

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

PREVENCIÓN PRIMARIA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Lic. en Enfermería Adriana M. Villodres

Introducción

En la historia de la humanidad, la actual generación de jóvenes es la mayor de todos los tiempos. El 85 % vive en países pobres, que son los que tienen más altos porcentajes de jóvenes. Entre éstos, más de 500 millones viven con menos de dos dólares diarios.

Es considerado un período libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente constituye un caso especial.

Cuando en 1954 comenzaron a publicarse en la Argentina las estadísticas de fecundidad por edad, el caso de los adolescentes tomó un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980, como se puede ver en el Cuadro 1. El grupo de 10 a 14 años (fecundidad adolescente precoz) ascendió un 130 %, y el de 15 a 19 años (fecundidad adolescente tardía), un 34 %.

Posteriormente la tasa de fertilidad de adolescentes fue descendiendo en forma continua hasta el 2003, cuando los datos estadísticos indican una reversión de la tendencia en el grupo de 15 a 19 años.

Cuadro 1. Argentina. Tasas de fecundidad adolescente precoz (10-14 años) y tardía (15-19 años). Años censales entre 1960 y 2001 y estimaciones 2002- 2004.

Año	Tasa de fecundidad (por mil mujeres de las edades indicadas)	
	10 -14 años	15-19 años
1960	1,0	58,4
1970	1,9	65,5
1980	2,3	78,3
1991	1,9	69,9
2001	1,8	62,2
2002	1,9	60,5
2003	1,7	56,4
2004	1,6	62,8

Fuente: Pantelides, E. A. (1989), elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas); INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001; CEPAL/CELADE, 2005.

La OMS, en su informe sobre la población mundial (Downes, 2005), alerta sobre el aumento de embarazo adolescente en la Argentina.

Los nacimientos en menores de 19 años -uno de cada seis partos anuales en Argentina- es mayor entre seis y diez veces a los registrados en España, Italia, Francia, Alemania y Canadá. Pero la diferencia se achica respecto a los Estados Unidos, cuyo índice es menor en sólo un 20 %. En América Latina, sin embargo, el índice argentino es inferior a los porcentajes de Brasil, Paraguay Uruguay y Venezuela.

Un fenómeno singular se percibe desde la crisis económica en nuestro país. El embarazo adolescente ocurre no solo entre sectores carenciados o bajos. Existe una demanda importante de jovencitas de clase media. La diferencia radica en que las familias con más recursos tienden a ocultar el problema y pueden costear un aborto.

¿Pero qué implicancias tiene para estas jóvenes menores la maternidad precoz? Más allá de los riesgos biológicos, pesan los riesgos psicológicos y sociales.

El riesgo biológico es mayor, desde el punto de vista médico, hasta los 15 años, porque la adolescente no ha completado su desarrollo. Pero el verdadero riesgo es social y psicológico. Las jóvenes están más expuestas al abandono, a perder su pareja, a abandonar la escolaridad, a que su familia les de vuelta la cara o a tener que integrarse a una estructura familiar extensa, donde conviven abuelos, hijos, nietos, hermanos y cuñados.

La preocupación del embarazo adolescente también radica en que los hijos engendrados no son planeados.

En la franja de chicas de 12 a 15 años, el número de embarazos tiende a aumentar como consecuencia de abuso o violencia. Frente a esto, los integrantes de los equipos de salud no pueden hacer una denuncia. Se trata de un delito privado. Para conseguir intervención judicial es preciso que sea hecha por el padre, la madre u otro adulto responsable de la menor.

Cada vez se reciben más consultas tempranas en los hospitales, porque las chicas ya no ocultan tanto su embarazo. Muchas de ellas siguen una historia familiar de maternidad precoz.

A diferencia de años anteriores, en la actualidad las adolescentes son menos proclives a entregar sus bebés en adopción, en tanto que los intervalos intergenésicos (tiempo transcurrido entre embarazos) son mayores.

Indudablemente el tema es muy complejo. En este trabajo intentamos analizar aspectos que intervienen en el aumento de la incidencia de embarazos adolescentes y al mismo tiempo, proponer, desde la prevención primaria, estrategias educativas de intervención con el fin de revertir ese fenómeno tan preocupante.

Adolescencia

Según la OMS, podemos definir adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a los de la adultez y consolida su independencia socioeconómica”. Fija los límites entre los 10 años y los 20.

La adolescencia puede dividirse en tres etapas:

- **Adolescencia temprana (10 a 13 años):** biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales, con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- **Adolescencia media (14 a 16 años):** es la adolescencia en sentido estricto, cuando se ha completado prácticamente el crecimiento y el desarrollo somático. Desde el punto de vista psicológico, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, y de conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de la experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- **Adolescencia tardía (17 a 19 años):** casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo, sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*.

Se define embarazo en la adolescencia como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*.

Consideraciones Psicosociales

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales, especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. **Sociedad represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuente de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. **Sociedad restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial,

otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

- c. *Sociedad permisiva:*** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. *Sociedad alentadora:*** en este caso, el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Estratos Sociales y Embarazo

- a. *Estratos medio y alto:*** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- b. *Estrato bajo:*** aquí existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, por lo que es más común que lleven a término la gestación y tengan a su hijo.

Contexto del Embarazo Adolescente en Argentina

En 2005 -la última medición oficial en nuestro país-, 64 chicas de cada mil de entre 15 y 19 años, fueron madres. Es decir que cada cinco minutos una adolescente dio a luz.

Las estadísticas del Ministerio de Salud muestran que en 2005 nacieron 104.410 bebés de mamás de 15 a 19 años y 2699 de menores de 15 años en todo el país. El total de nacimientos fue de 712.220.

Hay grandes diferencias entre provincias. Las tasas de fecundidad más altas corresponden a Chaco, Formosa y Misiones, donde se supera el promedio nacional. La más baja, y muy por debajo de la media del país, se registra en la ciudad de Buenos Aires.

Sin embargo, la mayoría de las provincias mencionadas con anterioridad, dado su volumen poblacional, aportan poco al número absoluto de nacimientos. Así, la provincia de Buenos Aires, que tiene tasas bajas pero mayor densidad de población, aporta más del 50 % de los nacimientos de madres adolescentes del país.

La maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre jóvenes con bajo nivel socio económico.

Si bien las estadísticas no permiten caracterizar la fecundidad adolescente por estratos económicos, existen indicios que demuestran que las “niñas madres” se reclutan

entre las más pobres e indigentes. Un porcentaje del 40 %, habita en viviendas precarias. Solo el 27 % de las adolescentes madres tiene cobertura en salud.

La incidencia del analfabetismo entre adolescentes es baja; se destaca la gran diferencia en el porcentaje de adolescentes madres alfabetas, 10,6 %, y analfabetas, 24,7 %.

Argentina. Porcentaje de madres entre la población femenina de 14 a 19 años por grupo de edad y máximo nivel de instrucción alcanzado. Año 2001.

Máximo nivel de instrucción alcanzado	Edad			Total
	14 años	15-17 años	18-19 años	
Sin instrucción	7,8	20,3	39,7	26,3
Primario incompleto	4,6	18,9	47,6	20,1
Primario completo	7,5	23,9	46,3	35,0
Secundario incompleto y más*	2,1	4,7	19,8	7,4
Secundario completo y más			7,1	7,2

*Nota: En el total y en el grupo 18-19 años incluye solamente secundario incompleto.

Fuente: Elaboración propia sobre datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

Las adolescentes extranjeras residentes en la Argentina provienen, en su mayoría, de países limítrofes y de Perú. El porcentaje de madres es superior entre las adolescentes extranjeras que entre las nativas. Por lo tanto, el esfuerzo por prevenir embarazos no planeados en la adolescencia deberá tener cuidado de no dejar de lado a las jóvenes extranjeras.

Según las estadísticas, la edad de la adolescente que ha tenido un hijo no incide en el aumento de la mortalidad materna. Pero sí la somete a otro riesgo: el de la maternidad no planeada. A menor edad, mayor sería el porcentaje de casos que se encuentran en esta situación.

Argentina. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos). Año 2003.

Edad	RMM
Menos de 15	35,8
15-19	36,3
20-24	26,8
25-29	38,0
30-34	48,2
35-39	77,4
40-44	109,9
45 y más	274,7
RMM total	43,6

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

La repetición de la maternidad en la adolescencia es otro aspecto que ha de revertirse; dista de ser conveniente desde el punto de vista de la salud materna y del desarrollo de actividades como la educación, el trabajo o el disfrute del tiempo libre.

Causas del Embarazo en la Adolescencia

Se identificaron varios pasos o decisiones que la adolescente efectúa en forma consciente o inconsciente y que la conducen a la maternidad.

En la actualidad, las adolescentes se inician sexualmente a edades más tempranas. Por lo tanto, el período de exposición al embarazo en la adolescencia es más amplio. Cuanto más joven es la adolescente, más esporádica e infrecuente es su actividad sexual.

Existen muchos factores vinculados con el aumento de actividad sexual entre los adolescentes; por ejemplo, bajo nivel socio económico, poco desarrollo educacional, familias de gran tamaño y hogares de un solo padre y falta de educación sexual.

Las adolescentes tienden a ser susceptibles a la presión que ejercen sus amigos o parejas de iniciarse sexualmente a edad temprana (“transar”) y reciben influencia dentro de su grupo de compañeras.

Las jóvenes adolescentes que tienen en mente participar en actividades sexuales y las que no lo hacen, afrontan decisiones con respecto al uso de contraceptivos. Éste suele ser errático y limitado. Tres de cada diez adolescentes encuestadas en la Ciudad de Buenos Aires, el conurbano y Rosario, creen que las mujeres no pueden quedar embarazadas en su primera relación.

Otro grupo cree que, aunque la pareja sea conocida (compañeros de escuela, amigo) use preservativos y tome pastillas anticonceptivas, depende de cuánto hace que lo conocen para usarlos. La mayoría tuvo en la escuela alguna charla sobre salud sexual y reproductiva, generalmente dada por una profesora de biología o por algún laboratorio.

La falta de uso de anticonceptivos o el uso inadecuado de los mismos entre adolescente sexualmente activas se asocia a nivel socio económico bajo, mal desarrollo educacional, poca comunicación con los padres y falta de conocimiento del control de natalidad por parte de sus hermanos o padres, y a una educación sexual ineficiente.

Para que los adolescentes tomen decisiones responsables con respecto a su actividad sexual y a la maternidad, es necesario que tengan ciertas destrezas, de las cuales carecen con frecuencia. Éstas incluyen: 1) capacidad para comprender la información real aplicable a ellas (conocimientos); 2) incorporar su identidad sexual a la evolución de su propia estructura de valores en presencia de la presión de sus compañeros (socialización), y 3) evaluar las diversas variables que influyen en ellas en lo cotidiano y que cambian de uno a otro día (comportamiento específico para situaciones).

En estudios recientes, la gestación temprana en algunos sectores más pobres puede esconder el deseo oculto de la joven de considerar la maternidad como proyecto de vida ante la ausencia de otros horizontes. Esto indica que las condiciones materiales de vida que la sociedad les ofrece y el medio familiar en el que se socializaron forma parte

de la construcción de su subjetividad, y eso implica que muchas de ellas no se planteen otra manera de realización personal que la de ser madres.

Impacto Social, Familiar e Individual del Embarazo de las Adolescentes

La familia de la adolescente se ve afectada en caso de un embarazo no planeado. Muchos padres reaccionan en un inicio con ira cuando se enteran del embarazo de su hija. Otros reaccionan con indiferencia. La gran mayoría de las adolescentes madres eligen no casarse y en muchos casos los padres están ausentes. Sin embargo, cuando el nieto nace, permanecen dentro de la familia.

Los papeles de los miembros de la familia se modifican en las situaciones en que los abuelos y otras personas significativas asumen responsabilidades adicionales de tipo financiero y para el cuidado del niño.

La edad materna en el momento de la concepción suele afectar el curso de la vida de la adolescente. En general suelen no terminar sus estudios, encuentran dificultad para acceder al mercado laboral aunque sea informal, y no tienen capacidad, por lo tanto, de mantenerse por sí solas.

Riesgos del Embarazo y Parto Durante la Adolescencia

Desde el punto de vista médico, las adolescentes embarazadas más jóvenes presentan, en general, mayor probabilidad que el niño sea mortinato o de bajo peso al nacer o muera después del parto. Además, la madre tiene mayor riesgo de aumentar menos de peso, experimentar infecciones del aparato urinario, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, anemia, desproporción cefalopélvica y distocias.

El parto a edades tempranas afecta el crecimiento lineal de las adolescentes.

Las madres adolescentes tienen patrones de interacción más negativos con sus hijos recién nacidos y con los que empiezan a caminar. Dedicar menos tiempo a hablar con ellos, mantienen menor contacto visual y utilizan menos las alabanzas y más castigos que las mujeres adultas.

En general, muestran comportamientos más agresivos hacia el niño (similar a la envidia entre hermanos). Suelen molestarlo y se relacionan con él como si fuera un juguete para satisfacer sus necesidades.

Los cuidados maternos son de peor calidad y se observa mayor incidencia de retraso intelectual en el desarrollo físico y educativo entre los niños que nacen de madres adolescentes.

Conclusiones y Propuestas

Debido a los efectos adversos del embarazo en la adolescencia, sería conveniente encarar políticas de prevención primaria.

A diferencia de otros grupos como el de los niños, el de las embarazadas y el de las personas de la tercera edad, en la Argentina no se cuenta con programas que muestren una estrategia para la problemática adolescente y su salud reproductiva. Ello probablemente se deba a que el abordaje de las políticas sociales para la adolescencia es compleja y requiere, en particular, de un enfoque que amplíe la mirada sectorial (salud - educación - nutrición y empleo) y alcance una propuesta abarcadora, desafiando el diseño tradicional de programas públicos, involucrando también como partícipes necesarios a los padres de los adolescentes y discutiendo temas sobre sexo y uso de anticonceptivos.

Como consecuencia, una política de esta naturaleza exige previamente formar a docentes y personal de salud, dotándolos de herramientas que les permitan abordar los desafíos vinculados con las inquietudes y los problemas de este segmento etario.

La política debería complementar la natural acción de círculo de pertenencia de los adolescentes, revalorizando modos de participación comunitaria.

Desde nuestra óptica de enfermería, el principal objetivo en la prevención primaria es evitar la concepción, ya sea mediante la abstinencia o por uso regular de métodos eficaces para el control de la natalidad prescritos por el médico.

Los enfermeros deberíamos crear un medio en el cual las adolescentes se sientan cómodas para solicitar ayuda con respecto a sus preocupaciones en el campo de la salud. Éstas muestran particular interés con respecto a la confidencialidad; si esto no se tiene en cuenta, puede constituir una barrera significativa para el acceso a los cuidados de la salud.

El colectivo de enfermería no sólo debería llevarse a cabo en hospitales, centros de salud, sino también en escuelas, clubes, iglesias. Con el fin de modificar comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual, se debería influir a través de la publicidad y revistas.

La necesidad de vida en familia y de educación sexual es evidente en el área de la prevención primaria, ya que muchas adolescentes no comprenden las consecuencias potenciales de su actividad sexual o el riesgo de embarazo al tener relaciones sin protección.

El principal factor del modelo "*déjalo para después*" es la abstinencia de la actividad sexual durante la adolescencia. El modelo de "*sexo seguro*" emplea estrategias de prevención que supone que la mayor parte de las adolescentes va a tener actividad sexual. Ambos modelos incorporan la vida familiar, la educación sexual y la orientación que se diseña para aumentar los conocimientos de la adolescente y sus destrezas para la toma de decisiones. Pueden incluirse otros temas, como los tipos de anticonceptivos disponibles y el efecto de tener hijos en la vida actual y futura de la adolescente.

Otro aspecto importante resulta el esfuerzo para que tomen conciencia de los riesgos de la interrupción del embarazo, ya que ponen en peligro no solo la vida del bebé sino también la de la madre. Asimismo, reforzar los valores morales y religiosos, el amor responsable, la fidelidad y el respeto a la vida.

Es necesario insistir en la importancia de tomar decisiones conscientes con respecto a las opciones de vida, ya que muchas adolescentes tienen dificultad para retrasar la gratificación y planear su futuro. Al reforzar el valor de objetivos competitivos

(como el desempeño escolar y, por consiguiente, las oportunidades de empleo) y proporcionar métodos alternativos para alcanzar las metas (como intimidad sin comportamiento sexual o con uso regular de anticonceptivos), es posible alterar los patrones motivacionales de los adolescentes. Éstos con frecuencia requieren ayuda para reconocer en qué momento desean decir que no, y para desarrollar esta destreza de manera eficaz.

Un componente cada vez más importante en los programas de educación sexual y vida en familia es la enseñanza y orientación para reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Bibliografía

- Brunner L. S, Suddarth D. S. Manual de Enfermería Medico Quirúrgica. Editorial Interamericana. 4ta Edición. Año 2002.
- Dr. Issler Juan R. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra 5ta Medicina Nro 107. Pág. 11-23. Agosto 2001.
- Maceira Daniel. Diario Clarín. Sección Opinión. 12 enero 2009. Pág. 15
- Pantelides Edith Alejandra, Binstock Georgina. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI. Revista Argentina de Sociología. Vol. V Nro 9. Buenos Aires. Jul/Dic 2007
- Carabajal Mariana. Embarazo adolescente en Argentina. Revista Estadísticas de Embarazo y Adolescencia en Argentina. Año 2006.
- Downes Patricio. Diario Clarín. Informe de Naciones Unidas sobre la Población Mundial. El índice de embarazo adolescente tiende a aumentar en la Argentina. Sección Sociedad. 12 Octubre 2005.
- Coll, A. Embarazo en la adolescencia. Clínicas Perinatológicas Argentinas. Asociación Argentina de Perinatología. Número 4. Año 1997.
- Garcia Sánchez M. H., Hernández Hernández, M. L., Manjon Sánchez A. Embarazo y adolescencia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Revista sobre Salud Sexual y Reproductiva Nro 2- Año 2. Pág. 10 a 12. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. Junio 2000.
- www.indec.gov.ar