

## **Distribution Agreement**

In presenting this thesis as a partial fulfillment of the requirements for a degree from Emory University, I hereby grant to Emory University and its agents the non-exclusive license to archive, make accessible, and display my thesis in whole or in part in all forms of media, now or hereafter now, including display on the World Wide Web. I understand that I may select some access restrictions as part of the online submission of this thesis. I retain all ownership rights to the copyright of the thesis. I also retain the right to use in future works (such as articles or books) all or part of this thesis.

Charlotte Hart Chaiklin

April 9, 2015

Problem or Blessing:

Language and Communications used to address Adolescent Pregnancy in rural Costa Rica

(Problema o bendición:

Lenguaje y comunicación sobre el embarazo adolescente en la Costa Rica rural)

by

Charlotte Hart Chaiklin

Dr. Vialla Hartfield-Mendez  
Adviser

Dr. Donald Tuten  
Adviser

Department of Spanish and Portuguese

Dr. Vialla Hartfield-Mendez  
Adviser

Dr. Donald Tuten  
Adviser

Dr. Susan Tamasi  
Committee Member

2015

Problem or Blessing:

Language and Communications used to address Adolescent Pregnancy in rural Costa Rica

(Problema o bendición:

Lenguaje y comunicación sobre el embarazo adolescente en la Costa Rica rural)

By

Charlotte Hart Chaiklin

Dr. Vialla Hartfield-Mendez and Dr. Donald Tuten

Advisers

An abstract of  
a thesis submitted to the Faculty of Emory College of Arts and Sciences  
of Emory University in partial fulfillment  
of the requirements of the degree of  
Bachelor of Arts with Honors

Department of Spanish and Portuguese

2015

## Abstract

Problem or Blessing:

Language and Communications used to address Adolescent Pregnancy in rural Costa Rica

(Problema o bendición:

Lenguaje y comunicación sobre el embarazo adolescente en la Costa Rica rural)

By Charlotte Hart Chaiklin

The institutional globalized discourse used by public health organizations has defined adolescent pregnancy as a serious health problem. This view of adolescent pregnancy is reflected in an initiative by Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) to prevent such phenomenon in rural Costa Rica. This study focuses on the discourses used to discuss adolescent pregnancy by both SM2015 and its target population, the adolescent mothers of rural Costa Rica. Through the analysis of the texts used by SM2015 and the responses of 13 surveyed adolescent mothers, two main discourses were identified, the modern institutional and the popular traditional. These two systems of discourse were shown to propose two different narratives of adolescent pregnancy. While the institutional discourse illustrated adolescent pregnancy as a problem, the traditional discourse, as represented in a small sample of SM2015's target population in one rural area of Costa Rica, appeared to validate adolescent pregnancy, at least after age 15, as a means of achieving higher social status due to the cultural importance of motherhood. It was found that SM2015 does not appear to acknowledge this traditional discourse and the view of adolescent pregnancy it proposes. Consideration of this popular discourse does not appear to figure in SM2015's communication strategies. This omission causes ineffective communication between SM2015 and its target population, the adolescents of rural Costa Rica, and ultimately, impedes the efforts of SM2015 to change the sexual behavior of Costa Rican adolescents.

Problem or Blessing:

Language and Communications used to address Adolescent Pregnancy in rural Costa Rica

(Problema o bendición:

Lenguaje y comunicación sobre el embarazo adolescente en la Costa Rica rural)

By

Charlotte Hart Chaiklin

Dr. Vialla Hartfield-Mendez and Dr. Donald Tuten

Advisers

A thesis submitted to the Faculty of Emory College of Arts and Sciences  
of Emory University in partial fulfillment  
of the requirements of the degree of  
Bachelor of Arts with Honors

Department of Spanish and Portuguese

2015

## Acknowledgements

I would like to thank Dr. Vialla Hartfield-Mendez and Dr. Donald Tuten, my advisors, for their support, patience, and guidance throughout this process. Their help was greatly appreciated.

Additionally, I would like to express my appreciation to Dr. Susan Tamasi for having served on my committee.

I would also like to extend my gratitude to Brian Delgado and Maria Guadalupe Vazquez for helping me with the transcription of the interviews.

Finally, I want to thank Idonka Viallobos, my communittee contact. Without her help, this project would not have been nearly the success that it is.

Página de Contenidos

Introducción.....	1
Capítulo uno: Las encuestas y el discurso local.....	6
Capítulo dos: Salud Mesoamérica 2015.....	32
Capítulo tres: Reflexiones y la tensión entre los discursos.....	55
Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	66
Referencias no publicadas.....	72
El apéndice.....	74

## INTRODUCCIÓN

La cuestión del embarazo adolescente se ha definido como un grave problema y una primera prioridad para muchos organismos nacionales e internacionales de salud (o sanidad) pública (Organización Mundial de la Salud, 2014). En este estudio, procuro analizar la manera en que se define y se construye en el lenguaje el “problema del embarazo adolescente” y comparo esta manera de definir y comprender el fenómeno del embarazo adolescente con la perspectiva de algunas madres jóvenes de una zona rural de Costa Rica. Aunque comparto en parte las perspectivas de los organismos que luchan por reducir la incidencia del embarazo adolescente, también intento mostrar que los organismos que quieren ayudar a las mujeres jóvenes tienen que tratar de entender cómo se entiende y cómo se construye por medio del discurso el fenómeno llamado “embarazo adolescente”. Estas ideas tienen que ver con la concepción de la importancia cultural de la maternidad, el matrimonio y su relación con el estatus de adulto/a. En última instancia, parece que los organismos de este tipo no pueden intervenir de manera efectiva con las destinatarias y los destinatarios de sus comunicaciones y sus esfuerzos si no comprenden mejor las maneras locales de imaginar el papel del embarazo en la vida de esas/esos destinatarias/os.

El problema que acabo de plantear es fundamentalmente un problema de la comunicación sobre las cuestiones de salud. Existe una ingente bibliografía sobre la comunicación de la salud, que no se va a repasar extensamente aquí, pero ese campo se ha definido como el estudio y el uso de estrategias de comunicación para educar e influir en las decisiones sobre la salud tanto de los individuos como de las comunidades (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2015). El campo de la comunicación de la salud examina las formas de intercambio de información y las intervenciones diseñadas para cambiar la conducta a través de los actos

comunicativos para entender mejor el papel de la percepción del riesgo, las normas sociales, las emociones y la incertidumbre en los comportamientos de salud (Rimal y Lapinski, 2009). La comunicación de la salud parece ser particularmente importante para los esfuerzos de salud pública que deseen entender mejor y/o cambiar el comportamiento sexual y/o reducir la prevalencia de los embarazos entre la población adolescente; una gran cantidad de investigación relevante se ha llevada a cabo, incluyendo los estudios de Córdova Pozo et al. (2015)<sup>1</sup>, Bute y Russell (2012)<sup>2</sup> y Mothiba y Maputle (2012)<sup>3</sup>, para entender mejor las comunicaciones de la salud que influyen en este fenómeno. Sin embargo, no parece haber sido estudiado todavía el tema del embarazo adolescente en las zonas rurales de Costa Rica donde se están implementando iniciativas de salud pública como la de Salud Mesoamérica 2015. Por lo tanto, este estudio intenta llenar algunas de las lagunas actuales en la comprensión de la comunicación de la salud y el discurso del embarazo adolescente en algunas zonas rurales de Costa Rica. En lo que sigue, repaso primero los orígenes de este proyecto y describo brevemente cómo se transformó en el transcurso de la investigación.

Este proyecto se inició como resultado de una observación que hice en 2010 como estudiante en el Liceo Finca Alajuela en Chacarita, que está en el cantón de Osa de la provincia de Puntarenas (una región rural de Costa Rica que ha sido identificada como una región objetivo de los esfuerzos de SM2015). Como una mujer joven de dieciséis años de edad, me quedé asombrada ante el gran número de mis compañeras, menores de 20 años, que estaban embarazadas o ya eran madres. También me sorprendieron las perspectivas locales que parecían

---

<sup>1</sup> Córdova Pozo et al. (2015) hablan de las conclusiones principales de un congreso internacional que se llevó a cabo

<sup>2</sup> Bute y Russell (2012) exploran la forma en que los embarazos de dos ídolos adolescentes junto con los medios de comunicación populares han dado forma a la narración del embarazo adolescente.

<sup>3</sup> Mothiba y Maputle (2012) examinan algunos factores que han contribuido al embarazo adolescente en la provincia de Limpopo y sugieren estrategias de prevención basadas en las observaciones realizadas.

ser contradictorias sobre este fenómeno, ya que se consideraba la maternidad joven tanto una bendición como una adversidad.

Cuando empecé este proyecto, pensé enfocarme principalmente en el testimonio oral ofrecido por las madres jóvenes (que vivían en el mismo lugar rural, el cantón de Osa de la provincia de Puntarenas<sup>4</sup>, en el que asistí al colegio en 2010 e hice la observación inicial) para entender mejor sus percepciones de este fenómeno. Como veremos, sin embargo, topé con una realidad que no correspondía con mis preconcepciones sobre la situación. Al mismo tiempo, me enteré de que existían iniciativas institucionales que intentaban luchar en contra del embarazo adolescente, como Salud Mesoamérica 2015 (de aquí en adelante, SM2015). Por tanto, decidí cambiar la orientación del estudio hacia una comparación de las maneras locales de comentar e imaginar el embarazo entre las jóvenes y la manera de hacerlo a nivel institucional, con el fin de comprender por qué las iniciativas institucionales como SM2015 parecen tener tan poco efecto sobre la conducta de tantas mujeres jóvenes en esa zona (el cantón de Osa), donde hasta un 35% de las adolescentes ha sido madre (“SM2015- Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente”, 2012).

La iniciativa Salud Mesoamérica 2015 parece ser una organización institucional con sólo buenas intenciones. SM2015 trabaja para mejorar la salud de las poblaciones más pobres de ocho países centroamericanos: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. En Costa Rica, la iniciativa se centra en mejorar los servicios de salud sexual ofrecidos a los y las adolescentes, con el objetivo específico de prevenir el embarazo adolescente. El objetivo inicial del estudio fue examinar las comunicaciones del Ministerio de Salud de Costa Rica que llegaban hasta las madres jóvenes y compararlas con los mensajes que

---

<sup>4</sup> Una mapa de las provincias de Costa Rica y una de los cantones de la provincia de Puntarenas se encuentran en el apéndice.

recibían de sus propias comunidades. Este objetivo se basaba en mi suposición de que el Ministerio de Salud, como el principal defensor de la salud nacional, era la principal organización institucional que proporcionaba mensajes sobre el embarazo adolescente y su prevención. Sin embargo, al descubrir SM2015, me di cuenta de que SM2015 y no el Ministerio de Salud, era la fuente principal de los mensajes sobre el embarazo adolescente emitidos desde la comunidad de salud. De hecho, SM2015 estaba trabajando con el Ministerio de Salud, proporcionando asesoramiento y apoyo financiero. Por lo tanto, el enfoque del estudio se alejó del Ministerio de Salud a la iniciativa que es SM2015.

En esencia, este estudio pretende analizar el discurso que caracteriza a las instituciones de salud pública, especialmente Salud Mesoamérica 2015, y también el discurso de las comunidades locales que son los destinatarios de las comunicaciones del Ministerio de Salud y de Salud Mesoamérica 2015. Surge en seguida un interrogante fundamental: ¿en qué consiste el discurso y/o los discursos? El discurso ha sido definido por Michel Foucault, citado por Stuart Hall, como un sistema de representación del conocimiento y pensamientos (Hall, 1997: 44-45). En términos generales, aquí concebimos el discurso como el uso convencional del lenguaje, maneras de hablar, escribir y comunicarse que reflejan (y contribuyen a formar) maneras de pensar, actuar y en última instancia ser (Johnstone, 2008: 2-3). De acuerdo con Johnstone, no sostengo que exista una relación fija o determinante entre las maneras de hablar, escribir y comunicar y las maneras de pensar, actuar y ser, pero sí existe una relación íntima en la que cada una de estas facetas puede afectar a las otras (Johnstone, 2008: 2-3). Existe una manera más concreta o específica de concebir un discurso (o los discursos): un discurso específico es una manera de hablar y escribir sobre un fenómeno como, por ejemplo el “embarazo adolescente” o las “madres adolescentes”, que refleja y al mismo tiempo puede contribuir a moldear maneras de pensar, actuar y ser. Como

tal, un discurso puede entrar en conflicto con otro discurso. Como veremos, esta tesis se centra en el conflicto que parece existir entre el discurso institucional del Ministerio de Salud y/o un organismo privado como SM2015 y el discurso popular local de algunas zonas rurales del cantón Osa de la provincia de Puntarenas de Costa Rica, un conflicto que refleja no solamente la presencia de diferentes discursos sino también las varias maneras de pensar y hablar de las “madres jóvenes”.<sup>5</sup> Lo más importante para los propósitos de este estudio es el obstáculo a la comunicación que surge cuando existen diferentes comunidades de discurso, como la comunidad de discurso institucional-profesional (SM2015) y las comunidades de discurso local que estudio en esta tesis. En última instancia, parece que el organismo SM2015 quiere divulgar un nuevo discurso sobre el “embarazo adolescente” y sus peligros para así intervenir en la conducta sexual, pero argumentaré que no podrá hacer esto si no reconoce la existencia de otros discursos, profundamente arraigados en la cultura local de las zonas rurales, en las cuales prevalecen otras concepciones del embarazo, la maternidad y la concepción de “edad adulta/adulterez”.

---

<sup>5</sup> El uso del término “madre joven” no es una decisión neutral, sino que refleja una toma de conciencia de los diversas maneras de pensar sobre la maternidad antes de los 20 años. Esto se discutirá más adelante.

## **CAPÍTULO UNO: Las encuestas y el discurso local**

Esta parte del proyecto fue diseñada y se llevó a cabo de acuerdo con un objetivo inicial del estudio, que era examinar las reacciones al momento de anuncio del embarazo adolescente. Este procedimiento surgió de una narrativa institucional sobre el embarazo adolescente y reflejaba mi propia concepción del embarazo adolescente como un claro problema de salud pública e individual. Esta perspectiva, por cierto, refleja un discurso institucional que se manifiesta a nivel global; es decir, se ha convertido en un discurso “globalizado” de la salud pública. Durante el proceso de las encuestas, descubrí limitaciones en el diseño de los instrumentos de investigación debido a suposiciones erróneas sobre la situación sociocultural en las regiones rurales de Costa Rica. Sin embargo, hay mucho de valor que se puede extraer de los resultados de las encuestas.

La información recogida de las encuestas se basa en la memoria de los momentos del anuncio del embarazo. El hecho de que las madres jóvenes estaban recordando sus experiencias significa que las respuestas podrían basarse en la remodelación parcial de los eventos pasados con el fin de hacer que la situación actual sea más aceptable para ellas y los demás (Johnstone, 2008: 139). Este fenómeno tiene que ver con el concepto de la disonancia cognitiva que ocurre cuando un individuo se enfrenta con creencias conflictivas, y trata de hacerlas más consistentes por varios medios, entre ellos la justificación de la situación, el rechazo de las creencias que contradicen el entendimiento actual, el cambio de creencias, etcétera, a fin de evitar la incomodidad psicológica y esto podría influir en las respuestas analizadas a continuación (Festinger, 1962: 93-94).

*El reclutamiento y los procedimientos de investigación*

La edad de las encuestadas fue restringida a los 18 o 19 años de edad debido a los requisitos para dar el consentimiento: en primer lugar, ser legalmente mayor de edad (mayor de 17 años) pero ser a la vez adolescente, según la definición oficial de “adolescente” de la Organización Mundial de la Salud. Una definición que constituye, por cierto, una definición globalizada de “adolescente”, aparente universal y culturalmente neutral, aunque tal definición es al mismo tiempo culturalmente imposible, ya que la adolescencia parece ser un invento de las culturas modernas y una categoría que todavía no existe o por lo menos no está arraigada en muchas culturas del mundo. El reclutamiento de las participantes era difícil porque la gran mayoría de las madres jóvenes que encontré eran menores de edad o eran mayores de 19 años. Los sitios de reclutamiento fueron tres colegios públicos del Ministerio de Educación Pública, tres clínicas de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.Á.I.S.)<sup>6</sup> de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)<sup>7</sup>, la distribución de leche de la Dirección Nacional Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI)<sup>8</sup>, tres restaurantes, dos tiendas y varios barrios y pueblos. Les pregunté a las personas que trabajaban y vivían en estos lugares si conocían a algunas madres que se ajustaran a los requisitos de participación. En algunos casos, me dieron una lista de nombres y números de teléfono de las participantes potenciales, pero en su mayor parte, me dieron permiso para

---

<sup>6</sup> EBÁIS significa Equipos Básicos de Atención Integral en Salud y es la abreviatura para las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que componen el primer nivel de atención del sistema de salud de Costa Rica. “El Ebáis es un equipo integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención integral en salud (ATAP), un asistente en registros médicos y un técnico de salud en farmacia...” (Solís Ramírez, 2013).

<sup>7</sup> La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el principal proveedor de seguros de salud, atención médica a la población costarricense y está a cargo del sistema público de pensiones (Connolly, 2002). Costa Rica es un país que se distingue por su sistema de salud universal que se ha comprometido a la cobertura universal y la equidad, en la que la CCSS juega un papel prominente como la principal aseguradora de salud (Connolly, 2002).

<sup>8</sup> La Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) es “el órgano de desconcentración mínima adscrito al Ministerio de Salud encargado de *contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez, brindando al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad*” (“¿Qué es CEN-CINAI?”, n.d.).

solicitar la participación de las madres en estos sitios bajo mi propia voluntad. Fue durante mis visitas a las clínicas de E.B.Á.I.S. que encontré los carteles de SM2015 y tomé fotos de ellos que se utilizaron en mi segundo viaje a Costa Rica. Además, las participantes fueron reclutadas usando quizás la estrategia más común para obtener el acceso en la investigación etnográfica hoy en día, la técnica de “*amigo-de-un-amigo*” (*friend-of-a-friend technique*) en la que se pide a los participantes a recomendar otros sujetos potenciales (Milroy y Gordon, 2003: 32).

Antes del comienzo del trabajo de campo, entré en conversaciones con una mujer de 18 años que se llama Idonka que accedió a ser el contacto principal de la comunidad y ayudar con las presentaciones a las participantes. Las participantes fueron contactadas por teléfono, en persona y con la ayuda de otros miembros de la comunidad que conocían a una participante potencial y se ofrecieron a ayudar con la presentación principal.

Las encuestas se llevaron a cabo en dos lugares, en los colegios y en las casas de las participantes, dependiendo de los medios de reclutamiento, ya que las encuestas se llevaron a cabo inmediatamente después del acuerdo y consentimiento para participar. Todas las encuestas se realizaron en persona por mí misma y cada una duró 10 a 20 minutos. Antes del comienzo de cada encuesta, el consentimiento oral fue obtenido de acuerdo con los requisitos y los procedimientos de la Institutional Review Board (IRB)<sup>9</sup> de Emory University. Todas las encuestas fueron grabadas con una grabadora digital para revisar y transcribir más tarde. Cada participante recibió un nombre seudónimo de una lista de nombres populares en Costa Rica según el sitio web, Students of the World (“Penpal Statistics: Costa Rica”, 2002). Esta lista fue elegida debido a la facilidad de acceso, ya que fue la primera lista de nombres encontrada. Los

---

<sup>9</sup> La participación de una *Institutional Review Board (IRB)* es una práctica de investigación americana. Una *IRB* es un grupo de individuos que revisan y aprueban la investigación con seres humanos como sujetos. El propósito principal de la IRB es asegurar que toda la investigación con seres humanos se realizará de acuerdo con todas las directrices y leyes federales, institucionales y éticas (About Institutional Review Board (IRB), 2015).

nombres y ubicaciones de las participantes no fueron documentados por razones de privacidad. Las grabaciones y transcripciones de las encuestas fueron guardados en una computadora protegida con contraseña. Al final del estudio, se borraron todas las transcripciones grabadas. Todas las encuestas grabadas fueron transcritas por mí misma y revisadas por dos hablantes nativos de español.

Después de cambiar el enfoque del estudio de un examen de sólo los testimonios orales de las madres jóvenes a una comparación de estos testimonios con las comunicaciones sobre el embarazo joven de SM2015, volví a Costa Rica para un segundo periodo de trabajo del campo, desde el día de Navidad de 2014 hasta el primero de enero de 2015. Durante estas fechas, resultó imposible localizar a las encuestadas originales, pero logré entrevistar algunos 27 miembros de las comunidades de Santa Rosa de Venecia y Piedras Blancas (las dos están en el cantón de Osa de la provincia de Puntarenas) sobre “USD”, SM2015 y los carteles de SM2015 que se observaron en las clínicas médicas durante el primer periodo de trabajo del campo. Ninguno de los 27 miembros de estas comunidades parecía saber de lo que significa “USD” o haber oído hablar de la iniciativa que es SM2015. Sin embargo, una familia entrevistada buscó lo que era SM2015 en Google en sus teléfonos y me mostró el sitio web, <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/salud-mesoamerica-2015-home,1904.html>, lo que demostraba la facilidad de acceso que tiene esta población a la información sobre la iniciativa, por lo menos en principio. Las fotos tomadas en el viaje previo se utilizaron para preguntar acerca de lo que pensaban estos costarricenses sobre la apariencia de los carteles de SM2015 porque al principio, pensé que los diseños eran infantiles. Sin embargo, me enteré a través de las entrevistas que los diseños de los carteles eran, como un individuo afirmó: “en realidad buenos para adultos” y culturalmente apropiados. Este descubrimiento sobre los carteles indicaba el

uso de medios socialmente aceptables para lo que parecen representar los principales medios que utilizó SM2015 en sus intentos de comunicarse con la comunidad local y en particular con sus destinatarias principales: mujeres adolescentes que podían quedarse embarazadas o que ya lo estaban.

Antes de llegar a Costa Rica para el primer periodo de trabajo de campo, yo esperaba tres resultados principales de los datos recogidos durante las encuestas. En 2013 en los Estados Unidos, 99% de las madres menores de 15 años de edad y 89% de las madres entre 15 a 19 años no estaban casadas (Hamilton et al, 2014). Además, se calcula que 77% de los embarazos en madres menores de 20 años no fueron planeados, y por lo tanto fueron considerados no deseados o que ocurrían “demasiado pronto” (Mosher, Jones y Abma, 2012). A la luz de esta información que encontré antes del trabajo de campo y la influencia de la narrativa oficial estadounidense y ahora globalizada que caracteriza el embarazo en mujeres jóvenes como un fenómeno negativo, un “problema”, yo creía que las madres jóvenes costarricense serían solteras, viviendo en la casa de sus padres, y que los embarazos no serían planificados. Por lo tanto, anticipé que los embarazos no serían bien recibidos por las comunidades de las madres debido a mis dos primeras preconcepciones. Y fue con esta perspectiva de la maternidad joven que diseñé las preguntas de la encuesta en Atlanta con el fin de obtener la aprobación de la IRB de Emory. Para mi sorpresa, hubo problemas importantes con todas estas presuposiciones como demuestra los resultados que comento más abajo.

## CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

### Información básica:

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?
3. ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada por primera vez?
4. ¿Cuántos hijos tiene?
5. ¿Qué edad tenía su madre cuando dio a luz a usted?
6. ¿Qué edad tenía su madre cuando tuvo su primer hijo?

### La exposición previa a la información sobre el embarazo adolescente:

1. ¿Qué había oído hablar de los embarazos adolescentes antes de que usted quedara embarazada?
2. ¿Qué pensaba acerca de estar embarazada como adolescente antes de que usted quedara embarazada y por qué?
3. ¿Recibió alguna información del Ministerio de Salud sobre el embarazo adolescente:
  - a. Antes de quedar embarazada?
  - b. Después de quedar embarazada?

### Sobre su (primer) embarazo:

1. ¿Fue planeado su primer embarazo?
2. ¿Qué fue la primera cosa en que usted pensaba cuando se enteró que estaba embarazada?
3. ¿Quién fue la primera persona a quien usted contó sobre su embarazo? Por qué?
4. ¿Cómo les contó a sus padres sobre su embarazo?
  - a. ¿Cómo respondió su madre cuando le dijo que estaba embarazada?
  - b. ¿Cómo respondió su padre cuando le dijo que estaba embarazada?
  - c. ¿Qué fue lo primero que su madre le dijo a usted?
  - d. ¿Qué fue lo primero que su padre le dijo a usted?
5. ¿Cómo les contó a sus amigos sobre su embarazo?
  - a. ¿Cómo respondieron sus amigos cuando les dijo que estaba embarazada?
  - b. ¿Qué fue lo primero que le dijeron a usted?
6. ¿Tiene amigas de su misma edad que también son madres adolescentes?
  - a. En caso afirmativo, ¿cuántas?
  - b. ¿Cómo respondieron las amigas que ya eran madres cuando les dijo que estaba embarazada?
  - c. ¿Qué fue lo primero que le dijeron a usted cuando usted les dijo que estaba embarazada?
  - d. ¿Hubo una diferencia entre las respuestas de esas amigas que ya eran madres y las respuestas de sus otras amigas que no eran madres adolescentes?
7. ¿Le contó al padre de su hijo o hija sobre su embarazo?
  - a. En caso afirmativo, ¿Cómo respondió él cuando le dijo que estaba embarazada?
  - b. ¿Qué fue lo primero que le dijo a usted cuando usted le dijo que estaba embarazada?

### La recepción del embarazo adolescente:

1. ¿La gente de su comunidad le trató de manera diferente una vez que usted quedó embarazada?
  - a. En caso afirmativo, ¿Cómo?
2. En su opinión, ¿cuál es la reacción de su comunidad a las madres adolescentes?
3. ¿Cuál es la respuesta general al embarazo adolescente?

### Los resultados

La siguiente sección analiza los datos recogidos de las 13 madres jóvenes encuestadas. La información recabada de las encuestas se utiliza para identificar algunos de los discursos presentes en las comunidades rurales costarricenses en las que estas mujeres encuestadas viven y en las que vive la población destinataria de SM2015. La discusión comienza con una perspectiva global de las respuestas y es seguida por un análisis más detallado de las declaraciones específicas.

Hubo 13 madres jóvenes<sup>10</sup> que participaron en la encuesta. Todas tenían un solo hijo y ninguna dijo que estaba embarazada durante la encuesta. La clasificación principal de las madres jóvenes se basa en si el embarazo fue planeado o no. De las 13 madres, seis reportaron que tenían embarazos planeados y son Karla, Sileny, Monserrat, Nazareth, Natalia y Jóselin. Las siete otras madres dijeron que no tenían embarazos planeados y son Kayla, Irene, Iorna, Vanessa, Verónica, Mary y Yendry. La clasificación secundaria es el tipo de las reacciones iniciales de las propias madres jóvenes, las familias, los padres de los hijos y las comunidades de las madres. Las reacciones se clasifican como la aceptación o el rechazo directo de acuerdo con las respuestas que recibí durante las encuestas. En la mayoría de los casos, el tipo de embarazo, planeado o no planeado, se relaciona con el tipo de respuestas recibidas durante y después del momento de anuncio del embarazo y el probable estatus matrimonial.

#### ***Tabla 1.1: Los resultados de las encuestas primera parte***

Tabla 1.1 muestra si las madres jóvenes encuestadas mencionaron tener un esposo y sus respuestas a las preguntas sobre la información recibida del Ministerio de Salud, si o no sus embarazos fueron planeados y sus reacciones iniciales al enterarse de que estaban embarazadas.

---

<sup>10</sup> Como se ha indicado anteriormente, el uso del término “madre joven” en lugar de “madre adolescente” no es una decisión neutral y esto será explicado más adelante.

La información proporcionada contextualiza los embarazos y muestra cómo ese contexto se refiere a los pensamientos iniciales de las madres jóvenes. Ciertas correlaciones saltan a la vista y se comentan más abajo.

<b>NOMBRE</b>	<b>Menciona un marido</b>	<b>Información sobre del ministerio de salud sobre el embarazo adolescente antes</b>	<b>Embarazo planificado</b>	<b>Reacción y pensamientos principales</b>
<i>Karla</i>	Sí	No	Sí	Positivo-“alegría”
<i>Sileny</i>	Sí	No	Sí	Positivo-“feliz”
<i>Montserrat</i>	Sí	No	Sí	Negativo-“miedo”
<i>Nazareth</i>	Sí	Sí	Sí	Positivo-“alegría”
<i>Natalia</i>	Sí	No	Sí	Positivo-“feliz”
<i>Jóselin</i>	Sí	No	Sí	<i>Incomprensible</i>
<i>Kayla</i>	Sí	No	No	Negativo-“asustaba”
<i>Irene</i>	No	No	No	Negativo-“mi mamá”
<i>Iorna</i>	No	No	No	Negativo-“en los estudios”
<i>Vanessa</i>	No	No	No	Negativo-“no puede ser”
<i>Verónica</i>	No	No	No	Negativo-“mi mamá”
<i>Mary</i>	No	No	No	“No sé”
<i>Yendry</i>	No	No	No	Negativo-“en el colegio y amigos y que estaba joven”

**Tabla 1.2: Los resultados de las encuestas segunda parte**

Tabla 1.2 indica cómo los embarazos fueron recibidos, ya que muestra las respuestas a las preguntas sobre las reacciones principales de las madres, los padres y los padres de los hijos de las madres jóvenes durante y después del momento de anuncio del embarazo. Además muestra las respuestas a la pregunta sobre el tratamiento por las comunidades en las que vivían las madres jóvenes, una vez que quedaron embarazadas.

<b>NOMBRE</b>	<b>Reacción de la madre</b>	<b>Reacción del padre de madre joven</b>	<b>Reacción del padre de hijo</b>	<b>Tratamiento por la comunidad</b>
<i>Karla</i>	Neutral	Neutral	Neutral	Normal, igual
<i>Sileny</i>	Positivo	<i>No aplicable</i>	Positivo-“estaba contento”	Negativo
<i>Montserrat</i>	Positivo	Positivo	Positivo-“feliz”	Positivo-“me chiñearon más”
<i>Nazareth</i>	Positivo	Positivo	Positivo-“se puso todo contento”	Respuesta variada
<i>Natalia</i>	Indiferente	Indiferente	Positivo-“feliz”	Respuesta variada
<i>Jóselin</i>	Positivo-“estaba contenta”	<i>No aplicable</i>	Positivo-“estaba muy contento”	Positivo-“más paciente”
<i>Kayla</i>	Negativo-“se asustó”	Negativo-“bravo”	Positivo-“se puso muy contento”	Igual
<i>Irene</i>	Negativo-“se puso triste”	Negativo-“se enojó un poco”	Negativo-“sin palabras”	Negativo
<i>Iorna</i>	Indiferente	<i>No aplicable</i>	Positivo	Negativo
<i>Vanessa</i>	Indiferente	Indiferente	Negativo	Negativo-“totalmente discrimen a una”
<i>Verónica</i>	Indiferente	<i>No aplicable</i>	Indiferente-“echar para adelante”	Igual
<i>Mary</i>	Indiferente	<i>No aplicable</i>	Negativo-“mal”	<i>Silencio-no quiso contestar</i>
<i>Yendry</i>	Negativo-“se enojó demasiado”	<i>No aplicable</i>	Negativo	Igual

### Los embarazos planificados

Los dos hallazgos principales de las encuestas de las seis madres jóvenes, que tenían embarazos planificados, fueron que sus embarazos, en general, fueron aceptados social y culturalmente y que todas estas seis madres jóvenes tenían esposos por lo menos después de quedarse embarazadas. Muchas de las reacciones al momento de anuncio del embarazo descritas por las madres jóvenes fueron momentos en que las personas acogieron con alegría el embarazo y la mayoría de las respuestas no indicó a ninguna forma de adversidad. Además, a pesar de que algunas de ellas reportaron que fueron expuestas a mensajes adversos del desaliento acerca del

embarazo adolescente antes de quedar embarazadas, ellas optaron por quedarse embarazadas, una indicación adicional de que el embarazo joven no estaba visto como un fenómeno totalmente indeseado ni decepcionante. El descubrimiento de que todas estas seis madres tenían maridos fue completamente inesperado. Como yo no esperaba encontrar a las madres menores de 20 años de edad casadas y me sentía restringida sólo a las preguntas que fueron presentadas y aprobadas por la IRB de Emory, no les pregunté a estas mujeres cuándo exactamente se habían casado (si antes o después de su embarazo). Sin embargo, la presencia de los maridos en combinación con las reacciones positivas sugiere que las madres pueden haberse casado antes de sus embarazos, en cuyo caso la maternidad, en el marco del matrimonio, no sólo es socialmente aceptable, sino esperada.

De las seis madres que reportaron tener embarazos planeados, cuatro inicialmente reaccionaron a sus embarazos de manera positiva, una respondió con miedo y la reacción inicial de la última madre no era clara. Empiezo con la evaluación de las reacciones a los embarazos de las cuatro madres (Karla, Sileny, Nazareth y Natalia) que reportaron sus reacciones iniciales como fundamentalmente positivas. A fin de comprender las respuestas de las madres sí mismas, sus familias y sus comunidades, debe apreciarse lo que habían oído sobre el embarazo adolescente antes de sus propios embarazos. Todas estas cuatro madres reportaron haber escuchado mensajes desalentadores sobre el embarazo adolescente. Karla dijo que había oído que “si uno se queda embarazada muy antes, muy a temprana edad, se podrían venir antes los chiquitos”. Sileny informó que escuchaba “que los embarazos prematuros eran riesgosos para unos, los jóvenes...eran malos porque hay unos riesgos”. Nazareth había oído “que a veces son muy arriesgosos por la edad y hay mucha problemática por lo mismo, porque a veces si es menor de edad, tiene que hacer mucho papeleo, unas vueltas por los problemas de ser menor de edad”.

Natalia comunicó que escuchaba que “era muy difícil, y había que cuidarse y planificar y todas esas cosas”. Estos mensajes reportados por estas cuatro madres incluyen preocupación por los riesgos de salud y los posibles problemas sociales, específicamente los problemas legales, del embarazo adolescente; todos los cuales parecen reflejar el discurso institucional utilizado por organismos como SM2015 que clasifica la maternidad joven como un problema.

Sin embargo, cada una de estas cuatro madres optó por quedarse embarazada y fue feliz en el momento en saber que estaba embarazada. Karla, describiendo sus primeros pensamientos, dijo que “yo sentí alegría de ver que estaba embarazada”. Cuando se enteró de que estaba embarazada, Sileny explicó “¡Diay<sup>11</sup>! Me ponía feliz”. Nazareth mencionó que “la verdad ni sé, fue una alegría tan grande, que lo único que deseaba es que estuviera ya aquí”. Natalia dijo que en el momento de anuncio estaba “feliz, muy feliz, de que ya sea nuestro primer hijo y de todo”. A pesar de todo lo negativo que estas madres jóvenes habían oído hablar del embarazo adolescente, todas recordaron el momento de anuncio de su embarazo como uno de alegría y esto llama la atención sobre una perspectiva de sí mismas como madres jóvenes que tal vez no se ajuste a la clasificación de “madre adolescente” (un término con connotación negativa que forma parte del discurso institucional y que no parece haberse arraigado del todo en la concepción de estas madres y de otros miembros de sus comunidades locales).

Una razón posible por esta discrepancia en la clasificación de estas madres jóvenes por sí mismas y la definición oficial de madre adolescente podría ser el papel del matrimonio. Durante las encuestas, todas estas cuatro madres mencionaron que tenían maridos y tres dijeron explícitamente que sus maridos eran los padres de sus hijos. Además, las reacciones de los cuatro padres de los hijos durante el momento de anuncio reflejan cierta aceptación, aunque no

---

<sup>11</sup> *Diay* es una interjección utilizada usualmente para dar énfasis en algo que se va a decir. Su función pragmática varía, aunque es comparable a “pues” o “dios”. Es jerga específica de Costa Rica.

fueran explícitamente positivas. Con respecto a la respuesta de su marido actual, Karla describió que él dijo “di...nada...que debíamos seguir adelante y que me iba a cuidar y ya”. El tono indiferente que Karla utilizó para describir la respuesta de su marido actual indicaba que su embarazo no había nada inusual. De hecho, cuando fui a entrevistar a Karla, inicialmente me dirigí a la casa de sus padres, donde su madre me dijo que ella vivía en su propia casa con su marido. La madre de Karla explicó esto con un tono que implicaba que sería inusual si su hija todavía viviera en la casa de sus padres. Me parecía que Karla no sólo tenía un embarazo planeado sino que su vida fue establecida específicamente para acomodar a los hijos y entonces, en el contexto de su vida, su embarazo había sido no sólo deseado, sino también se había visto como un evento que formaba parte de la progresión normal de la vida de los adultos jóvenes.

Las reacciones de los otros tres padres de los hijos, que eran los esposos actuales de las tres madres jóvenes durante las encuestas, fueron alentadoras y entusiastas durante y después del momento de anuncio del embarazo. Natalia explicó que “el doctor nos lo dijo a los dos y él estaba muy feliz porque era lo que esperamos”. Además, Natalia dijo que “me abrazó y me decía que, ‘¡qué bueno!’ y que estaba muy feliz”. Del mismo modo, Sileny expresó que su marido actual “estaba contento, igual que yo” y Nazareth contó que su marido actual “se puso todo contento”. La forma en que Natalia, Sileny y Nazareth recordaron y describieron el momento de anuncio con sonrisas y un tono feliz indica el impacto positivo que este momento tuvo como se convirtió en un momento de apoyo, amor y emoción. El júbilo de los padres de los hijos a saber que iban a ser padres proporciona más evidencia que sugiere que estas madres jóvenes podrían haber estado casadas antes de quedar embarazadas; en tal caso la maternidad hubiera sido el acontecimiento normal y esperado después del matrimonio. Esto explicaría la felicidad de ambos, padre y madre, cuya maternidad y paternidad marca el siguiente paso en la edad adulta.

En Costa Rica, al igual que en muchos países de América Latina, la celebración de la quinceañera, una fiesta de los 15 años, es una tradición importante que marca la transición de la niñez a la edad adulta para las mujeres jóvenes. Esta tradición es un fenómeno profundamente arraigada en las culturas hispanas de América y funciona como una presentación de una mujer a la sociedad como una adulta en su 15º cumpleaños (Lestage, 2011: 279-280). Todas las mujeres jóvenes encuestadas para este estudio reportaron que dieron luz a sus hijos cuando tenían por lo menos 15 años de edad. Es posible que en las comunidades rurales, en las que viven las madres jóvenes, especialmente en las que vivían Karla, Sileny, Nazareth y Natalia, los mensajes tradicionales son más valorados que mensajes modernos, en cuyo caso la idea de la mayoría de edad a los 15 años tendría prioridad sobre los mensajes modernos que proponen la mayoría de edad legal a los 18 años. Así, el matrimonio a partir de los 15 años sería socialmente aceptable y por consiguiente, también el posible embarazo.

Al igual que las respuestas de los padres de los hijos, la mayoría de las reacciones de los padres de las madres jóvenes fue de aceptación si no de alegría explícita. Las reacciones de los padres de Karla fueron, al igual que la respuesta de su marido actual, neutrales sin ninguna expresión de malestar. Ella reportó que su madre “me dijo nada más que cuidara mucho... poner el cuidado y todo eso” y que su padre respondió “casi que lo mismo”, que Karla necesita cuidarse. Además, cuando le pregunté a Karla si su comunidad le trató de forma diferente una vez que quedó embarazada, ella respondió, “no”, con un tono como si estuviera haciendo una pregunta ridícula. Esta respuesta definitiva en combinación con las respuestas de sus padres sugiere que el embarazo de Karla no fue nada anormal. Sileny explicó que “llamé a mi mamá y le dije que estaba embarazada” y ella respondió “Ah ¿vivo? Yo lo que le dije”, indicando que su madre sospechaba que ella estaba embarazada. El tono que utilizó Sileny para describir el

momento de anuncio a su madre indica que su madre estaba contenta de saber que iba ser abuela. Nazareth dijo que su madre “estaba feliz” y exclamó “que lo recibirá con amor y mucho cariño” y su padre “también su puso feliz y dijo que quería que fuera varón” cuando sus padres se enteraron del embarazo. La recepción inicial de los padres de las madres jóvenes del embarazo implica que los embarazos en general no eran una ocurrencia negativa ni indeseada para la familia.

A diferencia de las otras madres, Natalia informó que las opiniones iniciales de sus padres no fueron del todo de aceptación de su embarazo. Ella contó que su madre respondió a la noticia que “¿Qué? ¿Cómo? Sí...ella pensaba que yo estaba planificando. Entonces yo le dije que no, que ya había dejado las pastillas para quedar embarazada. Entonces ya me dijo que felicidades”. Natalia reportó la reacción de su madre con un tono indiferente y sin indicación de la felicidad inicial. Además, ella relató que su padre respondió, “¿Cómo iba a ser posible? Que ya no puedo estudiar más y que ya me había atrancado”. Del mismo modo, el tono que usó Natalia para relatar la respuesta de su padre indicaba más aun que él no estaba feliz con la noticia. De las cuatro madres que reportaron estar felices de saber de sus embarazos, Natalia fue la única que relató una reacción explícitamente adversa de sus padres. Esta adversidad parece ser el resultado de una diferencia entre los planes de Natalia para la maternidad y lo que querían sus padres para ella, ya que entienden y expresan su preocupación por las implicaciones sociales de la maternidad joven. Cabe señalar que los riesgos de la salud física asociados con el embarazo adolescente no fueron mencionados como una razón de malestar de los padres de Natalia, lo cual indica que los mensajes sobre los riesgos físicos del mundo de salud pública a nivel nacional e internacional, de organizaciones como SM205, no surgieron como preocupaciones en el discurso observado a nivel local.

Natalia fue la única madre joven de las 13 que mencionó que tenía acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, a pesar de su acceso, Natalia eligió conscientemente renunciar a usarlo para, como dijo ella, “quedar embarazada” a los 17 años. Es razonable suponer que Natalia o cualquier otra mujer joven no haría nada que se viera como negativa. Por lo tanto, su decisión deliberada para entrar en la maternidad sugiere que la opinión de su comunidad sobre los embarazos en madres menores de 20 años, por lo menos desde la perspectiva de Natalia, es un fenómeno visto de forma favorable y de este modo algo que Natalia deseaba. Esta opinión de la maternidad joven parece extenderse más allá de la perspectiva individual de Natalia. Una vez que ella quedó embarazada, Natalia explicó que, “mujeres [de la comunidad] que antes no me hablaban o así, me comenzaron a hablar y a preguntarme de cómo estar con el embarazo”. Esta declaración indica que para Natalia, el embarazo le ayudó a establecerse a sí misma como miembro de la sociedad y ganar más atención y respeto por parte de otros miembros femeninos. A pesar de la ambivalencia de los padres de Natalia, la reacción de ella misma, su esposo actual y su comunidad sugiere que la maternidad a los 16 años era querida. Las perspectivas favorables del embarazo joven también fueron observadas por Zentella (2002) durante su estudio de mujeres puertorriqueñas que vivían en Nueva York que será discutido más adelante.

La explicación de Nazareth sobre la reacción de su comunidad al embarazo adolescente sugiere que persisten las perspectivas tradicionales de la feminidad. Nazareth explicó que “hay personas que reaccionan feo, como siempre verdad, pero como son menores de edad y todo van diciendo cosas feas. Pero hay personas como los más mayores, los que entienden más de esto, que se ponen felices y lo que hacen es alentarlos a uno con el embarazo”. Esta discusión proporciona evidencia explícita de un sistema de discurso más antiguo y tradicional e indica que existe un conflicto entre las perspectivas tradicionales que son más propensas a ser mantenidas

por “los más mayores” y las perspectivas modernas del embarazo adolescente. La existencia del sistema del discurso tradicional que valida la maternidad en mujeres menores de 20 años de edad que están por lo menos casadas, y tal vez para las solteras también, sería coherente con las tradiciones de la sociedad costarricense de la presentación de una mujer a la sociedad a los 15 años con el ritual de la quinceañera (Lestage, 2011: 279). Es posible que este sistema del discurso tradicional tenga prioridad en la comunidad de Nazareth y por lo tanto, ser madre hace a la mujer un miembro respetado de la comunidad a pesar de todas las demás consideraciones. Lo que parece ser el caso de la experiencia de Nazareth en que las reacciones feas de los miembros jóvenes de su comunidad a la maternidad joven no afectaron significativamente la percepción de ella misma, del padre de su hijo y de sus padres a su embarazo, ya que todos fueron reportados como estar felices durante y después del momento de anuncio del embarazo.

Monserrat fue la única madre de este grupo de seis que expresó que su reacción inicial fue de miedo de las responsabilidades nuevas y desconocidas de ser madre. Monserrat reportó que lo primero que pensó fue “¿Cómo iba a ser? Me daba miedo”. Interesantemente, solamente su reacción inicial no fue positiva en comparación con la del padre del hijo, sus padres y su comunidad. Según Monserrat, su esposo actual que es el padre de su hijo estaba “feliz, se le soltó una lagrima” cuando se enteró que iba a ser padre. Igualmente, Monserrat explicó que su padre “no pudo decirme nada, sólo me abrazó”, su madre “me abrazó y lloró conmigo” y lo primero que dijo su madre fue “felicidades” durante el momento de anuncio. El tono que Monserrat utilizó para describir las reacciones de sus padres indicó que los dos estaban muy felices por la noticia. Finalmente, Monserrat dijo que los miembros de su comunidad “me chiñearon<sup>12</sup> más” una vez que quedó embarazada. Las respuestas positivas que recibió Monserrat y su declaración

---

<sup>12</sup> *Chiñear* es un término del argot de Costa Rica que significa mimar o echar a perder.

de que su esposo actual era el padre de su hijo sugieren que ella podría haber estado casada antes de su embarazo, lo que explicaría las perspectivas positivas de su embarazo como la maternidad es la progresión natural socialmente aceptada después del matrimonio. A la luz de la aceptación positiva de su embarazo, la vacilación inicial de Monserrat es muy probablemente el resultado del miedo a lo desconocido y no tiene que ver con las opiniones negativas o los peligros para la salud asociados con el embarazo adolescente.

La última madre de las seis que tenían embarazos planeados es Jóselin<sup>13</sup>. Como las otras, ella mencionó que tenía un esposo y las reacciones a su embarazo fueron generalmente positivas, lo que sugiere que tal vez ella se había casado antes de su embarazo, como el matrimonio tradicionalmente enmarca la maternidad como algo deseable y bien percibida. Curiosamente, Jóselin dijo, riendo entre dientes, que antes de su embarazo, su percepción de las madres adolescentes era “¡Qué güilas más tontas!”. Su risa incómoda al responder a la pregunta sobre sus pensamientos antes de quedar embarazada sugiere que Jóselin es consciente del discurso institucional de salud pública, además del discurso local. Según el discurso institucional, el embarazo adolescente es un problema porque ha sido identificado como un fenómeno con un alto riesgo de complicaciones de salud además de consecuencias sociales negativas, como la imposibilidad de continuar con los estudios. Es razonable suponer que Jóselin, influenciada por una conciencia de esta perspectiva del embarazo adolescente, consideraría las madres adolescentes “tontas” porque la participación en un fenómeno desfavorable es un acto imprudente. Mientras que esta declaración indica que sus nociones preconcebidas del embarazo adolescente fueron descaradamente negativas, estas tenían que haber cambiado como ella misma eligió entrar en la maternidad joven con su embarazo planeado. La razón más lógica para este

---

<sup>13</sup> El nombre fue escrito como “Joselin” sin un acento en la lista de nombres utilizada para los seudónimos de las participantes pero siguiendo las reglas ortográficas y la lógica parece que debe ser escrito como “Jóselin”.

cambio de opinión sería el matrimonio ya que el embarazo es una expectativa tradicional después del matrimonio y el matrimonio no parece ser parte de la narrativa institucional moderna de la madre adolescente. Si Jóselin se había casado antes del embarazo (hacerse madre), luego las respuestas iniciales del padre de su hijo, que Jóselin explicó como “no me dijo nada, estaba contento”, de su madre que “estaba contenta” y de su comunidad que era “más paciente” con Jóselin una vez que quedó embarazada, tienen sentido como reacciones esperadas. Por otra parte, si ella estaba casada antes del embarazo, es posible que ella no se considere a sí misma una madre adolescente, en cuyo caso su recuento incómodo de sus pensamientos de las madres adolescentes antes de quedar embarazada refleja aún más su conciencia de ambos discursos modernos y tradicionales.

#### Los embarazos no planificados

Kayla, Irene, Iorna, Vanessa, Verónica, Mary y Yendry informaron que no tenían embarazos planificados. De estas siete mujeres, una, Kayla, mencionó que tenía un esposo que era el padre de su hijo. Cuatro madres informaron de que habían oído hablar de los riesgos de salud asociados con el embarazo adolescente. Sin embargo, los riesgos de salud específicos para el embarazo adolescente no fueron mencionados en las reacciones iniciales a los embarazos de las madres mismas, los padres de sus hijos, sus padres o sus comunidades. En cambio, las preocupaciones y las respuestas negativas se centraron en las consecuencias sociales, especialmente el impacto en los estudios, del embarazo adolescente.

De manera similar a lo reportado por las otras madres jóvenes, casi todas las siete madres, con la excepción de Yendry, que tenían embarazos no planificados indicaron que habían escuchado mensajes negativos sobre el embarazo adolescente antes de quedar embarazada. Kayla explicó que escuchaba “que le afectaban en los estudios principalmente porque se le

imposibilitaba ir a los colegios o las universidades”. Iorna dijo que “yo en vez escuchaba de que ya en los embarazos en menores de edad son de altos riesgos, a veces no son, no traen niños sin...sin costas, sin quererlos, a veces que hay madres que los dejan botados y eso es lo que más he escuchado”. Con respecto al embarazo adolescente, Vanessa contó que había oído comentarios como “¡Qué madres más tontas! y todas esas loqueras de negatividad y ¡diay! que tienen que protegerse”. Verónica respondió que oyó que “[los embarazos] promueven muchas enfermedades y infecciones y etcétera”. Irene y Mary no querían responder a la pregunta acerca de lo que habían escuchado sobre el embarazo adolescente antes de quedar embarazada. Este silencio en combinación con sus expresiones faciales angustiadas y tonos dudosos indicaba que lo que habían escuchado sobre el embarazo adolescente no era positivo ni de apoyo a la maternidad joven. Interesantemente, las respuestas de las primeras cuatro madres se pueden dividir en tres categorías distintas, las consecuencias educativas, de estatus social y físicas. Los mensajes sobre las complicaciones de salud física asociadas con el embarazo adolescente reflejan los mensajes de instituciones y organizaciones modernas de salud pública como SM2015 que hacen hincapié en la salud física como el principal problema con el embarazo adolescente. Lo que indica que los mensajes oficiales sobre el embarazo adolescente han sido transmitidos hasta el nivel local de la comunidad aunque parecen ser de menor importancia que la adquisición del estatus de “madre” y “adulta”. Esta observación se relaciona con las observaciones realizadas por Ana Celia Zentella. En su libro *Growing up Bilingual*, Zentella habla de la transformación de una de las participantes de su estudio, Isabel, una vez que quedó embarazada a los 16 años de “an insecure, low-status child into a respected Puerto Rican mother” (Zentella, 1997: 168) y la elevación de su estado social. Isabel, citada por Zentella, declaró que “Ya yo soy madre (‘I’m a mother already’) I don’t have to listen to that” (Zentella, 1997: 168), una exclamación que parece

reflejar el discurso tradicional sobre la maternidad, el respeto por la madre y la idea de que una madre no puede seguir siendo una niña, sino que es una persona adulta independiente al menos después de los 15 años de edad.

A diferencia de lo que las otras madres habían oído hablar del embarazo adolescente, Yendry declaró que estaba expuesta a las comunicaciones oficiales relevantes en el colegio. Ella contó que en su colegio recibió información acerca de “cómo nos cuidáramos”, una declaración que arroja luz sobre dos aspectos de la situación de Yendry. En primer lugar, la declaración alude a la conciencia de las consecuencias negativas para la salud del embarazo en las mujeres menores de 20 años de edad, ya que el término “cuidado” implica que hay riesgos y peligro. Aun más importante, la afirmación sugiere que las mujeres jóvenes como Yendry están recibiendo un poco de información sobre el embarazo en las mujeres menores de 20 años y los riesgos que trae. En este caso, los mensajes recibidos a nivel local parecen alinearse con los apoyados por el mundo institucional, pero no parecen haber cambiado ciertas ideas fundamentales y tradicionales sobre la maternidad entre las jóvenes (es decir, el discurso institucional se conoce, pero no ha desplazado fundamentalmente el discurso tradicional que valora la maternidad de mujeres jóvenes mayores de 15 años).

A pesar de las referencias de estas madres a haber oído acerca de los riesgos de salud asociados con el embarazo adolescente, ninguna de las seis mencionó las complicaciones de salud física como uno de sus primeros pensamientos al enterarse de su embarazo no planificado. En vez, las primeras preocupaciones de las madres se dividen en tres categorías: la interrupción de los estudios, el miedo al embarazo y el parto, y la responsabilidad de ser madre. Con una respuesta que cae en la primera categoría, Iorna informó que sus primeros pensamientos fueron “que ya mi vida no va a ser la misma ¿verdad? Que ya los estudios...yo no me voy hacer tanto

en los estudios porque tengo que preocuparme, porque tengo lo de mi hijo, y entonces la idea es más que todo lo que pensaba ¿verdad? Que ya mi vida no iba a ser la misma porque ya tenía alguien más en mi vida”. Del mismo modo, Yendry explicó que pensó “en el colegio y mis amigos y que estaba muy joven”. Así mismo, Vanessa respondió que “yo pensé ¡uy, no puede ser!, tan joven yo, ¡uy no, Dios! Mi mamá me va a agarrar de las mechas ahora, y ¡no Dios! Qué difícil va a ser para estudiar, ¡uy no Dios! Cómo metí las patas, así, hay que seguir pa’lante”. Esta preocupación por los estudios sugiere que hay conciencia de la importancia de la educación para mejorarse a una misma y que este aspecto de las consecuencias sociales del embarazo adolescente está bien establecido en el nivel local (lo que representa cierta penetración del discurso institucional globalizado, por lo menos en cuanto a los efectos sociales y si no los peligros físicos del embarazo en las madres menores de 20 años).

Dos madres, Kayla y Iorna, informaron haber tenido miedo inicialmente al enterarse de sus embarazos. Kayla explicó que “Díay, estaba asustada. Lo que pensaba era que cómo me iba a ir a la hora de la parida de ella”. El miedo expresado por Kayla se refiere a su salud física en el momento del nacimiento y no es irrazonable decir que esta es una preocupación normal para todas las mujeres embarazadas de cualquier edad. Iorna contó que “cuando yo me di cuenta que estaba embarazada me ponía una alegría, ¿verdad?, pero después un susto porque yo no estaba bien preparada”. La preocupación de Iorna alude a su inminente conversión en madre, con todo lo que eso supone, y como en el caso del miedo de Kayla, no es específica de la maternidad en mujeres menores de 20 años, sino más bien un miedo a lo desconocido que tiene poco que ver con los riesgos para las madres jóvenes.

La última categoría de respuestas tiene que ver con el momento de anuncio a la madre. Veamos las reacciones iniciales que reportaron algunas de estas mujeres:

- Verónica: “¿Qué le voy a decir a mi mamá?”
- Vanessa: “Yo pensé ¡uy no puede ser! , tan joven yo, ¡uy no, Dios!, mi mamá me va agarrar de las mechas ahora”
- Irene: “¿Cómo le voy a decirle a mi mamá?”

La preocupación con la reacción de la madre refleja otro tipo de miedo, el miedo de ser la causa de la decepción, y parece que tiene que ver con las consecuencias sociales del embarazo en mujeres menores de 20 años de edad. En todas las respuestas no hubo ninguna mención explícita de los riesgos de la salud asociados con el embarazo joven.

Las reacciones de los padres de los hijos se dividen en dos categorías, la aceptación y reacciones negativas. Kayla, Iorna y Verónica son las madres que reportaron las reacciones de aceptación, si no de felicidad evidente; en las siguientes citas se constatan las reacciones de los padres de sus hijos:

- Kayla: “se puso muy contento”
- Iorna: “Estaba loco cuando le dije que estaba embarazada. Que eso es lo que él quería, que estaríamos super felices, que sí iba a hacer cargo del niño”
- Verónica: “no dijo nada, simplemente que ¡diay!, echar para adelante”

Durante la encuesta con Kayla, ella mencionó que el padre de su hijo era su esposo y entonces es posible que ella se haya casado antes de quedar embarazada, lo que podría explicar la buena acogida de su embarazo por el padre del hijo. Sin embargo, no todas las reacciones de los padres de los hijos de Kayla, Iorna y Verónica durante el momento de anuncio eran totalmente positivas, estas respuestas de aceptación sugieren que la perspectiva del embarazo no planeado en mujeres jóvenes no es completamente negativa.

Más en línea con las preconcepciones que tenía al principio del estudio, las reacciones iniciales de los padres de los hijos del resto de las madres fueron de incredulidad y adversidad. Irene explicó con un tono que indicaba que el padre de su hijo estaba en ‘shock’ que él se quedó “sin palabras”. Vanessa reportó que el padre de su hijo dijo “¿Cómo va a ser? Y uy, uy Dios ¿por qué? Y así queda...¿Cómo va a ser? Y ¿cómo pasó? Y ¡diay!, ¿cómo pasará? Y este ¡uy, no! pero es que ¿Cuándo fue eso? Y es que ¿Usted no lo sintió?”. Mary contó que el padre de su hijo simplemente respondió “¡diay!, mal”. Por fin, Yendry explicó que el padre de su hijo “era joven también entonces, diay, no sabía qué hacer” y que él le dijo “tenemos que decirles a los papás de ellos y a mi mamá”. Estas respuestas de asombro aluden a una posible falta de conciencia y/o educación sexual (o una negación consciente o inconsciente de sus posibles consecuencias), ya que estos jóvenes obviamente estaban participando en la actividad sexual, que siempre está vinculada con la posibilidad del embarazo.

Sólo cuatro de este grupo de madres que tenían embarazos no planificados se enfrentaron abiertamente a sus padres para decirles sobre sus embarazos, mientras que las otras tres, Verónica, Vanessa y Mary, dejaron que las primeras señales del embarazo (la barriga y los vómitos, por ejemplo) “informaron” a sus padres. De las cuatro que se lo contaron directamente a sus padres, tres mujeres reportaron que sus padres respondieron negativamente. Sobre la respuesta de su madre, Kayla explicó que “ya yo siento que se disgustó” y que su padre estaba “bravo también. Sí, se enojaron los dos”. Pero, en el caso de Kayla, la adversidad de sus padres tenía que ver con un problema de salud que ella tenía y entonces las reacciones casi seguramente tenían que ver con el miedo relacionado con eso; ella explicó que le dijeron “que me cuidara porque sabían que yo tenía un problema de salud que se me podría afectar”. Por lo tanto, el caso de Kayla parece ser diferente a los demás pero no obstante, las repuestas de sus padres son

similares a las respuestas de otros padres de las mujeres jóvenes. Irene expresó que su madre “sólo se puso triste” y su padre “se enojó un poco”. Del mismo modo, Yendry dijo que su madre “se enojó demasiado”. El malestar expresado por los padres de Irene y Yendry refleja lo que se esperaba cuando un embarazo no planificado pone una carga financiera y social en una familia. La respuesta de la madre de Iorna fue de aceptación. Iorna reportó que su madre dijo “que saliera adelante, que cuidara mucho al bebé, ¿verdad?, que no cometiera otra tontera”. Mientras que su madre clasifica indirectamente su embarazo como una “tontera”, lo que indica que por lo menos su embarazo sigue siendo una tontera, la reacción general es de perdón y aceptación de la situación y no de rechazo abierto, como en los casos de los demás padres, lo que sugiere que un embarazo adolescente no planificado no se ve necesariamente como un fenómeno inherentemente negativo.

Según Kayla, Verónica y Yendry, cuando quedaron embarazadas, el tratamiento que ellas recibían de sus comunidades no cambió. Sin embargo, Verónica explicó que “las abuelitas decían ‘tenga mucho cuidado cuando va a parir, pero eso no es nada, es un piquetito y ya, cosas que son mínimas, que no son mucho,’ como decían las abuelitas”. Esta declaración no parece relacionarse con el embarazo adolescente específicamente, pero podría ser el asesoramiento recibido por todas las mujeres embarazadas. Yendry reportó que su comunidad le trató “bien, o sea, yo pienso tal vez porque hay unos que dicen ‘pobre muchacha, tiene un bebé muy joven’, ‘no pudo terminar de estudiar’ o algo así pero, diay, igual”. La respuesta de Yendry proporciona más evidencia de la conciencia de las consecuencias sociales del embarazo adolescente que parecen ser el tema principal de las respuestas negativas reportadas por las otras cuatro madres. Esto se manifiesta en las respuestas de Irene, Iorna y Vanessa:

- Irene: “Diay, tal vez diciendo que cómo yo era una niña no podría dar un buen ejemplo y cosas así similares”
- Iorna: “La reacción de mi comunidad es que hay...que las muchachas adolescentes andan en la calle, que no se cuidan, no piensan, que son unas tontas, que no aprovechan su juventud, que en vez de estar estudiando o aprovechar la juventud andan haciendo cosas y se quedan como...y se hacen madres tan rápido, no aprovechan la juventud ni el estudio. Eso es más que todo lo que todo mundo en mi barrio dice”
- Vanessa: “Ya uno cambia. Ya no son las mismas amigas de antes. Vamos aquí, vamos allá, diay no [Vanessa] no porque tiene la bebé no puede salir y uy no porque esa güila ya tiene novio e hija ya es una mamá. Dios, totalmente discriminan a una”

La última madre, Mary, no quiso contestar pero su mirada incómoda y gestos nerviosos indicaban que su comunidad no calificó la maternidad adolescente de manera favorable. La desaprobación del embarazo adolescente a nivel de la comunidad parece ser basada en las consecuencias sociales y mientras que los riesgos de la salud asociados con el embarazo adolescente se mencionaron como algo que las madres jóvenes se habían escuchado antes del embarazo, ninguna de ellas habló de estos riesgos como un aspecto de la opinión de la comunidad del embarazo adolescente.

Las respuestas locales reportadas por las madres jóvenes pueden ser clasificadas en dos grandes categorías generales, la aceptación, que se define como una respuesta de felicidad o indiferencia y la falta de aceptación, que se basa en respuestas de miedo o preocupación. Sostengo que la presencia de las dos categorías de respuestas sugiere que existen por lo menos dos sistemas del discurso en estas regiones rurales de Costa Rica. Por un lado, el discurso moderno institucional reproduce la narrativa de la maternidad joven que he conocido en los

EE.UU. Este sistema de discurso incluye y enfatiza los mensajes sobre los riesgos para la salud y las consecuencias sociales del embarazo joven y se refleja especialmente en las respuestas de la falta de aceptación. Sin embargo, tanto los riesgos para la salud y las consecuencias sociales son parte de este discurso, parece que sólo los mensajes de las consecuencias sociales se han integrado, hasta cierto punto, en el discurso popular local, ya que ni una madre mencionó los riesgos de salud como una preocupación o respuesta inicial durante o después del momento de anuncio de su embarazo. Por otro lado, hay la narrativa tradicional de la madre joven que tiene esposo y se queda embarazada a propósito. Esta narrativa parece pertenecer al discurso tradicional popular, se basa en el concepto de la tradición de la quinceañera y parece reflejarse directamente en las experiencias de seis de las madres encuestadas, dando lugar a las respuestas de aceptación que ellas reportaron. Más importante, este discurso parece validar la maternidad joven, la cuestión del estado civil y la posibilidad real de casarse antes de entrar en la maternidad o después de quedarse embarazadas, lo que parece desafiar la narrativa que viene del discurso moderno institucional. La perspectiva institucional moderna del embarazo “adolescente” divulgada por las instituciones de salud pública ha sido adoptada y divulgada por SM2015 y se discutirá en el próximo capítulo.

## **CAPÍTULO DOS: Salud Mesoamérica 2015**

### *El discurso del embarazo “adolescente”*

Como se ha indicado antes, el discurso incluye las formas de escribir, hablar y comunicarse, como por ejemplo, las maneras en que SM2015 utiliza el lenguaje en su página de Facebook, sitio web y carteles, que reflejan e influyen las formas de pensar, actuar y ser (Johnstone, 2008: 2-3). En esta parte, se analizan las formas en que SM2015 utiliza el lenguaje con el fin de entender mejor cómo SM2015 representa el organismo, sus objetivos y los mensajes que quiere comunicar.

Según el sitio web de SM2015, la iniciativa es “una asociación público-privada regional trabajando con los gobiernos de Mesoamérica para reducir la morbilidad y la mortalidad materna, neonatal e infantil en las zonas más pobres de la región” (Salud Mesoamérica 2015, 2012c). Como indica esta explicación de la iniciativa, SM2015 es un organismo de salud pública que trabaja en colaboración con instituciones ya establecidas en ocho países de Mesoamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá) con el fin de mejorar la atención de salud proporcionada a las poblaciones más pobres. Hay cuatro patrocinadores principales que apoyan esta iniciativa. Son la Fundación Carlos Slim, la Cooperación Española Internacional, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, SM2015 está respaldada por el apoyo de un impresionante número de colaboradores y donantes adicionales, todos los cuales parecen estar listados en la red de alianzas en el sitio web del organismo institucional que es SM2015.

Según la narrativa oficial de las instituciones mundiales de salud pública, como SM2015, el embarazo adolescente es una grave amenaza para la salud de la madre y el niño y el bienestar

social de la comunidad. En la página web de la Organización Mundial de la Salud que se llama “Adolescent pregnancy”, las declaraciones como la siguiente:

- “Pregnancy among very young adolescents (under the age of 16 years) is a significant problem”
- “Adolescent pregnancy is dangerous for the mother”
- “Adolescent pregnancy is dangerous for the child”
- “Adolescent pregnancy adversely affects communities”

Estas declaraciones son muestras de la perspectiva institucional (Organización Mundial de la Salud, 2015a). Además, en otra página web de datos y cifras, se explica que las “complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial” (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esta visión del embarazo adolescente, que podemos calificar de “globalizada”, parece estar basada en una perspectiva “científica” sin mucha consideración por las normas culturales pero, no obstante, ha sido adoptada por el mundo institucional y académico internacional, como es evidente en la extensa literatura profesional que examina y representa este “problema,” (esta perspectiva se refleja como un hecho natural en numerosos títulos de estudios, como por ejemplo un estudio de Larracilla-Alegre (2001)<sup>14</sup>, titulado “Comentario al trabajo: ‘La adolescente embarazada. Un problema de salud pública’”). Como el resto del mundo institucional de la salud pública, la iniciativa de SM2015 parece abordar la cuestión del embarazo adolescente con este mismo planteamiento globalizado.

La misión de SM2015 en Costa Rica consiste en conseguir un cambio de conducta de las poblaciones destinatarias que son los adolescentes que viven en el cantón de Osa de la provincia

---

<sup>14</sup> Larracilla-Alegre 2001 analiza lo que se llama el embarazo adolescente y examina las cuestiones relacionadas con este fenómeno.

de Puntarenas y otras regiones<sup>15</sup> de Costa Rica que componen las regiones más pobres de 10% del país (“SM2015-Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente”, 2012).

Cuando el mensaje consiste en avisar sobre los riesgos del embarazo adolescente, entonces la tarea del organismo se convierte en una que es esencialmente es de comunicación. De hecho, SM2015 utiliza una serie de plataformas y tipos de textos para comunicarse con diferentes públicos. Según mis investigaciones, los textos principales manejados por SM2015 parecen ser: un sitio web, una página de Facebook, una cuenta de Twitter, carteles y anuncios impresos. En mi primer acercamiento a estos recursos comunicativos empleados por SM2015, creí que todos desempeñarían papeles importantes en sus intentos de comunicarse con las poblaciones destinatarias (o “beneficiarias” según el discurso de SM2015; véase más abajo). Sin embargo, encontré que estos cuatro tipos de textos y/o plataformas pertenecen a dos categorías diferentes:

- Los diseñados para transmitir información sobre la iniciativa a otros organismos y profesionales de la salud pública (que incluyen el sitio web, la página de Facebook y la cuenta de Twitter)
- Los carteles y anuncios impresos, que están diseñados para comunicarse con la población destinataria en las zonas rurales de Costa Rica y de este modo, completar los objetivos del proyecto

La explicación detallada de qué y quién es SM2015 y la descripción detallada de su misión y de funcionamiento proporcionadas en el sitio web sugieren que ese mismo sitio web,

<http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/salud-mesoamerica-2015-inicio,1904.html>,

sirve como el medio principal, oficial y formal de proveer información sobre el proyecto. La página Facebook y cuenta de Twitter ofrecen información más limitada sobre SM2015 y por eso,

---

<sup>15</sup> Una mapa de las zonas objetivo de la iniciativa se puede encontrar en el apéndice.

pueden ser vistas como textos secundarios que sirven principalmente como apoyos del texto principal que es el sitio web. En lo que sigue, se analizan el contenido y la eficacia de las comunicaciones de SM2015 en algunos de estos diferentes tipos de textos y plataformas. Debido a que la página de Facebook y cuenta de Twitter parecen servir funciones similares y a menudo retratan las mismas fotos y información, sólo se analizará la página de Facebook aquí. Mientras que la página de Facebook, como la cuenta de Twitter, parece servir como un texto secundario, sus elementos funcionan como una buena introducción general a la forma en que SM2015 comunica con otras organizaciones y profesiones de salud pública y por lo tanto, esta discusión se inicia con la página de Facebook y sigue con un análisis más detallado de la plataforma principal de SM2015, el sitio web, utilizada para este tipo de comunicación. La siguiente discusión sobre la página de Facebook de SM2015 se basa en lo que aparece en la página de Facebook el 2 de enero de 2015. Como la página de Facebook se actualiza continuamente, esta discusión refleja una instantánea de un texto que está en perpetua evolución.

La página de Facebook parece funcionar como una manera de proporcionar información general sobre el proyecto con el fin de validar la iniciativa. La página se caracteriza por dos elementos principales: el uso de fotos adjuntas con declaraciones breves sobre las condiciones actuales de vida de las poblaciones destinatarias y/o las mejoras que se han hecho; y videos sobre los patrocinadores y/o la importancia de SM2015. Casi toda la información escrita en la página de Facebook está en español e inglés. De hecho, casi todas las imágenes se publican dos veces, una con la escritura en inglés y otra con la escritura en español, mientras que los videos se publican generalmente sólo una vez, ya sea en español o inglés.

La página está llena de fotos de personas de las poblaciones destinatarias de SM2015. La mayoría de las fotos vienen con una frase sobre lo que hace SM2015 o las condiciones actuales

que enfrenta las poblaciones destinatarias. Por ejemplo, la foto de portada<sup>16</sup> era de un niño feliz sonriendo con la afirmación “Respaldamos proyectos con efectividad probada dirigidos al 20% más pobre de la población, especialmente mujeres y niños menores de 5 años. – We back projects with proven effectiveness for the poorest 20% of the population, mainly women and children under 5 years of age” (“Imagen sin título un niño pequeño”, 2014). Otra foto publicada<sup>17</sup> el 25 de noviembre de 2014 era de dos mujeres jóvenes que parecen tristes y una declaración escrita a través de la foto que dice, “Solo una de ellas recibe cuidados de salud prenatal – Solo una tendrá atención calificada durante el parto” (“Imagen sin título de dos mujeres jóvenes”, 2014). Por debajo de esta foto, había un subtítulo que decía: “Las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte como consecuencia del embarazo en comparación con las mujeres de más edad” (“Imagen sin título de dos mujeres jóvenes”, 2014). Cuando las fotos se utilizan para proporcionar información acerca de la iniciativa, los individuos en las fotos parecen felices como el niño sonriente en la foto de portada, y cuando se utilizan para proporcionar información sobre las condiciones actuales de vida de las poblaciones destinatarias, las personas en las fotos se ven tristes y desvalidas. Esta estrategia ayuda a enfatizar el beneficio del trabajo de la iniciativa SM2015.

La forma en que SM2015 utiliza las fotos en su página de Facebook es un ejemplo de la forma en que la iniciativa utiliza todos los textos, videos y fotos de la página para hacer hincapié en el impacto positivo de sus esfuerzos. Esta estrategia de hacer hincapié en el sufrimiento de las poblaciones destinatarias y el impacto positivo de SM2015 se ve más en el sitio web, como veremos en la siguiente discusión.

---

<sup>16</sup> Véase el apéndice para ver una imagen de esta foto.

<sup>17</sup> Véase el apéndice para ver una imagen de esta foto.

Todas las páginas del sitio web se pueden leer en inglés o en español. Sin embargo, los mensajes en la versión escrita en inglés y la versión escrita en español parecen ser deliberadamente lo más idénticas posible, de hecho en muchos casos las traducciones parecen ser palabra por palabra iguales. Por eso, el análisis de sólo una versión es suficiente para comprender la perspectiva de SM2015. Debido a que las poblaciones destinatarias son hispanohablantes y la mayoría del proyecto se llevó a cabo en español, se analiza la página web en la versión escrita en español.

El sitio web de SM2015<sup>18</sup> tiene una página para cada país en el que se está efectuando la iniciativa. En la página web de cada país, hay una foto principal en la parte superior, un mapa de Mesoamérica con el país en cuestión resaltado en el lado derecho, una descripción del objetivo de la operación debajo de la foto principal, los recursos y los resultados esperados en la parte inferior. La página de Costa Rica sigue este patrón y sirve como la descripción oficial de lo que SM2015 espera lograr en Costa Rica. Al igual que la página de Facebook, el sitio web se actualiza continuamente y este análisis se centra en la página tal como se presentaba el 25 de noviembre de 2014.

Empezamos con la descripción oficial del objetivo de la operación en Costa Rica ofrecida por el sitio web de SM2015 que dice lo siguiente:

---

<sup>18</sup> Una captura de pantalla de la página web de Costa Rica de Sm2015 se puede encontrar en el apéndice.

### Objetivo de la Operación

El objetivo de la operación en Costa Rica es apoyar al Gobierno de Costa Rica en mejorar la calidad de atención de servicios de salud materna, neonatal e infantil para las adolescentes en las áreas geográficas más pobres del país; en mejorar la calidad, la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes; y en generar evidencias sobre buenas prácticas a través de una estrategia integral e intersectorial de impacto colectivo para la prevención y atención del Embarazo Adolescente (EA). La operación se ejecuta en base a cuatro componentes armonizados e integrados entre sí:

1. Fortalecimiento de los servicios de atención integral en SSR para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos.
2. Mejoramiento de modalidades complementarias de intervención con adolescentes en la red local de servicios.
3. Mecanismo de integración local para el funcionamiento articulado de la red de servicios para adolescentes.
4. Sistematización y evaluación del modelo de intervención.

### Resultados Esperados

- Reducir el número de nacimientos de madres adolescentes entre los 10-19 años a 119 nacimientos por año.
- Proveer atención integral a 45.000 adolescentes entre 10 y 19 años en el EBÁIS
- Garantizar que 90% de adolescentes que reportan haber solicitado algún método anticonceptivo y de protección en los EBÁIS, lo han recibido.
- Lograr que el 85% de las adolescentes embarazadas reciban educación prenatal diferencia de acuerdo a la norma.

19

---

<sup>19</sup> Una nota sobre SSR: Según el Fondo de la Población de las Naciones Unidas, SSR es la abreviatura para el proyecto binacional entre Nicaragua y Costa Rica de la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que “incluida la prevención del VIH y la violencia en género, en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes” (“Proyecto Binacional Costa Rica-Nicaragua”, 2013).

### El sitio web

En la página de Costa Rica, la primera cosa que llama la atención es una foto de un niño en la parte superior. El niño se asoma de una esquina y parece estar mirando a escondidas; sólo se le ve la cara. Se ve triste y parece tener miedo. Por sólo retratar el rostro del niño en una escala tan grande que ocupa todo el espacio de la foto, es casi imposible ignorar esta foto y los grandes ojos tristes del niño en el centro de la imagen, lo que provoca la compasión y la simpatía. Casi encima de los ojos del niño dice “Costa Rica/ Población Total/ Población Beneficiaria”. Al colocar este texto en el punto de enfoque de la imagen, el formato implícitamente relaciona el niño con la población de Costa Rica y el lector comprende que la foto del niño representa la población de Costa Rica desde la perspectiva de SM2015.

La foto del niño se ve como una de las fotos de los niños del mundo que sufren de la falta de agua potable y desnutrición extrema y se utiliza para presentar a la población destinataria de Costa Rica como una con un mal estado de salud y bienestar. Sin embargo, esta ilustración no refleja el estado de salud verdadero de la población de Costa Rica. Costa Rica es conocida por su sistema de salud que garantiza el acceso universal o acceso para todos los residentes y personas en Costa Rica a los servicios de salud. De hecho, en 2001, la Organización Mundial de la Salud publicó un estudio de investigación de los sistemas de salud de 191 países diferentes que concluyó que Costa Rica tenía el trigésimo sexto mejor sistema de salud para la eficiencia global, una calificación que era mejor que la de los Estado Unidos, que siguió a Costa Rica en el trigésimo séptimo lugar (Evans et al., 2001). Esto significa que la población de Costa Rica, incluyendo el 20 por ciento más pobre que es la población destinataria de SM2015, no sufre de los graves problemas de salud que comúnmente están asociados con el tipo de foto que SM2015 tiene en la página web de Costa Rica. Entonces, el uso de este tipo de foto que típicamente

representa a los individuos con sufrimiento extremo funciona como un instrumento para hacer que el trabajo de SM2015 parezca vital para la salud de los costarricenses. Más aun, la imagen del niño indigente triste provoca las emociones del lector, haciéndole sentir simpatía y compasión por él. Tanto la representación implícita de la grave necesidad de los costarricenses como la apelación a las emociones del lector son tácticas utilizadas por SM2015 para validar los esfuerzos de la iniciativa. Ésta puede ser una táctica publicitaria muy eficaz, pero sugiere también que existe poca preocupación por conocer (y representar) las verdaderas situaciones de las poblaciones destinatarias o “beneficiarias” costarricenses de la iniciativa.

En el centro de la foto del niño, hay una barra de progreso para ilustrar el estado actual de las finanzas de la iniciativa en Costa Rica. El 25 de noviembre de 2014, casi cinco años después del comienzo de la iniciativa, la barra de progreso estaba sólo al 15% de avance, lo que indica que SM2015 está lejos de completar todo su proyecto en Costa Rica. En otra página web, se explica que SM2015 opera con un sistema de “financiamiento basado en resultados” en el cual cada gobierno del país en cuestión tiene que alcanzar ciertos resultados para poder sacar más dinero. Este manejo de los números, que corresponde a su modelo particular de operar, uno que desembolsa los fondos lentamente y espera resultados predeterminados antes de seguir con más fondos, si bien no es perfecto, es bien reconocido como buena práctica en el mundo de la salud pública (Soeters y Vroeg, 2011). Entonces, la barra de progreso es un instrumento utilizado para ilustrar esta estrategia financiera que funciona para probar que los fondos ya gastados han sido utilizados de manera eficaz y afirmar que las fundaciones de las estrategias que SM2015 está utilizando son buenas.

El registro usado en la página web de SM2015 es del discurso institucional y formal del mundo de salud pública y académico. Palabras como “beneficiaria”, “zona focalizada”,

“evidencias”, “impacto colectivo”, “modalidades complementarias” entre otras y el tono formal del texto establecen el registro científico y académico. La población destinataria se clasifica como “adolescentes”, un término técnico para describir los individuos que tienen 10 a 19 años. Esta definición de “adolescente” aparece en la sección que se llama “Resultados Esperados” y refleja la definición institucional de salud pública propuesta por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2015b). El significado de lo que es la adolescencia o una persona adolescente es bastante vaga, como se desprende de la definición popular del diccionario de la Real Academia Española que define la adolescencia como “el tiempo entre la infancia y la edad adulta” (Real Academia Española, 2012a). Esta definición popular, de interpretación más abierta, se diferencia radicalmente de la definición técnica y rígida propuesta por SM2015, lo que refleja una de las muchas fuentes de la brecha que existe entre el discurso institucional que utiliza SM2015 y el discurso popular utilizado por la población destinataria.

Otro indicio de esta brecha sería el uso de “USD”, un acrónimo del idioma inglés de las palabras “United States Dollars” que en español significa dólares estadounidenses. En la Costa Rica rural (específicamente el cantón de Osa de la provincia de Puntarenas) donde vive la población destinataria de SM2015, el término “USD” parece ser casi desconocido ya que la divisa de los EE.UU. se denota como “dólares” en el discurso bancario y popular. De hecho, cuando regresé a Costa Rica por segunda vez y le pregunté a 27 miembros de la comunidad acerca de lo que significa “USD”, ni una persona estaba familiarizada con este acrónimo. Incluso en los Estados Unidos, parece como si sólo los educados entenderán lo que significa “USD” ya que no es un acrónimo utilizado como el signo del dólar en la vida cotidiana. El texto de la página web asume que el lector ya sabe lo que significa el signo “USD” y por lo tanto, el uso de

“USD” indica que el texto está diseñado para comunicarse con una población educada y con conocimiento de usos y prácticas comunes en el mundo de negocios y organizaciones internacionales.

Mientras que la página web usa el anglicismo de “USD” para cuantificar el monto de fondos como dólares americanos, los números están expresados con una sintaxis que pertenece al idioma español. Por lo tanto, existe una discrepancia en la forma en que los números están expresados, con el sistema numérico generalmente aceptado en español pero la clasificación de moneda del idioma inglés. Incluso en la versión escrita en inglés de la página web, los números están expresados con una sintaxis del idioma español en la que los puntos funcionan como lo que serían comas en el idioma inglés. Por ejemplo, en la versión en inglés dice “Amount Disbursed” seguido por “USD 166.676”. La sintaxis convencional para expresar los valores del dinero en inglés indicaría que este número es ciento sesenta y seis dólares y 0.676 centavos, o sea menos de un centavo. Sin embargo, según la sintaxis español, este valor es ciento sesenta y seis mil, seiscientos setenta y seis dólares. Curiosamente, en la parte inferior derecha de la página, hay más números utilizados para expresar el desglose financiero entre el gobierno de Costa Rica y la iniciativa. Estos montos de fondos están expresados utilizando el indicador de moneda “USD” y el sistema inglés. Lo que esto significa es que la audiencia meta tiene que entender las diferentes sintaxis que se utilizan para expresar números en el inglés y el español para entender completamente los montos de fondos usados para la iniciativa. Una persona con esta capacidad sería probablemente una bien educada y con algo de experiencia bilingüe o internacional.

El objetivo último de SM2015 parece ser comunicar de manera efectiva con la población destinataria para cambiar los comportamientos de salud sexual de los “adolescentes”. El término “adolescente” no forma parte del lenguaje cotidiano costarricense y es especialmente extraño al

discurso popular de la población destinataria que en su lugar utiliza la clasificación de “madre joven” (que se discutirá más adelante). La manera en que el discurso se utiliza para hablar de un grupo, como la población destinataria de SM2015, refleja la comprensión y pensamientos acerca de ese grupo (Johnstone, 2008). Por eso, los textos oficiales de SM2015, como la pagina de Facebook y el sitio web, reflejan la manera en que SM2015 se entiende, se imagina y ve a los destinatarios que están clasificados como “adolescentes”. Esta perspectiva de los destinatarios no puede ser completamente similar a la perspectiva que tiene la población destinataria de sí misma porque el término “adolescente” no es una parte del discurso local de la población destinataria y, por tanto, de su visión de sí misma. Entonces, el uso de “adolescente” en el sitio web refleja una diferencia ideológica entre las perspectivas de SM2015 y los destinatarios y así una fuente de la aparente falta de comunicación entre ellos.

En el sitio web se utiliza ambos géneros del sustantivo “adolescentes” en la frase “la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes” (Salud Mesoamérica 2015, 2012a). Esto indica que SM2015 reconoce, por lo menos a nivel institucional, que tanto los hombres y las mujeres contribuyen al embarazo en mujeres menores de 20 años de edad y entonces, ambos sexos deben ser una parte de la población destinataria de la iniciativa. Este entendimiento de SM2015 de que un cambio del comportamiento de hombres y mujeres es necesario para los cambios globales del comportamiento en la población destinataria refleja un aspecto beneficioso de los esfuerzos de SM2015 y será discutido más adelante en relación con los carteles y letreros utilizados por SM2015 para comunicarse con la población destinataria.

En la página web, la población destinataria está descrita como la “población beneficiaria”. El uso del término “beneficiaria” en vez de “destinataria” implica que la gente de

Costa Rica que vive en la región donde SM2015 opera va a recibir ayuda, y se beneficiará necesariamente de estos esfuerzos. Este tipo de lenguaje sugiere que SM2015 cree que todo su esfuerzo será beneficioso y que es completamente seguro que sus métodos van a mejorar la atención a la salud sexual para los adolescentes en Costa Rica. Con esta selección de términos, SM2015 se presenta como una organización totalmente exitosa sin espacio para hablar del hecho de que tal vez no todos los planes sean exitosos<sup>20</sup>.

Los textos de SM2015 diseñados para proporcionar información sobre la iniciativa, específicamente la página de Facebook y el sitio web, parecen ser textos utilizados para comunicarse con una audiencia institucional y académica con el fin de validar los esfuerzos de la iniciativa. A través del uso de fotos que ilustran la población destinataria en mal estado de salud, videos que proporcionan información sobre los patrocinadores y el trabajo realizado por la organización, las maneras de retratar las finanzas que son comunes al mundo institucional, un discurso monetario que requiere un alto nivel de educación para entenderla, el registro científico y académico y el lenguaje del discurso institucional moderno de salud pública, la página de Facebook y página web de SM2015 parecen comunicarse eficazmente con su audiencia meta que es la del mundo institucional y académico. Sin embargo, estos textos parecen estar diseñados con una despreocupación total por la comunicación con la “población beneficiaria”. Como se mencionó previamente, la población destinataria demostró su capacidad de acceder fácilmente la página web de SM2015 con sus teléfonos cuando les pregunté sobre la iniciativa SM2015. Esta

---

<sup>20</sup> En el sitio web de SM2015, hay una página que se llama “Aprendizaje” en la que puede compartir experiencias con la iniciativa a través de una encuesta en línea. En esta misma página web, se encuentra la dirección de email de la Oficial Técnico de la SM2015. Cuando escribí un email a esta persona para preguntar sobre los tipos de retroalimentación que se recogen en Costa Rica, se me dijo que los comentarios de los proveedores de salud estaban siendo recolectados allí y que estos comentarios no estaban disponibles al público todavía. La Oficial Técnico no mencionó ningún intento de recibir los comentarios y retroalimentación de la población destinataria, los adolescentes costarricenses. Sin embargo, en “SM2015- Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente” (2012) explica que hay una sistema de monitoreo y evaluación del proyecto en funcionamiento pero de nuevo los detalles son vagos y no está claro cuándo se llevarán a cabo y se publican estos informes.

observación sugiere que SM2015 malinterpreta y subestima las capacidades de su población destinataria, en particular su acceso a internet.

### Los carteles<sup>21</sup> y anuncios impresos

Como el sitio web y la página de Facebook de SM2015 iban dirigidas a un público profesional e institucional, empecé a buscar los medios de comunicación que aprovecha SM2015 para comunicarse con sus poblaciones destinatarias en la Costa Rica rural. Las búsquedas de internet y de bases de datos no revelaron nada, ni tampoco una búsqueda del sitio oficial del Ministerio de Salud de Costa Rica. No logré encontrar una descripción detallada de la estrategia comunicativa que SM2015 iba a implementar en Costa Rica (hay ciertos indicios de sus estrategias generales que se ven en la presentación *Powerpoint* que se llama “SM2015-Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente” (2012) pero no encontré nada concreto que explicara las estrategias en detalle, específicamente las maneras en que se llevarían a cabo). Sin embargo, durante el trabajo de campo de este estudio, encontré varios carteles y anuncios escritos creados por SM2015 para comunicarse con la población destinataria en diferentes clínicas de atención médica que atienden precisamente a la población destinataria de SM2015. Como sólo pude visitar tres clínicas de atención médica durante el trabajo de campo, no puedo concluir definitivamente que los carteles observados representen todos los esfuerzos de SM2015 de comunicarse con esta población, pero estos carteles constituyen la única evidencia escrita o visual de las comunicaciones de SM2015 a nivel local en el cantón de Osa, Puntarenas, que es una de las zonas principales de atención preferencial de la iniciativa. Estos carteles representan potencialmente una de muchas maneras en que SM2015 se estaba comunicando con la población destinataria. Sin embargo, en base a lo que era accesible para este estudio, los carteles de SM2015 que se observaron dan una mejor comprensión de cómo SM2015 está intentando

---

<sup>21</sup> Imágenes de los carteles y anuncios se encuentran en el apéndice.

implementar su plan de comunicación e intervención en la vida de estas comunidades, donde planea lograr su objetivo final de cambiar los comportamientos sexuales y prevalencia de embarazos en personas menores de 20 años. En lo que sigue, presento un análisis detallado de tres ejemplos típicos de estos carteles<sup>22</sup>.

A diferencia de la página de Facebook y el sitio web, la audiencia meta de los tres textos se indica explícitamente como la “ADOLESCENTE EMBARAZADA O MADRE” (Chaiklin, 2014a), “el Adolescente” y “Adolescentes Prenatales” (Chaiklin, 2014b) y “una adolescente madre” (Chaiklin, 2014c). Durante el proceso de reclutamiento para las encuestas, me di cuenta de que casi ningún costarricense utilizaba el término “adolescente”. En cambio, se utilizaba la clasificación de “madre joven” para hablar de las madres menores de 20 años. Le pregunté a Idonka, mi ayudante principal de la comunidad, sobre esta observación y me dijo que en realidad nadie usa las expresiones “embarazo adolescente” o “madre adolescente” para hablar de mujeres jóvenes embarazadas o las que ya son madres. Por lo tanto, la clasificación de la población destinataria como “adolescente”, refleja un obstáculo principal para el enfoque de la comunicación que utiliza SM2015, como la iniciativa se está dirigiendo a la población destinataria con el uso de terminología “extranjera” que este grupo no utiliza para describirse.

### SM2015 I

Mi primera impresión del conjunto de los letreros que es “SM2015 I” era que parecía como si hubiera sido diseñado para los niños, con la escritura escrita en marcador de color, los bordes de color hechas a mano y las estrellas de papel de los colores oro y verde que decoran el letrero principal. Sin embargo, cuando fui a Costa Rica por segunda vez, le pregunté a la población destinataria sobre el diseño del cartel y me dijeron que todos los carteles de SM2015

---

<sup>22</sup> Imágenes de los carteles se encuentran en el apéndice.

eran perfectamente aceptables para un público adulto. Esta respuesta me ha obligado a reconsiderar mis propias expectativas, que reflejaban casi únicamente el discurso institucional moderno. De hecho, por lo menos en parte, los carteles son culturalmente apropiados y reflejan una estrategia *emic* (por muy inconsciente que fuera). El enfoque *emic* se mencionará más adelante pero en general tiene que ver con la adaptación de las normas sociales de la audiencia meta con el fin de comunicarse de una manera que es menos extraño (Morris et al., 1999). Esta estrategia *emic* parece ayudar a iniciar la comunicación entre SM2015 y la población destinataria.

Sin embargo, la adopción de las normas sociales de la población destinataria termina con el diseño de “SM2015 I”. En el letrero principal y más grande del conjunto, se dice “PREVENCION EMBARAZO ADOLESCENTE” en letras mayúsculas. Según la Real Academia Española, la dos primeras definiciones del término “prevención” son “1. f. acción y efecto de prevenir” y “2. f. preparación y disposición que se hace anticipadamente para **evitar un riesgo** o ejecutar algo” (Real Academia Española, 2012b). El uso del término “prevención” impone connotaciones negativas en el “embarazo adolescente” y lo clasifica como un fenómeno malo que se debe evitar. Es cierto que el embarazo en mujeres menores de 20 años pone la madre y niño en alto riesgo de complicaciones de salud. De hecho, en los países de ingresos bajos y medianos, como el país de Costa Rica, “los bebés nacidos de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años” (Organización Mundial de la Salud, 2014). Desde esta perspectiva estrictamente física, el embarazo en mujeres jóvenes está justamente clasificado como un problema de salud. Sin embargo, como se indicaba por las encuestas con las madres jóvenes, la maternidad joven no necesariamente es considerada de forma negativa por la

población destinataria y en muchos casos se ve/veía como un acontecimiento positivo en el que una mujer se convierte en un miembro más respetado de la sociedad. Esta diferencia en perspectiva del embarazo joven entre lo que dice el letrero de SM2015 y la opinión local aísla la iniciativa de la población destinataria y sus intentos de comunicarse con ella.

Otro problema fundamental de “SM2015 I” es la falta de información en el letrero en la esquina inferior derecha. Si bien la audiencia meta está claramente indicada por la declaración “ATENCIÓN A ADOLESCENTE EMBARAZADA O MADRE”, el letrero no funciona bien para cumplir lo que parece ser su propósito, hacer publicidad para un evento que ocurre “ÚLTIMO LUNES DE CADA MES!!”. No hay detalles de lo que ocurre este lunes ni una hora para este evento. Esta descripción vaga es sin duda una manera no muy eficaz para conseguir la participación del público destinatario. La ambigüedad de lo que ocurre durante el evento es además problemática cuando se toma en cuenta la distancia que muchos pacientes viajan, a menudo horas en autobús, para llegar a la clínica en que estaba el letrero. De hecho, cuando yo fui a esta clínica para reclutar participantes para las encuestas, una enfermera me dijo que es difícil predecir cuándo los pacientes llegarán incluso si tienen citas porque muchos viven tan lejos. Es posible que si una persona quería saber más, podría pedirle más información a alguien que trabaja en la clínica, pero es más probable que la clasificación de la población destinataria como “adolescente”, una clasificación extranjera para el discurso popular, anule cualquier interés potencial en lo que es SM2015 y el evento que ocurre el “último lunes de cada mes”.

Uno de los obstáculos fundamentales de este conjunto de letreros en sus intentos de comunicarse con la población costarricense es lo que parece ser un deseo de comunicarse con dos grupos muy distintos a través de un mismo conjunto de letreros. Mientras que un cartel parece estar diseñado para las mujeres jóvenes que aún no están embarazadas o madres, en otro

cartel por debajo de la misma colección de textos existe un anuncio que quiere comunicarse con la adolescente embarazada o madre. Esta falta de coherencia de la audiencia meta plantea un problema ya que los dos grupos, sin duda se identifican de manera diferente y no es probable que vean a sí mismos como la audiencia meta de las comunicaciones que también se dirigen al “otro” grupo.

Los otros dos letreros del conjunto dan información sobre las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. El lenguaje utilizado en estos letreros es científico, como el de la página de Facebook y el sitio web de SM2015, y no pertenece al discurso popular de la población destinataria. Así, es posible que las personas que van a esta clínica vayan a tener problemas para comprender la información de estos letreros que se expresa utilizando el discurso científico y jerga médica. El estudio de Ruiz et al. (2013) demostraba que las personas que viven por debajo del nivel de pobreza, al igual que muchos de los individuos en el 20% más pobre de Costa Rica que son la población destinataria de SM2015, son identificados como particularmente vulnerables a ser analfabetos en salud. Además, la comprensión del paciente influye significativamente en los resultados de salud y por eso, las clínicas de salud deben tomar medidas para evitar el analfabetismo en salud (Ruiz et al., 2013). Estas medidas incluyen la evitación de la jerga médica y tecnicismos, el uso de frases simples y de un lenguaje claro dirigido al paciente, el habla lenta, el uso de analogías cuando sea apropiado y la limitación de la cantidad de información (Ruiz et al., 2013). La manera en que SM2015 expresa la información de estos dos letreros no parece cumplir con ninguna de estas recomendaciones y así no es muy eficaz para comunicarse con una audiencia rural, la cual constituye la parte más pobre de la población costarricense.

Además del discurso institucional y académico utilizado, el formato de estos dos carteles previamente mencionado no es como el resto del conjunto que está lleno de color y adornado con decoración. Mientras que el formato de los otros letreros está adaptado para ser culturalmente apropiado, la presentación de los letreros llenos de información médica es científica y formal. El letrero principal y letrero del lado inferior a la derecha presentan sus propios obstáculos a la comunicación eficaz con la población destinataria pero por lo menos se han hecho con algún esfuerzo para presentarse por las convenciones locales, un esfuerzo que parece estar totalmente ausente de los otros dos letreros que forman el conjunto.

Desde la discrepancia en los diseños de los letreros a la falta de información sobre el evento que ocurre el último lunes cada mes, el conjunto de letreros que es “SM2015 I” solo parece representar una tremenda falta de claridad en los esfuerzos de comunicación de SM2015. El anuncio para un evento el “último lunes de cada mes” que carece de cualquier detalle o descripción de lo ocurre durante este tiempo, la falta de una audiencia meta claramente definida y la combinación de dos letreros que tienen diseños científicos y académicos con otros que están diseñados en base de lo que es culturalmente apropiado son ejemplos de la incoherencia e inconsistencia de este conjunto de letreros, que dificultan los esfuerzos de “SM2015 I” de comunicación con la población destinataria.

### SM2015 II

Al igual que “SM2015 I”, el cartel “SM2015 II” está hecho a mano, colorido, decorado con adornos, como una imagen en perfil en la esquina inferior izquierda de cuatro personas que parecen estar bailando. La imagen de las personas bailando parece ser completamente irrelevante o incluso engañosa sobre las consecuencias del embarazo joven, ya que aparece justo debajo del anuncio “Atención Integral Adolescentes Prenatales” y podría interpretarse como una indicación

de alabanza para tal fenómeno. Es posible que esta falta de coherencia refleja el conflicto entre el discurso institucional y tradicional popular. La persona que diseñó el “SM2015 II” era muy probable un profesional local de la salud que estaría familiarizado con el discurso tradicional popular, en cuyo caso la imagen puede reflejar el intento del creador de apelar a la narrativa popular tradicional del embarazo joven. Sin embargo, no hay ningún indicio dado acerca de cómo esta imagen se debe interpretar y, por tanto, se añade a la incoherencia de los carteles de SM2015.

Como una de las funciones del conjunto de letreros que es “SM2015 I”, la función principal de “SM2015 II” parece ser hacer publicidad para reuniones para adolescentes y recursos del teléfono, lo que lo hace mejor que los esfuerzos de publicidad de “SM2015 I”. Además de dar el día de los eventos para la audiencia meta, “SM2015 II” proporciona los horarios de estos eventos, “Martes: 1 a 2 p.m.” y “Viernes: 10 a 12 m.d.” no obstante, no indica explícitamente lo que ocurre durante estos eventos. Sin embargo, hay un cuadrado en la parte arriba derecha que dice “si querés hablar sobre... familia, pasatiempos, noviazgo, comunidad, amigos, el cole”, una declaración que proporciona cierta penetración en lo que ocurre durante los eventos. El uso de “vos” a menudo se considera una estrategia efectiva de comunicación con audiencias rurales donde “vos” se utilizan con más frecuencia que “tú”. Sin embargo, el uso de “vos” en las zonas rurales de Costa Rica parecía estar bastante limitado de lo que observé durante mis dos meses de trabajo de campo. Por lo tanto, el uso de “vos” aquí parece representar otra instancia en la que SM2015 parece no entender a la población destinataria. Debajo de esta declaración, hay un número de teléfono y la frase “¡Llámanos. Es Gratis!”. Esta manera de hacer publicidad para una línea telefónica de ayuda sin algún tipo de información sobre lo que ocurría cuando se llama al número no parece ser la manera más eficaz posible. La falta de claridad de lo

que se puede obtener a partir del recurso de teléfono y lo que ocurre en los eventos disminuye la capacidad de “SM2015 II” de comunicarse y efectivamente crear interés en lo que “SM2015 II” está tratando de hacer publicidad.

No todos los elementos de “SM2015 II” son problemáticos. De hecho, un aspecto beneficioso del cartel es la clasificación de la audiencia meta como “los y las” adolescentes. La primera línea del texto a parte del título dice “Atención Integral al Adolescente”, lo que implica que el evento es para ambos sexos porque si solamente intentara comunicarse con las adolescentes, utilizaría “a la Adolescente”. Esto indica, como dice en su sitio web, que la iniciativa quiere comunicarse tanto con los adolescentes como con las adolescentes y reconoce que los comportamientos sexuales y el embarazo son el resultado de la participación de hombres y mujeres. Esto es reforzado por la imagen de mujeres y hombres bailando en la esquina inferior izquierda. Si SM2015 quiere reducir la tasa del embarazo en la población destinataria, la población adolescente, como se indica por su sitio web, tiene que comunicarse con todas las personas que son “adolescentes” y no sólo con las mujeres que se quedan embarazadas. A pesar de este aspecto beneficioso de la audiencia meta, el uso del término “integral” muestra más ambigüedad. Sin ningún detalle adicional, no está claro qué significa este término. No sabemos si “integral” significa para los hombres y mujeres o que múltiples tipos de información y atención son proporcionados o algo completamente distinto y, por tanto, el término “integral” funciona como otra fuente de incoherencia en los intentos de comunicación por SM2015.

### SM2015 III

“SM2015 III” existe en dos formas, como un cartel independiente y como parte de “SM2015 II”. De cualquier manera, el propósito del cartel parece ser anunciar un recurso de teléfono para la “adolescente madre”. Sin embargo, al igual que los otros carteles de SM2015,

“SM2015 III” carece de cualquier detalle describiendo lo que es el recurso de teléfono, lo que es un problema fundamental del cartel. Además, la capacidad para comunicarse con este público objetivo se ve impedida por la suposición de que las madres jóvenes se clasifican a sí mismas como “adolescentes”. Durante las encuestas, la mayoría de las madres mencionaron que tenían esposos. Este descubrimiento sugiere que estas madres no podrán considerarse a sí mismas “adolescentes” como el matrimonio es tradicionalmente visto como un evento exclusivo para adultos. Más aún, la clasificación de “adolescente madre” no parece ser parte del discurso común. Observé que esta clasificación fue raramente usada por la población destinataria e incluso Idonka me dijo que “madre joven” es la forma correcta de dirigirse a las madres menores de 20 años. Por lo tanto, es muy probable que las madres jóvenes no se identifican como “adolescentes”, una clasificación que es ajena al discurso popular local. Esta probable falta de identificación como “adolescente” por la población destinataria refleja un gran obstáculo para el funcionamiento del cartel en sus intentos de comunicación.

Conclusión:

Los carteles, por lo menos los que están hechos a mano, fueron casi seguro diseñados por profesionales locales de la salud. Por lo tanto, los diseños parecen reflejar lo que estas personas pensaban que es apropiado, una observación confirmada por las respuestas de los locales a algunas imágenes de los diseños de los carteles. Sin embargo, mientras que los diseños de los carteles indican un intento de comunicarse con la población local en un contexto culturalmente apropiado, el lenguaje empleado todavía parece estar dominado por el discurso institucional del Ministerio de Salud de Costa Rica y SM2015. El tipo de lenguaje utilizado en combinación con la falta de claridad de la información expresada en los carteles parecen impedir los esfuerzos de los carteles de SM2015 a comunicarse con eficacia con la población destinataria. En el sitio web

de SM2015, se establece que la cantidad de dinero que se ha desembolsada para financiar los programas en Costa Rica es \$166,676, que es sólo una fracción de la cantidad de dinero aprobada y presupuestada para Costa Rica. Parece como si SM2015 se beneficiaría significativamente de gastar más dinero con el fin de mejorar sus intentos aparentemente débiles para comunicarse con la población destinataria.

### **CAPÍTULO TRES: Reflexiones y la tensión entre los discursos**

Este estudio no fue una investigación basada en la comunidad en que la población destinataria tuviera un papel activo en la investigación y trabaja con los investigadores formales para satisfacer las necesidades identificadas desde dentro por miembros de la comunidad (Strand et al., 2003: 16-18). Una investigación basada en la comunidad crea una colaboración entre los investigadores y los habitantes locales y ambas partes comparten el poder, se comunican efectivamente y escuchan atentamente unos a otros, comprenden y empatizan con los demás, y permanecen flexibles (Strand et al., 2003: 27-37). Si se realiza bajo estas directrices, este tipo de la investigación se traduce en el cumplimiento mutuo de los intereses de ambos socios y se ha demostrado que resulta en un cambio social de más impacto y a largo plazo (Strand et al., 2003: 38-40). En cambio, este proyecto se inició como resultado de una observación que hice como una extranjera y fue diseñado en Atlanta antes de que se llevara a cabo cualquier trabajo de campo formal.

Yo empecé el estudio bajo la influencia del discurso institucional moderno que considera el embarazo en las mujeres menores de 20 años de edad como un “problema”. De hecho, la *Office of Adolescent Health* resume la narrativa oficial con su declaración de que “Childbearing during adolescence negatively affects the parents, their children, and society” (Office of Adolescent Health, 2015). Esta narrativa habla del embarazo que ocurre en la muchacha joven que vive con sus padres y por error concibe un niño antes de que esté suficientemente madura para “manejar” la maternidad.

En contraste con esta narrativa del embarazo adolescente, la perspectiva general del embarazo joven en la Costa Rica rural parecía ser más positiva que negativa. Muchas de las madres encuestadas reportaron que recibieron sus embarazos con felicidad y alegría. Además,

como hemos visto en el capítulo I, siete de las 13 mujeres, la mayoría, mencionaron que tenían un marido durante la encuesta y algunas vivían en una casa propia con sólo su esposo y su hijo. La experiencia de este tipo de madre joven con una vida adulta bien establecida crea una narrativa de la madre joven que parece ser opuesta a la narrativa americana, una comprensión que expone las insuficiencias de las implicaciones de la clasificación de la “adolescente embarazada o madre” para todas las madres jóvenes.

Se suele aceptar que el discurso es determinado, por lo menos en parte, por la audiencia que lo recibe. Según A.L. Becker, citado por Barbara Johnstone, la influencia del público es una de las seis “fuentes de restricción” sobre el discurso que explican las formas y las funciones que tiene y no otras (Johnstone, 2008:147-148). En este estudio, como la investigadora principal, mi identidad, norteamericana, extranjera, y de un nivel educativo y socioeconómico alto en comparación con las encuestadas, podría crear una desigualdad de autoridad en que las madres sentían que yo estuviera haciendo las encuestas desde una posición de superioridad (incluso la posibilidad de que yo las estuviera juzgando, lo cual podría provocar una defensa de sus acciones).

Johnstone sugiere que el hablante hace ajustes al discurso para adaptarse a las expectativas del público percibidas (Johnstone, 2008: 147). Generalmente para las encuestas, el público incluía a la investigadora (yo), mi ayudante de la comunidad, Idonka. Mientras que Idonka me acompañó a los lugares de encuentro acordados para cada encuesta/entrevista, participó principalmente en las presentaciones iniciales y permaneció una espectadora silenciosa durante las encuestas. Por lo tanto, la comunicación se produjo entre la madre y yo y entonces yo sola, una extranjera a la comunidad, era la audiencia principal de las respuestas, un diseño del

estudio que puede crear una relación desigual en lugar de una igualdad del poder entre ambas partes. Este hecho constituye una limitación de este estudio.

Mientras mi identidad me hacía forastera, la ayuda de un miembro de la comunidad, Idonka, permitió que me acercara más a la comunidad. Esta participación comunitaria me dio la oportunidad de presentarme como una forastera menos amenazante ya que Idonka me presentaba a las madres jóvenes como una amiga de los Estados Unidos. En realidad, algunas de las madres entrevistadas eran amigas de Idonka y su presencia durante las presentaciones parecía ayudar a aliviar la ambivalencia y la inquietud acerca de la participación en la encuesta.

A pesar de la ayuda de Idonka que permitió que me acercara a la comunidad y a las participantes encuestadas, había creado y fijado las preguntas de la encuesta antes del trabajo del campo, muy influida por mi orientación hacia el discurso institucional sobre el embarazo joven y una falta de experiencia con el tema en su contexto local. Esto me impidió una comprensión adecuada de las implicaciones del término y concepto de “embarazo adolescente”. Uno de los descubrimientos principales de este estudio fue que muchas de las “madres adolescentes” no se ajustan a la definición de “adolescente”. Según la Real Academia Española, la adolescencia es “1.f. Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo” (“Adolescente”, 2012). Esta definición culturalmente flexible contrasta con la definición técnica de las instituciones mundiales de la salud pública, que especifican que las edades de 10 a 19 años (“Salud de los adolescentes”, 2015) constituyen los límites cronológicas de la adolescencia. Este tipo de clasificación técnica y universalizada no parece ni puede tener en cuenta la posibilidad de otras concepciones de la progresión desde la niñez hasta la edad adulta, una progresión que, por lo menos en la Costa Rica rural, todavía incluye “ritos de pasaje” como el matrimonio y el embarazo, incluso entre las mujeres menores de 20 años. Por lo tanto, esta

definición técnica de “adolescente” presenta un obstáculo a la comprensión de la población destinataria y, desde luego, a la comunicación con ella.

El término “adolescente” es un ejemplo de enfoque *etic* a la clasificación de la población destinataria. El enfoque *etic* pertenece al concepto de las perspectivas *emic* y *etic* que se utilizan en las ciencias sociales (especialmente la antropología/etnografía) y que se refiere al caso en que el forastero, típicamente el investigador, aplica su perspectiva o da sentido a algo de la cultura local o nativa (Morris et al., 1999). Su contrario, el enfoque *emic*, describe el caso en que el forastero o el investigador intenta aprender y adoptar la postura o visión de la cultura local para comprender desde dentro de las normas sociales de la población en cuestión (Morris et al., 1999). En este estudio, el término “adolescente” pertenece a la primera categoría, la del enfoque *etic*, ya que clasifica a todas las personas costarricenses mayores de 9 años y menores de 20 años en función de una perspectiva externa. Sin embargo, mientras que las organizaciones institucionales como la Organización Mundial de la Salud parecen tener una perspectiva *etic* de la población destinataria, las comunidades que visité parecían tener su propio medio de clasificar *emic* a las personas menores de 20 años. En lugar de utilizar “adolescente embarazada o madre adolescente”, la población nativa utilizaba la clasificación de “madre joven”, lo que representa un enfoque *emic*, para hablar de las madres menores de 20 años, típicamente mayores de 15. De hecho, durante el proceso del reclutamiento, Idonka casi exclusivamente utilizaba la clasificación de “madre joven” para hablar de las participantes potenciales y cuando le pregunté a ella sobre la mejor manera de hablar de las participantes, me dijo que todo el mundo utiliza la expresión “madre joven”. Al enterarse de esto, empecé a reconocer verdaderamente las limitaciones de mi propio diseño del estudio y el de los carteles del SM2015 que había visto en las clínicas de salud.

A pesar de lo que parece ser un enfoque *etic*, el término “adolescente” parece ser el “estándar de oro” para clasificar las personas de 10 a 19 años de edad por el discurso científico e institucional “globalizado”. En otros estudios de investigación similares a este, el uso del término “adolescente” es una práctica común. En Álvarez Nieto et al. (2012), un estudio que sugiere incentivos posibles para el “embarazo adolescente”, todo el artículo se enmarca con el concepto de embarazo adolescente, de las categorías de datos como “Deseabilidad y experiencia de su embarazo en la adolescencia” y “Imagen social de un embarazo adolescente” al propio título, *Motivaciones para el embarazo adolescente*. En otra investigación de las opiniones de la sexualidad y la reproducción en un grupo de participantes cubanos entre 15-19 años, se utilizan preguntas como “La responsabilidad de evitar el embarazo en la adolescencia es de: El varón \_\_\_ La hembra \_\_\_ Ambos \_\_\_” (Díaz Curbelo et al., 2008) para comunicarse con los participantes. Estos estudios son dos de una gran cantidad de publicaciones que utiliza el término adolescente para hablar con y de un público objetivo que es menor de 20 años de edad, lo que sugiere que las implicaciones y limitaciones del término no han sido plenamente reconocidas a nivel institucional y global.

SM2015 utiliza el término “adolescente” casi exclusivamente en los carteles que observé en las clínicas de Costa Rica para comunicar con la población destinataria. La limitación principal con el término “adolescente” es que la población destinataria costarricense no necesariamente se identifican por esta clasificación institucional y por lo tanto, se crea una brecha de comunicación entre SM2015 y el público destinatario. Al igual que mi propio diseño del estudio inicial (el cuestionario), esta limitación de la iniciativa SM2015 refleja los problemas que pueden surgir cuando se hacen preguntas y observaciones antes de interactuar con la comunidad y de esa manera darse cuenta de la necesidad de la participación de la comunidad.

Este estudio desarrolló mi conciencia en cuanto a la importancia de la participación de la comunidad en la realización de investigaciones. Cuando comencé este proyecto, inspirada por mis propias opiniones de la maternidad, pensé que estaba diseñando el estudio de la mejor manera posible, tomando lo que he aprendido a través de los textos académicos y fuentes institucionales sobre el embarazo joven y usando sus visiones de embarazo para enmarcar el estudio. Así cuando llegué a Costa Rica sólo para encontrar una visión diferente del embarazo, me sorprendieron no sólo las limitaciones de mi diseño del estudio, sino también las problemáticas presuposiciones en que se basaban. Pensé que los términos “embarazo/madre adolescente” serían bien reconocidos y utilizados ya que parecían ser los términos estándares utilizados para discutir las madres jóvenes en la literatura y no creía que las madres no se identificarán con el término “adolescente”. Como aprendí rápidamente sobre el terreno, existía una brecha significativa entre mi punto de vista imaginario de la población destinataria y la realidad. Más importante aún, descubrí que yo no era la única en hacer este tipo de presupuestos, y que en realidad SM2015, la iniciativa que parecía ser una de las voces institucionales más fuertes para la cuestión del embarazo joven, también estaba cometiendo los mismos errores que surgen cuando se trabaja sin la participación de la comunidad. Por lo tanto, parecía que SM2015 también necesitaba prestar atención al tipo de conocimiento que yo adquirí cuando estuve expuesta a la perspectiva local del embarazo joven.

La perspectiva del embarazo joven que aparece en los mensajes de SM2015 refleja la perspectiva institucional y académica de tal fenómeno, una perspectiva que clasifica el embarazo joven como un grave problema, como se puede ver por la forma en que este evento es discutido por Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud, 2014; Tuschman y UNFPA, 2013). En el sitio web de SM2015, un artículo sobre la

iniciativa en Costa Rica explica que “Según el Censo del 2000, el 13 por ciento de las adolescentes en Costa Rica ha tenido un hijo, situación que es aún más compleja en los cantones más pobres, donde hasta un 35% de las adolescentes ya ha sido madre. Para revertir esta problemática...” (“Costa Rica se propone reducir el embarazo adolescente en áreas rurales”, 2012), una de muchas declaraciones que demuestra la vista similar que tiene SM2015 y el problema principal con la iniciativa. Este punto de vista globalmente aceptado del embarazo joven no parece reconocer o demostrar consciencia del discurso tradicional popular que refleja (y constituye) una perspectiva diferente. El discurso oficial institucional no reconoce la existencia de una maternidad joven que no encaje en su narrativa. No hay espacio para una forma diferente de imaginar las cosas, que resulta ser particularmente problemático cuando se contempla la realidad lo que está ocurriendo: las madres están casadas (a veces antes del embarazo), optan por quedarse embarazadas y sus embarazos, en gran parte, son aceptados. Al no reconocer los discursos o narrativas locales, la iniciativa impide su capacidad de comunicarse de manera efectiva con la población destinataria que utiliza este discurso tradicional y la narrativa que propone y, por tanto, SM2015 se aísla de ellos.

Este defecto de diseño de la iniciativa sugiere que existe un problema global con la forma en que el mundo académico institucional está imaginando y definiendo el embarazo joven. De hecho, otras iniciativas diseñadas para la prevención del “embarazo adolescente”, como Profamilia Colombia, no parecen tener en cuenta el contexto social de las madres jóvenes ni permitir la maternidad joven que no encaja en el relato académico institucional del embarazo joven (“Prevención del embarazo adolescente”, 2013). Por lo tanto, parece que hay una necesidad de investigación futura que explore el contexto social en el que se produce el embarazo joven y cómo esto puede diferir de la narrativa institucional actual.

La otra limitación fundamental de la iniciativa SM2015 es la manera en que se presenta a sí misma como superior a la población destinataria. Esta postura se basa en la falta de participación de la comunidad en cuestión, como se ejemplifica en la ilustración de la población destinataria en el sitio web con una foto de un niño con ojos tristes que aparece estar en un estado de indigencia y el lenguaje formal que utiliza SM2015 en sus carteles en las clínicas de Costa Rica. En vez de establecer una relación horizontal con las comunidades rurales de Costa Rica, SM2015 parece tomar una postura “que conocemos mejor”, lo que crea una jerarquía entre SM2015 y los locales costarricenses y los discursos que utilizan los dos.

La iniciativa de SM2015 no parece valorar la participación de la comunidad y por lo tanto, parece funcionar con dos limitaciones que pueden haber sido evitadas si se hubiera tenido en cuenta lo que estaba ocurriendo en el terreno. La falta de la conciencia del discurso tradicional popular y la creación de una jerarquía por SM2015 parecen haber llevado a una brecha entre el discurso de SM2015 y el discurso local de las regiones rurales de Costa Rica.

## CONCLUSIONES:

El discurso ha sido definido como las maneras en las que usamos el lenguaje para hablar, escribir y comunicar que reflejan y son influidas por las formas en que nosotros pensamos, actuamos y en última instancia, somos (Johnstone, 2008: 2-5). Así, al analizar las formas en que el lenguaje se utiliza para hablar y/o escribir sobre un fenómeno, como el embarazo en mujeres menores de 20 años, podemos comprender por lo menos un poco sobre la forma en que el autor del discurso considera y piensa acerca del fenómeno en cuestión (Johnstone, 2008: 15).

Si bien este estudio no es de análisis del discurso oficial, su corazón y conclusiones se basan en el análisis del discurso institucional de salud pública y el discurso local costarricense y la conflictividad evidente que existe entre estos dos sistemas de discurso utilizados para discutir el embarazo y la maternidad en mujeres menores de 20 años. Mediante el análisis de las formas en que las organizaciones y profesiones de salud pública y las comunidades de la Costa Rica rural utilizan el lenguaje para hablar y escribir sobre el embarazo joven, podemos entender, al menos un poco, algo de las formas en las que ambas partes perciben y piensan de tal fenómeno. Mediante el estudio de los textos de SM2015, específicamente la página de Facebook, el sitio web y los carteles y anuncios, y la información obtenida de las encuestas de algunas madres jóvenes costarricense, los sistemas de discurso utilizados por ambas partes fueron identificados y un conflicto llamativo entre ellos se hizo evidente. Mientras que el discurso institucional utilizado por SM2015 propone que el embarazo adolescente es un problema, sobre todo en términos de la salud física, el discurso tradicional popular costarricense utilizado a nivel local valida el embarazo joven ya que con frecuencia se percibe, al menos después de los 15 años, como una bendición, un paso bien recibido en la progresión de la vida y una manera en la que las mujeres jóvenes pueden lograr un mayor estatus social. La conflictividad aparente entre estas

dos narrativas del embarazo joven parece obstaculizar los esfuerzos de SM2015 en sus intentos de comunicarse con la población destinataria de las comunidades locales de la Costa Rica rural.

Salud Mesoamérica 2015 es una organización institucional comprometida --como se ve en su misión-- con la reducción de la tasa de embarazos en adolescentes, la mejora de los servicios de salud sexual que se ofrecen a la población adolescente de Costa Rica y en última instancia, el cambio del comportamiento de la población destinataria. Como se mencionó anteriormente, las formas habituales en que usamos el lenguaje están íntimamente relacionadas con la forma en que pensamos y actuamos (Johnstone, 2002: 2-3). Por lo tanto, con el fin de cambiar el comportamiento, que es la meta de SM2015, la iniciativa también debe, al menos en parte, cambiar la forma en que la población local utiliza el lenguaje para hablar y escribir sobre la conducta sexual y el embarazo antes de los 20 años. Es razonable suponer que un cambio de esta magnitud requiere en el nivel más fundamental la comunicación efectiva entre SM2015 y su población destinataria, pero como se muestra en todo este proyecto, parece existir una brecha de comunicación entre estas dos partes. Esta brecha refleja el conflicto entre los discursos de salud pública utilizados por las organizaciones institucionales como SM2015 y el discurso popular tradicional utilizado por los lugareños y lo que parece ser una falta total de conciencia y el reconocimiento de la presencia del discurso popular tradicional por parte de SM2015. En lugar de involucrar a la comunidad y la comunicación a través de medios culturalmente relevantes, SM2015 intenta comunicarse con la población destinataria con instrumentos como los carteles que están enmarcados por el discurso institucional y su narrativa oficial del embarazo joven sin tener en cuenta el hecho de que este discurso no es el único utilizado por la población y que el discurso tradicional popular sigue siendo utilizado, validando la maternidad joven, todo lo que conduce a una falta de comunicación a nivel local. SM2015 trata de imponer un discurso

institucional sobre una población que está acostumbrada al uso del discurso tradicional popular y una narrativa relativamente positiva del embarazo antes de los 20 años.

Una de las mejores estrategias para proyectos de prevención para una población de individuos menores de 20 años de edad es la colaboración entre las instituciones de salud pública y la comunidad local en cuestión, con la participación activa de la comunidad en que los habitantes locales evalúan las necesidades e identifican los problemas prioritarios con el fin de ayudar a dar forma al diseño del proyecto (Catalano et al., 2002). Esta estrategia de la participación de la comunidad no parece ser utilizada por SM2015, una observación que se evidencia en la ausencia de la conciencia y el reconocimiento del discurso popular tradicional utilizado para discutir el embarazo joven a nivel local. Este estudio y otros similares enfatizan el tipo de trabajo con la participación activa de la comunidad destinataria que se debe llevar a cabo para informar los esfuerzos y las iniciativas de organizaciones como SM2015 antes de implementarse cualquier proyecto, con el fin de adaptar las “buenas intenciones” a la realidad local y de esa manera conseguir verdaderas y duraderas mejoras en la salud de las comunidades destinatarias.

## Bibliografía

- About Institutional Review Board (IRB). (2015). En *American Public University System*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.apus.edu/community-scholars/institutional-review-board/>.
- Álvarez Nieto, C., Pastor Moreno, G., Linares Abad, M., Serrano Martos, J. y Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26 (6).
- Bute, J.J. y Russell, L.D. (2012). Public discourses about teenage pregnancy: disruption, restoration, and ideology. *Health Communication*, 27 (7), 712-22.
- Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Irwin, C.E., Ross, D.A., y Shek, D.T.L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379 (9826), 1653-64.
- Connolly, Greg. (2002). Costa Rican Health Care: A Maturing Comprehensive System. In *Centre for Enquiry into Health and Allied Themes*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.cehat.org/rthc/paper5.htm>.
- Córdova Pozo, K. et al. (2015). Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health in Latin America: Reflections from an International Congress. *Reproductive Health*, 12 (11).
- Costa Rica. (abril de 2014). En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html>.
- Diay: Significado de Diay en Costa Rica. (s.f.). En *AsiHablamos.com: El diccionario latinoamericano, para poder entendernos*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.asihablamos.com/word/palabra/Diay.php>.

- Díaz Curbelo, A., Aliño Santiago, M., Velasco Boza, A., Rodríguez Cárdenas, A. y Rodríguez Tahuile, V. (2008). Sexualidad y reproducción en adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34 (3).
- Evans, D.B., Tandon, A., Murray, C.J.L., y Lauer, J.A. (2001). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. *World Health Organization*.
- Festinger, Leon. (1962). Cognitive Dissonance. *Scientific American*, 207(4), 93-107
- Hall, S. (1997). 'The work of representation', in S. Hall (ed.). *Representation: cultural representations and signifying practices*. London: Sage, Open University.
- Hamilton, B.E., Martin, J.A., Osterman, M.J.K., y Curtin, S.C. (2014). Births: Preliminary Data for 2013. *National Vital Statistics Reports*, 63(2).
- Johnstone, B. (2008). *Discourse analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Malden, Massachusetts: Blackwell.
- Larracilla-Alegre, Jorge. (2001). Comentario al trabajo: "La adolescente embarazada. Un problema de salud pública". *Cirugía y Cirujanos*, 69(6), 304-305.
- Lestage, Françoise. (2011). La quinceañera vista por adolescentes Mexicanas y México-americanas. En Norma Ojeda de la Peña y María Eugenia Zavala Cosío (eds). *Jóvenes Fronterizos/Border Youth. Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez* (223-238). El Colegio de la Frontera Norte: Conacyt.
- Milroy, Lesley y Gordon, Matthew. (2003). *Sociolinguistics: Method and Interpretation*. Malden, MA: Blackwell.
- Morris, M.W., Leung, K., Ames, D., and Lickel, B. (1999). Views from Inside and Outside: Integrating Emic and Etic Insights about Culture and Justice Judgment. *Academy of Management Review*, 24 (4), 781-796.

- Mosher, W.D., Jones, J., y Abma, J.C. (24 de julio de 2012). Intended and unintended births in the United States: 1982-2010. *National Center for Health Statistics: Vital Health Statistics*, (55).
- Mothiba, T.M. y Maputle, M.S. (2012). Factors contributing to teenage pregnancy in the Capricon district of the Limpopo Province. *Curationis*, 35 (1). doi: 10.4102/curationis.v35i1.19.
- Misión y objetivos. (2012). En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/salud-mesoamerica-2015-mision-y-objetivos,2754.html>.
- Office of Adolescent Health. (2015). Overview: Teen Pregnancy and Childbearing. In *The U.S. Department of Health and Human Services* (Office of Adolescent Health). Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/>.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2015). Health Communication. In *the Office of Disease Prevention and Health Promotion*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.health.gov/communication/resources/>.
- Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2014). El embarazo en la adolescencia. En *Organización Mundial de la Salud* (Centro de prensa). Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Adolescent Pregnancy. En *World Health Organization* (Maternal, newborn, child and adolescent health). Consultado el 20 de marzo de 2015 en [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/adolescent\\_pregnancy/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/)

Organización Mundial de la Salud. (2015b). Salud de los adolescentes. *Organización Mundial de la Salud* (Temas de salud). Consultado el 20 de marzo de 2015 en

[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/).

“Penpal Statistics: Costa Rica”. (12 de noviembre de 2002). *Students of the World*. Consultado el 20 de mayo de 2014 en

<http://www.studentsoftheworld.info/penpals/stats.php3?Pays=CRI>.

Prevención del embarazo adolescente. (2013). En *Profamilia Colombia* (Prevención).

Consultado el 20 de marzo de 2015 en

[http://www.profamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=364%3Aprevencion&catid=63&Itemid=250](http://www.profamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=364%3Aprevencion&catid=63&Itemid=250).

Proyecto Binacional Costa Rica-Nicaragua. (2013). En *el Fondo de Población de las Naciones Unidas Costa Rica*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en

<http://www.unfpa.or.cr/programa-de-pais/poblaciones/personas-migrantes/proyecto-binacional-costa-rica-nicaragua>.

¿Qué es CEN-CINAI?” (s.f.). En *CEN-CINAI: Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición de Centros Infantiles de Atención Integral*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.cencinai.org/>.

Real Academia Española. (2012a). Adolescente. *Diccionario de la lengua española* (22<sup>a</sup> ed.).

Madrid. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://lema.rae.es/drae/?val=adolescente>.

Real Academia Española. (2012b). Prevención. *Diccionario de la lengua española* (22<sup>rd</sup> ed.).

Madrid. Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://lema.rae.es/drae/?val=prevención>.

Rimal, R.N. y Lapinski, M.K. (2009). Why health communication is important in public health.

*Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247. doi: 10.2471/BLT.08.056713.

- Ruiz, R.B., Delis, M.M., Frómeta, M.C., y Alfaro, M.R. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *Medisan*, 17(1). ISSN: 1029-3019.
- Salud Mesoamérica 205 (2012a). Costa Rica. En *Salud Mesoamérica 2015* (Mesoamerica). Consultado el 10 de octubre de 2014 en [www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html](http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html).
- Salud Mesoamérica 2015. (2012b). Costa Rica se propone reducir el embarazo adolescente en áreas rurales. En *Salud Mesoamérica 2015* (Videos). Consultado el 10 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/videos,3658.html?videoID=9956>.
- Salud Mesoamérica 2015. (2012c). Cuéntenos su historia: Proyecto de Aprendizaje de SM2015. En *Salud Mesoamérica 2015* (Aprendizaje). Consultado el 20 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/salud-mesoamerica-2015-modelo-operativo,2764.html>.
- Salud Mesoamérica 2015. (n.d.). En *Facebook* [Non-Profit Organization Page]. Consultado el 25 de noviembre de 2014 en <https://www.facebook.com/saludmesoamerica2015/timeline>.
- SM2015- Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente. [diapositivas de Powerpoint]. (Mayo de 2012). Consultado el 20 de marzo de 2015 en [http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3\\_9\\_CostaRica\\_SaludRep\\_MIN\\_SAL.pdf](http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3_9_CostaRica_SaludRep_MIN_SAL.pdf).
- Soeters, R. y Vroeg, P. (septiembre de 2011). Why there is so much enthusiasm for performance-based financing, particularly in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 621-700. doi: 10.2471/BLT.11.089987.

Solís Ramírez, M. (11 de Julio de 2013). CCSS tiene en funcionamiento 1 014 Ebáis en todo el territorio nacional. Consultado el 20 de marzo de 2015 en

<http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/22-ebais/980-ccss-tiene-en-funcionamiento-1-014-ebais-en-todo-el-territorio-nacional>.

Strand, K., Marullo, S., Cutforth, N., Stoecker, R., y Donohue, P. (2003). *Community-Based Research and Higher Education: Principles and Practices*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Tuschman, Mark y UNFPA. (30 de octubre de 2013). 'Motherhood in childhood', new UN report, spotlights adolescent pregnancy. *UN News Centre: with breaking news from the UN News Service*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en

<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=46373#.VQsoSV40Ng0>.

Zentella, Ana Celia. (1997). *Growing Up Bilingual: Puerto Rican Children in New York*. Malden, MA: Blackwell.

## Referencias no publicadas

- Áreas de Salud seleccionadas [imagen de presentación Powerpoint]. (mayo de 2012). En *SM2015-Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente*. Consultado de [http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3\\_9\\_CostaRica\\_SaludRep\\_MIN\\_SAL.pdf](http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3_9_CostaRica_SaludRep_MIN_SAL.pdf).
- Chaiklin, Charlotte. (La fotógrafa). (Augusto de 2014a). *SM2015 I* [la fotografía]. JPEG archivo.
- Chaiklin, Charlotte. (La fotógrafa). (Augusto de 2014b). *SM2015 II* [la fotografía]. JPEG archivo.
- Chaiklin, Charlotte. (La fotógrafa). (Augusto de 2014c). *SM2015 III* [la fotografía]. JPEG archivo.
- GoVisitCostaRica. (n.d.) Mapa de Provincias de Costa Rica [imagen de internet]. Consultado el 1 de abril de 2015 en <http://www.govisitcostarica.co.cr/travelInfo/mapLg.asp?mapID=11>.
- [Imagen de Facebook sin título de dos mujeres jóvenes]. (25 de noviembre de 2014). Consultado el 25 de noviembre de 2014 en <https://www.facebook.com/saludmesoamerica2015/photos/pb.364093470273265.-2207520000.1427812410./998493446833261/?type=3&theater>.
- [Imagen de Facebook sin título de un niño pequeño]. (14 de julio de 2014). Consultado el 25 de noviembre de 2014 en <https://www.facebook.com/saludmesoamerica2015/photos/a.397551870260758.122333.364093470273265/910899252259348/?type=1&theater>.
- [Imagen sin título de la página web de SM2015 de Costa Rica parte uno]. (abril de 2014). Costa Rica. En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 21 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html>.

[Imagen sin título de la página web de SM2015 de Costa Rica parte dos]. (abril de 2014). Costa Rica. En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 21 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html>.

La Nación S.A.. (2000). Mapa de Puntarenas [imagen de internet]. Consultado el 1 de abril de 2015 en <http://www.nacion.com/zurqui/mapas/home5.html>.

## EL APÉNDICE



GoVisitCostaRica. (n.d.) Mapa de Provincias de Costa Rica [imagen de internet]. Consultado el 1 de abril de 2015 en <http://www.govisitcostarica.co.cr/travelInfo/mapLg.asp?mapID=11>.



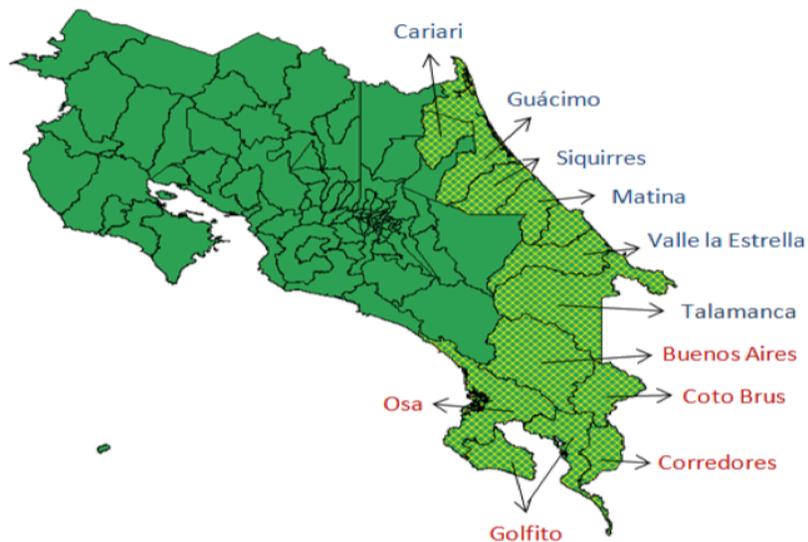
### **Cantón, número y cabecera**

- 1. Puntarenas: Puntarenas
- 2. Esparza: Esparza
- 3. Buenos Aires: Buenos Aires
- 4. Montes de Oro: Miramar
- 5. Osa: Puerto Cortés
- 6. Aguirre: Quepos
- 7. Golfito: Golfito
- 8. Coto Brus: San Vito
- 9. Parrita: Parrita
- 10. Corredores: Ciudad Neily
- 11. Garabito: Jacó

La Nación S.A.. (2000). Mapa de Puntarenas [imagen de internet]. Consultado el 1 de abril de 2015 en <http://www.nacion.com/zurqui/mapas/home5.html>.



## Áreas de Salud seleccionadas



Una innovadora asociación público-privada para reducir las brechas de equidad en salud en Mesoamérica

Áreas de Salud seleccionadas [imagen de presentación Powerpoint]. (mayo de 2012). En *SM2015-Costa Rica Prevención y Atención del Embarazo adolescente*. Consultado el 20 de marzo de 2015 en [http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3\\_9\\_CostaRica\\_SaludRep\\_MINSAL.df](http://www.cepal.org/MDG/noticias/seminarios/8/42228/3_9_CostaRica_SaludRep_MINSAL.df)



[Imagen de Facebook sin título de un niño pequeño]. (14 de julio de 2014). Consultado el 25 de noviembre de 2014 en

<https://www.facebook.com/saludmesoamerica2015/photos/a.397551870260758.122333.364093470273265/910899252259348/?type=1&theater>.



[Imagen de Facebook sin título de dos mujeres jóvenes]. (25 de noviembre de 2014). Consultado el 25 de noviembre de 2014 en

<https://www.facebook.com/saludmesoamerica2015/photos/pb.364093470273265.-2207520000.1427812410./998493446833261/?type=3&theater>.

COLLABORATION NETWORK ▾    Español    Like 7.6k    Seguir a @SM2015

 salud mesoamérica 2015    An innovative public/private partnership to reduce health equity gaps in Mesoamerica    News    Intranet    Contact

ABOUT THE INITIATIVE    INNOVATION    MESOAMERICA ▾    DASHBOARD    LEARNING    MEDIA    DOCUMENTS

Costa Rica

Executing Agency: OFFICE OF INTERNATIONAL COOPERATION IN HEALTH (OCIS)

Project number CR-G1001



**Costa Rica**

TOTAL POPULATION:	4.636.348 People
BENEFICIARY POPULATION:	91.975 Adolescents in the Target Area
<b>15%</b>	
AMOUNT DISBURSED	AMOUNT APPROVED
USD 166.676	USD 1.142.857

Data updated in April 2014

**Target areas:**

14 Municipalities: Ilobasco, San Antonio Masahuat, Santa María Ostuma, San Esteban Catarina, San Ildefonso, Tacuba, Chilitupan, San Cristobal, Monte San Juan, Apastepeque, Tecoluca, El Sauce, Sensuntepeque, Sociedad.

#### Operation Objctive

The project's objective in Costa Rica is to help the Costa Rican government to: improve quality of maternal, neonatal and child health care services for adolescents in the poorest geographical areas of the country; improve sexual and reproductive services (quality, use and access) for male and female adolescents; and generate evidence on best practices through a comprehensive and intersectoral strategy of collective impact for prevention and care in adolescent pregnancies.

Execution of the operation is based on four harmonized and integrated components:

- Strengthen comprehensive health care services in SSR for adolescents, pregnant adolescents, mothers and fathers and their children.
- Improve complementary intervention methods for adolescents in local services network.

#### Resources

##### FIRST OPERATION



▪ Initiative Funding  
USD 1,142,857  
+ Performance Tranche USD 857,143

▪ Government counterpart  
USD 1,714,286

Total first operation  
USD 3,714,286

[Fotografía sin título de la página web de SM2015 de Costa Rica parte uno]. (abril de 2014). Costa Rica. En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 21 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html>.

- Local integration mechanism for articulated operation of service network for adolescents.
- Systemization and assessment of the intervention model.

FIVE YEARS - COMBINED 1st & 2nd OP



Initiative Funding USD 1,989,456 + Performance Tranche USD 1,482,092

#### Expected Outcomes

- ▼ **-%** Reduce the number of births by adolescent mothers (10–19 years old) to 119 births per year.
- ▲ **-%** Provide comprehensive care to 45,000 adolescents (10–19 years old) in EBAIS.
- ▲ **90%** Ensure that 90% of adolescents who report having requested through EBAIS some type of birth control and protection will receive it.
- ▲ **85%** Approximately 85% of pregnant adolescents receive special prenatal education in accordance with the norm.

FUNDACIÓN  
*Carlos Slim*  
Salud



BILL & MELINDA  
GATES foundation



Copyright © 2015 Inter American Development Bank administering the Mesoamerican Health Region ("Salud Mesoamérica 2015").

Terms and Conditions Español



7.6k



Seguir a @SM2015



facebook.com/saludmesoamerica2015



twitter.com/sm2015\_

[Fotografía sin título de la página web de SM2015 de Costa Rica parte dos]. (abril de 2014). Costa Rica. En *Salud Mesoamérica 2015*. Consultado el 21 de marzo de 2015 en <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica,8789.html>.

**PROYECTO  
MESOAMERICA  
2015**

**PREVENCIÓN  
EMBARAZO  
ADOLESCENTE**

Elección  
de Juntas de Salud  
09 de octubre del 2013

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Anticonceptivos orales.	Anticonceptivos inyectables.	Anticonceptivos de Barrera.
<p><b>LA PASTILLA o PASTILLA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pastillas combinadas:</b> Contiene dos hormonas: estrógeno y progestágeno.</li> </ul> <p>Toda la liberación de óvulos por los ovarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pastillas de solo Progestágeno:</b></li> </ul> <p>Hacen el moco del cuello del útero más espeso lo que impide que los espermatozoides se unan con el óvulo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implantes subcutáneos:</b> pequeños cilindros que se colocan debajo de la piel del brazo. Solo contienen progestágeno.</li> </ul>	<p>Funcionan igual que las pastillas de solo progestágeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inyectables en combinación:</b> aplicación cada mes.</li> </ul> <p>Funcionan igual que los anticonceptivos orales combinados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condomen estéril:</b> progestágeno y progestágeno.</li> <li>• <b>Dispositivo intrauterino (DIU):</b></li> </ul> <p><b>DOS TIPOS:</b> T de cobre y el DIU de levonorgestrel.</p> <p>Como ambiente hostil para los espermatozoides.</p> <p>Suprime el crecimiento del endometrio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condón masculino:</b> Previene el semen, formando una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.</li> <li>• <b>También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.</b></li> <li>• <b>Condón femenino:</b> Formo plástico transparente, que se adapta a la vagina. Funciona como barrera, impidiendo que el óvulo se junte con los espermatozoides.</li> </ul>

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**GONORRREA:** transmisión por contacto sexual, durante el parto y con asistencia del higienista personal.

**Síntomas:** Doloración por parte de vagina de mujeres y hombr. Urdimientos, escozor, gusar. Afecta a dolor al orinar. Puede producir infertilidad y puede ser letal, reproducción, incluso la muerte si no se trata.

**TRICOMONASIS:** Transmisión sexual.

**Leishmaniasis:** Transmisión sexual.

**CHANCRO SÍFILICO:** De transmisión contagiosa, con frotamiento y heridas. La lesión puede aparecer en cualquier sitio: genitales, boca, ano, tronco e incluso en brazos. La enfermedad tiene una curación sin dolor.

**HERPES SÍFILICO:** El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual causada por los virus del herpes simple tipo 1 y 2.

Su acción característica son ampollas, que cuando se abren liberan un líquido que es el transmisor del virus y dejan una faga dolorosa que forma un cráter de 4 semanas en curar. No hay tratamiento que cure este virus.

**VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:** Existen más de 100 tipos de este virus. Algunos de estos pueden producir cáncer de cuello uterino, en mujeres y 18, algunos de los otros tipos producen verrugas genitales, entre el tipo 16 y 18.

La mayor parte de la gente infectada con VPH desaparece que la vida.

Todos los VPH se contagian por contacto piel a piel.

**TRICOMONASIS, BENTONAS**

Mujer: flujo vaginal abundante, de color verde amarillento con olor fuerte y mal olor, picazón, ardor e escozor de la vagina y de la vagina.

Hombres: flujo del pene y ardor al orinar.

La enfermedad al ser un parásito, es infecciosa durante el ciclo.

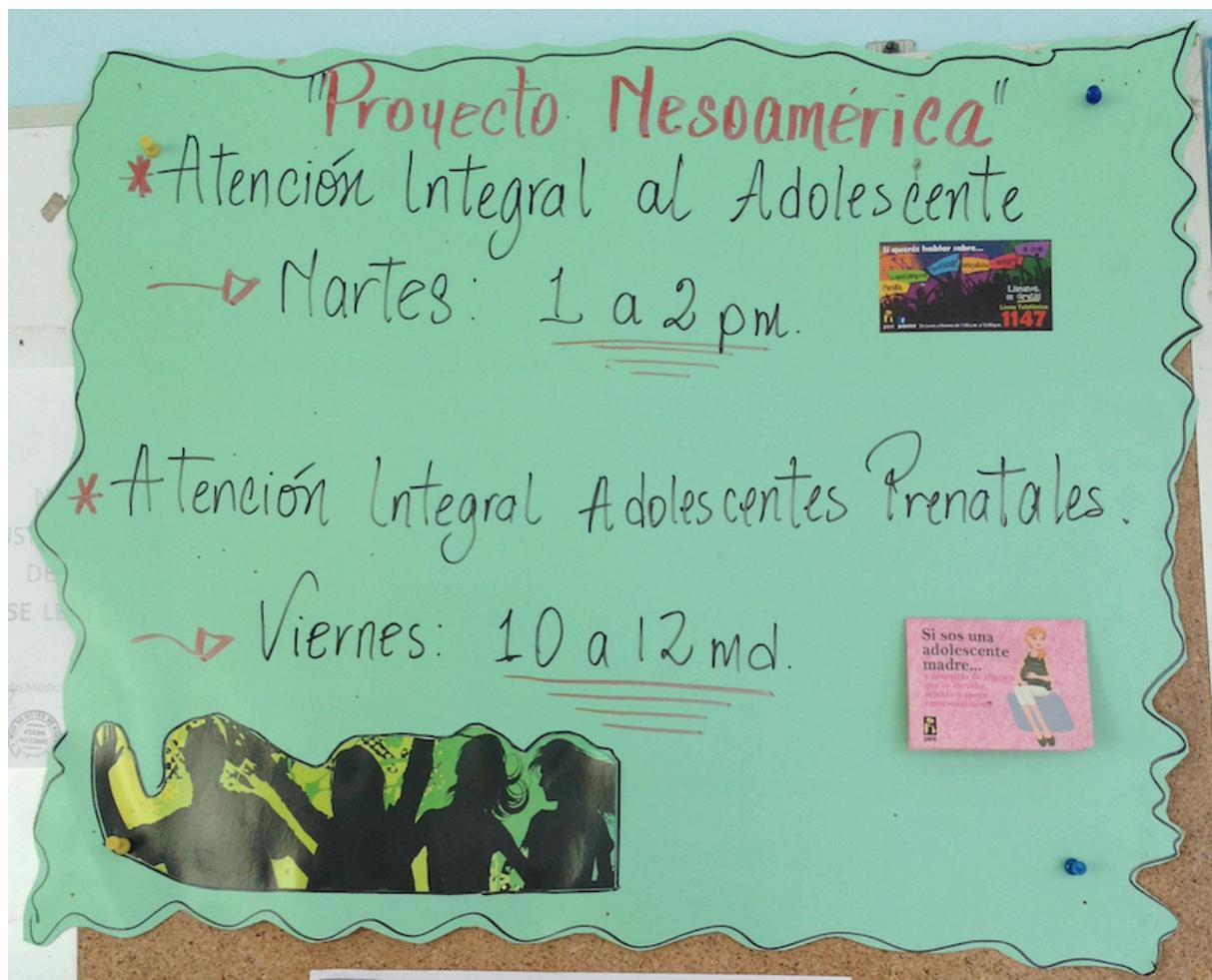
**PROTEJASE**

**CONSULTE CON SU MEDICO**

**ATENCIÓN A  
ADOLESCENTE  
EMBARAZADA O MADRE**

**ÚLTIMO LUNES  
DE CADA MES!!**

Chaiklin, Charlotte. (La fotografía). (Augusto de 2014a). SM2015 I [La fotografía]. JPEG archivo.



Chaiklin, Charlotte. (La fotógrafa). (Augusto de 2014b). SM2015 II [la fotografía]. JPEG archivo.



Chaiklin, Charlotte. (La fotógrafa). (Augusto de 2014c). *SM2015 III* [la fotografía]. JPEG archivo.