

Embarazos en niñas y adolescentes

Pregnancy in girls and adolescents

Subcomisión de Ética Clínica^a

Las cifras al desnudo

En los últimos cinco años, la muerte de mujeres embarazadas creció un 19% hasta alcanzar 48 muertes por 100 000 embarazos. Según la OPS, en comparación con la franja etaria de entre 20 y 24 años, las niñas menores de 16 años, debido a un incremento de hasta el 40% en la probabilidad de desarrollar diferentes patologías, son un grupo de alto riesgo; la mortalidad de la madre y el niño se cuadruplica. El 14% de los óbitos maternos registrados en el país corresponde a niñas adolescentes de entre 10 y 19 años.^{1,2}

Se define fecundidad adolescente a la que ocurre antes de los 20 años. El límite de edad inferior es menos claro. Las estadísticas registran fecundidad entre 15-19 años, pero la maternidad anterior a los 15 años no es infrecuente.³

Datos suministrados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación (MSP): tres de cada veinte argentinos son hijos de madres adolescentes. El 15,2% de los nacimientos corresponde a madres menores de 20 años y el 0,4% a menores de 15 años. La tasa de fecundidad por mil para la franja etaria de 10 a 14 años fue 1,8 en el año 2007 según la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM);⁴ dieron a luz 105 000 niñas adolescentes.

Alicia Figueroa, del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CEL-SAM), afirma que "hay 64 partos cada 1000 jóvenes. Parto no es igual a embarazo, ya que esos datos no in-

cluyen el número de abortos, sin registro en el país".⁵

Las tasas más altas de fecundidad adolescente corresponden a Chaco, Formosa y Misiones, que superan el promedio nacional. La más baja corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).⁶ Esta diferencia regional puede asociarse con las condiciones socioeconómicas de la región norteña, más golpeada por la pobreza y la desnutrición, por la enorme asimetría cultural, con una nueva boca que habrá que alimentar, lo cual perpetúa un círculo de miseria y endemia.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos. Es en los más bajos donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente (FEIN),⁴ aumenta el número de embarazos no deseados y es más frecuente la falta de cuidado prenatal, la pérdida de oportunidades en la detección temprana de factores de riesgo, lo cual resulta en una mayor morbilidad materna y perinatal.⁷

Abuso y complicidad

La denominación de abuso sexual incluye: abuso deshonesto, coito forzado y coito entre adulto y menor. La coerción psicológica, engañosa, ejercida por el adulto sobre la niña dejará marcas indelebles, dificultando su óptimo desarrollo físico y mental. "El equipo de salud en su conjunto no

Correspondencia:
Dra. Teresa Pereira Silva
stpereira@ciudad.com.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar

Recibido: 18-8-09
Aceptado: 28-9-10

^a **Integrantes de la Subcomisión de Ética Clínica:** Dra. Teresa Pereira Silva: médica pediatra; Dra. Diana Cohen Agrest: doctora en filosofía; Dra. María Clelia Orsi: médica pediatra, terapeuta; Dr. Santiago Repetto: médico pediatra, terapeuta; Dra. Marta Schufer: doctora en sociología; Dr. David Verón: médico pediatra, hematocólogo y Dra. Silvia Rivera: doctora en filosofía.

puede pensar en niñas-madres sin pensar en adultos ultrajadores, a menudo con la tolerancia de la madre de la menor.”⁸

Últimamente, los diarios presentaron una profusión de titulares sobre niñas en edad de ser evaluadas por pediatras que concurren a servicios de obstetricia. No es un dato aleatorio ya que, en la Argentina, cada año, cerca de 3000 niñas de entre 9 y 14 años de edad son sometidas a abuso sexual y embarazadas. Según datos oficiales, el 80% de los padres de bebés de niñas-madres las superan en edad por lo menos diez años y, una cuarta parte, son al menos veinte años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto.

El caso de una niña mendocina de 12 años abusada por su padrastro desató una encendida polémica en torno de la niña y su embarazo, pero no se actuó en forma inmediata sobre el responsable, el violador, el causante de tal situación. Los medios de difusión se embarcaron en dar una prolífica cantidad de datos referentes a la niña, su madre y las decisiones que estimó el juez. Los comentarios referentes a la acción cometida por el padrastro no tuvieron igual repercusión.

Los argumentos comúnmente esgrimidos para catalogar al embarazo en adolescentes como un problema social y de salud pública, son referidos al supuesto aumento constante en su ocurrencia y a efectos deletéreos sobre la salud perinatal, el bajo peso del niño al nacer,⁹ dejando de lado el nudo del problema: ¿Cómo llegan a embarazarse? El embarazo en niñas debe ser llamado por su nombre: un delito, una violación, una de tantas formas de violencia que debemos erradicar. Los profesionales de salud están obligados a denunciar el hecho si existen indicios o sospechas de que la niña ha sido abusada, para asegurar su integridad.

El (sin) sentido de la búsqueda de hijo

Si atendemos a la dinámica familiar en la que se cría esta población vulnerable, en sus historias suele aparecer una secuencia de figuras masculinas “paternas” que se alternan a lo largo del tiempo. Aun cuando se trate de su padre biológico, estas figuras paternas suelen omitir ejercer un rol ordenador y afectivo, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, observando vínculos donde la violencia forma parte de la rutina, donde las niñas suelen repetir las historias vitales de sus propias madres. Por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las superan ampliamente en edad y las maltratan.

Los modelos familiares logran ejercer una influencia inestimable en la adquisición de patrones de conducta relacionados, entre otros, con la salud reproductiva.¹⁰ Como consecuencia de la falta de atención, contención y afecto que padecen, sin tener en cuenta el lugar que ocupan, solas, sin inserción familiar, son hasta maltratadas o caen en una condición de abandono. En la calle, buscan un lazo afectivo que les dé alguna razón para estar vivas. Ilusoriamente, creen que lo único que puede compensar ese vacío afectivo es dar a luz y criar a un hijo.

A ese escenario se suma otro: niñas y adolescentes que conviven con su familia, pero en situación tan precaria que ni siquiera cumplen con la escolaridad y se sienten muy distantes de un futuro promisorio, asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres, confundiendo su rol dentro del grupo, cuando deberían asumir su propia identidad. En ese cuadro, un hijo confiere a la madre un presunto “valor” existencial al que la joven mamá, por sí misma, se siente incapaz de llegar por otra vía.

A consecuencia de la maternidad, se inician una cadena de problemas ligados al abandono escolar (58%), inserción laboral temprana y al cambio de roles dentro del entorno familiar. Andrea B. Gómez (CELSAM) observa que “es muy difícil para una niña cuidar a otro niño y, mucho más, si no cuenta con los recursos madurativos y afectivos necesarios. El rol que adopte cada joven tendrá sus bases en procesos complejos de identificación materna y paterna”.⁴

El embarazo adolescente no es por sí un riesgo, lo conflictivo es la maternidad adolescente, el criar un hijo, el hacerse cargo cuando aún no han completado ellas mismas su propio crecimiento. La maternidad es un rol de la edad adulta y cuando ocurre tempranamente se verá perturbado; no se trata de un juego con muñecos. Estas jóvenes suelen tener dificultades para diferenciarse del bebé, y cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño o maltratarlo, ya que priorizan sus necesidades sobre las del niño. Ellas son aún demandantes, y no cuentan con capacidad para contener a un hijo.

Como adolescentes que todavía son, se comportan como tales, mostrando un bajísimo nivel de tolerancia a las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es ni se comporta como ellas quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, y a ponerlo en riesgo.¹¹

Si atendemos, por último, al futuro que le espera a la joven madre, es frecuente el abandono

de los estudios, lo que reduce sus oportunidades futuras y sus posibilidades de realización personal. A mediano y largo plazos, le será muy difícil lograr empleos más o menos estables, con remuneración adecuada, acordes a su capacidad, donde se respete su maternidad con los beneficios sociales que corresponden.¹²

Cuando intentan formar una pareja estable con el padre del niño, el destino no les es más propicio: las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración, inestables, lo que suele magnificarse cuando hay un hijo presente, ya que muchas se formalizan forzosamente por la situación que están atravesando o por decisión de su familia.

Análisis bioético de la problemática

El problema de la maternidad infantil, manifiesta facetas múltiples: sanitarias, económicas, sociales, políticas, educativas, entre otras. Consideramos que las aristas éticas de la problemática no sólo constituyen un importante aspecto del problema, sino que funcionan como elemento articulador a la hora de evaluar una situación compleja, por la convergencia de las facetas señaladas.

Si nos centramos en las funciones que cumplen en la atención los equipos de salud, los principios clásicos de la bioética se hacen presentes de un modo u otro a la hora de analizar la problemática. Los principios de beneficencia y no maleficencia enfrentan al equipo de salud con la necesidad de minimizar los costos físicos y psicosociales de estas niñas y adolescentes. Urge no sólo brindar la mejor calidad de atención médica posible, sino contener una situación que muestra las carencias del sistema en su conjunto, ya que a la atención de la salud se suman cuestiones vinculadas con la educación, la vivienda, la familia y el trabajo, entre otras.

Si atendemos a las políticas de prevención sanitaria, el principio de autonomía indica el derecho a recibir información para poder decidir acerca de una situación que, en el caso que tratamos, muchas veces no es elegida. Información y poder de decisión que no sólo deben ubicarse a la hora de enfrentar la situación de embarazo sino mucho antes. La información y la posibilidad de tomar decisiones autónomas deben acompañar a las personas a lo largo de todo su desarrollo, al internalizarse en las familias, en los hogares, construyendo el espacio para el ejercicio comunitario de libertad y autodeterminación. Está claro que se trata de un *desideratum* que será efectivo con la puesta en ejercicio del principio de justicia distri-

butiva, de equidad concreta y no sólo declamada, en la distribución de recursos.

Estamos convencidos de que la presencia de la ética no se limita a un repaso de los principios clásicos. Ejercitar la ética supone dar visibilidad a un problema. Es ponerlo en el foco de atención e iluminar sus complejidades y paradojas y, por lo tanto, dislocar la cadena de ocultamientos que surge cuando algo molesta.

Una deuda social

La premisa que no puede ser perdida de vista es que todo embarazo en niñas es índice de una violación de sus derechos que, indefectiblemente, se asocia con violencia sexual. Sentada esta relación perversa, al igual que se plantea, entre otras deudas sociales, la erradicación del trabajo infantil, la erradicación del embarazo y la maternidad infantil se convierte en un objetivo a alcanzar por la sociedad.¹³

Pero no todos sus miembros tienen igual grado de obligaciones: mientras existan niñas embarazadas y madres infantojuveniles, es responsabilidad del Estado y sus instituciones garantizar su adecuada atención. En reconocimiento del papel que le cabe al Estado, en marzo del 2003, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable,¹⁴ para disminuir el alarmante índice de embarazo adolescente y de mortalidad materna. La ley establece la obligatoriedad de crear servicios interdisciplinarios para adolescentes, accesibles y gratuitos, en temas de salud sexual, anticoncepción y procreación; además de completar la entrega gratuita de métodos anticonceptivos no abortivos y la incorporación de educación sexual dentro de la currícula escolar.

Ciertos grupos advirtieron lo que, para ellos, constituía una intromisión del Estado en la intimidad familiar, y algunos sectores calificaron la ley de inconstitucional, de acuerdo con la cual la normativa vulnera derechos como la vida, la salud y la patria potestad.

La educación sexual podrá contrarrestar la frecuencia de embarazos no planificados. Una educación sexual permanente oportuna y correcta resulta decisiva. Mabel Bianco (FEIM) declara que: "La información debe basarse en evidencias científicas e incluir todos los aspectos de la sexualidad: sociales, culturales y biológicos. No sólo en cantidad, sino en calidad. Debe ser amplia, que puedan reflexionar sobre qué es la maternidad, aprendan a decir que no y a exigir que se respeten sus decisiones".

En una investigación realizada entre los pediatras de la Sociedad Argentina de Pediatría en 6 ciudades del país, se concluyó que existe consenso entre los profesionales para caracterizar el embarazo adolescente como un problema, pero que el abordaje de las consultas en Salud Sexual y Reproductiva es complejo, ya que abarca componentes sociales y psicológicos –y no sólo biofísicos– para los cuales no tienen capacitación específica. Muchos indicaron que la atención con este grupo etario necesita ser optimizada, e inclusive algunos reconocieron haberse sentido frustrados frente a embarazos adolescentes de sus propios pacientes.¹⁵

La información resulta decisiva y tiene como objeto disminuir embarazos de niñas y adolescentes, el número de abortos, enseñar y proveer las herramientas necesarias para que esas jóvenes se preparen para poder decidir cuando llegue el momento apropiado, responsablemente. No se trata de cómo deberían ser las cosas, sino de cómo son. Ante una realidad que se impone, se trata de mejorar esos datos insoslayables, durísimos. Ese cambio sólo es posible si se acepta lo que nos ha tocado en suerte vivir. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. INDEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Indicadores de mortalidad, natalidad y salud reproductiva; 2004.
2. UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría. Salud Materno Infante Juvenil en cifras, 2009.
3. Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago: Mediterráneo; 2003: Págs. 3-15.
4. Bianco M, Correa C. La adolescencia en Argentina, sexualidad y pobreza. Buenos Aires: FEIM; 2003.
5. Rivero MR. Padres adolescentes. Difícil ser papá cuando aún se es hijo. [Acceso: 23-9-10]. Disponible en: <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=1842295>.
6. Binstock G. Fecundidad adolescente: Diagnóstico sociodemográfico CONICET-CENEP; Junio, 2004.
7. García Sánchez M, Hernández Hernández M, Sánchez A. Embarazo y adolescencia. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínica. Universidad de Salamanca. *Rev Salud Sexual y Reproductiva* 2000; 2(2):10-12.
8. Molina R. Abuso sexual en adolescentes: aspectos epidemiológicos. En: Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago: Mediterráneo; 2003.
9. Ministerio de Salud de la Nación/CONAPRIS, CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud; 2006.
10. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Rev Chil Obst Ginecol* 2007; 72(6):374-382.
11. Molina C, Molina G, González A. Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 79-86.
12. Issler R. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina* 2001; 107:11-23.
13. Ley de Violencia Familiar. Normativa Provincial N° 12.569. 2001. [Acceso: 24-9-10]. Disponible en: <http://www.selegroup.com.ar/selesin/alexandria/proba/gus/lex/L12569.htm>.
14. Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2003. [Acceso: 24-9-10]. Disponible en: <http://www.rimaweb.com.ar/articulos/2010/ley25-6732003-programa-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable>.
15. Schufer M, De Luca A, Herrero C, Martellini P, et al. Conocimiento y actitud de los profesionales de la salud frente a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y su Programa de Ejecución, Parte II, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente, Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria 2006; Págs. 117-283.

“La contemplación es un lujo, mientras que la acción, una necesidad.”

Henri Bergson