tránsito de la heteronomía femenina a la autonomía erótica de la mujer”... como,

... “un tránsito de la maternidad como eje central del proyecto de vida de la mujer, a una maternidad acotada” ...²⁵

Es decir que el ser mujer u varón no sólo tiene que ver con las propias prácticas que desde dichos grupos inter-subjetivamente se van llevando a cabo sino que a la vez de lo esperable y de lo determinado que desde la sociedad se va construyendo.

Visualizándose así la presencia de dos modelos de vinculación inter-géneros que se encuentran en la actualidad en pugna, uno de corte tradicional y otro contemporáneo en pleno estado de transformación.

El Modelo Tradicional propugna una forma de pensar lo femenino y lo masculino desde un acceder de manera asimétrica a la producción material y simbólica, involucrándose los hombres y mujeres desde posiciones de dominación y privilegio para los primeros y de subordinación para las mujeres. Este modelo responde según Fernández al sostenimiento a nivel colectivo desde la clase burguesa hasta hoy de una trilogía de significaciones imaginarias que giraron en torno a: la Mujer igual Madre, la pasividad sexual como inherente a la femeneidad y el mito del amor romántico (Margulis).

Según algunos autores²⁶ en la actualidad en Latinoamérica masculinidad se establece con cuatro atributos: la heterosexualidad obligatoria, el ejercicio de una ocupación remunerada, ser adulto, ser agresivo y con capacidad de ejercer violencia. Femeneidad continúa siendo definida desde la función procreadora, el rol de la mujer queda sujeto a la capacidad de ser madres, al cuidado de otros. De lo cual se desprende que si bien se ha avanzado en el plano de la adjudicación de más derechos para las mujeres, el viejo modelo sigue estando presente hasta hoy en los discursos y

²³Hablamos de resquebrajamiento y no de ruptura ya que más allá del avance de la mujer en este punto aun hoy pueden observarse en las formas de vincularnos resabios de aquel viejo modelo.

²⁴ Jelin Elizabeth. “Pan y afectos. La transformación de las familias” Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1998.

²⁵ Ana María Fernández, “La mujer de la ilusión” Paidós. 1993.

²⁶ Cáceres Carlos, Salazar Ximena, Rosasco Ana M. Y Dávila P. “Varones Latinoamericanos: Estudios sobre sexualidad y reproducción” ED. Paidós Tramas Sociales, BsAs, 2005.

prácticas inter-genéricos. (lo dialéctico lo que se suprime se transforma y algo se conserva)

Entre mujeres y hombres se entretejen “pactos y contratos”(Fernández) que rigen las relaciones familiares y extra-familiares , que se imprimen en la mirada que se tiene respecto de uno mismo y de los otros. La sociedad está favoreciendo el surgimiento de canales para intentar redefinir las categorías mismas de lo femenino y masculino, los ordenamientos sociales basados en las diferencias naturales y un trastocamiento de los valores, creencias ,hábitos, roles posicionamientos, y relaciones de poder entre géneros sexuales.

*Género y Adolescencia.

Los jóvenes en la actualidad se vinculan entre géneros bajo la misma lógica que los que participan del mundo adulto, se observan tal como Margulis y otros²⁷ hacen referencia a lo largo de varios estudios la presencia de relaciones de poder entre varones y mujeres en los discursos y prácticas de los jóvenes y adolescentes en el conurbano bonaerense, observándose una mayor permanencia del mismo en los jóvenes de los barrios con mayor índice de pobreza.

*Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

El Paradigma el de la Salud Sexual y Reproductiva surge a la luz de los diferentes avances realizados dentro de las Ciencias Sociales y particularmente de los desarrollos sobre género, a nivel normativo la CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979), la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) y el movimiento internacional por los derechos de las mujeres. Checa²⁸ señala la relación fuertemente imbricada entre los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva, señalando que uno no puede ser pensado sin el otro. De dichos encuentros y avances se adoptó una definición tomada como fundamento para planificación de estrategias en los diversos gobiernos internacionales que han incorporado esta mirada:

... “La salud reproductiva es 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

²⁷ Margulis y otros. “Juventud, Cultura, Sexualidad: La dimensión cultural en la afectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires”. Edit. Biblos, Buenos Aires, 2003.

²⁸ Checa Susana. “Salud y derechos reproductivos” Revista Encrucijadas. Versión digital. UBA.

riesgos, así como la capacidad de procrear, y la 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”...(OMS)²⁹

En el año 94 en Cumbre Mundial de Población y Desarrollo realizada en El Cairo se agrega una frase más a la definición:

...La salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye la salud sexual... (CIPD, El Cairo ,1994)

Así se hace necesario pensar la sexualidad desde su complejidad y la relación íntima y fundamental entre ésta y la salud reproductiva. Este paradigma forma parte del campo de los derechos humanos, lo que implica un acceso igualitario en todas las esferas de la vida social, que tiene que ver con la construcción de la mujer como “sujeta” portadora de ciudadanía, la implementación de esta perspectiva en la política internacional otorga a la mujer un lugar que se aleja a su rol de sólo madre, Checa refiere que la mujer por muchas décadas fue considerada como agente importante para el control demográfico, se promovía desde las políticas únicamente su rol materno al cuidado de sus hijos.

Los Derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, personalísimos, universales basados en la libertad, dignidad e igualdad (Checa).

Hablar de salud reproductiva es hablar, de la democratización de las relaciones de género, del acceso equitativo a los espacios de poder y toma de decisiones por parte de las mujeres y los varones, de la desaparición de toda forma de discriminación por cuestiones vinculadas al género.

Hablamos de salud sexual en términos de poder vivir la vida sexual sin riesgo de contraer ninguna enfermedad de transmisión sexual y a su vez del poder decidir en qué momento con quién y como tener hijos.

²⁹ Documentos básicos de la OMS-OPS, Documento Oficial n° 240, Washington, 1.991.

***Maternidad-paternidad en la adolescencia.**

Claudio Stern y Elizabeth García³⁰ plantean dos grandes divisiones con respecto a como es entendida la temática, una de corte tradicional-positivista que piensa al embarazo en términos de problema y otra que incluye la perspectiva de género y avances producidos en el campo de la Salud Sexual y reproductiva y Procreación responsable.

El enfoque tradicional hace referencia a la definición del embarazo adolescente como un problema, apoyándose en el “supuesto” incremento del porcentaje de este último. Los datos demográficos muestran que esta es una idea engañosa, ya que ...“son el gran crecimiento en términos absolutos y relativos , de la cohorte de adolescentes y la fuerte disminución de la fecundidad de las mujeres mayores, en los últimos 15 –20 años lo que se traduce tanto en la mayor visibilidad de los embarazos adolescentes como en el hecho de que , aún las tasas de fecundidad menores , el número y la proporción de hijos nacidos de adolescentes sean muy grandes”...³¹

Edith Pantelides reforzando esta idea va a plantear que...“La Argentina tiene un fecundidad general moderada (con un promedio de alrededor tres hijos por mujer que ha finalizado su período reproductivo) y una fecundidad adolescente relativamente alta ...la fecundidad adolescente subió en la década de los setenta junto a la de las demás edades , y aunque luego descendió algo , nunca volvió a su nivel anterior “...³²

Realiza una... “asociación entre el embarazo adolescente y el rápido crecimiento de la población... a pesar de las campañas de control natal establecidas por el estado”...³³ ya que la misma se caracteriza por un mayor número de hijos a lo largo de la vida reproductiva con un lapso intergenésico corto.

Siguiendo además, los lineamientos y el cambio de óptica brindado por la CIDN (Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Adolescencia) la plataforma de acción del Cairo y de Beijing, considero pertinente discutir acerca de que los adolescentes sean sujetos de derecho, contemplando el ejercicio de la sexualidad “libre” de coerción y violencia, que se vincula con el recibir una atención adecuada, conocimiento e información idónea “garantizando e instrumentando los medios para el

³⁰ Stern Claudio y García Elizabeth .“Hacia un nuevo enfoque en el campo del Embarazo adolescente” Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. México DF noviembre , 1996.

³¹ Ibidem

³² Edith Pantelides . “La Maternidad precoz.La fecundidad adolescente en la Argentina” Unicef , Argentina . 1995

³³ Stern Claudio y García Elizabeth .“Hacia un nuevo enfoque en el campo del Embarazo adolescente” Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. México DF noviembre , 1996.

acceso al cuidado y la información que les permita desarrollar una sexualidad plena³⁴. Siendo pertinente entonces, analizar las condiciones en las cuales estas niñas/ adolescentes se convierten en madres, dado que en su mayoría las mismas pertenecen al sector mas desfavorecido de nuestra sociedad, siendo mujeres, jóvenes y pobres³⁵.

Incorporándose el eje desarrollo de condiciones socioeconómicas equitativas, dado que menores tasas de crecimiento no son proporcionales a un mayor bienestar socioeconómico.

Se plantea una asociación entre la temprana edad del embarazo y los efectos adversos para la salud de la madre y del hijo , los que son referidos a la inmadurez biológica de la adolescente , ésto ha sido establecido como norma al punto de que cualquier embarazo de menores de 19 años es considerado por el Sistema de Salud como un embarazo de riesgo, aspectos valorativos que subyacen un paradigma positivista .Los embarazos producidos en mujeres adolescentes de más de 15 años no conllevan riesgos necesariamente, todo dependerá de las condiciones nutricionales, y de los controles periódicos realizados por las jóvenes.

La primer causa de muerte entre adolescentes es el aborto "en el 2000, el 11% de las muertes por aborto correspondió a adolescentes menores de 19 años (Ministerio de Salud, 2000)"³⁶.

Lo valorativo pareciera emerger en el sentido de cuál es el modelo que se sostiene acerca de la mejor edad para ser padre y madre, cuales son las perspectivas de vida para ese adolescente y que la sexualidad debe ser ejercida por los "adultos" no así por los adolescentes dentro del contrato matrimonial, apareciendo el embarazo como una pena por lo que se hizo, por no cumplir con lo que moralmente se espera.

El mayor porcentaje de embarazos de jóvenes de esta edad se da en los grupos más pobres de la población que presentan situaciones de nutrición y de salud inadecuadas. Por lo tanto... "la mortalidad y morbilidad materno infantil asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y de la

³⁴ Checa Susana (compiladora) "Género, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires , 2003. Ed Paidós

³⁵ En Argentina el 70% de los jóvenes y adolescentes nacionales era pobre y la tasa de desocupación abierta del tramo entre 15 y 19 años resultó del 46.1% de la PEA entre 15 y 19 años metropolitana, la más alta jamás captada por la Encuesta Permanente de Hogares, con excepción de la del año 1995 que trepó al 51,8 % (López y Romero 2002, citado en Gutiérrez, 2003.)

³⁶ Citado en: Checa, S.: (2003) "Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente". -pp 27- En: Género, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Compiladora. Checa, S. Ed Paidós

pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos “...³⁷

Se piensa el embarazo como un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza, asociándose con la no posibilidad de continuar una escolaridad y la limitación para conseguir un empleo . Dejándose de lado que en países no centrales como el nuestro no es motivo de deserción escolar el embarazo y que no es correcto pensar que la deserción sea causante de las consecuencias sociales que conlleva la baja escolarización. El hecho de que se encuentre frecuentemente asociado a los grupos pobres no quiere decir que sea un fenómeno que lleve a dicha situación ni que lleve a perpetuarla.

En la literatura proveniente de los organismos internacionales o multilaterales, de fundaciones norteamericanas o de organismos nacionales, públicos o privados se ve una clara influencia de este pensar al embarazo en la adolescencia desde esta perspectiva, permeados de un sustrato valorativo en el sentido de que no debiera ocurrir. Se puede ver en ésta un parámetro de normatividad desde el que se asigna una sanción negativa a la joven, al tener relaciones sexuales tan tempranamente, es algo que debería prevenirse a nivel del comportamiento individual .

Desde esta óptica se redefine el “problema” de la maternidad adolescente ...“desde una dimensión contextual histórica y sociodemográfica , considerando dentro de éstos el cambio social y cultural , la desigualdad social, el papel de los organismos y de las instituciones , tanto nacionales como extranjeras ,la transición demográfica ; otros actores sociales que están involucrados y que han sido poco estudiados – es el caso de los varones y de los agentes de la salud - ; las creencias , los mitos , las representaciones sobre la sexualidad y la reproducción y la desigualdad en las relaciones de género...”³⁸

***De la creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable**

El Paradigma de la salud sexual y reproductiva dará fundamento a la sanción de la Ley Nacional 25673 ³⁹, de Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable ,el cual entra en vigencia en el año 2003 y cuya premisa será trabajar el campo de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos.

³⁷ Stern Claudio y García Elizabeth .”Hacia un nuevo enfoque en el campo del Embarazo adolescente” Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad México DF noviembre , 1996

³⁸ Susana Checa y otros . “Género , sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia” Aproximaciones al problemática de la sexualidad adolescente . Buenos Aires , 2003 Ed paidós.

³⁹ www.ministeriodesalud.gov

Como se advierte desde el CEDES⁴⁰ por primera vez en nuestro país desde el Poder Ejecutivo, la temática de la salud sexual y reproductiva se incorpora en la agenda de las políticas públicas ⁴¹. Entre sus objetivos encontramos el ... *“alcanzar para la población en general el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable ,vinculando este objetivo con la adopción de decisiones libres de discriminación ,coacciones y violencia”* ⁴²... a la vez que promover la salud sexual de los adolescentes. Población que será contemplada preferencialmente dentro de dicho programa , intentando avanzar en el campo de adjudicación de derechos que habilitarían por un lado comenzar a pensarlos como ciudadanos, poseedores de derechos ,y por otro, un cambio en la mirada que desde el mundo adulto se tiene respecto de la sexualidad de los-las jóvenes.

A tres años de su sanción lejos de la efectiva aplicación de la Ley y el ejercicio del pleno derecho a la salud sexual y reproductiva por parte de los-las adolescentes, enfrenta diversos obstáculos .

Entre ellos, Daniel Jones⁴³ nos advierte una tensión parcial de la contradicción presente tanto en la reglamentación y la implementación de este programa ,entre la patria potestad y el interés superior del niño.

Dicha tensión se plantea en el hecho de cuales son los límites y alcances que el Estado tendrá respecto de proveer información acerca de la salud sexual y reproductiva en los-las jóvenes y hasta dónde estaría permitido a los-las jóvenes la decisión real y concreta de disponer respecto de su propio cuerpo y disfrutar de su sexualidad. La efectiva aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se vería obstaculizada a su vez, ya que tanto las estrategias implementadas desde el ámbito público como privado, como las prácticas de las usuarias de dichos servicios parecieran no incluir la perspectiva del género masculino.

Entre las investigaciones tendientes a comprender la mirada de los varones reconocemos una compilación de estudios sobre sexualidad y reproducción en varones de diversos países latinoamericanos realizada por Pantelides Edith Alejandra y López Elsa (2005) , como así también una ponencia de Domínguez Infesta Graciela (2005) en la cual hace referencia a la participación de los varones en programas de

⁴⁰ Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

⁴¹ **Cedes, Mónica Gogna et al .** “La salud y los derechos sexuales y reproductivos : 2002-2003,un período de avances y retrocesos, en cels ,derechos Humanos en la Argentina” Informe 2002-2003,Buenos Aires.

⁴² Artículo N° 2 de la Ley 25673 : De Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable. 2003.

⁴³ **Daniel Eduardo Jones.** “Adolescentes y derechos relativos a la sexualidad y la reproducción.Un análisis político de la legislación nacional y de la provincia de Chubut” Ponencia Presentada en las “VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población” organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

salud sexual y reproductiva ,profundizando en la lectura de experiencias internacionales ya que en Argentina no existe inclusión alguna . Estos-as autores-as plantean que el enfocar la mirada respecto al género masculino no necesariamente significará un descuidar la mirada femenina , sino que se implementará como estrategia de atraer el interés y participación de ambos géneros en esta temática. Considero que dicha omisión no es casual, ya que refleja que la función procreadora y de cuidado de la familia continúa siendo adjudicada al género femenino.

Este es el escenario social en el cual los-las adolescentes en la actualidad, deberán ir construyendo su sexualidad, configurando su identidad.

Escenario signado de contradicciones y tensiones que repercuten directamente en las prácticas de cuidado de la salud reproductiva de los-las adolescentes .

*Concepto de Salud.

El comprender hoy a la salud como una construcción histórica social, nos remite a avances y retrocesos en la historia respecto a intentar definir la palabra Salud como concepto. Es así que en este apartado se profundizará acerca de lo que en cada momento histórico se supuso que fuera la salud.

Hasta entrada el siglo XX podemos observar que desde el ámbito de la salud se le otorgaba a dicho concepto una connotación negativa, es decir el estado saludable estaba dado por la ausencia de enfermedad. No se adjudicaba ninguna otra característica al mismo.

Durante la década del 40 época de guerra y del 50 post-guerra se comienza a pensar en términos de que la salud incluía a la vez un sentimiento de bienestar otorgado por la ausencia de malestar, es decir se incluye a partir de este momento la perspectiva del sujeto que atravesaba tanto períodos de salud como de enfermedad.

Mediada la década del 40', la OMS define a la Salud como "el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad". En la segunda posguerra, ante la emergencia de diferentes problemáticas sociales, se incorporan las Ciencias Sociales al campo de Salud tratando de dar respuestas y afrontar las demandas del momento. Esto se expandió a partir de las instituciones del Estado de bienestar, quienes incorporaron gran parte de científicos sociales al campo sanitario (Hermida, 2005).

Milton Terry entrada la década del 50', criticando el carácter utópico de esta definición, plantea que existen distintos grados de salud, afirmando que la misma tendría dos polos, uno subjetivo (la sensación de bienestar) y otro objetivo que sería la capacidad de funcionamiento.

De esta manera amplia y redefine a partir del concepto de OMS, a la Salud como “Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de enfermedad”. “...Pasa de un concepto estático de salud a uno dinámico; y establece el concepto continuo Proceso Salud-Enfermedad...”⁴⁴.

En los años 70', surge el Movimiento de Salud Comunitaria, integrando al concepto de salud una mirada holística, haciendo hincapié en la integración del equipo de salud en la comunidad.

En 1985, la Carta de Ottawa define la Salud como el resultado de las condiciones de Alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de Salud. A partir de la firma por parte de los países miembro, de dicha carta se incluye en las acciones a realizarse desde el ámbito de la salud tanto la promoción como la prevención de la salud, tanto a nivel individual pero principalmente comunitario.

A la vez que la idea de la existencia de factores de riesgo que condicionarían a los sujetos a contraer determinados malestares.

Beatriz Castellanos⁴⁵, resume lo anteriormente dicho haciendo referencia tres posiciones que coexisten en la actualidad:

Concepción biologicista-mecanicista o Modelo Médico Hegemónico: que define a la Salud como ausencia de enfermedad. Existe bienestar o malestar ligado a aspectos físicos orgánicos funcionales.

Concepción ecologista-dinámica: Define a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo a la ausencia de enfermedad. (OMS) vinculando el bienestar a aspectos psicosociales sumados a los biológicos.

Concepción histórica-procesal: entendiendo a la Salud como proceso histórico social. Relacionando el bienestar con la calidad de vida, incorporando e integrando a los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, axiológicos, culturales y sociales.

La salud, es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las mas importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir que se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y

⁴⁴ Castañeda Gilberto. “La salud y sus determinantes”. Depto. de Salud Pública. Asig. Salud Pública. Apunte de cátedra. Noviembre de 2003.

⁴⁵ Castellanos, Beatriz. “La intervención de redes naturales: el modelo clínico” en Di Carlo y equipo “La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de trabajo para el Servicio Social”. Ed. Humanitas. 1998. Citado por Hermida, M. en “Apunte para la reflexión Salud/Enfermedad”. UNMDP, 2005.

valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

En otros términos, es necesario reconocer que:

- Las prácticas de atención de la salud se asientan, de modo consciente o inconsciente, en determinados supuestos sobre que es la salud y suponen opciones acerca de los modos de recuperarla;
- Las formas de organización de las instituciones de salud reflejan, de modo explícito o implícito, una concepción acerca de la salud y de sus formas de intervención;
- Toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, otros muchas veces ni siquiera previstos o deseados.⁴⁶

*Trabajo Social y Salud

La salud aparece como uno de los espacios de intervención, con mayor trayectoria del Trabajo Social. Las problemáticas e intervenciones que en esta área se desarrollen se caracterizan por una mirada integral de la cuestión. Lo cual supondrá un pensar al sujeto de las intervenciones en interrelación con su medio social, los aspectos de la salud y los condicionantes externos. Desde esta postura la práctica social es entendida desde su estar condicionada por las relaciones del Estado y la Sociedad Civil.

Gustavo Parra⁴⁷ señala la influencia de dos matices o filosofías que son fundacionales del Trabajo Social, la primera fundamentada en los conceptos de persona humana y moral cristiana, y la segunda, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimiento de los médicos higienistas, cercanos al liberalismo y al positivismo, que apuntaban a una regulación desde lo público, interviniendo en forma preventiva y educativa. Ambas matrices pretenden la armonización y el control de los conflictos sociales.

⁴⁶ Estos párrafos fueron extraídos del Trabajo realizado colectivamente con otros compañeros en la Comisión de Salud de la Asignatura Supervisión, cursada por la alumna en el año 2005. El cual es parte del marco teórico utilizado en el trabajo: "Implementación de la Metodología de Caso Social individual-familiar en el Campo de la Salud durante la práctica institucional supervisada: Sistematización de una experiencia con madres menores de 21 años, que concurren al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" de la ciudad de Mar del Plata" Lorenzini Florencia Fac. de Cs. De la Salud, 2005.

⁴⁷ Parra, Gustavo. "Antimodernidad y Trabajo Social". Edit. Espacio. 1999

La raíz ideológica del Trabajo Social marca profundas huellas conservadoras, que persisten aún en la actualidad.

Dentro del campo del Trabajo Social en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud.

Encontramos una pugna entre dos miradas, la sectorial y otra integral. La primera direcciona su accionar específicamente dentro del campo de la salud, se piensa solo y a partir de las cuestiones referentes al binomio salud-enfermedad. Desde esta postura se hace omisión acerca de las problemáticas de tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria.

La mirada integral plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas como en la práctica. Esta aproximación a lo social, entendiendo la consulta, la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, es pensada como emergente de una situación compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral, contemplando todos los elementos configuradores de la realidad social en la que están inmersos los sujetos de nuestras intervenciones.⁴⁸

* Trabajo social e instituciones de Salud

Foucault plantea que las instituciones son aquellas corporaciones que trabajan y actúan intervienen en mayor o menor grado con el fin de buscar y hacer primar una verdad absoluta, que da cuerpo y constituye la base sobre la que fue cimentada la misma.

En estas organizaciones el poder está centralizado en pocas manos y los espacios de reflexión institucional han sido y son cerrados.

Algunas harán predominar, por medio de sus acciones, dispositivos diferentes de control social, tratando de mantener el orden establecido ya que éste principio es la fuente y origen según Foucault de las instituciones.

En el ámbito de la Salud Pública es un común denominador equipos de profesionales médicos llevando a cabo intervenciones desde el Paradigma Modelo Médico donde los pacientes son "pacientes" y tienen tiempo y obligatoriedad de esperar son vistos y tratados como objetos sin sentimientos ni pensamientos,

⁴⁸ Estos párrafos fueron extraídos del Trabajo realizado colectivamente con otros compañeros en la Comisión de Salud de la Asignatura Supervisión, cursada por la alumna en el año 2005. El cual es parte del marco teórico utilizado en el trabajo: "Implementación de la Metodología de Caso Social individual-familiar en el Campo de la Salud durante la práctica institucional supervisada :Sistematización de una experiencia con madres menores de 21 años, que concurren al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" de la ciudad de Mar del Plata" Lorenzini Florencia Fac. de Cs. De la Salud, 2005.

fragmentados en dos partes que parecieran no tener relación entre sí: la mente y el cuerpo.

Desde el Trabajo Social nos enfrentamos a este escenario social complejo en el que el debemos tal como refiere Carballada⁴⁹, contemplar una forma discursiva diferente, que estará signada por el sujeto, que la construye con los otros y no partir de atribuciones elaboradas previamente.

Por lo cual nos enfrentamos como profesionales intervinientes en lo social a la tarea de elucidar con los-las otros-as, con los-las protagonistas, emprendiendo la indagación alrededor de la lógica del acontecimiento que se origina en el momento de la demanda ,y en el camino de reconocer la presencia de la historia en el presente , confirniéndole así historicidad al acto de intervenir. Se considera que el Trabajo Social desde su especificidad transformadora tiene las herramientas que habilitarían integrar y revalorizar las voces y el saber de todos los actores sociales involucrados, y a la vez que intentar romper con dicha lógica (la del Modelo Médico hegemónico).

⁴⁹ **Carballada ,Alfredo.** “La intervención en lo social.Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales” Ed.Paidós,Tramas Sociales,Bs As,2002.

III-Segunda parte : Trabajo de Campo

Las ciencias sociales han comenzado alejarse de la mirada rígida respecto de los acontecimientos sociales, Roberto Castro ⁵⁰ refiere que durante los primeros 20 años posteriores a la Segunda Guerra Mundial la sociología era sinónimo de sociología cuantitativa, la mirada acerca de lo social se recortaba únicamente a sus características cuantificables, a la búsqueda de la objetividad absoluta. Lo cualitativo de los acontecimientos parecía no estar presentes en el mismo. Se pensaba en términos de leyes naturales, la realidad social ya estaba dada y nada tenía que ver con la intervención de los sujetos en ella.

En contraposición muchos científicos sociales se han alejado de dicha visión y han comenzado a investigar tomando los aportes de los métodos cualitativos, analizando lo social , cultural de los sucesos sociales, que se interesan por analizar los sentidos que los sujetos atribuyen a sus acciones y entorno (Castro).

Tomando como respaldo dicha metodología me propuse un abordaje cualitativo de la cuestión, lo que implicó una profundización en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas , y en aquello que aparece como no perceptible y no captable con ecuaciones ,medias y estadísticas (Souza Minayo).Esta metodología permite obtener descripciones y explicaciones sobre los procesos sociales, narradas en las propias palabras de los actores/as sociales que protagonizan esa realidad, a la vez de comprender las dimensiones subjetivas y simbólicas trasversales a todo acontecimiento social.

La metodología aparece como aquel camino del pensamiento y de la práctica ejercida en el abordaje de – en la realidad .Contemplando la misma, al conjunto de técnicas que posibilitan la construcción de la realidad y al potencial creativo de todos los actores implicados en este proceso. La investigación resulta entonces como ese proceso de vinculación entre el pensamiento y la acción.⁵¹

Las técnicas para la investigación de campo fueron la observación participante en los espacios de consulta de la población objeto de esta investigación, y la realización de entrevistas semiestructuradas a las jóvenes.⁵²

Se entrevistó a madres o embarazadas entre 13 y 18 años, tanto en los Consultorios Externos Infanto Juveniles del HIEMI como en el “Hogar un Mañana”.

⁵⁰ Castro Roberto, “Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad” Szasz Ivonne y Lerner Susana .El colegio de México ,1996.

⁵¹ Souza Minayo. “Investigación Social. Teoría, Método y creatividad”

⁵² Ver protocolo de entrevista en Anexo

La investigación complementaria de datos resultó de la consulta a las planillas de egreso⁵³. La unidad de análisis fue cada una de las mujeres usuarias del HIEMI que tengan entre 13 y 18 años.

Para la conformación de la muestra se tuvo en cuenta la edad de las mujeres, indistintamente si estaban o no en pareja, que sean madres por primera vez o no. La muestra incluyó tanto a mamás como a mujeres embarazadas. No se persiguió una representatividad estadística. El contacto con las mujeres se dio a partir de la toma de contacto de la estudiante en el Hogar Un mañana y de la inserción en la institución hospitalaria y específicamente en los consultorios externos.

El objeto fue planteado desde un pensar al mismo desde su característica esencialmente cualitativa y comprensiva, tal como lo define Souza Minayo y específicamente fueron los significados en torno a la sexualidad y salud reproductiva.

Para la realización de las entrevistas se utilizó un guión con los temas a tratar, dadas las características de las temáticas que se abordaron, se propuso en cada encuentro de entrevista situaciones inductoras acerca de algunas temáticas o situaciones.

La modalidad de la entrevista fue de carácter semi-estructurada. La guía de preguntas incluyó los siguientes ejes temáticos: relaciones de género, prácticas de cuidado de la salud reproductiva, sexualidad, saberes respecto a la existencia del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

***Muestra Cuantitativa**

Para la realización de este estudio han sido incorporadas técnicas de recolección de datos de corte cuantitativo. De esta manera se tomó una muestra de los registros internos que desde el Servicio Social se toman a diario en fichas en las cuales se consignan los siguientes datos: datos del neonato, nivel educativo alcanzado por la madre, si tiene relación o no con el padre del recién nacido, si conoce los métodos anticonceptivos, si los ha utilizado. Se les entrega por otra parte, una hoja donde se deja constancia de que un adulto responsable deberá acercarse al Servicio Social a firmar su alta.

Las madres que tienen menos de 21 años y que no están emancipadas⁵⁴, para retirarse de la institución con los recién nacidos, deben ser entrevistadas por una trabajadora social; así como sus padres o el adulto responsable acercarse al Servicio Social a fin de ser entrevistados.

⁵³ Planillas administradas por el Servicio Social de la Institución Hospitalaria, a fin de dar el egreso a las jóvenes madres menores de 21 años.

⁵⁴ Están aún bajo la patria potestad de sus padres.

Dichas entrevistas tienen como objetivo profundizar acerca de la situación familiar social donde el recién nacido y su mamá se insertarán, conocer quién asumirá la responsabilidad del egreso y el acompañamiento tanto de la nueva madre como del neonato; y como finalidad el garantizar un espacio socio-relacional propicio para el crecimiento del recién nacido.

De esta forma se tomó una muestra respecto de los embarazos registrados desde el mes de enero al mes de abril del año 2006 contemplando los datos de aquellas jóvenes de entre 15 y 17 años.

A la vez se realizó una búsqueda de materiales gráficos, (diarios, revistas) en los cuales constaran encuestas que contemplaran las temáticas que en este trabajo se tomaron.

Entrevistas

Tal como refiere Alonso en Gutiérrez y Delgado⁵⁵ partimos de entender que la entrevista en investigación pretende la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese sujeto. Es una narración conversacional, continua y con una cierta línea argumentativa definida en el marco de la investigación. Es un acercamiento a la figura del individuo como un actor que desempeña dramatizándolo un cierto modelo de rol social. Esta idea supone que en el encuentro conmigo las chicas debieron responder a la categoría de madres adolescentes-jóvenes madres con todo lo esperable que digan desde ese lugar.

El desempeño tenderá mas a incorporar y ejemplificar los valores que esperan sean atendidos por la sociedad desde su grupo de referencia. La entrevista entonces, tiende a producir una expresión individual pero precisamente porque esta individualidad es una individualidad socializada por una mentalidad cotidiana estructurada tanto por los habitus lingüísticos y sociales como por estilos de vida en cuanto que formaciones y validaciones específicas de la conducta realizadas dentro de los grupos de status socioeconómico. Las entrevistas tomadas para este trabajo han tenido la característica de ser semi-estructuradas que significa que a lo largo de la misma nos encontramos proponiendo al entrevistado/a tanto preguntas con respuestas cerradas y otras con respuestas abiertas, en las que pueda expresarse el otro respecto a dicha pregunta.

A continuación se adjunta un gráfico en el cual se exponen todas las categorías de análisis que guiaron el presente trabajo. En el mismo se han incorporado todas

⁵⁵Gutiérrez y Delgado. "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales". Editorial Síntesis. Material Extraído de Cátedra de Investigación I, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

aquellas cuestiones que al momento de pensar en la entrevista no habían sido contempladas, y que al momento de encontrarme con las chicas surgieron:

| Categoría de Análisis | Dimensiones | Indicadores | Preguntas |
|--|--|---|--|
| Salud Sexual y Reproductiva | Prácticas de cuidado | <ul style="list-style-type: none"> -Utilización de Macs -Libertad de elección de los mismos -Controles de su salud | <ul style="list-style-type: none"> -¿Cómo se enteró que estaba embarazada? - Cuántos controles se han realizado del embarazo? -¿Para qué son? ¿En qué perjudica el no realizarlos? -¿Utilizan Macs? -¿Cuáles son los motivos para usarlos? ¿Y para No? -¿Quién se los indicó? -¿Qué opinan del aborto? -¿Qué es para ellas la SSy R? |
| | Información Recibida | -Conocimiento que tengan de los macs | <ul style="list-style-type: none"> -¿De parte de quién la recibieron? -¿Fue suficiente? -¿Para qué sirve? |
| Derechos Sexuales y Reproductivos | Libertad ante la elección de quedar embarazadas | <ul style="list-style-type: none"> -Accesibilidad ó no a los servicios de salud(participación o no dentro de los mismos) -Reconocimiento de la ciudadanía y de los derechos | <ul style="list-style-type: none"> -¿Concurre a los Centros de salud? -¿Conoce la existencia de un programa de Nacional de Salud sexual y Procreación responsable? -¿Las puertas de los servicios de salud están abiertas para proponer dudas? |
| Sexualidad | Mirada respecto a los varones | <ul style="list-style-type: none"> -Rol atribuído a los mismos -Diferencias entre ser varón y mujer -Lo esperable de cada uno -Función de los mismos | <ul style="list-style-type: none"> -¿Cuál es la relación de los varones con sus hijos? -¿Los hombres tienen el mismo derecho que las mujeres a tener relaciones sexuales |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Relación con los varones | -Lo esperable de una relación con ellos -Iniciativa ante actividades a realizar en conjunto | cuando quieren? -¿Cómo se relacionan? -¿Qué significa estar de novio? -¿La elección de cuidarse es de los dos? -¿Qué se hace cuando uno de novio? -¿Los varones tienen los mismos deseos que las mujeres? |
| | Identidad-historia social familiar | | -Edad -Nivel educativo -Estado civil |
| | Prácticas sexuales-Mirada respecto a las mismas | | -¿Cuál es la relación entre ellas y la temática? -Edad de inicio -¿De quién es la decisión? |

Observación participante.

La misma es una técnica implementada en el ámbito de las ciencias sociales, fundamentalmente en las intervenciones de la etnografía. La observación participante consiste en que el investigador comience a participar activamente en la realidad en la que a trabajar dejando de lado la postura positivista desde la que nuestra acción en el medio social donde el investigador se involucra no lo modifica. Consiste así en formar y tomar parte de un contexto que existe más allá de la presencia del observador, el cual dejará de ser ajeno y comenzará a formar parte de la cotidianidad del mismo.⁵⁶ En el sentido más estricto implicará, un involucramiento del investigador en todos los actos cotidianos del espacio social a investigar, será el resultado de un involucrarse en el espacio, un familiarizarse del mismo, que los demás lo reconozcan, participar de varios espacios, dicha mirada será dirigida a un objetivo, a una problemática acerca de la que existe intención de trabajar.

*Profundizar obstáculos

Al momento de delinear el plan de acción para la realización de esta tesis pensé en términos de una realidad que tal vez había devenido de la experiencia previa

⁵⁶ Guber, Rosana. "La etnografía. Método, campo y reflexividad." Cap.3 extraído de www.comeduc.blogspot.com

vivenciada en el año 2005, en la cual la estudiante se encontraba inserta dentro de la realidad institucional, acudiendo diariamente a dicho espacio, con un nivel de involucramiento por lo cual la idea de plantear a cualquier joven en la sala de internación el realizar una entrevista tanto a ellas como a sus parejas resultaba muy posible de realizar.

Pero al acercarme nuevamente a la institución e intentar tomar contacto, las jóvenes usuarias mostraron desconfianza hacia mi persona y mostraban desinterés por participar de las entrevistas. Es así que se redefinieron tanto los objetivos como los espacios de entrevistas. A lo largo de varios encuentros con la trabajadora social del Hogar Un mañana y mi directora, previa consulta a la comisión de tesis y de diagramar la forma de este estudio es que la muestra se amplía en respecto a la franja etaria, oscilando la edad de las entrevistadas entre los 13 y los 18 años, a su vez el espacio de entrevista dejaría de ser los domicilios de las mismas para pasar a ser tanto los consultorios de atención ambulatoria del HIEMI y las instalaciones del Hogar "Un mañana". Se contemplará la mirada de las mujeres únicamente excluyendo así la perspectiva de los varones, ya que, por un lado las entrevistadas en el hogar no se encontraban conviviendo con sus parejas por lo tanto la idea de que estos se acerquen a un espacio de entrevista resultaba bastante difícil y a la vez las entrevistadas en los consultorios asistían a las consultas solas sin sus parejas. Más allá de que en el discurso de las jóvenes emerja la mirada de los varones. Se continuó con la misma línea metodológica, de corte cualitativa a la vez de la inclusión de algunos aportes del pensamiento de Castro Roberto.

I-Cotidianidad de las Instituciones

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL : " DON VICTORIO TETAMANTI "

DOMICILIO: CASTELLI 2450.

TELÉFONOS: 495-2022

Conmutador: 495-2023. 494-9995.

Servicio Social: 499-1104.

Unidad Terapia Intensiva: 499-1103.

Estadística: 499-1101.

Mesa de Entradas: 499-1110.

Farmacia: 499-1108.

Personal: 499-1109.

FAX: 493-6352.

Reseña histórica:

1880- La atención de la salud en nuestra ciudad, estaba a cargo de la Sociedad de Socorros Mutuos.

1881- Brote de fiebre tifoidea , inauguración de un hospital provisorio en la casa de Félix Yagrosi a fin de brindar atención a los enfermos.

1893- Inauguración del Asilo Marítimo, destinado a los niños débiles y convalecientes por la tuberculosis.

1902- Conformación de una Comisión de Vecinos encabezada por Victorio Tetamanti y Félix Camet, quienes deciden concretar la idea de construir un hospital para niños.

1907- Inauguración del Hospital de Mar del Plata , como continuación de las obras llevadas adelante desde 1881 por la sociedad de socorro de los pobres.

1947- Todas las prestaciones adquirieron el carácter de gratuito , siendo intervenido por el gobierno de la provincia , con lo que terminó definitivamente con el dominio que sobre él ejercía la sociedad de beneficencia, pasando a ser dominio del Estado. El Hospital Mar del plata fue en esta etapa el promotor y el canal a través del cual se produjeron las especializaciones y transformaciones de la salud en la ciudad .

1977 - El Hospital se transforma en el actual HIEMI.

El HIEMI se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata, cabecera del Partido de General Pueyrredón.

Es un Hospital especializado, que recibe la derivación de todos los Partidos de la Zona VIII (16 partidos del Suroeste de la Provincia de Buenos Aires), y excepcionalmente de otras ciudades de nuestra Provincia y del resto del país. La Zona VIII abarca los siguientes partidos: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Partido de la Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El HIEMI forma parte del sistema de salud pública, ocupando un lugar de atención de complejidad. Desde allí intenta articular con el primer nivel de atención, que se encuentra en manos de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, representado por los 29 Centros de Salud, emplazados en los barrios de nuestra ciudad.

A su vez el HIEMI tiene como referencia y lugares de derivación al Hospital de Niños de La Plata "Sor María Ludovico" y Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Asimismo, se articula con las Instituciones de salud Nacionales: a saber:

Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" (INE), e Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS).

El HIEMI tiene relación con el sector educación, con todas las instituciones educativas tanto públicas como privadas. Articula intervenciones con el Poder Judicial, especialmente a través de los fueros de Familia, Menores y Defensorías. También interactúa con las diversas ONGs, Grupos de Autoayuda, etc.

Obviamente se relaciona con las demás instancias del sector salud: municipales, provinciales y nacionales. La intersectorialidad es la característica del Hospital, y es necesaria para atender la demanda compleja que recibe.

Objetivos Institucionales

**Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 15 años y a mujeres embarazadas a partir del octavo mes y / o embarazos de alto riesgo.*

**Realizar prevención secundaria*

**Brindar capacitación a profesionales de las diferentes disciplinas de pregrado y postgrado de diferentes Universidades Nacionales.*

Áreas de Atención de Salud del Hospital

Neonatología:

Asiste al recién nacido hasta el mes de vida abarcando Unidad de Internación y Consultorio Externo;

Pediatría:

Brinda atención e internación, guardia y Consultorios externos, abarcando diferentes especialidades;

Obstetricia:

Atiende a las mujeres embarazadas, partos normales, cesárea y embarazos de alto riesgo desde Consultorios Externos, Guardia y Sala de Internación.

Funciones de la Institución

- Función asistencial : de diagnóstico y tratamiento el enfermo ;
- Función sanitaria : de esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre las cifras de morbimortalidad, por enfermedades transmisibles y sociales ;
- Función social : recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico al mismo y a su grupo familiar ;

- **Función cultural** : formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre las enfermedades ;
- **Función de investigación**: aplicada al progreso de la Medicina.

Misiones y Funciones del Servicio Social:

El Servicio Social desempeña un rol de servicios en la institución hospitalaria, basando su intervención en una visión integral del hombre de este modo se comprende al ser humano como sujeto bio-psico-social, actor y protagonista de su propia vida y salud portador de derechos.

El Servicio Social dirige sus acciones desde un concepto de Salud Integral, no focaliza únicamente en los aspectos médicos y asistenciales sino que es incorporada una mirada histórica social que obliga a explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico tanto a nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Se toma contacto con el paciente y su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación y cooperación, procurando brindar contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, pañales, residencia de madres, etc.) guiándoles en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso particular.

Objetivo General del Servicio Social:

- *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 a la vigencia del derecho de la salud.*
- *Analizar los procesos Salud Enfermedad Atención, de los aportes de las ciencias sociales como campo de intervención en trabajo social, integrando equipos interdisciplinarios.*

Objetivos Específicos del Servicio Social

- *Intervenir en el abordaje de los problemas humanos prevalentes considerando los aspectos relacionales socio ambientales , su incidencia en el proceso salud*

enfermedad del paciente su grupo familiar , realidad familiar amplia y comunidad en la que vive

- *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 , familiar y comunitario*
- *Favorecer la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la comunidad, a través del trabajo interinstitucional e intersectorial.*

Recursos Humanos:

Dentro del Servicio Social hay 10 integrantes pertenecientes a "Planta Permanente", ellos son:

- Lic. Epele, María Eugenia (Jefa del Servicio Social).
- Lic. Ortega, Daniela (Moderados "C" y Fibrosis Quística).(Instructora de Residencia)
- Lic. Roldán, Olga (Oncología y Grupo Kumelén)
- Lic. Cano, Georgina (CIM rojo y Prodiaba infantil).
- Lic. Guacci, Patricia (Unidad de terapia intensiva (UTI) (Actualmente en licencia).
- Lic. Ortiz, Roberto (Moderados "A").
- Lic. Petrillo, Darío (Neonatología y Programa de VIH).
- Lic. Vila, María Luz (Sala 8 y Programa de celiaquía).
- Lic. Champredonde , Javier
- Lic. Lazo, Fernando
- Lic. Pastore, Lorena.

Secretaría:

- Neuman, Estela.
- Abraham, Yasmin

Jefa de Residentes

Vacante

Grupo de Profesionales Residentes:

- Lic. Carozza, Carolina.
- Lic. Sinchicay, Andrea.
- Lic. Diaz Mariana
- Lic. Raggio Gabriela

- Lic.Taján Carla
- Lic.Birman Laura

El Servicio Social se organiza con una Guardia por día, la cual la fija la Jefa del Servicio. Los días miércoles se realizan las reuniones de equipo en el horario de 8:00 hs a 10:30 hs, en el servicio, en las cuales se realizan presentación de casos, organización de proyectos, ateneos semanales , charlas informativas, etc.

También se participa en los diferentes programas diseñados y ejecutados por la institución para la atención de las demandas, en conjunto con diversas disciplinas, se realiza el seguimiento de las internaciones. Se participa en el armado de proyectos en conjunto tanto individualmente como grupalmente.

Realizan una optimización de los recursos que brinda la cooperadora del Hospital (viáticos, pañales, elementos varios) Se gestionan a su vez pasajes para derivaciones a otros hospitales del país.Todas las acciones están enmarcadas en el contexto de la intervención social.

En lo que respecta al estilo de coordinación la misma se da en tres Niveles. A saber:

Jefatura del Servicio Social: el estilo de coordinación es dinámico. De asistencia, de docencia, de gestión institucional e interinstitucional.

Dentro de la Institución: Se trabaja con la Dirección mediante la solicitud y la presentación de diversas propuestas. Y con el resto del Hospital se trabaja desde el abordaje psicosocial. Se da a nivel de planificación. La inserción y reconocimiento de los Trabajadores Sociales dentro de la institución se da en respuesta a dos fenómenos : Por un lado el aumento de problemáticas psicosociales en los usuarios y por otro por la inserción de los profesionales de servicio Social en la sala de médicos.

A nivel Intersectorial: con La Secretaría de Desarrollo Social y Tribunales. Se produce a través de reuniones, entrevistas que se articulan en conjunto. Para la gestión y seguimiento de los casos, se articulan acciones con los distintos niveles de atención:

El Servicio de Clínica Obstétrica

Consultorios Externos

- Control obstétrico de embarazadas
- Consultorio Ginecológico Infanto Juvenil
- Planificación Familiar
- Ginecología

Internación

- Sala Alto Riesgo
- Sala 8

Las dos salas de internación de obstetricia se encuentran ubicados en el primer piso del Hospital , con un total de 15 habitaciones con baño cada una , con un office del equipo de enfermería y otro del equipo médico, y dos espacios acondicionados como nurseys , donde se encuentran los recién nacidos.

Sala 8

- Internación por parto normal ,
- Tiempo de Internación (Girocamas) :48 horas,
- Cinco habitaciones , con cuarenta camas (desde la habitación 137 a la 141)

Sala Alto riesgo

- Parto con alguna patología asociada, (hipertensión , desgarro en el parto, vih, etc) que por esta razón han tenido que dar a luz por cesaria .
- Tiempo de internación (Girocamas) cada 72 horas como mínimo viendo la complejidad de la patología de la mujer.
- Diez habitaciones, treinta camas . Las mismas se encuentran divididas según el grado de complejidad que acusa el caso. (111 a 114 mayor gravedad, 110 a 104 menor complejidad).
- Internación por abortos espontáneos o provocados.

Servicio de Consultas Ambulatorias de Obstetricia (Consultorios Ginecológicos Infanto Juveniles)

Dicho Servicio se encuentra ubicado en el edificio anexo ubicado en frente del hospital por la calle Alvarado, área de consultas ambulatorias.

- Población Usuaría : Niñas y adolescentes entre cero y diecisiete años por controles ginecológicos , embarazadas a partir de la semana 36 de gestación (desde los 15 años a los 17 años) , embarazadas a partir del quinto mes de embarazo menores de 15 años.
- Profesionales: Dr Archimio Horacio y Dra Delcanto Silvia y personal de enfermería.
- Horarios de atención: Lunes a Viernes a partir de las 08.30 hs . Se trabaja con la modalidad de turnos programados.
- Tienen dos carpetas donde registran por un lado los casos que atienden de ginecología infantil y otra de embarazo adolescente;
- Se realizan los controles prenatales quincenalmente hasta la semana 38 donde los encuentros comienzan a realizarse de manera semanal.
- En el caso de ser derivadas desde el ámbito de la salud municipal se presentan con una Libreta Sanitaria donde se consignan todos los controles: peso de la persona , presión arterial , grado de dilatación, resultados de análisis clínicos , ecografías, etc.
- En la primer entrevista se consignan datos generales en una planilla que es adjuntada en la historia clínica de la joven, sino la posee se abre una nueva.
- Se realizan peritajes médicos para el Juzgado de menores, y para la Comisaría de la mujer.

Hogar "Un Mañana"

El primer grupo de entrevistadas es un grupo de jóvenes cuyas edades oscilan entre los trece y los dieciocho años y se encuentran por diversas situaciones de violencia intrafamiliar bajo la tutela del Tribunal de Menores. Fueron entrevistadas en el Hogar "Un Mañana", espacio de puertas abiertas donde conviven cotidianamente grupos de jóvenes madres a las que se brinda vivienda, alimentación, contención psicológica y social desde el abordaje de la Licenciada en Trabajo Social Alejandra Vega y de la

Licenciada en Psicología Marcela. Este espacio funciona con el financiamiento de la Organización No Gubernamental "Un cuadrado de amor".

Dicha institución cuenta con un plantel de Encargadas, llamadas por las jóvenes con el apodo de "Tías" que en el cotidiano cocinan, las ayudan en las tareas diarias, velan por la seguridad del espacio.

La mayoría de los embarazos y partos fueron controlados en el sistema de salud pública y en la gran mayoría tanto en los Consultorios Infanto Juveniles como en las Salas de Internación del Hospital Materno Infantil.

IV-Tercera parte:Análisis de datos

***Caracterización cuantitativa de la población**

La muestra tomada corresponde a la cantidad de mujeres entre los 15 y 17 años que durante el período del 19 de enero al 19 de abril del año 2006 han sido atendidas en las Salas de Internación (Sala 8 y Alto riesgo) del Hospital Interzonal Materno Infantil. De los embarazos atendidos en dicho período se registraron un total de 342 mujeres de menos de 21 años y respecto al período etario (15 y 17 años) tomado para el presente trabajo se registraron 118 mujeres.

Entre las que tienen 17 años encontramos 59, entre las de 16 años 36 mujeres y de 15 años encontramos 23 chicas. De las cuales 11 ya han tenido otros hijos y 3 han estado internadas con anterioridad a raíz de haberseles practicado un legrado.

Los datos arrojan que la mayoría de las jóvenes no han alcanzado un nivel de escolaridad acorde a su edad, podría deberse tanto al abandono del mismo ante la situación de embarazo o por episodios de repetición en los años de escolaridad, 73 chicas no han completado la EGB , nivel de escolaridad que de completarse como es esperable se terminaría a los 14 años. Sólo 30 de las chicas lo han completado correctamente, sólo 11 de éstas al momento de ser entrevistadas estaban continuando sus estudios, cursando en aquel momento el nivel Polimodal. Otras habían completado el último año del Polimodal y otra estaba cursando en una escuela con un sistema de escolaridad especial.

Ante la pregunta de cuál era su ocupación las planillas mostraron que 73 de las jóvenes no habían expresado nada, puede deberse a que tal vez al momento de ser entrevistadas dicho dato no fue consignado. De las que si respondieron 35 respondieron que estaban estudiando y se reconocían en dicha ocupación, una de ama de casa, dos cuidaban niños y una trabajaba en el pescado, de filetera.

Las jóvenes se reparten a lo largo de la periferia, en términos de la distancia respecto del centro, de la ciudad .Barrios con altos niveles de pobreza, caracterizados por la precariedad de las viviendas, las familias se sustentan económicamente en base a planes sociales, trabajo en el pescado, servicio doméstico. El barrio Las Heras es aquel en el que se presentaron mayor casos de embarazos según el período de tiempo tomado, aunque no es representativo ya que sólo 11 mujeres habitaban en dicho barrio y las demás en barrios como Libertad, Florentino Ameghino, Las Américas, Belgrano, San Jorge.

Respecto a la cantidad de controles prenatales realizados del total de 118 chicas 84 de las chicas se han realizado la totalidad de los controles, 27 menos de cinco controles y 7 no se habían realizado ningún control. El hecho de que 34 de las chicas

no se hayan controlado como debían puede deberse entre otros factores a la falta de educación y conciencia de la importancia de su salud pero mayoritariamente a los problemas de accesibilidad a los espacios de consulta en el sistema público de salud y al ocultamiento del embarazo por miedo a la reacción de sus familiares y de sus parejas. Parecería estar instaurado el miedo al abandono de los varones.

Los controles han sido realizados en diversos centros de atención de la salud del ámbito público, en su mayoría han asistido al mismo Hospital, al Centro de salud del barrio Las Heras, en la salita Guanahani y en la del barrio Belgrano.

A diferencia de lo que se supondría, de las 118 entrevistadas 99 están con una pareja estable, de las cuales 73 conviven con los mismos, 19 no y respecto a 7 chicas, no se ha registrado esta información. La edad de los varones oscila entre los 17 y los 40 años repartiéndose la mayor cantidad en jóvenes entre 18 y 24, es decir que la mayoría de las parejas de las jóvenes entrevistadas son varones mayores que ellas, las diferencias de edad no son tan grandes, solo se presentan 4 varones que tienen entre 30 y 40 años.

Trabajan en su mayoría en la construcción y en relación de dependencia ya sea como fileteros en el ámbito del puerto, como empleados de diversos comercios o fábricas.

En su mayoría, 70 de los casos, la gestación de estos embarazos no han sido planificados por los jóvenes, 51 chicas relatan haber estado utilizando métodos anticonceptivos como los preservativos y pastillas anticonceptivas. De las 118 chicas 48 plantean el haber decidido ya sea solas o conjuntamente con sus parejas el quedar embarazadas. Me gustaría resaltar aquí la importancia que tiene el hecho de que estos datos provienen de entrevistas que se realizan desde el Servicio Social para poder egresar del Hospital, es decir, más allá de las buenas intenciones que se pueden tener al realizar las entrevistas las mismas estarán condicionadas en parte por el interés de irse de la institución, a la vez el imaginario social que de la profesión se tiene,

para ellas se deberá responder desde el deber ser, desde lo que se espera que digan. Esta cuestión queda planteada desde la idea de poder aportar a pensar estrategias en las que todas estas fantasías se desvanezcan y se pueda generar un espacio de intimidad y reflexión conjunta con el otro.

*ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

COTIDIANIDAD DE LAS JOVENES.

Las historias familiares de las jóvenes entrevistadas están signadas por situaciones de violencia, violación, desamparo, soledad, lo cual no significará en ningún momento un detenerse por la situación trágica sino por el contrario, siguen adelante más allá de su contexto adverso, idea que se ve reforzada en lo que nos relata Lucrecia...

"... yo siempre fui con la razón y la verdad. Yo hoy tengo 18 años nada ni nadie me estanca. Para mí seguí adelante caminando hasta el día de hoy, con mis hijas, son todo para mí, me tuvo que ir m mi hermano me rompió el equipo, todo, tuve que salir. En ese momento no pensé en mí, ni en nadie fui a tribunales, pedí un lugar..."⁵⁷

La mayoría de las jóvenes han abandonado el colegio al momento de quedar embarazadas, algunas que tienen más de un hijo han logrado continuar sus estudios en su primer embarazo y luego han abandonado por no tener quien cuide a sus hijos. Otras tienen niveles de escolaridad muy bajos, dos de las chicas de trece años han abandonado la escuela en tercer grado, una de ellas concurría a una escuela con educación especial.

Dos de ellas refieren tener intención para seguir estudiando, una habla acerca de su interés por estudiar enfermería y otra habla acerca de sus deseos de estudiar profesorado de inglés, ésta última es aquella que continúa en el sistema escolar. Otras refieren tener intención de trabajar, la mayor parte de ellas trabaja desde hace un tiempo tanto en el cuidado de chicos como en servicio doméstico.

Al momento de ser entrevistadas algunas estaban atravesando su segundo o tercer embarazo. Los motivos de consulta en los consultorios externos del HIEMi, espacio de entrevista, eran de control de su embarazo, estaban allí para su primer consulta en dicho servicio. Los demás controles habían sido realizados en los centros de salud de sus barrios.

Proviene de los barrios que por su distancia del centro de la ciudad se encuentran en la periferia de la misma (Las Américas, Villa Evita, Jorge Newbery, entre otros).

Las mismas viven en conjunto con su familia, como en casa de sus suegros, ó con sus parejas. La edad de sus parejas oscilan entre los 20 y 29 años los cuales trabajan en

⁵⁷ En cada cita textual en el análisis de las entrevistas, encontrarán escrito el "nombre de fantasía" de entrevistada, la historia y cotidianidad de cada una está descrita en la parte de ANEXO : Las chicas.

el mercado informal tanto en el pescado como en la construcción, otros se encuentran desocupados.

SABERES RESPECTO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y sus DERECHOS EN ESTE ÁMBITO
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los embarazos de las jóvenes han sido controlados en su mayoría en los centros de salud pública, tanto en sub-centros municipales como en los consultorios externos del HIEMI. En su mayoría han comenzado a controlarse a partir del cuarto o quinto mes, los motivos de esta situación han sido por el ocultamiento del mismo tanto a sus familias como a sus parejas. A la vez que atribuyen a la poca accesibilidad a los centros sanitarios, sus problemas de organización, la falta de turnos, el no haber podido realizarse la totalidad de los mismos. Aunque reconocen la importancia de hacerlos, acerca de lo cual Agustina nos dice...

...“Tengo casi lo mismo que la otra vez, peor son muy pocos los que tuve porque la doctora que me atendía allá en mi casa no da turnos programados como acá el doctor entonces tenía que levantarme temprano y hay veces que no conseguía porque dan muy pocos turnos daban seis turnos y eran muchas embarazadas y que también se iban sin turno como yo ,y abré tenido cuatro controles en este tengo tres en el de ella tuve cuatro pero igual fueron muy pocos porque me dijeron mínimo cinco, seis”...

En relación al porqué y para qué realizarse los controles refieren tanto conocer el estado de salud de las embarazadas, como la salud del bebé, como así también el poder prever si se correrá algún riesgo durante el parto.

La mayoría han recibido información acerca de los cuidados de la salud sexual y reproductiva, aunque como veremos en el relato de Carolina apareció la cuestión de no saber cómo podía quedar embarazada:

...“no sabía que me podía quedar embarazada ni nada de eso, claro...”...“supuestamente si no te viene estás embarazada...”

La información recibida provino de diversos lugares tanto de la escuela, como de sus madres y abuelas, como así también de los centros de salud en los cuales han transitado para solicitar métodos anticonceptivos. De las que refieren haber recibido al participar de dichos espacios no ha sido por su propia voluntad , sino que con el

objetivo de recibir un método anticonceptivo lo cual hace suponer que las mismas no han prestado atención. Respecto a este punto Agustina nos comenta:

"...Eh...sí daban charlas antes de, siempre era una hora de charla y después te daban las inyecciones para que te lleves y te las pongas..."

Y Marianela nos relata que en realidad ...

"...la información que me dieron no me sirvió para nada".

La mayoría de las chicas entrevistadas han utilizado en algún momento un método anticonceptivo, que según sus relatos sirven tanto para:

"...prevenir el sida todas esas cosas"...(Marianela)

"...Dicen que el preservativo es muy bueno no? Como es? no deja entrar los bichos porque hay algunas enfermedades que se contagian, el sida eh, como es que se contraen?, una de las posibilidades de contagio no te lo sacas mas, para toda la vida lo tenés" ...(Carolina)

"...para no quedar embarazada"...(Agustina)

Entre los métodos que han utilizado están presentes tanto las pastillas, el diu, como las inyecciones. El preservativo sólo aparece en una de las entrevistas, refieren algunas que es cierto que se siente menos placer al utilizarlo y que al momento de tener que colocárselo un preservativo uno no tendría la posibilidad de hacerlo ni de plantearlo, Gabriela nos habla de ...

"...Lo que pasa, que uno al estar en ese momento no piensa, si sí o si no, intimamente si pueden o no cuidarse bueno, si no pueden no... si está la posibilidad si, si hay si..."

Algunas han comenzado a utilizarlos por recomendación tanto de sus madres como del médico. Comentan situaciones donde han compartido paquetes de pastillas con sus hermanas, lo cual nos hace pensar en esta contradicción entre las prácticas, los discursos y los niveles de conocimiento respecto a la temática.

Marianela comenta ...

"... Mi mama me las compraba y me cuidaba con las pastillas y con el preservativo. Deje de tomar las pastillas y el preservativo fallado"

Y Agustina nos dice...

“suponete a mi hermana yo le di las pastillas porque había tenido un atraso... yo le di las pastillas para que empiece a tomar...”

Chicas relatan situaciones en las que su propio cuerpo ha rechazado la utilización de un método anticonceptivo, relatan como su cuerpo expulsó naturalmente el diu , otras al no tener la práctica de la toma de la pastilla han tenido episodios largos sin tomarlas desconociendo que debía ser tomada diariamente, otras han enfrentado algunas trabas institucionales y comentaron barreras de acceso a los centros de salud lo que en parte dificulta el control de su propio cuerpo, y la puesta en práctica de utilización de métodos anticonceptivos.

Así encontramos los dichos de Agustina quien refiere que al haber tenido que cambiar de método, ya que en la sala no los entregarían por un tiempo, quedó embarazada

“...Antes de quedar embarazada me estaba cuidando con inyecciones un tiempo hasta que no me pudieron dar más por un tema de la municipalidad y eso, porque las daban gratis y me empezaron a dar pastillas, pero... no estoy acostumbrada y me olvidaba y me dijeron que cuando ya te olvidabas ya no servían si no las tomabas , entonces cuando dejé las inyecciones quedé embarazada, ahora sino no yo seguiría con inyecciones, que como no me las podía comprar ellos me la daban”

Algunas se muestran desinteresadas de recibir información acerca de esta temática y otras afirman que desde los servicios de salud no se contempla al momento de la elección del método anticonceptivo las particularidades del cuerpo de la joven o del joven que lo usará. En los relatos vemos como desde las prácticas institucionales no son tenidas en cuenta tanto la ritualidad ante la toma o colocación de un método anticonceptivo, ni las características del cuerpo de la persona que lo va a utilizar, tomo puntos muy relevantes al momento de decidir que tipo de método a utilizar.

Si bien en sus relatos aparece conciencia de la posibilidad tanto de quedar embarazadas como de contraer enfermedades en su propia experiencia demuestran que todo aquello que desde lo discursivo sabrían entra en contradicción con lo que realmente ocurre. En parte habla de su desinterés respecto al tema como de las estrategias que se implementan desde las instituciones donde participan, estrategias que no contemplan sus intereses como quedó reflejado en el relato de una de las chicas cuando comenta que participó de las charlas ya que al finalizar la misma le entregaban las pastillas.

PENSANDO JUNTAS QUE ES LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Al charlar con las chicas y llegar al momento de intentar descifrar que era para ellas la salud sexual y reproductiva demostraron dificultad para poder abstraerse y pensar en términos de concepto, la intención no fue que dieran una definición académica del mismo sino por el contrario poder escuchar y hablar en términos de lo que ellas consideraban que era. En contraposición a esto a lo largo de las entrevistas se habló de todos temas relacionados con dicha temática y hablaron con claridad y soltura, la práctica aparece en primera instancia se habla respecto a la misma pero al momento de abstraerse e intentar conceptualizar acerca de, aparecen dificultades que tal vez tengan que ver con que pensando el nivel educativo adquirido, los recursos simbólicos con los que cuentan son débiles.

Así las jóvenes piensan que dicha frase tiene que ver con tener hijos, con la fecundación, con el cuidado del otro con el cuidado ante el riesgo de alguna enfermedad durante el embarazo, no quedar embarazada, no contagiarse de enfermedades, de tener un hijo y seguir cuidándolo.

Anabela nos dice:

“... Y, con el sentido de si es salud como cuidarse ...”

Noemí nos relata :

“... No sé porque como yo no ando con la gente que habla todo el día de eso, o la gente que habla de eso,(subyace que habla de tener relaciones sexuales) a mi no me importa”...

Gabriela afirma que debe ser...

...“ Tener relaciones, y tener el hijo y seguir cuidándolo ...”

Soledad aporta :

“... sé que tenemos la necesidad de tener relaciones sexuales pero ni idea del significado exacto de... al pensar cinco palabras nos dice: ...Bebé, semen, eh, óvulos no , como no, pará sí óvulos porque es el que reproduce al semen se forma el bebe y vagina y pene ...”

Incluyen ambas cuestiones, por un lado el quedar embarazadas, el tema de la fecundidad y por el otro el tema de mantener relaciones sexuales, entremezclado con

la idea de cuidado, pero en lo cual queda excluido un pensar al derecho respecto del cuidado del propio cuerpo, el poder decidir libremente cuando quiero quedar embarazada, el compartir dichas elecciones con otro.

Podría deberse a que no está instaurada la idea en sus mentes, no existe la posibilidad de no quedar embarazada, de no tener hijos en un momento en que uno no tenga la intención, la maternidad es pensada en términos de que es natural que ocurra, encontrando sus fundamentos en la idea de la familia nuclear, relegando el rol de la mujer a un espacio privado. Es lo que se espera, con lo cual no estoy poniendo un juicio valorativo negativo a dicha concepción pero me parece que se debe a que es el modelo hegemónico desde el cual uno-una deben moverse. No aparece otro proyecto, no hay otra posibilidad, no hay conciencia real de que uno puede decidir. Aparecen discursos muy marcados por el deber ser, en los cuales constantemente tratan de afirmar que el cuidarse es lo que se debe hacer pero en sus propias prácticas y relatos acerca de las mismas no aparece dicha idea concreta, sino que por el contrario, relatan situaciones ante las cuales por motivos externos, no han tenido la posibilidad de cuidarse. Ese deber ser está tan internalizado por las jóvenes que al momento de pensar el cuidarse, el cuidarnos, si existen o no programas acerca de dichos temas por un lado se excluyen y comienzan a hablar de otras mujeres con sus mismas características de forma despectiva. En sus discursos aparece por momentos la idea de que la joven que queda embarazada es porque quiere, que para que abrió las piernas, etc. Siempre mirando a las "OTRAS" como desde ese otro lugar que permite acusarlas, enjuiciarlas.

No se incluyen, no hay un reconocimiento de su propia historia, de su edad, seguramente esta cuestión se da como mecanismo defensivo para resguardar y reafirmarse ante la toma de sus propias decisiones, enmarcadas en elecciones que en parte las excluye de su rol de joven.

¿Cómo PIENSAN ELLAS SU PROPIA MATERNIDAD?

Sus hijos en algunos casos parecerían ser por un lado el motivo para seguir viviendo, su proyecto de vida aquel que las devolvió a la vida, que las hace tener ocupaciones, tienen a alguien a quien cuidar más allá de que siempre tengan que cuidarse ellas. Algunas de las chicas han escondido su embarazo por miedo tanto a la reacción de sus madres o por miedo a que le quiten sus hijos y a la reacción de sus parejas, miedos de abandono.

La salud de sus hijos parece contar más que la propia, ellos son todo en la vida de las jóvenes.

La crianza de sus hijos no es una situación que haya trabado ningún proyecto, por el contrario lo remarcan todo el tiempo como Lucrecia...

...“si tengo la posibilidad de terminar mis estudios bienvenido sea ,nunca está demás aprender si yo puedo hacer algún curso bienvenido sea yo no me estanco, si puedo tener alguien que me ayude y me mire a las nenas yo lo hago con mucho gusto ahora mañana voy a empezar a trabajar en una casa acá cerca...”.

Al no estar presente en la mirada y prácticas de las jóvenes la posibilidad de decidir cuándo, como tener hijos, la maternidad aparece como natural que ocurra, lo cual a su vez les adjudica una pertenencia a un grupo son MADRES ADOLESCENTES , adquieren un protagonismo, un lugar en el mundo , mundo que dadas las situaciones contextuales las excluye, de este modo existen investigaciones al respecto de esta temática, existen dispositivos a nivel de salud que las deberían contener, de hecho el presente trabajo les adjudica un protagonismo, tienen algo acerca del que hablar : su propia historia. Lo cual me hace entrar en una gran paradoja por un lado propugno que puedan decidir cuando tener sus hijos, que tengan un proyecto de vida más allá de lo estipulado que ocurra y por el otro les adjudico con este trabajo un lugar que les da aunque sea un reconocimiento.

Respecto a su propia maternidad no realizan ningún comentario negativo pero si ven despectivamente los embarazos de las otras madres jóvenes, otra vez surge esta mirada acusadora respecto de las “OTRAS”. El discurso acerca de que la maternidad en la adolescencia no debiera ocurrir ha sido internalizado y como respuesta defensiva las entrevistadas reafirman su condición de madres pero desvalorizando la de las otras chicas a las que ven como jóvenes que no tienen conciencia .

Anabela nos dice...

“...ahora digamos la que queda embarazada es porque quiere hay muchas formas de cuidarse y no necesitas la plata para decir no porque tengo que comprar tal cosa ahora te la dan...”.

Y Soledad ...

“...Yo creo que si pensás , me pongo yo en el lugar de, no se, porque creo que ponele que si son chicos y que si no le quieres arruinar la vida , tampoco digo que un bebe arruine una vida porque o sea , para una chica chica creo que sí sería una mochila

pesada para una responsabilidad porque un bebe es una responsabilidad muy grande y tenes que saber llevarlo”...

Lucrecia reafirma su mirada respecto de las otras chicas diciendo...

...nunca tuve amigas porque siempre anduvieron en la pendejada, y a mi no me gustaba...

ABORTO

Esta temática se introdujo con el fin de reflexionar sobre la problemática del aborto: posibilidad o no de realizarse uno, riesgos del mismo, contexto de realización, ilegalidad, con el fin de profundizar acerca de la posibilidad o no de decidir cuando tener hijos.

Una única frase acompaña sus respuestas: “Está mal”, la cual toma dos orientaciones dependiendo del espacio en que fueron administradas las entrevistas, en el hogar el discurso tiene una mayor cuota de moralismo y en el hospital, si bien se plantea que está mal, la mirada enjuiciadora y fuertemente extraída de un discurso moralista surge una mayor contemplación respecto a las mujeres que han atravesado por esta situación.

...”Yo ni loca abortaría si fuese ella no, muy chica aparte del aborto te podés morir que se yo claro porque corrés riesgo al abortar, van varios casos en la tele cuando pasan”...(Marianela)

...”Desde mi punto de vista el aborto no va conmigo, si no yo hubiera avisado antes y lo hubiera abortado... pero igual yo estoy en contra del aborto y me parece mal que quiere abortarlo para seguir la escuela ...”(Noemi).

Los motivos acerca del porqué es una situación que no debe ocurrir aparecen el mismo tipo de respuestas: matar una vida y culpabilización a los jóvenes acerca del cómo no se cuidaron, y la idea del “hacerse cargo”.

...”Que esta mal, porque para que m..... abrió las piernas si después lo va a abortar, para que m..... lo hace, que se cuide...”(Manuela)

Entre los riesgos ante los que uno se expone al realizar un tipo de práctica de estas características aparecen tanto al riesgo que corre la propia salud de la mujer que se lo practica, como la posibilidad de morir debido a las condiciones en que se practican.

Hablan de la ilegalidad del mismo refiriendo la posibilidad de estar presos por hacerlo como también de la responsabilidad del que lo realiza.

RELACIONES DE GÉNERO-mirada acerca de otras mujeres y varones

Dos miradas diversas se encuentran en los relatos de las jóvenes, aquella que deviene de las que tienen pareja y la otra de las que no la tienen , y en casos han sido abandonadas por las mismas.

Al escuchar las narrativas de las entrevistadas confluyen en mí diversos pensamientos e ideas sobre todo imágenes de escenas del transcurrir televisivo donde el cuento de hadas del príncipe enamorado del rico que se casa con la pobre de la posibilidad de dejar de ser la cenicienta para ser princesa y por otro lado la desnudez obscena casi pornográfica que objetiva a la mujer como objeto sexual de complacencia del otro que podemos ver hoy en día en Marcelo Tinelli. De esta mezcla de este entrecruzamiento parecen producirse las narrativas analizadas.

Las relaciones de género como tensión entre dos polos complementarios que recortan los cuerpos, condicionan prácticas, cuyo marco es el poder hegemónico (inscripto en el deber ser), la dominación masculina que habitan los cuerpos de estas jóvenes y se expresan en sus relatos.

La perduración en el tiempo de relación con los varones aparece como signo de que el otro las respeta y no tiene intención únicamente de tener relaciones sexuales con ellas , aunque de manera encontrada algunas de las chicas comentan que si el varón espera para tener relaciones el tiempo que disponga la mujer para sentirse segura debe ser porque está teniendo una relación con otra mujer, al respecto Soledad nos dice...

".....Tenía un novio que él quería tener relaciones y yo le dije que no, que si él me quería realmente que iba a esperar y después me dijo que porque yo no estaba segura y el entonces me dijo bueno...y pensé que solo me quería para eso y si un chico busca tener relaciones nada más apenas te conoce, no te quiere conocer, quiere solamente tener relaciones y si vos no tenés ganas como uno dice se va..."

Y Lucrecia...

... sentís que una persona que hace un año que estás, está con vos porque te quiere y te respeta porque todavía no te ha planteado mucho, ni te ha molestado. Está bueno porque a la vez se están cuidando los dos...

Y Carolina...

...ahora los chicos sino querés ya, cortamos ahí, nomás, porque la quieren solo por diversión y la usan algunas chicas así para mí es así, no se..."

Y Anabela...

...Y se va a cansar y se va a ir con otra chica...

La visión que de los varones tienen estas jóvenes pareciera tener que ver con la idea de que los mismos tienen más hormonas que las mujeres que los incita a que constantemente tengan intención de tener relaciones sexuales,

Lucrecia nos dice...

"...es muy difícil hoy encontrar un hombre que piense con la cabeza, ... ir a la esquina y encontrar una persona como la gente... La mayoría cuando salís a bailar te encontrás chicos calientes que solo piensan en divertirse una noche y si te cagaron lo siento... es muy difícil equilibrar o tener una equilibración de las personas"...

Y Carolina afirma...

... porque algunos se hacen los pe....., a veces andan alzados y la dejan tirada a la chica y no se hacen cargo y se van y la dejan con el paquete como la mí..... porque si te quiere, te ama te va a esperar"...

Y Noemí dice...

... en la mayoría el que quiere tener relaciones es el varón"...

Respecto a este punto Anabela relata...

... siempre, la que siempre espera es la mujer que pone los tiempos, a veces el que más apurado está es el hombre...

Así la mujer que tenga intención de vivir libremente su vida sexual aparece como "una descocada, una prostituta", la mirada de los otros aparece como una postura ante

la cual nos exponemos constantemente, entonces el "que van a decir" limita sus acciones.

"...Es una descocada (risas) es difícil ésta porque es como que una chica sea así, hay pero, es re descocada (risas)...que sólo lo quiere para estar dos o tres días con él tener relaciones y se va con otro o sea creo que esa chica no está, no lo quiere para acompañarlo ni para tener una relación así estable sino para estar un día o dos y que él le dé lo que ella quiere, es como que sería que lo está usando nada más"...(Soledad)

"...porque después te van a tratar de p....., si porque hinchar a un tipo es lo primero que van a pensar. Si es una p....., va a andar conmigo y después anda con otro... y de los varones ... también esta mal,... no, para un hombre no esta tan mal, para una mujer esta mal, no queda mal en los varones, en las mujeres sí, es lo mismo pero lo que queda mal es la mujer. No sé porque, yo pienso, la minita se acuesta con uno y con otro y un chaboncito de esos esta con esa mina, la minita va pasando y el pibe esta con un montón de pibes y dice: ah! Yo a esta me la c....., anda, co..... vos, para mí esta mal y sin embargo para un varón no...que sé yo, porque es así..." (Manuela)

La libertad sexual de las mujeres no está aceptada por la sociedad, los varones aparecen en las entrevistas como aquellos que tienen una necesidad constante por mantener relaciones sexuales como práctica de descarga de esa energía que se contiene hasta el momento del encuentro con otra.

...son las hormonas que se les despiertan debe ser...No resulta común ver a una chica que tenga más ganas que un hombre de tener relaciones. (entrevistada n° 6)

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

El profundizar acerca del programa que funciona a nivel nacional y que contempla todos los centros de salud de la nación, las entrevistadas refieren no conocerlo, pero si saber que en las salas de salud se realiza entrega de pastillas, métodos anticonceptivos, charlas, etc. Es decir que si bien no reconocen el programa con el nombre que éste lleva, podemos observar que conocen cuales son los alcances y acciones que se desarrollan desde el mismo. Algunas han participado de los

encuentros semanales que se realizan en las salas de salud para hablar de la salud sexual y reproductiva pero refieren haberlo hecho con la intención de que les entreguen al final de la misma los métodos anticonceptivos.

Otras relatan que se actual embarazo es producto de que en la sala de su barrio le cambiaron el método a utilizar porque no había más de aquel que ella usaba, y al no tener ingresos suficientes para comprarse tuvo que cambiar pero sin tener el hábito ni costumbre para usarlo, lo cual demuestra una falencia en la implementación del Programa porque al saber que en un centro de salud se detuvo la entrega de anticonceptivos denota que alguna falencia está ocurriendo, obviamente que con esto no se está responsabilizando al centro de salud particularmente sino que por el contrario a las falencias que el sistema de salud pública tiene al momento de lanzar e implementar un Programa de alcance nacional como del que hablamos.

V-Cuarta Parte:

Más que conclusiones lo que voy a relatar en este apartado son ideas, que dejan abiertos posibles caminos de acción para un futuro, son pensamientos “acerca de” que vienen entrelazados con mi subjetividad, la subjetividad de este grupo de jóvenes a las que entrevisté, en este momento particular y determinado. Entonces, no serán conclusiones sino ideas...pensamientos...

En primer lugar me parece relevante incluir dentro de estas observaciones la dificultad para encontrar material específico y de investigaciones relacionadas con el trabajo social y el campo de salud. En cierto modo, esto obstaculizó el encontrar la especificidad en la temática tratada, a la vez que marca, según mi punto de vista, una debilidad que como profesión tiene el trabajo social: no darse el tiempo para un pensar y repensar con los otros acerca de las experiencias enriquecedoras que se están desarrollando.

En segundo lugar mi interés radica en describir los espacios de encuentro con las jóvenes y sus relatos, priorizando intencionalmente aquellos elementos que favorecerían a la implementación de estrategias de acción con un mayor alcance y participación de los grupos usuarios de la salud pública.

La entrevista fue planteada desde un mirar a las jóvenes como madres, dejando de lado su característica de adolescentes, omitiendo así las particularidades de las chicas. Hubo un olvido tal vez intencional de esta cuestión que marcó el desarrollo del trabajo, a medida que fui encontrándome con ésta dicha intención comenzó a desvanecerse, aunque resultó bastante difícil.

Considero, que esta intención existe en la planificación de estrategias con jóvenes madres que de desvanecerse, harían cambiar el rumbo de los proyectos de intervención con estos grupos. La propuesta sería un recuperar las trayectorias de estas adolescentes con sus hijos. Ellas asumen el rol de madres, son responsables de la vida de sus hijos, realizan todo lo que esté a su alcance por cuidarlos. Una de las entrevistadas relata que fue capaz de denunciar una situación de abuso sexual en contra de ella con el fin de que alguien más se responsabilice tanto de su vida pero primordialmente de la de sus hijas, pensando en términos de que el estado representado en la justicia le brinde por un lado justicia y por el otro un espacio donde vivir y cuidar a sus hijas.

A su vez, en una de las entrevistas una de las chicas de trece años al quedar habilitado el decir malas palabras y hablar con su propio lenguaje encontró en el espacio de entrevista mayor confianza, y a partir de allí comenzó a hablar con mayor

confianza. De lo que se desprende que la posibilidad de hablar desde sus propios códigos habilita que los espacios de encuentro sean abiertos y generadores de confianza en los que comentan sus propios intereses y dudas.

Se visualizan en los relatos algunas cuestiones relacionadas a la idea de lo que "DEBEN SER", en parte se debió a que a través del espacio de entrevista no se generó un vínculo de confianza, a su vez que tienen instaurada esta idea de lo que se espera que respondan lo cual no habilita un poder pensarse desde su propia experiencia, desde sus vivencias.

Seguramente, habla de la complejidad de la temática abordada en este trabajo.

Las chicas hablan desde una idea de la mujer que las sitúa a las mismas desde lo que a diario vemos en la televisión, las cuales no tienen posibilidad de deseo, de sentir placer, son objeto para que los otros se deleiten al observarlas.

Las demás chicas que transitan las mismas experiencias que las entrevistadas aparecen en sus discursos como de forma despectiva, tal como hice referencia en el análisis de entrevistas. Esta particularidad, tal vez tenga que ver con una cuestión defensiva, ellas al momento de decidir tener un hijo dejaron de lado el ir al bailar, el disfrutar de su juventud y tuvieron que asumir responsabilidades que seguramente en un punto les pesan.

La mujer aparece relegada al espacio de lo privado, al cuidado de sus hijos, pareciera que no tuvieran lugar de ocupar otro rol.

Al hablar y pensar juntas acerca de los cuidados del cuerpo, de la utilización de métodos anticonceptivos y de la accesibilidad a los mismos desde la salud pública, vuelven a reforzar esta cuestión del DEBER SER, responden desde ese lugar, ya que sus prácticas entran en contradicción con la supuesta accesibilidad y conocimiento que tienen respecto a esta temática, por un lado hablan de que consiguieron pastillas en la sala de salud, y por el otro relatan haber compartido entre familiares métodos anticonceptivos que habían sido prescritos para ellas mismas. Comentan que los conocen y algunas los utilizan, pero que al momento de quedar embarazadas no fue una situación planificada conscientemente, sino que por el contrario algunas relatan que no tenían la práctica con dicho método por lo cual no tuvo la efectividad que se esperaba, otras relatan las reacciones adversas que sus cuerpos han tenido a los mismos.

Así la posibilidad de decidir cuándo, cómo y con quién tener hijos se desvanece, no aparece en sus relatos, pareciera no estar verdaderamente habilitada la mujer para poder decidirlo.

Entonces ¿Cómo hacemos para poder pensar en estrategias de intervención que fortalezcan la idea de que tenemos como seres humanos DERECHOS? Pienso que

el desafío está en poder contemplar e incorporar los dichos de los propios protagonistas de dichas acciones al momento de planificar y llevar adelante las mismas.

A la vez que intentar modificar la mirada acerca de las jóvenes madres, de los jóvenes padres, de los/las jóvenes en general, que se tienen al intentar realizar acciones en torno a esta temática.

ANEXOS

Protocolo de Entrevista

1)-Historia social

Qué edad tenés?

Cuál fue el último grado-año que aprobaste 1-Primaria-EGB
2-Secundaria-Polimodal?

Querés seguir estudiando?Qué te gustaría estudiar?

Cuál es tu estado civil 1-Soltera pero en pareja
2-Soltera sin pareja
3-Unida de hecho
4-Casada?

Estuviste embarazada antes?

Tenés otros hijos?

Si sí , Femenino ó Masculino?
En que año nació?
Dei mismo padre?

Del Embarazo actual Cuál es el sexo del mismo/a? Cuándo nace?ó cuándo nació?

2)-Saberes respecto a la Salud Sexual y Reproductiva

Recibiste información de cómo cuidar tu salud sexual y reproductiva?

Si sí, Desde dónde 1-Desde la escuela
2-Desde una institución de salud (Hospital-Salita de salud)
3-De un familiar
4-De un grupo de amigos
5-De otros cuáles?

Si no, le hubiera interesado recibir información?

Con quién hablás de estos temas?

Te resultó suficiente la información que recibiste?Te gustaria saber más sobre algún tema?

En caso de que tengas otros hijos fue diferente a los otros embarazos?

Te hiciste los controles del embarazo?

Pensabas que era necesario?

Para qué?

En qué beneficia hacerse los controles?

En qué perjudica no hacérselos?
Dónde los hiciste?
Cómo te trataron los profesionales del mismo?
Habías concurrido antes a un ginecólogo? Por qué?

3)- Utilización de Métodos Anticonceptivos

Usaste alguna vez?

Si usaste, Cuáles fueron los motivos de hacerlo

- 1-Cuidar el cuerpo
- 2-Protegerse de enfermedades
- 3-No quedar embarazada
- 4-Por interés de cuidar a la pareja
- 5-Por cuidar el cuerpo y no quedar embarazada
- 6-Por no tener demasiada confianza en el otro
- 7-Por no tener una Pareja estable
- 8-Otros motivos Cuáles?

Si no usaste ,Cuáles fueron los motivos

- 1-Mitos
- 2-Quita el placer
- 3-El novio no quería ya que tenían confianza entre ellos
- 4-No les interesaba
- 5-Otros Cuáles?

Cuál usaste? Quién te lo indicó?

- 1-Familiar
- 2-Amigo
- 3-Profesional
- 4-Otros, cuáles?

Cómo fue la elección?
Comenzaste a utilizarlos estando en pareja?
Tenés amigas que usen? Habían de los Macs entre ustedes?
Consultaste a un médico para elegir el más eficaz? Si no con quién lo consultó?
Recibiste información respecto a éstos?

- 1-Escuela
- 2-Profesional
- 3-De la tele -Campaña en la vía pública
- 4-Amigos
- 5-Otros

Si no recibiste , lo hubieras necesitado?
En que te benefició o te hubiera beneficiado recibir información de cómo cuidarse?
Pensás que los Métodos anticoncepcos te pueden hacer algún tipo de daño en el cuerpo si los usas? Cuáles?
Qué es para vos la salud sexual y reproductiva?
Qué características tiene?
Definí salud sexual y reproductiva con cinco palabras .

4)- Prácticas sexuales

*A partir de aquí se agregan unas fichas en las cuáles se presentan situaciones hipotéticas se responderán las siguientes preguntas :

Historia N° 1

Manuel y Natalia están pensando en comenzar a tener relaciones, por lo que Natalia plantea que sería interesante cuidarse , él en cambio plantea que no hay necesidad ya que se conocen hace mucho tiempo ,tienen confianza,y a la vez que si usan preservativos sentirá menos placer.

¿Qué pensás de la actitud del chico?

¿Es verdad que se pierde sensibilidad de utilizarse un preservativo?

¿Qué harías si estuvieses en el lugar de la chica?

¿Qué miedos tendrá ella?

Historia N° 2

Mariela y Ezequiel de 15 años , están de novio hace 1 año , ella todavía no ha decidido tener relaciones sexuales , él refiere que la esperará cuánto sea necesario .

¿Qué opinás de la actitud del chico? ¿En su lugar que hubieras hecho?

¿Considerás que él ejerce presión sobre ella? ¿Porqué?

Historia N°3

José Luis de 16 años está saliendo con Noelia hace tres meses, ella se muestra interesada en comenzar a tener relaciones, él no. Ella comenta que de no concretarse el encuentro lo tendrá que abandonar.

¿Qué opinás de la actitud de la chica?

¿Y de la del chico?

¿Qué harías si estuvieras en el lugar de la chica?

Historia N°4

Soledad tiene 17 años , está saliendo con Mateo y ella queda embarazada,entre las posibilidades de qué hacer está la de abortar o tenerlo. Cursan segundo año del secundario y tienen muchas ganas de terminar y ponerse a trabajar.Piden ayuda a sus familiares y entre todos juntan el dinero necesario para practicarse un aborto.

¿Qué opinás de la situación?

¿Porqué?

¿Qué opciones tienen?

¿Qué riesgos corren?

5)-Derechos Sexuales y Reproductivos

Considerás que en las instituciones de salud pública (salita de salud,hospital) están las puertas abiertas para responder cualquier pregunta que tengas respecto a los temas que se trataron en esta entrevista?

Sabés que existe un Programa nacional desde el cual el Estado trata de garantizar que todos/todas puedan elegir el momento en el que cuidarse, en el que decidir con quién , cuántos y cuándo tener hijos?

LAS CHICAS

SOLEDAD

Es una joven de 15 años, mamá de un varón de dos meses. Vive actualmente en el hogar, desde los doce años recorre instituciones que albergan a chicos-chicas con situaciones intrafamiliares particulares que no permiten que los mismos puedan seguir conviviendo con su grupo familiar. Desde hace un tiempo está en pareja con un joven de 25 años, que trabaja en una fábrica, con el cual han comprado un terreno y tienen idea de comenzar a construir su propia casa porque la idea es que al darle el alta a la entrevistada comenzar a vivir en pareja con su hijo y su pareja. En su relato comenta que la decisión de tener un hijo fue planificada en conjunto con su compañero. Ella concurre a la escuela abandonando el ciclo escolar.

LUCRECIA

Es una joven de 18 años, actualmente madre de dos niñas. Se encuentra separada del padre hace cinco meses, refiere no saber nada del mismo, quien a su vez al momento de enterarse del embarazo de la joven decidió abandonarla. Ellos tenían una relación estable desde aproximadamente cuatro años.

Las niñas nacieron con bajo peso por lo tanto la entrevistada estuvo alojada en la residencia de madres que se encuentra en el HIEMi. Antes de ingresar al Hogar vivía transitoriamente en hoteles con su pareja, relata haber dormido a su vez en los bancos del Hospital. La entrevistada refiere haber quedado embarazada tomando pastillas anticonceptivas.

CAROLINA

Ella es una joven de trece años, hija del medio de once hermanos, que se encuentra viviendo en el Hogar desde el momento de dar a luz a su hija. Ella está actualmente cursando primer grado, anteriormente cuando vivía en casa de su familia con quienes mantiene contacto, asistía a un escuela para chicos con algunas problemáticas de aprendizaje, actualmente está siendo asistida psicológicamente por un equipo de profesionales de una institución de salud mental de la ciudad.

MANUELA

La entrevistada es una joven de trece años, embarazada de ocho meses. Refiere que desde hace dos meses se encuentra en el Hogar, que estaba de novia con un joven hacía más o menos un año que al momento de conocer la noticia del embarazo la abandonó. Fue hasta tercer grado. Comenta haber escondido el embarazo por temor a la reacción de su madre que según comenta tiene problemas de nervios, hasta el quinto mes. Utilizaba métodos anticonceptivos aunque refiere haberlos dejado por cambios en su cuerpo.

AGUSTINA

La joven entrevistada tiene 16 años, vive actualmente con su pareja en casa de los padres de éste. Tienen un hijo de dos años y uno por venir, está embarazada de dos meses. Hace cuatro años que están en pareja, el mismo está desocupado. Hizo hasta séptimo grado en la escuela, año en el que decidió abandonar debido a que quedó embarazada, no tiene intención de continuar sus estudios.

MARIANELA

Ella es una joven de 18 años madre de dos hijas, vive actualmente con su mamá. Los papás de las niñas nunca supieron que ella estaba embarazada, el primero se fue a vivir a Buenos Aires y el segundo no lo volvió a ver. Ella tomó la decisión de no comentarle a ninguno de los dos de su paternidad. Hizo hasta primer año del Polimodal, refiere no poder continuar debido a que no tiene quien cuide a sus hijas.

ANABELA

La joven tiene 17 años se acerca al consultorio a realizarse los controles de su tercer embarazo, sus hijos tienen tres y un año respectivamente. Está casada desde hace dos meses con su marido de 27 años, con el cual comparte su vida desde hace tres años, al mes de haber tenido ella a su primer hijo, con otro muchacho quien decidió abandonarla, ella comenzó a convivir con su actual marido. Quien a su vez reconoció al primer bebé de la joven como su hijo legítimo. Desde hace algunos meses el joven comenzó a trabajar en una fábrica de pescado lo cual hizo que la situación económica del grupo familiar se revirtiera, la entrevistada comenta momentos en los que a raíz de la desocupación y de una enfermedad del niño más grande tuvieron que vender su casa y vivir del juntado de cartones. La joven relata su interés por continuar sus estudios y en un futuro proyectarse como enfermera. Actualmente participa de un movimiento de desocupados.

NOEMÍ

La entrevistada es una joven de trece que se acerca al Consultorio a fin de comenzar a controlar su embarazo, el cual ha sido producto de una violación. Es así que ella en la entrevista refiere todo el tiempo su desinterés por saber o dejar de saber sobre su hijo, sobre los métodos anticonceptivos, se muestra reacia a conocer gente, relata no salir de la casa, no tener amigas. La decisión tomada por ella en conjunto con su madre, es de ni bien nazca el niño-niña darlo en adopción.

GABRIELA

La joven tiene 17 años, desde los cuatro años vive en casa de una señora a quien su madre biológica ha dado para que la cuide. Al momento de quedar embarazada ella estaba comenzando una relación con un chico que al enterarse de la noticia decidió abandonarla, ella comenta que hoy se cruzan por la calle y ambos miran para otro lado. La joven relata que al momento de quedar embarazada ante el miedo que suponía la reacción de esta señora con la que vive, a la que siente comadre, decidió regresar a casa de su madre biológica. La señora al enterarse del embarazo de la entrevistada le pidió que regresara a su casa y es así que hasta el día de hoy vive con ella y la contiene y acompaña en todo el embarazo.

| | |
|------------------------------|----|
| Centro | 1 |
| Cerrito sur | 4 |
| Chapadmalal | 1 |
| Dorrego | 4 |
| Dos Marias | 1 |
| Eduardo de Peralta Ramos | 1 |
| El Boquerón | 1 |
| El Frutillar | 1 |
| El Martillo | 3 |
| Etchepare | 1 |
| Faro | 1 |
| Florencio Sánchez | 3 |
| Florentino Ameghino | 4 |
| Fortunato de la Plaza | 1 |
| G.San Martín | 2 |
| Jorge Newbery | 5 |
| Juramento | 2 |
| La Herradura | 3 |
| La peregrina | 1 |
| La Perla | 1 |
| Las Américas | 4 |
| Las Canteras | 1 |
| Las Colinas de Peralta Ramos | 1 |
| Las Heras | 11 |
| Libertad | 5 |
| Lomas de Zamora | 1 |
| Maivinas Argentinas | 3 |
| Miramar | 1 |
| Nueva Pompeya | 1 |
| Otamendi | 1 |
| Parque Camet | 3 |
| Parque Independencia | 1 |
| Parque Palermo | 1 |
| Pirán | 1 |
| Primera Junta | 1 |
| Puerto | 3 |
| Punta Mogotes | 2 |
| Regional | 1 |
| San Salvador Cerrito | 1 |
| San Antonio | 1 |
| San Carlos (Batán) | 2 |
| San Carlos | 2 |
| San Jorge | 3 |
| San José | 1 |
| San Patricio | 1 |
| Sta.Celina | 3 |
| Sta.Clara | 2 |
| Sta.Teresita | 1 |
| Sta.Mónica | 1 |
| Sta.Rita | 1 |

| | |
|---------------|---|
| Termas Huinco | 1 |
|---------------|---|

Gestas Anteriores

Han estado Embarazadas anteriormente 14 Mujeres de 118 embarazadas

| Cantidad de Mujeres | |
|---------------------|------------|
| Tienen hijos | 11 Mujeres |
| Legrados | 3 Mujeres |

Primer Embarazo = 104 Mujeres

Centros de Salud donde se controlaron el embarazo

| Centros de salud | Cantidad de mujeres |
|----------------------|---------------------|
| 2 de Abril | 1 |
| Alto Camet | 2 |
| Apand | 2 |
| Batán | 1 |
| Belgrano | 7 |
| Boquerón | 1 |
| Camet | 1 |
| Centenario | 3 |
| CENTRO N° 2 | 1 |
| Dorrego | 1 |
| Estación Chapadmalal | 1 |
| Faro | 1 |
| Florentino Ameghino | 3 |
| Guanahani | 9 |
| HIEMI | 16 |
| Iremi | 4 |
| La Herradura | 2 |
| La Peregrina | 2 |
| Las Américas | 4 |
| Las Heras | 12 |
| Libertad | 5 |
| Lomas de Zamora | 1 |
| Martillo | 6 |
| Meyrelles | 6 |
| Miramar Otamendi | 2 |
| Newbery | 5 |
| Parque Camet | 2 |
| Pirán | 1 |
| Privado obra social | 2 |
| San Carlos Batán | 1 |
| Santa Clara | 2 |
| Santa Rita | 4 |
| Santa Teresita | 1 |
| Serena | 1 |
| Sin consignar | 1 |
| Sin controles | 4 |

N° de Controles

Cantidad de Controles Cantidad de Mujeres

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Todos | 84 Mujeres |
| Menos de 5 controles | 27 Mujeres |
| Sin Controles | 7 Mujeres |

Estado Civil

Cantidad de Mujeres

| | |
|---|-------------------|
| Soltera-sin pareja | 19 Mujeres |
| Unión Estable | 97 Mujeres |
| Unión Estable sin consignar datos pareja | 2 Mujeres |

Edad de la Pareja

Edad Cantidad de Varones

| | |
|-------------------------|-------------------|
| 17 y menos de 17 | 11 Varones |
| 18 y menos de 24 | 69 Varones |
| 24 y menos de 30 | 15 Varones |
| 30 y menos de 40 | 4 Varones |

Ocupación de las parejas Cantidad de varones

| | |
|--|-----------|
| Arreglo de cortinas | 1 |
| Artesano | 1 |
| Carpintería | 2 |
| Changas | 5 |
| Chofer de Camión | 1 |
| Construcción (albañil) | 20 |
| Dato no consignado según planilla de registro | 2 |
| Delivery | 2 |
| Desocupado | 4 |
| Empleado | 11 |
| Estudiante | 1 |
| Gasista | 1 |
| Gastronómico | 6 |
| Marinero | 2 |
| Pescado-fileteros | 13 |
| Pintor | 3 |
| Plomero | 1 |
| Preso en Batán | 1 |
| Remisero | 1 |
| Taller mecánico | 3 |
| Trabaja en frigorífico | 1 |
| Trabajador rural | 8 |

| | |
|----------|---|
| Vendedor | 8 |
| Zapatero | 1 |

Conviven

| | Cantidad de parejas |
|---|---------------------|
| SI | 73 |
| NO | 19 |
| Dato sin consignar por planilla de registro | 7 |

Embarazo buscado o no

| | Cantidad |
|---|----------|
| SI | 42 |
| NO | 70 |
| Dato sin consignar según planilla de registro | 6 |

Utilizan MAC

| | Cantidad |
|--|----------|
| SI | 51 |
| NO | 36 |
| Datos sin consignar según planilla de registro | 31 |

Cuáles?

Tipo de Método utilizado (en algún momento)

| | Cantidad |
|---|----------|
| Preservativo | 46 |
| Pastillas | 29 |
| Dato sin consignar según planilla de registro | 6 |

Bibliografía Consultada

Alonso, V.: (2003) "Salud reproductiva y reformas del sector salud en la Argentina: aportes y recomendaciones del diálogo nacional". (CEDES)

Barral M.Laura. "El ojo del Huracán"Revista Nueva Tierra. Publicación del Centro Nueva Tierra.Año 15, N°55 Agosto , 2004 .

Bianco , M y Correa Cecilia. "La adolescencia en Argentina : sexualidad y pobreza". FEIM-UNFPA, Nov, 2004.

Brock Dan . "Libertad reproductiva:su naturaleza , bases y limites" México,feb,1997.

Cáceres Carlos , Salazar Ximena , Rosasco Ana M. Y Dávila P. "Varones Latinoamericanos : Estudios sobre sexualidad y reproducción" ED.Paidós Tramas Sociales, BsAs, 2005.

Carballeda ,Alfredo. "La intervención en lo social.Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales" Ed.Paidós,Tramas Sociales,Bs As,2002.

Castañeda Gilberto. "La salud y sus determinantes". Depto. de Salud Pública. Asig. Salud Pública. Apunte de cátedra. Noviembre de 2003.

Castellanos, Beatriz. "La intervención de redes naturales: el modelo clínico" en Di Carlo y equipo "La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de trabajo para el Servicio Social". Ed. Humanitas. 1998. Citado por Hermida, M. en "Apunte para la reflexión Salud/Enfermedad". UNMDP, 2005.

Cappucio,M et al . "Conocimiento y actitud de los profesionales frente a la ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución" AASER-CONAPRIS. Ponencia Presentada en las "VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población" organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

Cedes, Mónica Gogna et al . "La salud y los derechos sexuales y reproductivos : 2002-2003,un período de avances y retrocesos,en cels ,derechos Humanos en la Argentina" Informe 2002-2003,Buenos Aires.

Climent,G.I. "Representaciones sobre el embarazo y aborto en la adfolescencia desde la perspectiva de las hijas y las madres" Ponencia Presentada en las "VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población" organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

Checa Susana et al. "Género , sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia" Aproximaciones al problemática de la sexualidad adolescente . Buenos Aires , 2003 Ed Paidós.

....."Realidades y coyunturas del aborto"Entre el derecho y la necesidad .Buenos Aires,2006 Ed Paidós .

Encuesta de Desarrollo Social N°2 Condiciones de vida en dos grupos de riesgo Madres adolescentes y niños de 0 a 4 años. Realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente . **SIEMPRO**. Abril 2001

Dominguez,G.I. "La participación de los varones en programas de salud sexual y reproductiva :Experiencias y lecciones Internacionales" Ponencia Presentada en las "VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población" organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

Durand,T. y Gutierrez ,M.A. "Tras las huellas de un porvenir incierto:del aborto a los derechos sexuales y reproductivos",en Avances en la investigación Social en salud reproductiva y sexualidad,BsAs:AEPA;CEDS;CENEP.Capítulo VI, Pág 281-302,1998.

Echauri,C."Políticas sociales, género,igualdad de oportunidades y democratización"Extraído del Material de Cátedra Teoría y Planificación de Políticas del Desarrollo-2004.

Efrón Rubén,"Subjetividad y adolescencia" en "Adolescencia, Pobreza,educación y trabajo"Losada-Unicef.BsAs,1996

Epele María Eugenia et al "Abordaje de embarazadas menores de 15 años"Prácticas alternativas en Servicio Social,nov,1991.

..... "Embarazo adolescente,intervención del Trabajador Social" Material Extraído de la Cátedra Medicina Preventiva y Social,1998.

Eroles,Carlos. Familia y trabajo social: Un Enfoque clínico" . Buenos Aires, 2002 Edit.Espacio

Fernandez, Ana María . "La mujer de la ilusión" Paidós. 1993

Foucault, Michel. "La historia de la sexualidad" Tomo I. Edit. Siglo XXI ,Bs As, 2002.

Jelin Elizabeth. "Pan y afectos. La transformación de las familias" Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1998.

Jones Daniel. "Adolescentes y derechos relativos a la sexualidad y la reproducción. Un análisis político de la legislación nacional y de la provincia de Chubut" Ponencia Presentada en las "VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población" organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

Langer, Ana. "Planificación familiar y Salud Reproductiva o planificación familiar vs salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica", en :M. Bronfman y R. Castro (coordinadores) Salud, Cambio Social y política (Perspectivas desde América Latina) . México , EDAMEX, 1999.

..... "Embarazo no deseado : impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe" en Ramos, S. y Gutierrez, M.A. (eds) Nuevos desafíos de la responsabilidad política. BsAs: Cuadernos del foro , Año 4 N°5, 2002.

Macklin R. , Luna F. y otros . "Sexualidad , Salud y reproducción" Documentos de trabajo. Ética , Investigación y ciencias sociales , N°8 . Programa de salud Reproductiva y sociedad. Colegio de México D.F, 2001.

Margulis Mario y otros. "Juventud, Cultura y Sexualidad" La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de BsAs, Ed Biblos, 2003.

Menéndez Eduardo. "Salud y Género-Aportes y problemas" Publicado en Revista Salud Colectiva. Volúmen 2 Número 1 Enero - Abril 2006 . Universidad Nacional de Lanús.

Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de BS AS. "Ley 13066: Creación del Programa Provincial de salud reproductiva y Procreación Responsable" Junio, 2003

Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación Argentina. "Ley 25673: Creación del Programa Nacional de salud Sexual y procreación Responsable" Octubre,2003.

Pantelides Edith . "La Maternidad precoz.La fecundidad adolescente en la Argentina" Unicef , Argentina . 1995

Parra, Gustavo. "Antimodernidad y Trabajo Social". Edit. Espacio. 1999

Silber T."El embarazo en la adolescencia",en:M.Maddaleno y otros.La salud del adolescente y del joven.Washington DC, Pub.Científica N°552.Páginas 252-263,1995.

Souza Minayo, "Investigación Social.Teoría,método y creatividad"

Stern Claudio y García Elizabeth ."Hacia un nuevo enfoque en el campo del Embarazo adolescente" Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. México DF noviembre , 1996.

Szasz Ivonne y Lerner Susana (Comp) "Para comprender la subjetividad" Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México,1996.

Zaldúa,Graciela (coordinadora)."Género y Salud" V Jornadas de Investigación de la Fac.de Psicología.UBA.Eudeba.Abril,2000.

Zamberlin,N. "Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad /paternidad" .Ponencia Presentada en las "VI Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en salud y Población" organizadas por el Instituto de investigaciones Gino Germani , UBA , Julio 2005. (Inédito)

Trabajos extraídos de Internet.

Guber,Rosana. "La etnografía.Método,campo y reflexividad."Cap.3 extraído de www.comeduc.blogspot.com

Ugarte,Oscar . "Planteamientos para una política de Salud" Univ.de Costa Rica-www.ucr.edu.cr, 1980

Notas periodísticas.

Agencia Télam. "Debate para las escuelas" Diario Página 12, Jueves 13 de Julio de 2006.

Carbajal , Mariana "Primer relevamiento Nacional del embarazo adolescente : Parir a los diecisiete" Diario Página 12 , Domingo 08 de Agosto , 2004.

..... "Epidemia de embarazos adolescentes" Diario Página 12 , Martes 14 de Septiembre , 2004.

..... "Para bajar la primera causa de muertes maternas del país" Diario Página 12 , Lunes 09 de mayo, 2005.

Elustondo Georgina. "Los hospitales tratan ,por día cerca de cien casos de aborto" Publicada en diario Clarín, Lunes 31 de julio de 2006.