

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: NO UNA OPCIÓN, SINO UNA FALTA DE OPCIONES

Dra. Carmen Posada

Directora Ejecutiva de la Corporación para el Desarrollo de los Derechos y la Ética en Salud
corprodesa@hotmail.com

TENIENDO EN CUENTA CARACTERÍSTICAS DE LOS/LAS ADOLESCENTES ACTUALES (MADURACIÓN SEXUAL TEMPRANA, RETRASO DE LA EDAD PARA CONTRAER MATRIMONIO, DES-EMPLEO, BAJA ESCOLARIDAD,...), SE ESTUDIAN LAS RAZONES Y LAS CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. AUNQUE EL ESTUDIO FUE REALIZADO EN COLOMBIA, ES EFECTIVO EN OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS.

INTRODUCCIÓN

La población mundial asciende en la actualidad a más de seis mil millones de habitantes. Este hecho, que desde la perspectiva demográfica constituye la preocupación primordial de muchas agencias internacionales, debería llevar a centrar la atención en el bienestar de la gente y a subrayar las inequidades de todo orden que afectan a la mayoría de las/los habitantes del globo, incluidas las relacionadas con el acceso a la educación, al trabajo, a la vivienda y a la salud integral, sexual y reproductiva. Un enfoque de desarrollo sostenible dirigido hacia la superación de las inequidades traería aparejada la reducción de los índices de crecimiento poblacional.

Se calcula que, de esos seis mil millones de personas en el mundo, casi 30 % —alrededor de 1,6 mil millones— son jóvenes entre 10 y 24 años, de los cuales 1,2 mil millones son adolescentes, o sea entre 10 y 19 años, de acuerdo con el rango definido por la Organización Mundial de la Salud. Sólo en América Latina y el Caribe, la población joven asciende a 148 millones,¹ peso numérico altamente significativo. Afortunadamente, después de décadas en que fueron ignorados, malentendidos e incluso estigmatizados —actitud que aún ocurre en algunos de nuestros países— ha surgido, sobre todo a partir de la década del noventa, una etapa de reconocimiento a la identidad adolescente y juvenil y de preocupación por sus necesidades, tan diversas como la diversidad social, cultural, económica y

étnica de la región. Gran parte de las necesidades de la población adolescente está relacionada con su salud sexual y reproductiva.

REALIDADES DE LA ADOLESCENCIA

Sin pretender ofrecer una completa información estadística, es importante considerar algunos datos de relevancia para el análisis de las realidades que viven las/los adolescentes de Colombia y de América Latina y el Caribe.

Las y los adolescentes de la región son sexualmente activos antes del matrimonio, realidad creciente debido a factores asociados, como la maduración sexual temprana, el retraso de la edad en que se contrae matrimonio, el urbanismo, la influencia de los medios de comunicación, el desempleo y la baja escolaridad. Se calcula que a la edad de 20 años las/los adolescentes de la región han iniciado una vida sexual activa, independientemente de su estado civil.² En Colombia, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ha tenido relaciones sexuales es 29,6 %, o sea que una de cada tres mujeres ha tenido relaciones sexuales en la adolescencia.³

Desafortunadamente, la actividad sexual de las/los adolescentes no va aparejada con información y educación científica oportuna en temas de sexualidad y salud reproductiva y en los derechos y responsabilidades correlativos. Barreras culturales, familiares y religiosas, sumadas a vacíos y deficiencias de la educación formal y no formal,

determinan la desinformación y/o la información errónea de la población adolescente en sexualidad y reproducción, cuya importancia es decisiva pues estas áreas comprometen profundamente no sólo su desarrollo, sino también su vida y su salud. A la falta de educación se suma la inexistencia, en la mayoría de nuestros países, de servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, adecuados para las/los adolescentes y accesibles a todas/todos.

En los países donde estos servicios existen, a menudo provistos por el sector privado, el acceso de adolescentes de sectores socioeconómicos bajos y de quienes viven en áreas rurales, es escaso o nulo.

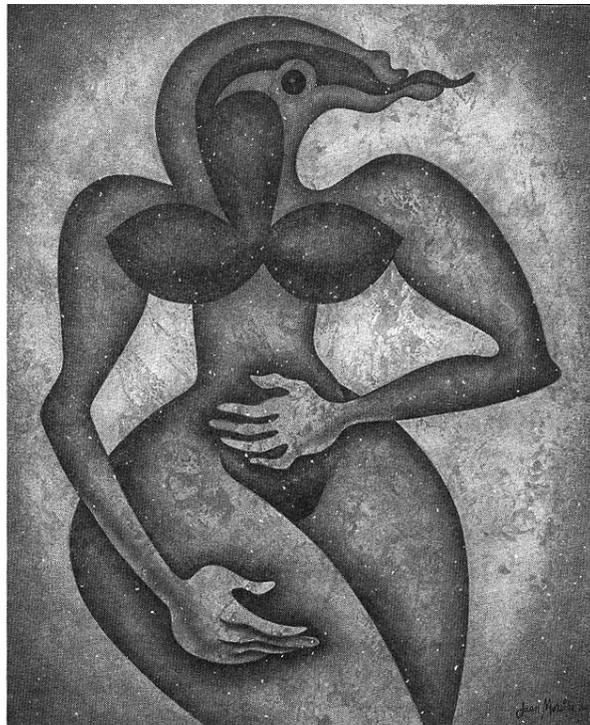
Las consecuencias de esta situación son diversas y preocupantes:

a) Aumento de uniones consensuales y familias precoces.

Paralelo a la tendencia de postergar el matrimonio entre las/los jóvenes, está el hecho del aumento de las uniones consensuales entre menores de 20 años, como se observa en Colombia: en 1995 su proporción era casi cinco veces en relación con la de parejas casadas, mientras que en 1986 era sólo el doble.⁴ Como vemos, la formación precoz de familias por parte de las/los adolescentes, gran cantidad de éstas de carácter consensual y en condiciones de precariedad socioeconómica, es una realidad creciente.

b) Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

La ausencia o deficiencia en la educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva incluye la falta de información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención. En Colombia, 92,9 % de las/los jóvenes tienen conceptos deficientes sobre las ITS y aunque 91 % tiene conocimientos acerca del SIDA, sólo 17 % de los jóvenes sexualmente activos usan preservativos. A la falta de formación y a las barreras para



Mujer pájaro (2003).
Acrílico/tela, 55 x 64 cm

acceder a servicios de salud especializados, se agrega la escasa capacidad de las adolescentes para negociar relaciones de sexo seguro. Su vulnerabilidad es mayor cuando su pareja sexual tiene más edad que ellas, situación que ocurre a menudo.

Sabemos que las adolescentes no sólo están en mayor riesgo de contraer ITS, sino que también son fisiológicamente más susceptibles a

éstas por las características particulares de su vagina y del cuello del útero. El riesgo es continuado y grave si la adolescente no reconoce los síntomas de la ITS y no sabe dónde buscar tratamiento, pues podría llegar a sufrir una enfermedad inflamatoria pélvica o un embarazo ectópico o esterilidad.

Está demostrado que la mitad de las infecciones por VIH, hasta la actualidad, han sido diagnosticadas en personas menores de 25 años, lo cual indica que muchas de ellas fueron infectadas durante la adolescencia.

c) Riesgo de violencia.

Las adolescentes, en especial, son altamente vulnerables a la violencia en sus distintas formas: física, emocional, económica, laboral y sexual, incluida la explotación sexual. Dados los deficientes procesos de formación y educación, sus habilidades y su autoconfianza para tomar decisiones autónomas, defenderse del abuso y negociar son muy limitadas. Aunque los problemas de violencia contra las mujeres, incluidas las jóvenes, no son objetivamente documentados y el subregistro en la información disponible es grande, sabemos que la violencia de parte de padres, hermanos, novios y compañeros sexuales afecta de manera alarmante a las adolescentes.

d) Baja utilización de la anticoncepción.

Podría decirse que la mayoría de las/los adolescentes que tienen relaciones sexuales no utilizan métodos anticonceptivos, y una buena parte de quienes los utilizan lo hacen incorrectamente o usan métodos folclóricos y no modernos.

prevención del embarazo. Dobles discursos que ahondan las desigualdades, pero que tienen un fin común: impedir la autodeterminación sexual de las jóvenes, manipularlas, reforzar su papel de «servidoras» de los varones y reducir la sexualidad a la genitalidad.

Es frecuente, en los sectores pobres de la población, golpeados además por la violencia política y del barrio, encontrar adolescentes que llegan a un embarazo por razones lejanas a una opción verdaderamente libre y responsable:

- violación o incesto;
- deprivación afectiva y maltrato por parte de su familia: tener alguien que las quiera;
- temor a que su compañero sea asesinado sin que le quede «el recuerdo»;
- presión por parte de su pareja;
- pobreza: tener un hijo/hija como manera de sobrevivir con lo que su padre aportaría;
- temor de perder a su pareja;
- dejar al azar el quedar o no embarazada;
- dejar en su pareja la decisión de usar o no la anticoncepción;
- mal uso o abandono del método anticonceptivo, aun sin estar planeando un embarazo;
- obtener estatus y reconocimiento entre sus pares;
- sentirse realizada como mujer.⁹

No queda duda de que continúan los roles y los estereotipos sexistas, por lo que también continúa el mandato de la maternidad como máxima realización femenina. Realización que difícilmente podemos ver en las adolescentes que ya han tenido uno o varios hijos/hijas.

Quizá podamos afirmar que para una gran parte de las adolescentes *el embarazo no es una opción, sino una falta de opciones*. Una falta de opciones de desarrollo personal en todos los sentidos, aunque muchas de ellas consideren que su embarazo es deseado.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Sólo enunciaremos, sin detenernos en este punto, los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente. Son bien conocidos: complicaciones obstétricas y relacionadas con el embarazo, mortalidad

y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido, mortalidad y morbilidad de infantes y niños/niñas, aborto en condiciones de riesgo. La Iniciativa de la Maternidad Segura y los programas específicos que en la última década han centrado su atención en la prevención del embarazo adolescente, ahondado en los problemas que de éste devienen para la salud de la adolescente y de su hijo/hija y documentado la incidencia de los mismos en la región.

Sin embargo, aunque casi siempre se mencionan otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género. De hecho, el embarazo en la adolescencia no puede ser considerado solamente como un problema biológico. Es evidente que, aun reconociendo la desventaja física de las adolescentes para llevar a cabo la gestación y dar a luz, si el embarazo fuese un acontecimiento deseado y vivido en buenas condiciones, es decir, con una atención de calidad durante el embarazo, el parto, el puerperio y el primer año de vida del hijo/hija, antecedidos por una buena nutrición, salud y desarrollo de la adolescente, los riesgos y consecuencias para la salud física de ésta y de su hijo/hija disminuirían al máximo. *Contrario sensu*, la pobreza, la desnutrición, el abandono de la escuela, el embarazo no deseado, la expulsión del hogar, la falta de acceso al cuidado prenatal y la ignorancia del proceso reproductivo (factores antecedentes al embarazo) potencian los riesgos biológicos para la adolescente. La vulnerabilidad es, entonces, variable de acuerdo con la condición de vida y de género de la adolescente.¹⁰

Podríamos decir, entonces, que los riesgos para la salud física de la adolescente embarazada, e incluso para la sobrevivencia y salud de su hijo/hija, son prevenibles.

El enfoque biologicista del embarazo adolescente ha dificultado la valoración en toda su dimensión de los riesgos psicosociales, económicos y culturales que pueden no provocar la muerte física de la adolescente, sino comprometer el disfrute de una vida digna y hacerla profundamente infeliz. Existe poca información sobre éstos,

pero, al menos en razón de la evidencia, se aceptan los siguientes.

- *El embarazo y la maternidad tempranas impiden o limitan las oportunidades de estudio o el éxito educativo de las adolescentes.*

Si bien las barreras legales relacionadas con la continuación de los estudios de las adolescentes embarazadas están casi completamente eliminadas en la región, muchas de ellas han abandonado la escuela antes, pues el entorno de privaciones en que han vivido, sumado a sus limitadas expectativas para el futuro y a la asimilación de los estereotipos de género, les impide ver la importancia de la educación. Otras no regresan a la escuela después del embarazo, y algunas son disuadidas de continuar por las profesoras o directivas, quienes, ante la imposibilidad legal de excluirlas, las convencen de la importancia de que se queden en casa cuidando su embarazo y luego a su hijo/hija. Miles de adolescentes en la región dejan la escuela después de quedar embarazadas por razones de la doble subvaloración que significa ser adolescente y gestante.

La relación entre educación y maternidad se da entonces en un doble sentido: las mujeres con baja escolaridad tienen un riesgo mayor de quedar embarazadas, y las mujeres que son madres en la adolescencia tienen menos posibilidades de llegar a un nivel alto de escolaridad.

- *La salud emocional de la adolescente embarazada puede afectarse seriamente.*

Generalmente las condiciones en que la adolescente asume el embarazo, son difíciles. Este hecho, sumado a la dificultad particular que le representa adaptarse a su nueva situación, para la cual no se siente madura ni lo está por lo general, la afecta emocionalmente. La ambivalencia frente a su maternidad, los cambios asiduos de temperamento e incluso la depresión, pueden afectar sobremedida su salud psicológica. Si no hay una respuesta de apoyo de su pareja, su familia y la sociedad, el impacto para la adolescente puede ser grave.

- *Los embarazos tempranos comprometen la capacidad económica de las adolescentes para su subsistencia propia y la de sus hijos/hijas.*

Es evidente que las oportunidades laborales para las adolescentes gestantes o que ya son

madres se ven drásticamente reducidas, máxime en países con altos niveles de desempleo y con prácticas todavía discriminatorias contra las mujeres en el mercado de trabajo. De hecho, la mayoría de las adolescentes embarazadas, cuando son acogidas por su familia, se ven obligadas a llevar una continuada situación de dependencia. En ocasiones, cuando su pareja está presente pero es también joven o desempleado, pasan a depender de la familia de éste. En ambas situaciones se registran frecuentemente casos de maltrato intrafamiliar contra la adolescente.

- *Las oportunidades personales y sociales se limitan seriamente en la adolescente madre.*

Con escasa educación, sin ingresos propios y pocas probabilidades de obtenerlos y con las barreras sociales que su condición genera, la adolescente tiene pocas posibilidades de satisfacer sus necesidades y las de sus hijos/hijas y de reclamar sus derechos tanto en su relación de pareja o familiar como ante el Estado. Sus oportunidades de desarrollo humano y social son, entonces, mínimas.

- *El proyecto de vida de la adolescente embarazada se trunca o interrumpe.*

Testimonio: «La gestación en la adolescencia es un error. Qué pesar llamarlo así, pero es la verdad... Es traumático, porque uno a esta edad casi siempre va a depender de la mamá, porque, en general, no se casa con el muchacho. Además, uno no está preparado, porque uno en la adolescencia está empezando a experimentar cosas para sí mismo, está empezando a tomar las riendas de su vida, para que llegue un embarazo y tengamos que responsabilizarnos de la vida de otra persona, sin saber cómo y sin tener con qué...» (adolescente de una de las zonas populares de Medellín, participante en la investigación «Condiciones de vida de adolescentes gestantes, entre 12-18 años, de estratos 1-3 de Medellín» de 1998).

El embarazo, en la mayoría de las veces, saca a las adolescentes de su entorno. Pierden su grupo de pares en la escuela, pierden su familia si son expulsadas de ésta, cambian sus escenarios de recreación y su presencia comunitaria. Su proceso de vida se altera de manera abrupta y se ven inmersas en el mundo adulto, extraño para ellas y a menudo hostil. En ese contexto deben asumir la maternidad. Su desarrollo personal, su calidad de

vida y su inserción en la sociedad se limitan severamente. Muchas adolescentes viven todo esto sin plena conciencia de su magnitud y hasta lo aceptan como parte de su condición femenina. Tarde o temprano serían madres. Otras, en cambio, expresan que «han dejado de vivir la vida». Si bien admitimos que muchas adolescentes no tienen aún un claro proyecto de vida al quedar embarazadas, este hecho delimita ya para ellas ese proyecto vital, el de la maternidad, no como un aspecto de ser mujer, sino como una totalidad.

¿QUÉ HACER?

En principio, hacer lo que desde hace varios años hemos dicho que se debe hacer. Siguen teniendo vigencia y validez las metas encaminadas a promover la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes, y a mejorar sus conocimientos, su información y el acceso a servicios adecuados de consejería y atención en salud.

La urgencia de estos programas fue reiterada por la comunidad internacional en la Sesión Especial de la Asamblea de las Naciones Unidas, realizada entre el 30 de junio y el 2 de julio de 1997. Anteriormente los países que aprobaron el Programa de Acción del Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, se habían comprometido a:

Proteger y promover los derechos de los adolescentes en materia de información y servicios de salud reproductiva y reducir el número de embarazos entre las adolescentes; así como a:

Eliminar las barreras que se oponen a la enseñanza de temas sobre salud sexual y reproductiva; elaborar programas educativos que ayuden a asumir responsabilidades y actitudes no sexistas, a prevenir la violencia y los abusos sexuales, a evitar embarazos no deseados y la propagación de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Tanto la escasez como la deficiencia de los servicios educativos y de atención en sexualidad y salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente, son palpables en nuestros países. Se requiere en este campo de mayor voluntad política, autonomía estatal en relación con las fuerzas opuestas a garantizar estos derechos a las/los adolescentes, así como inversión por parte

de los Estados, en particular por los sectores de educación y salud.

Las organizaciones y entidades que han liderado la Iniciativa para una Maternidad Segura, han recomendado ya en la presente década una serie de acciones necesarias para demorar el matrimonio y el primer embarazo entre las adolescentes, recomendaciones que incluyen el diseño y la implementación de políticas y programas que estimulen el apoyo familiar y comunitario, que garanticen el acceso de las/los jóvenes a una educación y capacitación de mayor calidad y que les permitan asumir sus responsabilidades en la protección de su salud sexual y reproductiva.¹¹

Ha habido algunos avances en la región en cuanto a la creación de políticas en el campo de la educación sexual. Sin embargo, como en el caso de Colombia, su desarrollo ha sido lento, sujeto a los avatares económicos del país e incluso sometido a períodos de estancamiento y hasta de retroceso por la influencia de fuerzas opuestas al avance de la educación sexual en el país. Se requiere, pues, de mucho más compromiso y efectividad para cumplir las recomendaciones de la Iniciativa para una Maternidad Segura y para cumplir las normas legales que, en diversos países, exigen trabajar por la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes.

Sin embargo, si facilitar el acceso a la información y a la atención en salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes es importante, no lo es menos el actuar sobre las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales —incluidas las de género— que impiden actualmente mejores oportunidades y diversidad de opciones para las adolescentes.

En este sentido, tanto la Convención Internacional sobre los Derechos de la Niñez como el Programa de Acción del Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing representan avances cruciales en la definición de las obligaciones y los compromisos de los Estados y de la comunidad internacional. Recordemos algunas de esas obligaciones y compromisos:

- Eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres, las jóvenes y las niñas y niños.
- Eliminar las barreras jurídicas, reglamentarias y sociales que obstaculizan la información

y los servicios de salud sexual y reproductiva a las/los adolescentes.

- Garantizar y reforzar la participación de las/los jóvenes en la elaboración, ejecución y evaluación de políticas y programas que les atañen, particularmente en el campo de la salud sexual y reproductiva.

- Eliminar la discriminación contra las jóvenes embarazadas.

- Eliminar los problemas que impiden la asistencia a la escuela de las adolescentes casadas, embarazadas o madres, procurando servicios sociales de apoyo a éstas.

- Garantizar el acceso pleno de las niñas y las mujeres, durante todo su ciclo vital, a la información y los servicios necesarios en materia de salud y nutrición.

- Elaborar un criterio integrado respecto a las necesidades de las niñas y las mujeres jóvenes, mediante programas adecuados en la escuela y en la comunidad.

- Elaborar programas de educación y orientación para adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad de género, la violencia contra las/los adolescentes (incluida la violencia sexual), el comportamiento sexual responsable, el embarazo no deseado y los demás temas relevantes en sexualidad y salud sexual y reproductiva.

El Informe de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas

Cairo + 5 acordó de manera específica como una de las medidas clave con el fin de avanzar en la implementación del Programa de Acción del Cairo:

Organizar servicios apropiados que se comiencen a prestar desde el nacimiento, para mejorar el estado nutricional, docente y de salud de las niñas y de las jóvenes, a fin de que estén en mejores condiciones de tomar decisiones fundamentadas en la madurez sobre la procreación y obtener acceso a información y servicios de salud.¹²

Con el objetivo de ser efectivas a largo plazo, todas esas medidas, al igual que las demás contempladas en programas e instrumentos internacionales, deben tener como punto de mira el empoderamiento de las adolescentes y las jóvenes. Únicamente mediante procesos de desarrollo de la autoestima, de la autonomía, de las habilidades, de las oportunidades ofrecidas de manera equitativa y de la igualdad entre los sexos, procesos que consideren la diferencia y la diversidad, podrán las adolescentes y las jóvenes lograr forjar un proyecto de vida en el que la diversidad de opciones posibles, incluidas las relacionadas con la sexualidad y la reproducción, les permita decidir realmente en libertad. En ese momento, cuando pensemos en el bienestar de las jóvenes, el embarazo temprano dejará de ser una preocupación prioritaria.

NOTAS

¹ «The World's Youth», *The Population Reference Bureau (PRB)*, RSMLAC, no. 2-3, 1994.

² *Ibíd.*

³ Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Santafé de Bogotá, 1995.

⁴ *Ibíd.*

⁵ Ver ob. cit. en nota 1.

⁶ Ver ob. cit. en nota 3.

⁷ «Delay Marriage and First Birth», FCI y Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998) Fact Sheets.

⁸ Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá, 2000.

⁹ CERFAMI: *Condiciones de vida de adolescentes embarazadas*, Medellín, 1998.

¹⁰ Paula Cuenca et al.: «Adolescente embarazada y control del embarazo», *Mujer y Salud*, RSMLAC, Santiago de Chile, no. 4, 1997.

¹¹ Ver ob. cit. en nota 7.

¹² Naciones Unidas: Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, p. 17.