

Derechos y experiencias de adolescentes gestantes en la atención prenatal en Uruguay

Rights and experiences of pregnant adolescents in prenatal care in Uruguay

Direitos e experiências de adolescentes gestantes na atenção pré-natal no Uruguai

ANDREA AKAR⁽¹⁾, CAROLINA FARIAS⁽²⁾

(1) Unidad Académica de Partería y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correo electrónico:
andreaakar@fmed.edu.uy

ORCID: 0009-0006-9686-0700

(2) Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Correo electrónico:
cfarias@psico.edu.uy

ORCID: 0000-0002-1843-5390

RESUMEN

El estudio exploró las experiencias y percepciones de adolescentes gestantes sobre el trato materno recibido durante la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Se empleó un enfoque cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas a 12 jóvenes de 15 a 19 años, en los primeros meses de puerperio, quienes habían asistido a consultas prenatales en ámbitos públicos y privados. El análisis temático identificó dimensiones clave relacionadas con la comunicación y acceso a información, las actitudes del personal de salud y la autonomía en la toma de decisiones. Los hallazgos revelaron que la comunicación incompleta y el uso de lenguaje técnico dificultaban la comprensión de la información, mientras que actitudes paternalistas y la falta de reconocimiento de la autonomía generaban inseguridad y desconfianza. No obstante, las adolescentes valoraron la atención empática y la posibilidad de elegir con quién atenderse, lo que fortaleció la confianza y el acompañamiento. Se concluye que garantizar un trato materno respetuoso, comunicación clara y participación activa en decisiones de salud es esencial para mejorar la calidad de la atención prenatal y promover el respeto de los derechos de las gestantes adolescentes. Se recomienda fortalecer la formación del personal de salud en perspectiva de derechos y atención integral.

Palabras clave: adolescencia, embarazo adolescente, atención prenatal, derechos reproductivos

ABSTRACT

This study explored the experiences and perceptions of pregnant adolescents regarding maternal care received during prenatal consultations in the Primary Health Care of the Integrated National Health System in Uruguay. A qualitative exploratory approach was used, conducting semi-structured interviews with 12 young women aged 15 to 19 in the early postpartum months, who had attended public and private prenatal consultations. Thematic analysis identified key dimensions related to communication and access to information, healthcare staff attitudes, and autonomy in decision-making. Findings showed that incomplete communication and technical language hindered understanding, while paternalistic attitudes and lack of recognition of autonomy generated insecurity and distrust. However, adolescents valued empathetic care and the possibility of choosing their healthcare provider, which enhanced trust and support. It is concluded that ensuring respectful maternal care, clear communication, and active participation in health decisions is essential to improve prenatal care quality and promote the rights of pregnant adolescents. Training healthcare staff in rights-based and comprehensive care approaches is recommended.

Key words: adolescence, adolescent pregnancy, prenatal care, reproductive rights

RESUMO

O estudo explorou as experiências e percepções de adolescentes gestantes sobre o atendimento materno recebido durante consultas pré-natais no Primeiro Nível de Atenção do Sistema Nacional Integrado de Saúde no Uruguai. Utilizou-se abordagem qualitativa exploratória por meio de entrevistas semiestructuradas com 12 jovens de 15 a 19 anos, nos primeiros meses do pós-parto, que haviam participado de consultas públicas e privadas. A análise temática identificou dimensões-chave relacionadas à comunicação e acesso à informação, atitudes do pessoal de saúde e autonomia na tomada de decisões. Os achados revelaram que a comunicação incompleta e o uso de linguagem técnica dificultavam a compreensão, enquanto atitudes paternalistas e a falta de reconhecimento da autonomia geravam insegurança e desconfiança. No entanto, as adolescentes valorizaram o atendimento empático e a possibilidade de escolher com quem se atender, fortalecendo a confiança e o acompanhamento. Conclui-se que garantir atendimento materno respeitoso, comunicação clara e participação ativa nas decisões de saúde é essencial para melhorar a qualidade do pré-natal e promover os direitos das gestantes adolescentes. Recomenda-se capacitar os profissionais de saúde em perspectiva de direitos e atenção integral.

Palavras-chave: adolescência, gravidez na adolescência, atenção pré-natal, direitos reprodutivos

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del curso de vida influenciada por múltiples factores socioculturales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se ubica entre los 10 y los 19 años⁽¹⁾. Es una etapa sensible en la que intervienen factores como el desarrollo de la identidad y la interacción con la sociedad, así como el cuestionamiento de normas y valores^(2, 3). En este contexto, la gestación en la adolescencia se define como aquel embarazo que ocurre entre el inicio de la edad fértil y el final de la adolescencia⁽³⁾. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) estima que 10 millones de niñas y adolescentes quedan embarazadas cada año⁽⁴⁾.

En Uruguay, entre 2016 y 2021 la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 2,0 a 1,27 hijos por mujer⁽⁵⁾. Diversos estudios y reportes nacionales analizan las desigualdades y dimensiones territoriales de la maternidad adolescente⁽⁶⁾. Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y otros instrumentos han orientado el enfoque de políticas públicas dirigidas a la niñez y adolescencia⁽⁷⁾.

A nivel normativo, Uruguay ha ratificado tratados internacionales y promulgado leyes clave en materia de niñez, adolescencia, salud sexual y reproductiva, género y derechos de las mujeres, entre ellas el CDN⁽⁸⁾ y la Ley N.º 19.580 de Violencia Basada en Género⁽⁹⁾. En particular, la Ley N.º 19.580 incorpora la violencia obstétrica (VO) como expresión de violencias de género durante la vida de una mujer⁽⁹⁾. A pesar de avances en la humanización de la atención materno-neonatal, persisten prácticas que pueden configurar VO, afectando a poblaciones vulnerables como las adolescentes gestantes.

En 2019, la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género reveló que 17,4% de las mujeres experimentaron VO durante su último parto, con mayor incidencia en mujeres afrodescendientes (21,9%) y no heterosexuales (39,9%)⁽¹⁰⁾. En 2022, se identificó que 3 de cada 10 mujeres y personas gestantes reportaron haber experimentado situaciones de VO en los últimos cinco años^(11, 12).

El concepto de trato materno respetuoso ha sido promovido por la OMS como un componente central de la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio^(13, 14). Este enfoque implica garantizar dignidad, privacidad, confidencialidad, comunicación clara, consentimiento informado y participación en las decisiones sobre la atención. En contraposición, diversos estudios han documentado prácticas de maltrato o vulneración de derechos durante la atención en salud reproductiva, conceptualizadas como violencia obstétrica^(15, 16). Esta puede manifestarse mediante desinformación, infantilización, intervenciones sin consentimiento informado o trato deshumanizado, vinculándose a relaciones de poder asimétricas y procesos de medicalización que limitan la autonomía^(17, 18).

La violencia obstétrica puede manifestarse mediante prácticas como la desinformación, la infantilización de las pacientes, la realización de intervenciones sin consentimiento informado o el trato deshumanizado. Estas situaciones se relacionan con relaciones de poder asimétricas entre profesionales de la salud y usuarias, así como con procesos de medicalización del cuerpo reproductivo que limitan la autonomía de las mujeres y personas gestantes^(17, 18).

En el caso de las adolescentes, distintos organismos internacionales han señalado que pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad en la interacción con los servicios de salud sexual y reproductiva^(13, 19). Factores como la desigualdad generacional, el adultocentrismo y las representaciones sociales sobre la maternidad adolescente pueden favorecer prácticas paternalistas o limitar la participación de las jóvenes en la toma de decisiones sobre su salud^(15, 19). En este sentido, el análisis de las experiencias de atención prenatal desde la perspectiva de las propias adolescentes resulta especialmente relevante para comprender cómo se ejercen o se vulneran los derechos en la atención en salud reproductiva^(6, 12).

En América Latina, diversas investigaciones han documentado experiencias de atención en salud sexual y reproductiva marcadas por desigualdades en el trato, limitaciones en la comunicación y restricciones en la autonomía de las usuarias, especialmente en contextos de atención materna^(15, 18). En particular, se ha señalado que las adolescentes pueden enfrentar mayores barreras en la interacción con los servicios de salud, asociadas a dinámicas adultocéntricas y prácticas paternalistas que condicionan su participación en la toma de decisiones⁽¹⁹⁾.

En Uruguay, si bien existen estudios que abordan la medicalización del proceso reproductivo, la violencia obstétrica y las desigualdades en la maternidad adolescente^(11, 12, 20, 21), la evidencia disponible se ha centrado principalmente en el parto o en poblaciones adultas. En este sentido, se identifica una escasa producción de conocimiento que explore específicamente las experiencias de adolescentes gestantes durante la atención prenatal en el Primer Nivel de Atención desde su propia perspectiva, particularmente en relación con el trato materno recibido y el ejercicio de sus derechos en el proceso de atención.

Este estudio buscó conocer las experiencias y percepciones de adolescentes gestantes sobre el trato materno recibido en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención (PNA) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en ámbitos públicos y privados. Se abordó desde una perspectiva integral de partería, obstetricia y salud comunitaria, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos. La visibilización de prácticas no respetuosas permitirá generar cambios que garanticen acceso equitativo y digno a los servicios de salud.

NORMAS ÉTICAS

El proyecto fue registrado y autorizado ante el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CNEI) y el Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (aprobación otorgada el 26 de julio de 2023, comunicación institucional).

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación y teniendo en cuenta los objetivos planteados, se adoptó un diseño cualitativo exploratorio-descriptivo con orientación interpretativa. Este alcance se fundamenta en dos razones. En primer lugar, la exploración se justifica por el estado aún limitado del conocimiento sobre el fenómeno estudiado, tanto a nivel nacional como internacional, en particular respecto a las experiencias de adolescentes gestantes en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay⁽²²⁾. En segundo lugar, el componente descriptivo e interpretativo responde a la necesidad de producir conocimiento que no se limite a inventariar prácticas, sino que avance hacia una comprensión articulada de los significados y tensiones que las adolescentes otorgan a sus experiencias en la consulta prenatal, lo que requiere un andamiaje conceptual previo construido a partir de los antecedentes sobre calidad de la atención, trato respetuoso en salud materna y violencia obstétrica^(23, 24).

La combinación de estos componentes se inscribe en el marco de los diseños cualitativos descriptivos con propósito interpretativo para la investigación en salud, en los cuales la descripción densa funciona como soporte para una elaboración interpretativa que trasciende el listado de categorías. Esta variante resulta pertinente cuando, como en el presente estudio, el fenómeno ha sido escasamente abordado de manera directa por las protagonistas, pero existe una acumulación de antecedentes teóricos y empíricos que orientan las preguntas sin clausurar la lectura del material^(23, 24). Este tipo de diseño resulta especialmente adecuado para explorar percepciones y vivencias en el ámbito de la salud, permitiendo analizar los procesos sociales que atraviesan las experiencias de atención.

ESTRATEGIA DE MUESTREO Y PARTICIPANTES

Se utilizó un muestreo intencional teórico no probabilístico, orientado a captar la diversidad de experiencias según variables consideradas relevantes desde el punto de vista teórico y empírico. Se buscó incluir variabilidad en: edad dentro del rango adolescente (15 a 19 años), paridad (primigestas y multigestas), tipo de prestador (público, municipal y episodios de atención privada) y trayectorias de atención durante el embarazo.

Los criterios de inclusión fueron: adolescentes de entre 15

y 19 años, en el segundo a cuarto mes de puerperio, que hubieran asistido al menos a una consulta prenatal en el PNA del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Montevideo y Costa de Oro. La delimitación del puerperio temprano (hasta cuatro meses) se fundamenta en la necesidad de favorecer la evocación reciente de las experiencias de atención, minimizando sesgos de memoria y permitiendo una reconstrucción más precisa de las interacciones con el sistema de salud.

Se excluyeron casos de embarazo producto de abuso sexual, pérdida fetal o presencia de enfermedad psíquica/mental severa, con el objetivo de resguardar la especificidad del fenómeno analizado y evitar la superposición con otras experiencias que implican procesos asistenciales diferenciados.

RECLUTAMIENTO

La convocatoria se realizó inicialmente mediante difusión en redes sociales de la investigadora responsable (Instagram y WhatsApp) y a través de instituciones (Facultad de Psicología, Escuela de Parteras y organizaciones vinculadas a salud sexual y reproductiva).

La primera participante fue contactada por invitación directa de una partera en un centro de salud y, posteriormente, el reclutamiento continuó mediante muestreo en cadena (bola de nieve), solicitando a cada participante la referencia de otras adolescentes que cumplieran los criterios de inclusión.

Esta situación se reconoce como una posible fuente de sesgo, en tanto puede haber favorecido la inclusión de adolescentes con mayor vínculo con el sistema de salud.

PRODUCCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas individuales, de entre 45 y 60 minutos de duración, llevadas a cabo entre agosto y diciembre de 2023.

Se elaboró una guía de entrevista a partir de antecedentes teóricos y empíricos sobre calidad de atención, trato respetuoso en salud materna y violencia obstétrica. La pauta incluyó dimensiones vinculadas a:

- características de la atención recibida,
- comunicación con el equipo de salud,
- acceso a información,
- participación en la toma de decisiones,
- percepción del trato recibido,
- y experiencias de situaciones percibidas como vulneración de derechos o violencia obstétrica.

Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado de las participantes mayores de edad y consentimiento de padres o tutores junto con asentimiento informado en menores de 18 años. Posteriormente, fueron transcritas de manera íntegra para su análisis.

Los datos sociodemográficos fueron relevados mediante un breve formulario estructurado administrado previo a la entrevista, que incluyó variables como edad, nivel educativo, situación de convivencia, paridad y tipo de cobertura en salud.

TAMAÑO MUESTRAL

Se realizaron un total de 12 entrevistas. El tamaño de la muestra se definió siguiendo el criterio de saturación teórica, entendido como el punto en el cual la incorporación de nuevos casos no aporta información sustantivamente novedosa ni contribuye a la generación de nuevas categorías analíticas^(22, 24). El tamaño de la muestra quedó determinado por la saturación de datos en el transcurso de la obtención de los mismos. Se realizaron gradualmente 12 entrevistas entre agosto y diciembre de 2023. La decisión de cierre se apoyó en un criterio de saturación temática progresiva: tras cada bloque de tres entrevistas se revisó la matriz de codificación para identificar la emergencia de códigos nuevos. A partir de la novena entrevista se observó que los códigos incorporados no ampliaban las dimensiones previamente identificadas sino que confirmaban patrones ya detectados, por lo que se realizaron tres entrevistas adicionales para verificar la estabilidad del patrón.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis se realizó mediante un enfoque de análisis temático de carácter mixto deductivo-inductivo, orientado a identificar patrones de sentido en los discursos de las participantes. El proceso incluyó las siguientes etapas: lectura exhaustiva de las transcripciones, codificación inicial de unidades de significado, construcción de códigos y agrupación en categorías analíticas. Inicialmente se construyó un sistema de codificación deductivo integrado por 11 códigos primarios organizados en cuatro ejes conceptuales derivados de los objetivos del estudio: prácticas asistenciales, adherencia a la consulta prenatal, trato materno respetuoso y violencia obstétrica (Tabla 1). Durante el análisis emergió un código adicional referido a propuestas de mejora desde la perspectiva de las adolescentes. Posteriormente, mediante un proceso de comparación constante entre casos, revisión iterativa de las codificaciones y búsqueda de patrones de significado, los códigos fueron reorganizados en tres dimensiones analíticas más integradoras (comunicación y acceso a la información, actitudes y trato del personal de salud, y autonomía y toma de decisiones) que estructuran la presentación de los resultados. Estas dimensiones no sustituyen los ejes iniciales, sino que constituyen una construcción analítica de segundo nivel que integró categorías deductivas y emergentes, fortaleciendo la interpretación de las experiencias de las participantes. El análisis se realizó de forma manual, sin utilización de software específico, mediante matrices de codificación

y comparación transversal de los casos, lo que permitió identificar recurrencias, divergencias y relaciones entre categorías.

Tabla 1. Dimensiones y códigos a partir de los objetivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EJE CONCEPTUAL INICIAL	CÓDIGOS	DIMENSIÓN ANALÍTICA FINAL
Describir prácticas habituales en el contexto de la consulta prenatal de bajo riesgo.	Prácticas Asistenciales	1.1 Comunicación en la consulta prenatal 1.2 Exploración clínica en la consulta prenatal 1.3 Atención a la gestante en el sistema de salud (Referencia y contrareferencia)	Comunicación y acceso a la información
Investigar la adherencia a la consulta prenatal luego de trato inadecuado o violencia obstétrica.	Adherencia a la consulta prenatal	1.1 Continuidad en la atención de la mujer (joven) embarazada 1.2 Cambios de profesional de la salud 1.3 Cambios de institución	Actitudes y trato del personal de salud
Identificar elementos del trato materno respetuoso en la consulta prenatal.	Trato materno respetuoso en la consulta prenatal	1.1 Privacidad y confidencialidad 1.2 Integridad física 1.3 Toma de decisiones informadas	Autonomía y toma de decisiones
Identificar experiencias de situaciones de violencia obstétrica en la consulta prenatal autopercibida por gestantes adolescentes.	Violencia Obstétrica	1.1 VO Verbal 1.2 VO Psicológica 1.3 VO Consentimiento 1.4 VO Institucional	Las experiencias de VO se integraron transversalmente en las tres dimensiones analíticas
Emergente	Mejoras en las consultas	Voz de las jóvenes	Discusión y recomendaciones

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Se entrevistó a 12 jóvenes de entre 15 y 19 años con hijos a cargo de hasta 4 meses de edad. En relación al nivel educativo máximo alcanzado por las participantes, todas ellas tenían al menos primaria completa. Cuatro de ellas cursaban su segundo embarazo, aunque todas tenían un solo hijo/a nacido. Cinco finalizaron su embarazo mediante cesárea y siete por parto vaginal. Diez de las adolescentes tuvieron partos a término y dos de ellas de pretérmino. Respecto al prestador de salud, todas estaban en el sistema público; sin embargo, tres optaron por el prestador municipal en algún momento de la gestación y dos tuvieron cobertura privada durante algunos meses del embarazo.

A continuación, se presenta la caracterización de las adolescentes participantes del estudio, considerando variables sociodemográficas y obstétricas (Tabla 2).

Las adolescentes entrevistadas destacaron que el trato recibido en la consulta prenatal tuvo un impacto significativo en su vivencia de la gestación. Se identificaron diversas experiencias en torno al trato materno respetuoso, agrupadas en tres dimensiones principales:

Tabla 2. Caracterización de las adolescentes entrevistadas según variables sociodemográficas y obstétricas

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

Fuente: elaboración propia.

1. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

En conjunto, los discursos muestran que las dificultades de comunicación no estuvieron asociadas únicamente al uso de lenguaje técnico, sino también a la ausencia de espacios donde las adolescentes pudieran formular preguntas o expresar dudas. Esta situación generó incertidumbre respecto al embarazo y limitó la apropiación de información necesaria para participar activamente en las decisiones sobre su atención.

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

La declaración de la entrevistada que se expone a continuación pone de manifiesto la falta de sensibilidad y la actitud despectiva del personal de salud hacia las gestantes, lo que constituye un tipo de violencia obstétrica. Este tipo de violencia puede tener un impacto negativo significativo en el bienestar emocional y físico de las mujeres²⁵. En varias de las entrevistas se describen situaciones en las que el personal médico trató a las mujeres de manera despectiva, haciendo comentarios inapropiados sobre su peso, su apariencia o su capacidad para cuidar de sus hijos. Este tipo de comportamiento contribuye a generar un ambiente de desconfianza y malestar en las usuarias.

“Pero sí salí llorando porque sí me sentí mal, como me lo dijo, porque yo creo que, no sé, estaba pesando 85 kilos, 86 kilos por ahí, y cuando me subo a la balanza, ella vio que estaba 91 o 92 y dice No, no puede ser esto, bajate.....Aparte así de la manera que estoy hablando. Yo me bajo y quedé quietita ahí, me dice A ver, subite otra vez. Y cuando me sube me dice No, la balanza

está bien, la que está gorda sos vos, me dijo. Y yo quedé. Digo, me dice Vos, ¿te estás alimentando bien? Digo Sí. Me dice, no, y la balanza, no dice lo mismo. No, la balanza no dice lo mismo... dice No comas muchas porquerías, dice, porque vas a terminar con un peso por las nubes. Dice Vos fijate que el peso ese te hace mal en el tema de la presión. Dice Y por eso debe ser que estás empezando con presiones altas. Dice, porque estás subiendo de peso. Si es necesario, no comas.” (E11, 19 años).

2. ACTITUDES Y TRATO DEL PERSONAL DE SALUD

En términos generales, las experiencias positivas estuvieron asociadas con profesionales que reconocían a las adolescentes como interlocutoras válidas y favorecían relaciones de confianza. Por el contrario, los relatos de trato negativo compartían un rasgo común: la reproducción de vínculos jerárquicos donde predominaban prácticas paternalistas o descalificadoras.

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

3. AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIONES

Los testimonios muestran que la autonomía fue vivida por las participantes como la posibilidad de decidir, ser escuchadas y elegir a los profesionales que las acompañaban. Cuando estas decisiones no eran respetadas, las adolescentes describieron sentimientos de frustración, inseguridad y pérdida de control sobre su proceso de atención.

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

Se observa una falta de respeto a la autonomía de las usuarias en decisiones relacionadas con su salud reproductiva, que

vamos a observar ejemplo en la entrevistada E3, donde menciona que le preguntaron varias veces sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo por la cantidad de semanas de gestación, a pesar de haber expresado claramente su decisión al respecto.

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

DISCUSIÓN

Los hallazgos reflejan la importancia del trato materno respetuoso como eje fundamental en la atención prenatal. Se observaron contrastes entre atención empática y prácticas paternalistas. En este sentido, el acceso a información clara y la comunicación efectiva han sido señalados como componentes esenciales de una atención respetuosa, tal como señalan las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal positiva y el marco de calidad de atención centrada en la persona, que enfatizan la comunicación efectiva, la información comprensible y la participación de las usuarias como componentes esenciales de la calidad asistencial^(25, 26, 27, 28).

Asimismo, la falta de reconocimiento de la autonomía en la toma de decisiones coincide con estudios que describen prácticas de infantilización y limitación de la participación de las usuarias en su proceso de atención^(27, 28, 29).

Investigaciones internacionales han señalado que el uso de un lenguaje accesible y la validación de la voz de las adolescentes en la consulta prenatal favorecen su bienestar emocional y su adherencia a los controles de salud. En este sentido, la capacitación del personal de salud en competencias comunicacionales y en perspectiva de derechos se presenta como una necesidad urgente, la evidencia más reciente muestra que los modelos de continuidad del cuidado por parteras mejoran la satisfacción materna, favorecen relaciones de confianza y optimizan diversos resultados maternos y perinatales⁽³⁰⁾.

Los hallazgos también sugieren que la violencia obstétrica no constituye un fenómeno restringido al momento del parto, sino que puede manifestarse desde la atención prenatal mediante prácticas comunicacionales deficientes, decisiones no compartidas y formas sutiles de infantilización. Esta perspectiva amplía la comprensión de la violencia obstétrica como un proceso que atraviesa el continuo de la atención materna y no únicamente el nacimiento^(11, 17, 18).

En conjunto, los resultados permiten interpretar que las experiencias de atención prenatal estuvieron atravesadas por

relaciones de poder vinculadas simultáneamente al género y a la edad, configurando escenarios donde la condición de adolescente incidió en el reconocimiento efectivo de su autonomía como sujeto de derechos^(15, 19).

A diferencia de investigaciones centradas exclusivamente en el parto, este estudio muestra que las tensiones vinculadas al trato respetuoso y a la autonomía ya se encuentran presentes durante la consulta prenatal, etapa menos explorada en la literatura nacional. En este sentido, el estudio aporta evidencia sobre experiencias cotidianas de las adolescentes que permiten ampliar el análisis de la violencia obstétrica hacia etapas tempranas del proceso reproductivo.

Los resultados sugieren que las experiencias de atención prenatal de las adolescentes se encuentran atravesadas por relaciones de poder vinculadas tanto al género como a la edad. En algunos casos, las jóvenes perciben actitudes paternalistas por parte de los profesionales de salud, lo que puede limitar su participación en las decisiones sobre su propio proceso de atención. Estas dinámicas han sido descritas en la literatura como expresiones de adultocentrismo en los servicios de salud, donde la condición de adolescente puede traducirse en una menor legitimación de la voz de las jóvenes en la consulta clínica y en la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva^(19, 29). Desde esta perspectiva, las experiencias relatadas evidencian que las relaciones asistenciales no solo se encuentran mediadas por jerarquías profesionales, sino también por relaciones generacionales que pueden traducirse en prácticas de infantilización y menor reconocimiento de la capacidad de decisión de las adolescentes.

Diversas investigaciones en América Latina han señalado que las experiencias de maltrato o desvalorización durante la atención en salud reproductiva se vinculan con prácticas institucionales y culturales que reproducen relaciones de poder desiguales entre profesionales y usuarias. En este sentido, la violencia obstétrica ha sido descrita como una manifestación de violencia basada en género que se expresa en el ámbito de los servicios de salud^(16, 18).

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra se circunscribió al área metropolitana y Costa de Oro, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otras regiones del país. Asimismo, aunque inicialmente se realizó una convocatoria abierta mediante redes sociales, la totalidad de las participantes fue incorporada mediante referencias de profesionales de salud y muestreo en cadena, lo que pudo favorecer la inclusión de adolescentes con mayor vinculación al sistema sanitario. Por otra parte, la escasa participación de adolescentes atendidas exclusivamente en prestadores privados limitó la posibilidad de realizar comparaciones entre distintos subsistemas de atención. Finalmente, las características sociodemográficas de la muestra pudieron influir en la diversidad de experiencias relevadas, por lo que los

hallazgos deben interpretarse dentro del contexto específico estudiado.

CONCLUSIONES

Los hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal para adolescentes gestantes, garantizando su autonomía y promoviendo un acompañamiento integral desde la detección del embarazo hasta el posparto.

Es fundamental que las consultas prenatales incluyan comunicación clara y accesible, permitiendo que los adolescentes expresen sus inquietudes y reciban información completa sobre embarazo, parto y crianza. Además, el equipo de salud debe adoptar un enfoque sensato y respetuoso, evitando prácticas que puedan configurar violencia obstétrica. Las experiencias recogidas en este estudio evidencian la persistencia de trato inadecuado en la PNA y resaltan la urgencia de políticas que aseguren una atención digna y libre de violencia, alineada con la CDN y la Ley N° 19.580.

Se requiere mayor investigación para profundizar en estos hallazgos y desarrollar estrategias de intervención que promuevan el respeto a los derechos de las jóvenes gestantes. El trato materno respetuoso en la consulta prenatal es un factor clave en la experiencia de las adolescentes gestantes dentro del SNIS. Si bien algunas adolescentes relataron experiencias positivas, persisten desafíos en la comunicación efectiva, la validación de sus decisiones y la eliminación de barreras actitudinales por parte del personal de salud. Es fundamental fortalecer la formación de los equipos de salud en perspectiva de derechos, comunicación empática y atención integral para garantizar una atención prenatal digna y de calidad para las adolescentes gestantes en Uruguay.

Los resultados muestran que el trato materno respetuoso durante la atención prenatal constituye un componente esencial de la calidad asistencial y del ejercicio de los derechos de las adolescentes gestantes. Asimismo, evidencian que situaciones compatibles con violencia obstétrica pueden manifestarse desde el control prenatal mediante formas de comunicación inadecuadas, prácticas paternalistas y limitaciones en la participación de las jóvenes en las decisiones sobre su atención. En este contexto, fortalecer la formación de los equipos de salud en perspectiva de derechos, comunicación empática y atención centrada en la persona, así como promover espacios específicos de atención para adolescentes, constituye una estrategia relevante para mejorar la calidad de la atención prenatal y disminuir las inequidades asociadas al adultocentrismo en los servicios de salud.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) en el marco de becas nacionales de posgrado. Agradezco a las adolescentes que participaron en la investigación por compartir sus experiencias, así como a los profesionales de salud que facilitaron los contactos con previa autorización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. World Health Organization. Adolescent health. Geneva: WHO; 2014.
2. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(6):436–43.
3. Doyenart M, Varela C. Saltando etapas del curso de vida: maternidad en la adolescencia. *Cuad CLAEH*. 2017;36(106):37–56.
4. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. Washington DC: CIDH; 2019.
5. Cabella W, Soto MF, Pardo I, Pedetti G. El gran declive. *Demogr Res*. 2024;50:443–56.
6. López-Gómez A, Varela C. Maternidad en adolescentes y desigualdades sociales en Uruguay. Montevideo: Udelar-UNFPA; 2016.
7. Oliver Q. La Convención en tus manos. Montevideo: UNICEF; 2004.
8. Uruguay. Ley N° 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia. Montevideo: IMPO; 2004.
9. Uruguay. Ley N° 19.580. Violencia hacia las mujeres basada en género. Montevideo: IMPO; 2018.
10. Ministerio de Desarrollo Social. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género. Montevideo: MIDES; 2019.
11. Magnone Alemán N, Fariás Rodríguez MC. Violencia obstétrica en Uruguay. *Musas*. 2022;7(2):62–80.
12. Mujer y Salud en Uruguay. Violencia obstétrica en cifras. Montevideo: MYSU; 2022.
13. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Geneva: WHO; 2014.
14. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
15. Castro R, Frías SM. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women*. 2020;26(6-7):555–72. doi:10.1177/107780121983673.
16. Quattrocchi P. Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. *Med Anthropol*. 2019;38(8):762–76. doi:10.1080/01459740.2019.1609471.
17. Castro R, Frías S, editores. Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina. México: CRIM; 2022.
18. Massó Guijarro E. La violencia obstétrica como injusticia epistémica. *Salud Colectiva*. 2023;19:e4464. doi:10.18294/sc.2023.4464.
19. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*. 2020;16:e2615. doi:10.18294/sc.2020.2615.
20. Magnone N. Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960): tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres (tesis doctoral). Montevideo: Universidad de la República; 2022.
21. López-Gómez A. Adolescentes y sexualidad en Uruguay. Montevideo: Universidad de la República, UNFPA; 2015.
22. Palacios M. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
23. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2020.
24. Sautu R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R. Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
25. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
26. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
27. Del Risco O, Zambrano E, Guerrero N, Surita F. Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(3):244–58. doi:10.18597/rcog.3695.
28. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Publica Mex*. 2013;55(6):572–9.
29. Arias M. La atención de la salud de la población adolescente: un estudio desde la perspectiva de los adolescentes (tesis de maestría). Montevideo: Universidad de la República; 2017.
30. Sandall J, Fernandez C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.

Nota de contribución autorial:

Andrea Akar: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, análisis formal, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. Carolina Fariás: supervisión, validación, revisión crítica y edición del manuscrito.

Nota del editor: El editor responsable por la publicación de este trabajo es Juan Dapuerto.

Nota de autor: La investigación y la elaboración del artículo fueron realizadas en el marco de la tesis de maestría "Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención, defendida en 2024 y publicada en el repositorio institucional Colibrí de la Universidad de la República."

Nota de disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible públicamente debido a consideraciones éticas y de confidencialidad de las participantes. La investigación fue realizada en el marco de la tesis de maestría: "Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención", defendida en 2024 y disponible en el repositorio institucional Colibrí de la Universidad de la República: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47050/1/Akar%2c%20Andrea.pdf>