

XXXVIII Congreso de Medicina General-Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad

“Refundar, resistir, reinventar(nos): construyendo nuevos sentidos y perspectivas en el campo de la salud. Decolonizar el poder, el saber y el hacer”

Atención integral de la salud de madres y padres adolescentes, y sus hijos/as. Experiencia desde la Atención Primaria de la Salud

Autores:

Amoretti, Maira. DNI 32725055, Médica pediatra especialista en adolescencia.

Ramos, María Daniela. DNI 35205278, Licenciada en trabajo social.

Sparrow, Máximo. DNI 32069331, Médico generalista y de familia.

Zocca, Guillermo. DNI 31168758, Licenciado en Musicoterapia.

Lugar de realización: Centro de salud de 1° nivel N°21, Ulla Ulla 2839, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1104. Teléfono: 2821-3621; Mail saludcesac21@gmail.com

Fecha de realización: septiembre 2023. Trabajo inédito.

Eje: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

Acerca de las/os autoras/es:

Formamos parte de uno de los equipos básicos del centro de salud. El equipo está conformado por Amoretti Maira, pediatra y especialista en adolescencia; Ramos María Daniela, trabajadora social con especialización docente de nivel superior en Educación Sexual Integral; Sparrow Máximo, médico generalista y de familia; y Zocca Guillermo, Lic musicoterapia y mg en terapia no verbal.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE MADRES Y PADRES ADOLESCENTES, Y SUS HIJOS/AS. EXPERIENCIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

AMORETTI, Maira L.; RAMOS, María D.; SPARROW, Maximo; ZOCCA, Guillermo E.

Institución: Centro de salud y acción comunitaria N°21
Ulla Ulla 2839, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1104.
Teléfono 28213621; Mail saludcesac21@gmail.com

Relato de experiencia

Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

Trabajo inédito

Momento descriptivo. La maternidad y paternidad adolescente ejercida por los jóvenes que habitan en el barrio 31, requiere de dispositivos acordes para la atención integral de su salud y la de sus hijos. Como objetivos de nuestra experiencia se buscó brindar atención integral interdisciplinaria al grupo familiar con un mayor tiempo destinado a cada consulta, que permitiera el seguimiento del crecimiento, desarrollo e inmunizaciones de los niños y adolescentes; promover la lactancia materna; facilitar el acceso a métodos anticonceptivos; trabajar en la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual; promover la continuidad de las trayectorias educativas y el acceso a programas sociales; pesquisar y problematizar situaciones de violencia de género y violencia familiar para favorecer espacios de desarrollo y crecimiento saludables; e incentivar el ejercicio de la paternidad adolescente.

Momento explicativo. Damos cuenta de las características del dispositivo de atención a maternidades y paternidades adolescentes, y sus hijos. Caracterizamos la población destinataria. Compartimos las experiencias de los encuentros. Mencionamos algunos de los datos que logramos sistematizar.

Síntesis. Compartimos interrogantes que se han ido desplegado a lo largo del trabajo. Sostenemos que la atención de las maternidades y paternidades adolescentes en contextos de vulnerabilidad social, requiere del trabajo interdisciplinario e intersectorial, con el foco en garantizar el acceso a salud integral y los derechos de los niños y adolescentes.

Adolescencia; Maternidad; Promoción de la salud; Interdisciplina

Introducción

En el presente trabajo presentamos la experiencia del dispositivo de atención para madres y padres adolescentes, y sus hijos; desarrollado por uno de los equipos básicos del Centro de Salud de 1° Nivel, en el barrio Padre Mugica (Villa 31). Buscamos compartir las estrategias de intervención que nos hemos dado como equipo interdisciplinario, a fin de favorecer la accesibilidad de les adolescentes mapadres y sus hijos a la atención de salud integral, desde una perspectiva de derechos. También mostrar algunos de los datos que hemos logrado sistematizar que nos han servido para conocer nuestra población y que nos permiten evaluar los aspectos en los cuales seguir profundizando nuestro trabajo. Por último, dar cuenta de reflexiones que nos han surgido al transitar la experiencia y que creemos valioso compartir para pensar colectivamente cómo afrontar nuevos desafíos.

Descriptivo

Nuestro centro de salud se encuentra en el barrio Padre Mugica (Villa 31) en la zona de Retiro, dentro de la Comuna 1 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) es una de las tres villas más pobladas de la Ciudad. Un relevamiento poblacional llevado adelante por la Secretaría de Integración Social y Urbana (SISyU)¹ en el año 2017 detalla que se censaron 40.203 personas que vivían en 12.825 hogares. Información que pone en evidencia un crecimiento del 48.9% en solo 7 años (respecto del Censo 2010) manteniendo un mismo espacio geográfico, pasando de una densidad poblacional de 843 habitantes por km² a una de 1.256 habitantes por km². Desde el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP | Observatorio de Barrios Populares)² se estima una población de 55.000 habitantes en 13.000 hogares a junio 2023.

A su vez, el barrio 31 cuenta con una localización estratégica, emplazado en un área cercana a la Casa Rosada, al centro financiero de la ciudad y a los barrios de mayores

¹<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2022/06/23/3808d7546149d94931422ce29bee6fae49c9741e.pdf>

² <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0a127285-4dd0-43b2-b7b2-98390bfd567f/page/klATC>

ingresos.³ A pesar de la cercanía a esos barrios, la Villa 31 no cuenta con la misma infraestructura que sus vecinos. Quienes habitan en el barrio presentan dificultades en el acceso a servicios públicos como agua, cloacas, electricidad, gas e internet. A su vez, sus viviendas suelen ser pequeñas en relación a la cantidad de personas que allí habitan, encontrándose en situación de hacinamiento y, en ocasiones, debiendo compartir el baño y la cocina con otros hogares. La circulación dentro del barrio se encuentra limitada debido a lo estrecho de sus calles, que dificulta el ingreso de medios de transporte como colectivos y ambulancias.

El barrio se extiende longitudinalmente, conformado por diez sectores que se ubican uno a continuación del otro, delimitado por el ferrocarril San Martín y Belgrano Norte del lado oeste, el paseo del bajo del lado este, la Av Ramos Mejia, donde se encuentra la terminal de ómnibus más grande del país, del lado sur y por la calle Salguero del lado norte. Es atravesado por la autopista Illia en todo su trayecto, la que delimita en parte la división de sus propios sub-barrios.⁴

El barrio Mugica tiene su origen durante los años 30, cuando un grupo de inmigrantes, impulsados por la desocupación y la falta de acceso a la vivienda, se instalan de manera precaria en esa zona cercana al puerto. Con el paso del tiempo el asentamiento fue creciendo en tamaño y población, recibiendo población migrante de otras provincias y de países vecinos, principalmente Paraguay, Bolivia y Perú.

A lo largo de los años, la villa 31 fue escenario de las distintas políticas hacia los barrios populares: intentos de erradicación, relocalización y urbanización. A partir del año 2016 se crea un organismo destinado especialmente a la urbanización de este territorio, la Secretaría de Inclusión Social y Urbana (SISyU). Sin embargo, a pesar del presupuesto destinado por el gobierno local y organismos internacionales de financiamiento como el BID, “no parece reflejarse aún en la percepción de mejoras a la calidad de vida de las personas que habitan el barrio . (...) no ha mejorado su acceso a los servicios básicos, a

³ <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/informe-vFinal-interactiva.pdf>

⁴ Ver Anexos

la vivienda de calidad y a los equipamientos educativos, de salud y espacios públicos”⁵

Nuestro centro, junto con los Centros de Salud de 1° Nivel N° 25 y N° 47, son los únicos prestadores del sistema de salud público que brindan atención en el barrio. En nuestra práctica cotidiana observamos largas colas esperando conseguir turnos, convirtiéndose en una epopeya para la población en general. Esta situación de dificultad en el acceso a la atención de salud, se vuelve aún más problemática para aquellos que no cuentan con una cobertura de obra social o privada, que se encuentran en condición de pobreza, que son migrantes y que son, por ejemplo, adolescentes. Afirmamos esto desde una perspectiva interseccional⁶, entendiendo que las diferentes categorías (clase, género, etnia, edad, etc) se interrelacionan creando formas de opresión que superan la suma de cada una de ellas.

Conociendo la dificultad en el acceso a la atención de salud y entiendo que esto implicaba una barrera mayor para les adolescentes, nos parecía importante ofrecer un espacio de acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes, de manera de facilitar el acceso a la atención de su salud y de sus hijos; y al mismo tiempo brindar una atención integral de salud, donde no sólo se priorizara la atención de les niñez, sino también de sus jóvenes padres.

Nos parece importante centrarnos en la atención de salud de les adolescentes, porque consideramos que, si bien existen múltiples formas de vivir la adolescencia que no son posibles de reducir a una esencia, sí quienes transitan esta etapa se encuentran en un proceso de autonomía progresiva. Supone tomar decisiones autónomas con cada vez mayores niveles de independencia. Para hacerlo, consideramos necesario contar con condiciones materiales y simbólicas que lo permitan. Esto no implica tener una visión adultocéntrica sustentada en creer que la adultez es una etapa superior o mejor para tomar decisiones, pero sí observamos que en la adultez las personas cuentan con una posición privilegiada en relación a les adolescentes y niñes.

⁵ <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/informe-vFinal-interactiva.pdf> Acceso el 29/8/23. Pp 24.

⁶ El concepto de interseccionalidad fue introducido por la abogada Kimberlé Crenshaw en 1989, si bien con anterioridad corrientes feministas como el black feminism y el feminismo latinoamericano, ya daban cuenta de las opresiones singulares a las cuales estaban expuestas mujeres negras/latinas.

Por otra parte, consideramos que la identidad adolescente se constituye en el marco de relaciones sociales, cargadas de significaciones socioculturales que se construyen o imponen en el marco de relaciones de poder. Se establecen de esta manera por un lado definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de 'ser' y 'actuar' y por el otro procesos identitarios contrahegemónicos de resistencia y confrontación. Por lo expuesto se sigue que la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente disputada e históricamente cambiante. Se entiende así que no hay un modo único de ser adolescente sino más bien identidades diversas que se definen a partir de relaciones sociales con los adultos y con otros grupos de adolescentes en contextos concretos que se enmarcan en procesos de permanentes cambios y resignificaciones ⁷.

De esta manera, desde nuestro grupo de trabajo nos posicionamos frente a una perspectiva amplia de análisis que concibe a la etapa de la adolescencia como un proceso complejo, multidimensional que no puede reducirse a simples límites etarios para definirla.

Por otra parte, la maternidad/paternidad adolescente trae con ella los cuidados de un nuevo miembro en la familia. Estos cuidados suelen recaer principalmente en las madres u otras mujeres del grupo, trayendo como consecuencias por un lado el énfasis en la feminización de los cuidados con la sobrecarga de trabajo que esto trae aparejado; y por otro, el desdibujamiento de las adolescentes, quedando las mismas cristalizadas en su rol de madres.

Por eso para contrarrestar estas dificultades y facilitar el acceso, nos parecía apropiado brindar un espacio de atención diferenciado destinada a las maternidades y paternidades adolescentes desde la construcción de una salud colectiva con lógica participativa y territorial.

A continuación compartiremos el proceso de creación del espacio y principales características del mismo; daremos cuenta de algunos datos que hemos podido sistematizar hasta el momento; así como también de los principales interrogantes y

⁷ Portnoy, F. (2005) "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales" en Gogna, M (Comp.) Buenos Aires. "Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas" (pp 33-41), CEDES.

desafíos que intentaremos abordar en el futuro.

Surgimiento del dispositivo.

Los trabajadores de los centros de salud de la CABA tienen horas de su actividad destinadas para trabajar en forma interdisciplinaria (equipos territoriales) con la comunidad, ya sea en la propia institución o en territorio. Así nuestro equipo se formó a fines del 2019 y con poco tiempo de trabajo se vio interrumpido en su labor con la llegada de la pandemia por Covid19, teniendo que reorganizar sus actividades al trabajo destinado a atender la emergencia sanitaria durante todo el 2020.

A principios del año 2021, todavía bajo las medidas del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), los equipos, comenzamos a repensar actividades que pudieran atender a las demandas de la población, teniendo en cuenta las medidas socio sanitarias establecidas.

De esta manera, nuestro equipo territorial⁸ conformado por un médico generalista, una médica pediatra y especialista en adolescencia y una trabajadora social, comenzó con un dispositivo de atención de madres y padres adolescentes y sus hijos.

Nuestros objetivos eran:

- Brindar atención integral interdisciplinaria al grupo familiar con un mayor tiempo destinado a cada consulta, que permitiera el seguimiento del crecimiento, desarrollo e inmunizaciones de los niños y adolescentes.
- Promover la lactancia materna
- Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos
- Trabajar en la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual.
- Promover la continuidad de las trayectorias educativas y el acceso a programas sociales
- Pesquisar y problematizar situaciones de violencia de género y violencia familiar para favorecer espacios de desarrollo y crecimiento saludables.

⁸ Actualmente, además de los profesionales mencionados, forman parte del equipo una enfermera y puericultora y un musicoterapeuta; así como también rotan por el mismo residentes de trabajo social, residentes de la especialidad posbásica de adolescencia y residentes de medicina general.

- Incentivar el ejercicio de la paternidad adolescente.

El espacio se proponía facilitar la accesibilidad al mismo, lo que implicó una búsqueda y convocatoria activa a los adolescentes, mediante llamadas telefónicas y mensajes por whatsapp, principalmente. A su vez, requirió flexibilidad horaria para poder reprogramar turnos o brindar atención en el momento. También implicó tomar como parte de la tarea, la gestión de turnos no sólo en nuestro efector, sino también con otros dentro del sistema de salud, así como con otros organismos. Estas acciones eran evaluadas en cada caso particular, intentando delinear un andamiaje singular para cada situación y promoviendo un mayor protagonismo de los adolescentes de manera progresiva, al tiempo que iban conociendo las dinámicas del centro de salud y apropiándose del mismo.

Estar disponibles tanto para convocar a los adolescentes como para la resolución de problemáticas emergentes por fuera del consultorio fue un aspecto fundamental para lograr que ellos se acercaran y continuaran en el espacio, no sin plantear tensiones en el quehacer de cada profesional.

El ingreso de los adolescentes madres y padres al espacio se realizaba mediante derivación previa, por compañeros del centro de salud, como así también por otros dispositivos e instituciones a quienes dimos a conocer el espacio y con quienes pudimos empezar a trabajar en forma intersectorial. Algunas de estas instituciones fueron los servicios de neonatología de los hospitales generales de agudos Juan A. Fernandez y Bernardino Rivadavia; la Escuela Media de Enseñanza Municipal (EMEM) N° 6; el Programa de acompañamiento a estudiantes embarazadas, madres y padres; el Programa A la Par del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA, organismos de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes, y organizaciones barriales que trabajan la temática en nuestra comunidad.

Los criterios de inclusión eran ser madres y/o padres adolescentes⁹ con hijos menores de 2 años y vivir en el barrio. El único criterio de exclusión era no querer participar del

⁹ A fines de facilitar los criterios de derivación, nuestra edad de corte era 19 años, aunque estábamos disponibles para recibir situaciones de mayor edad cuando los equipos de salud mencionaban que se trataba de adolescentes.

mismo.

Durante el año 2021, brindamos atención individual principalmente a mujeres adolescentes madres y sus hijos. Observando múltiples situaciones de vulnerabilidad: desempleo, pobreza, falta de acceso a la vivienda, conflictos con la ley, situaciones migratorias irregulares, interrupción de trayectorias educativas, situaciones de violencia de género, sobrecarga de tareas de cuidado de otros miembros de la familia, escasas redes sociofamiliares y de amistad. Esto último durante las entrevistas/consulta interdisciplinarias aparecía en el relato, como una constante en el discurso de la mayoría de les adolescentes que mencionaba o refería no tener amistades y muchas presentaban conflictos vinculares con su grupo familiar.

Esta situación, el fin del ASPO y el crecimiento del grupo, motivó que en el año 2022 agrupáramos a les adolescentes y sus hijes, sumando a su vez un musicoterapeuta al taller. Los grupos fueron conformados según la edad de les niñes, siendo alrededor de seis en cada uno de ellos. Cabe aclarar que la participación en los talleres era optativa y no dependía de ella la continuidad en el dispositivo del consultorio interdisciplinario; si bien era una instancia muy valorada por nosotres, ya que permitía el encuentro entre pares, la posibilidad de formar lazos con otros y habilitaba pensar colectivamente aquellas problemáticas que cada una atravesaba.

La propuesta consistió en brindar talleres para convocarlos mensualmente durante el primer año y trimestralmente durante el segundo año de vida de les niñes, tratando temas relevantes vinculados al desarrollo y crecimiento de sus hijes, como de la maternidad, paternidad y adolescencia. Luego de cada uno de ellos, se brindaba la atención de salud correspondiente de manera individual. En los talleres se ofreció el recurso sonoro musical a favor de la expresión, identidad y el rol activo en la participación, que permitían abrir canales de comunicación y promovían el vínculo intersubjetivo entre participantes.

Dentro del cronograma de actividades una de las propuestas que se ha llevado a cabo consistió en realizar una presentación cantando cada una sus nombres, para favorecer la activación de la voz y la presencia de cada una en el taller, nombrando a su vez a les niñes. Esto requería desde un primer momento tanto la afirmación de cada una así como

la apertura y escucha hacia un espacio compartido.

A modo de resumen enumeramos las distintas temáticas tratadas en los diferentes talleres del espacio.

- Música y construcción de juegos, juguetes, instrumentos. Canciones y rutinas.
- Favorecer y estimular la lactancia materna.
- Alimentación complementaria.
- Reanimación cardiopulmonar y técnicas de desobstrucción de la vía aérea.
- Angustias de separación.
- Prevención de accidentes.
- Berrinches y límites.
- Cuidados de las enfermedades prevalentes del invierno.
- Cuidados del sol, mosquitos y enfermedades prevalentes del verano.
- Estimulación del lenguaje y comunicación.
- Espacio lúdico para las madres. Bingo musical.
- Experiencias sobre la maternidad. Juego del paquete.

Nos gustaría detenernos en este último taller porque en el mismo las adolescentes han logrado hablar acerca de sus experiencias sobre la maternidad desde un lugar seguro, sincero y entre pares. La dinámica consistía en pasar un paquete que se iba desarrollando descubriendo preguntas o consignas a responder. Estas estaban destinadas a dar cuenta de situaciones de la maternidad/paternidad adolescente sin romantizar las mismas. Hemos podido recabar algunas frases que surgieron durante las mismas:

- ¿Que cosa te gusta de la maternidad?: “Nada” “Todo” “Cuando lo baño”
- ¿Cómo te imaginas en tres años? Terminando la escuela
- ¿Qué cosas no te gustan de la maternidad: “Darle de comer porque mancha todo”; “cambiarle los pañales”; “Después de lo que pasé en la cesárea, no volvería a tener hijos”.
- ¿Qué cosas dejaron de hacer por la maternidad? : “La joda”; “el deporte”.
- ¿Quién es la persona que más te “ayuda” respecto de los cuidados?: “mi mamá”.

(Respuesta que se repetía en los distintos grupos. En escasas ocasiones nombraban a los padres de sus niños, aspecto que problematizábamos diferenciando la responsabilidad de cuidado frente a la “ayuda”).

→ ¿Qué cambios del cuerpo notaste con la maternidad?: “subí mucho de peso”; “me llené de estrias”.

→ ¿Qué consejo le darías a una amiga que está embarazada?: “Le diría que no lo tenga” “Que duerma”.

Explicativo

Al momento de imaginar el dispositivo de atención, sospechábamos que nos íbamos a encontrar con un escenario complejo, propio de maternar y paternar en la adolescencia, en un contexto de vulnerabilidad social como el que habitan quienes viven en el Barrio Carlos Mugica. Sin embargo, a lo largo de los encuentros grupales y entrevistas individuales, nos encontramos con problemáticas que superaron ampliamente ese horizonte. Identificamos que las redes de apoyo de los adolescentes eran muy frágiles. Contaban con escaso acompañamiento familiar o, en el peor de los casos, habían sido excluidos del hogar. Su grupo de pares era muy limitado o inexistente. Presentaban pequeñas referencias de redes comunitarias e instituciones, observándose pocos anclajes en las mismas. En varios casos se trataba de adolescentes que habían emigrado recientemente de países vecinos u otras provincias sin documentación y con dificultades para regularizar su situación.

En este marco nos pareció que el encuentro grupal periódico con sus compañeres de taller y con el equipo de salud podía ayudar a construir esas redes. En este sentido podemos mencionar como dato positivo la preocupación que mostraron algunos adolescentes ante la ausencia de compañeres al taller, o el uso del grupo de whatsapp mediante el cual compartieron videos, canciones, experiencias y dudas entre ellos.

Dos años después de comenzar con esta modalidad, al mes de junio de 2023, han pasado por nuestro espacio 50 niños, 46 adolescentes madres y 6 padres. Durante este periodo hemos podido recolectar y sistematizar algunos datos (Ver anexo).

Podemos observar la alta frecuencia de embarazo no intencional (82,6%), superior al promedio nacional para el 2020 (70%)¹⁰, que creemos puede estar asociado con una alta tasa de falta de método anticonceptivo y/o falta de métodos de larga duración, sobre todo pensando en la gran diferencia que hay en el uso típico¹¹ y uso perfecto¹² de métodos como preservativo, anticonceptivos orales, inyectables, o métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Observamos en nuestra población un tasa más alta (24%) que el promedio tanto a nivel nacional (17,7%) como en CABA (15,8%) de patologías perinatales¹³ (parto pretérmino y/o bajo peso al nacer) en las adolescentes a pesar de que ninguna de ellas presentó patologías durante el embarazo más allá de anemia.

Respecto de la trayectoria educativa observamos que más del 45% de las adolescentes que participan del espacio habían interrumpido los estudios al momento de la última consulta. Esto contrarresta con los datos generales¹⁴ de CABA donde se observa un 9% de interrupción de la trayectoria escolar y de Nación 15,1%. Cabe aclarar que 3 de las 46 adolescentes madres se encontraban realizando sus estudios primarios al momento de quedar embarazadas, y no continuaron con los mismos.

Si bien la asistencia fue irregular, muchas pudieron continuar con la escolaridad en gran medida por el apoyo del programa de Acompañamiento a estudiantes embarazadas, madres y padres, con quienes articulamos a lo largo del tiempo. Las instituciones educativas que contaban con espacios de cuidado para los niños resultaron de mucha ayuda.

Consideramos que es este trabajo fue importante para nosotros como equipo de salud, porque nos demostró que estábamos frente a problemáticas complejas que sólo podían

¹⁰ Informe anual de Monitoreo Año 2020. Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Ministerio de salud de la Nación. Marzo 2021

¹¹ Gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

¹² Gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

¹³ Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2019. Ministerio de Salud de la nación. Pag. 27-28

¹⁴ Míguez, P., Bonelli, S. & Nistal, M. (2023). Trayectorias escolares: ¿Cuántos estudiantes abandonan la secundaria en Argentina?. Observatorio de Argentinos por la Educación.

ser abordadas de manera conjunta, desde una mirada transdisciplinaria, privilegiando los tiempos de discusión de los casos y desarrollando estrategias de intervención conjuntas.

A su vez, identificamos que este dispositivo tuvo buena recepción por parte de la población participante. Observamos que los adolescentes, a medida que transitan el dispositivo, se apropian del mismo y se referencian con el equipo de salud y con la institución en general. Si bien no es objeto de este trabajo, durante el último tiempo, observamos que adolescentes que habíamos atendido en los inicios del dispositivo, han vuelto a consultarnos, lo cual da cuenta de esta referencia.

Síntesis

Después de más de dos años en actividad entendemos que el espacio permitió identificar una gran diversidad de problemáticas, mucho más amplias y complejas de lo que esperábamos. Nos parece fundamental seguir trabajando para construir lazos institucionales y comunitarios que sostengan y acompañen. Entendemos que el seguimiento más espaciado a partir del año de edad de los niños, como se plantea desde la pediatría, no es aplicable a nuestra población ya que a pesar de la baja incidencia de patologías crónicas o de gravedad médica tanto en las madres como en los niños, sus problemas antes mencionados requieren un apoyo disponible, accesible y frecuente.

Durante el desarrollo del espacio en múltiples ocasiones hemos tenido situaciones del índole de la salud mental, algunas de las cuales se han podido trabajar desde el equipo gracias a la posibilidad de la interdisciplina y de la disponibilidad de tiempo y seguimiento. Pero cuando los problemas requerían de una atención especializada, hemos tenido resoluciones muy diversas. En pocos casos hemos podido trabajar con el equipo de psicología y psiquiatría de nuestro centro de salud, ya sea por poca disponibilidad por la sobrecarga de las profesionales, dificultad para sostener espacios en el largo plazo por licencias o por no coincidir nosotros con el tipo de atención o manejo en algunos casos. Al querer trabajar con dispositivos en el segundo nivel de atención, la situación ha sido más compleja aún, ya que la mayoría de los servicios no cuentan con espacio para las juventudes, transformando la atención en salud mental un recurso difícil de alcanzar.

Uno de los grandes interrogantes que nos planteamos desde el equipo es cómo trabajar con las paternidades adolescentes. Si bien es cierto que algunos padres participaron del espacio grupal, no lo han hecho con la misma continuidad con el que lo hicieron las madres de sus hijos. Nuestra búsqueda está en habilitar instancias en donde las tareas de cuidado se repartan en forma más equitativa, y donde haya lugar para la masculinidad. Sin embargo, observamos que muchas veces sus parejas mujeres han optado por no hacerlos partícipes del espacio de taller, tal vez, en la búsqueda de un lugar donde poder expresarse de manera más libre. Así como observamos estas situaciones, también hemos dejado de convocar a los varones al tomar conocimiento de la existencia de episodios de violencia de género. Continuamos preguntándonos cómo hacer parte a los varones del taller, de qué manera comprometerlos en su responsabilidad de cuidado, habilitándolos a conocer distintos modos de ejercer la paternidad, y a construir vínculos desde la afectividad, el cuidado y el respeto; sin que ello sea en detrimento del espacio para las adolescentes, ni obture el develamiento de posibles situaciones de maltrato entre ellos.

Otro aspecto que nos parece central es continuar fortaleciendo el acceso a métodos anticonceptivos y a consejerías de salud sexual integral en escuelas, clubes y otros espacios que trabajen con adolescentes. Ya que seguramente la alta interrupción de los proyectos educativos, asociado al aumento de la virtualidad durante el aislamiento provocó que las mujeres tengan menos acceso a la ESI (educación sexual integral), potenciado por la reorganización de los sistemas de salud durante la pandemia, priorizando las urgencias y descuidando las consejerías en salud sexual, la promoción de métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no intencionales llevaron al alto porcentaje de falta de cobertura en MAC y qué más del 80% de las adolescentes hayan transitado un embarazo no planificado. La participación en el espacio denota una marcada inversión de las estadísticas previas, con una alta tasa de cobertura en métodos y una baja reincidencia en embarazo no intencional.

Finalmente, nos parece importante mencionar la necesidad de defender los espacios de trabajo interdisciplinarios con tiempo de calidad destinado a pensar y elaborar las mejores estrategias de seguimiento. Así como también seguir apostando al trabajo intersectorial frente a la fragmentación creciente de los problemas sociales.

Bibliografía

Barrio Mugica en números SECISYU. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
<https://buenosaires.gob.ar/jefaturadegabinete/integracion/conoce-el.proyecto/gestion-ambiental-y-social-del-barrio>

(RENABAP | Observatorio de Barrios Populares). Junio 2023.
<https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0a127285-4dd0-43b2-b7b2-98390bfd567f/page/klATC>

Portnoy, F. (2005) “El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales” en Gogna. M (Comp.) Buenos Aires. “Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”, CEDES.

Dávila, Oscar (2004) “Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes”. Última Década Nº12. Valparaíso: Ediciones CIDPA

Informe anual de Monitoreo Año 2020. Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Ministerio de salud de la Nación. Marzo 2021

Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2019. Ministerio de Salud de la nación. Secretaría de Acceso a la Salud. Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. ISSN: 0301-4630. Boletín Número 165. Buenos Aires, junio de 2021

Trayectorias escolares: ¿Cuántos estudiantes abandonan la secundaria en Argentina?
Autores: Paz Míguez (Fundación Éforo), Samanta Bonelli (Observatorio de Argentinos por la Educación) y Martín Nistal (Observatorio de Argentinos por la Educación)

ANEXO

Participación en el espacio: 50 Niñas; 46 adolescentes Madres; 6 adolescentes padres.

Edad gestante: Mayores 15 años, 38 (82,6%); Menores de 15 años, 8 (17,4%)

Intención de embarazo: Intencional, 8 (17,4%); No intencional, 38 (82,6%).

Gesta respecto a la menarca: Menos de 2 años, 6 (13%); Más de 2 años, 40 (87%).

Gestas previas: Hijes previos, 4 (8,7%); Abortos previos, 9 (19,6%).

Incidencia de prematuridad y/o bajo peso al nacer: Del total, 11 (24%); Menos de 2 años de la menarca, 2 (33%).

Patologías durante el embarazo: Anemia, 13 (28,3%); Hipertensión gestacional, 0 (0%); Diabetes gestacional, 0 (0%).

Adolescentes con enfermedades crónicas: 1 (2%) con miastenia gravis y Asma.

MAC (Métodos anticonceptivos) previo al embarazo: No utilizaban, 16 (34,8%); anticonceptivos orales combinados o solo progestágenos (ACO o ACOSP), 9 (16,6%); solo preservativo, 7 (15,2%); inyectables mensuales (ACI o AMPD), 2 (4,34%); implante hormonal subdérmico, 1 (2,17%)¹⁵; sin datos, 11 (23,9%).

MAC posterior al embarazo: Implante hormonal subdérmico, 35 (76%); ACI o AMPD, 6 (13%); ACO o ACOSP, 4 (9%); solo preservativo, 1 (2%).

Del total de las participantes, 5 (10,8%), han vuelto a quedar embarazadas desde que participan del espacio. Dos de ellas se encuentran cursando el embarazo actualmente, una ya ha tenido a su segunda hija y dos han accedido a IVES.

Trayectoria educativa: Continúa cursando, 25 (54,4%); interrumpió, 21 (45,6%), de ellas, 3 (14,3%), durante los estudios primarios¹⁶.

¹⁵ De las entrevistas mantenidas y lectura de la historia clínica surge que el implante subdérmico había sido colocado con posterioridad al embarazo.

¹⁶ Al momento de la última consulta.

Rol paterno durante la crianza¹⁷: Presente, 27 (58,7%); Ausente, 18 (39%); sin datos, 1 (2,3%).

Edad paterna al momento del embarazo: 19 años o menos, 16 (34.8%); entre 20 y 25 años, 16 (34.8%); mayores de 26 años, 9 (19,6%); sin datos, 5 (10,9%).

Del total, 4 (8,7%) de los nacimientos han sido producto de relaciones entre adolescentes de 15 años o menos con parejas mayores de edad.

Violencia basada en género: Al menos, 8 (17,4%), han atravesado situaciones de violencia de género por parte del padre de sus hijos.

¹⁷ Consideración dada por las madres adolescentes.