

## Simposio: Aborto y gestación en adolescentes. Problema social

---

### Gestación en adolescentes: Situación en el Perú y América Latina

---

AN APC Dr. Luis Távara Orozco

*Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos*

*Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*

---

#### Introducción

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública que afecta especialmente a las mujeres de 17 años y menos, que ponen en riesgo su salud su desarrollo personal y social. De otro lado, tenemos evidencias acerca de las complicaciones que se expresan como impacto en la mortalidad materna y perinatal. Pero estos temas son poco valorados todavía en la sociedad y en el propio Estado.

Una de las razones de esta inacción del Estado es el escaso reconocimiento de los derechos humanos que se expresan a través de la ausencia de educación sexual y de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Falta de garantías sin protección para evitar la violencia sexual, la inequidad de género y la discriminación de las mujeres.

De otro lado, hay un peso muy grande del enfoque biomédico que se le da a las adolescentes, que focalizan los diagnósticos en la salud física, dejando frecuentemente de lado el concepto más integrador de salud derivado de la definición de la Organización Mundial de Salud (OMS).

Decimos nosotros que toda mujer adolescente embarazada tiene derecho a recibir una atención integral de su salud, con apoyo del personal de salud, de sus familiares y del entorno social que la rodea. Las adolescentes están sometidas frecuentemente a riesgo elevado para su salud durante el embarazo, riesgo que las puede exponer aún a la posibilidad de muerte materna por alguna complicación obstétrica o por suicidio.

Les presentamos el resumen de una investigación que parte de la necesidad de ampliar el conocimiento de las implicancias que tiene el embarazo sobre la salud de las mujeres muy jóvenes, pretendemos levantar evidencias que identifiquen daños a la salud desde una visión amplia y que evalúe las cargas sanitarias y además sociales. Como valor agregado, sabemos que esta información podría servir para sensibilizar y movilizar a quienes toman decisiones al más alto nivel. El objetivo fundamental de esta investigación, es identificar el impacto del embarazo en la salud física de las adolescentes, en la salud mental y en la salud social.

## Metodología

Como metodología, quisiera resumir que este fue un estudio regional cualitativo, cuantitativo retrospectivo a nivel de países de América Latina. Se seleccionaron aquí en el Perú cuatro hospitales. dos en Lima y Callao, el Hospital Daniel A. Carrión del Callao y el Hospital María Auxiliadora y dos en regiones, el Hospital de Apoyo de Sullana y el Hospital Amazónico de Pucallpa en Ucayali. Los cuatro hospitales son de nivel 2 o nivel 3, y los cuatro están afiliados a universidades.

Antes de la investigación, se indagó respecto a las atenciones obstétricas en los cuatro hospitales en el año anterior, en general y en las adolescentes. En cada hospital se seleccionaron al azar 20 adolescentes menores de 15 años y 20 entre 15-17 años, que habían tenido su parto en los dos años previos. Hubo tres fases en la investigación. La primera que previo consentimiento informado se hizo entrevista a las adolescentes en sus domicilios o en algún lugar privado del hospital. El segundo paso fue la revisión de historias clínicas. Y un tercer paso fue la entrevista con 21 profesionales de salud en cada hospital, para tener sus opiniones acerca de la atención obstétrica recibida por las adolescentes. La información obtenida en las tres fases fue recogida en formatos preparados y probados. Cada caso fue ingresado a una base de datos utilizando el programa SPS. La información gravada de las entrevistas fue seguidamente transcrita. En cada grupo se procesaron todas las variables. En las variables continuas se obtuvo medidas de tendencia central y desviación estándar y en las variables categóricas se obtuvieron proporciones. Hubo cuidado con los aspectos éticos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Allendale, que es una institución afiliada a la Universidad de California. Para revisar las historias clínicas se precisó de la conformidad de las autoridades y del consentimiento informado de la usuaria. Para entrevistar a los profesionales de los servicios se solicitó verbalmente su consentimiento. Para las entrevistas y grabaciones se pidió consentimiento informado a las usuarias y o sus familiares. Las participantes en este estudio no recibieron un estímulo económico.

## Resultados y Discusión

Se encontró que en el año 2013 se atendió en los cuatro hospitales un total de 19,261 partos y un total de 8,032 cesáreas. Las cesáreas hacen un poco más del 40% del total de los partos. En ese mismo período, las adolescentes tuvieron 1,942 partos. En relación al total de partos habidos en el hospital representan un 10%, una cifra significativamente menor a lo que deberíamos esperar, porque no incluimos a las adolescentes de 18 y 19 años, solamente hasta los 17. Llama poderosamente la atención que las cesáreas en las adolescentes representan el 32%, una paradoja ya que esperábamos que las adolescentes tuvieran mayor número de cesáreas que las parturientas de mayor edad, sin embargo, nos dimos con la sorpresa que era lo contrario. Las adolescentes tienen menor tasa de cesáreas, por lo menos en los hospitales utilizados en esta investigación.

Los cuatro hospitales debieron aportar cada uno 20 probandos en cada grupo de edad pero no todos pudieron cumplir. Hubo adolescentes de zonas rurales o zonas urbanas marginales que no fueron ubicadas, de tal modo que no pudieron ingresar dentro del total de la casuística. La población clínica final fue de cincuenta y ocho adolescentes menores de 15 años y 81 adolescentes entre 15-17 años. Un total de casi 140 casos.

Relaciones voluntarias que dieron paso al embarazo actual, representaron casi el 90%. Doce por ciento de las adolescentes reportaron haber sido sexualmente abusadas, pero nosotros tenemos reparos en esas cifras, ya que hemos reunido indicios de otras manifestaciones de violencia sexual, que no fueron calificadas como tal por las adolescentes, de modo que este 12% queda todavía para investigaciones de mayor profundidad.

Quién la embarazó, 85% fue la pareja, el enamorado. Hubo otros casos de menor cuantía, el primo, el cuñado, el amigo, el vecino, el inquilino; que entraron también como parte de la responsabilidad del embarazo. Cinco por ciento de los embarazos de adolescentes

fueron ocasionados por personas desconocidas, y solo el 20% del total de embarazos fue deseado. El 80% de estos embarazos, habían sido planeados ni deseados y, como consecuencia, es fácil entender lo que se deriva a partir de esta afirmación.

Intentaron interrumpir el embarazo casi el 14%, pero no se sabe qué pasó con las que finalmente lo interrumpieron, porque el diseño del trabajo no da para ello. El diseño permite entrevistar a las que dieron a luz, no a las que tuvieron abortos, de tal modo que no podemos afirmar qué pasó con las que decidieron y procedieron realmente a la interrupción del embarazo.

Intentaron suicidarse el 6% de las adolescentes, tomando raticidas, insecticidas o infligiéndose cortes en los brazos con el propósito de provocarse sangrado. Algunos de estos casos fueron realmente dramáticos.

Recibieron atención perinatal en un 89% en general, que no fue muy distinto en ambos grupos. La mediana para la concentración de la atención prenatal fue de 6 y la mediana para el inicio de la atención prenatal fue de 17 semanas. Esto es preocupante porque la atención prenatal empieza en este caso en el segundo trimestre y esto tiene sus problemas en el futuro obstétrico de las mujeres.

El 77% de las adolescentes sintieron que la atención prenatal fue buena, no hubo diferencias en ambos grupos. Además, recibieron educación en el prenatal casi en un 80%, educación nutricional igualmente casi en un 80%, y consejería en anticoncepción en un 85%.

Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron infección urinaria, preeclampsia, ruptura de membrana y otros. Hubo casos de VIH, Sida, sífilis y dengue.

El tipo de parto, en el 77% de las adolescentes fue por vía vaginal y 26.8%, por cesárea. Más sorpresas todavía porque el año anterior la cesárea estaba en un nivel de 33%.

En cuanto a las complicaciones del puerperio 23.7% dijeron haberse sufrido, hemorragias, infecciones del aparato urinario o infecciones del lado puerperal.

En cuanto a la anticoncepción post-parto 57.5% salieron de alta con un método anticonceptivo, siendo el inyectable trimestral el utilizado por casi un 50%. Pero llama la atención que cuando se hizo la entrevista de estas 57, se redujo a 38%, casi 20 puntos. En un plazo promedio de 6 meses, hubo abandono de los métodos anticonceptivos y esto es preocupante, porque de ello depende en gran parte el intervalo para un nuevo embarazo. Tanto es así que un 12% de las adolescentes se volvieron a embarazar. Y esto sí es un problema de salud pública importante.

En cuanto a las complicaciones del recién nacido, 17% de las adolescentes acusaron complicaciones en sus niños: prematuridad, retardo en el crecimiento, pequeño para la edad gestacional, bajo peso, macrostomia, depresión. Y cuando la mujer fue visitada en su domicilio, se encontró que los niños estaban sanos en un 92%, que estaban enfermos en un 7% y habían muerto 2. Uno que nació muerto y otro prematuro que pesó alrededor de 700 gramos, había muerto en los primeros días de la etapa neonatal.

El niño no siempre vive con la madre, vive con los abuelos en un 51%, con la familia del padre, con ambos, con otros familiares. Casi el 70% de los niños van a depender de otros familiares en la crianza y en la conducción de su vida y el cuidado de su salud.

Las repercusiones emocionales que dan a conocer las adolescentes van de un 45% que dijeron que durante el embarazo se sintieron bien, a un 55% que reportaron síntomas como: "me sentí mal, deprimida, triste", temor/miedo, vergüenza, etc., sintomatología asociada a cuadros depresivos, con severas preocupaciones por lo que puede venir a futura. Al momento de la entrevista casi 64%, dijeron que estaban sanas, pero el otro 35% seguía manteniendo algunos de los síntomas expresados durante el embarazo, lo que quiere decir, que a pesar de que el episodio del embarazo terminó, empieza una nueva etapa que no siempre es de seguridad familiar o social, lo cual representa una grave preocupación.

En cuanto a su sentir frente al niño, el 23% dijeron sentirse felices y contentas y casi el 36% con sentimientos de amor. Frente a este casi 60%, hubo un 40% en que esos sentimientos de amor no siempre

sonaban convincentes, hay poco vínculo afectivo, se sienten con la obligación de cuidar a su recién nacido, no porque lo deseen hacer sino porque se sienten obligadas a hacerlo. No aceptan aún al recién nacido, pero al final ven la situación como una obligación. Todas estas son condiciones que necesariamente van a afectar la seguridad del recién nacido y del niño en su crecimiento y desarrollo futuro.

Las repercusiones sociales representan quizás el lado más grave. Más del 75% abandonaron los estudios. No trabajan o dejaron de trabajar, 94%; recibieron apoyo del padre del niño pero en un nivel insuficiente, 75%; reciben apoyo familiar, casi 94% pero, igualmente, es insuficiente y reciben apoyo de alguna institución pública o privada, menos del 6%. Un 4% señala no tener ninguna expectativa en su vida futura, una dolorosa comprobación. Algunas quieren estudiar y trabajar, pero luego de haber examinado el entorno social y familiar tenemos dudas que puedan reincorporarse a sus estudios o a un trabajo bien remunerado.

Las adolescentes fueron también víctimas de estigmatización. Refirieron sentirse estigmatizadas por parte del personal de salud en casi 25%, por parte de la familia en un 33% y estigmatizadas por parte de su entorno social, en un 27%. Estigmatizadas por el único hecho de haber resultado embarazadas.

De los profesionales de la salud recogimos información que pudo enriquecer sobre todo el lado

de las complicaciones. Las complicaciones no fueron muy distintas a las que refirieron las adolescentes o a las que se recogieron en la revisión de las historias clínicas.

Podemos decir entonces que la salud social es la que se ve más comprometida. El área social es tal vez el componente de la salud que más se afecta a consecuencia del embarazo de las adolescentes. El 78% de las jóvenes dejaron de estudiar, 94% no trabajan fuera del hogar, 75% de las adolescentes recibe un insuficiente apoyo económico del padre del niño, por lo que la familia debe apoyar en un 94%, que también es insuficiente. El círculo de pobreza se mantiene y se hace difícil la solución. El 5% que expresan no tener ninguna expectativa, es sin duda una afirmación muy negativa.

### **Conclusion**

El embarazo afecta las condiciones físicas, mentales y sociales de las adolescentes. El área social es tal vez la dimensión más afectada que deja profundas huellas en las adolescentes y perenniza la pobreza. Existe, además la necesidad de que haya una capacitación mayor del personal de salud para situarlo en mejores condiciones de atención y atender las demandas de salud de estas adolescentes. Y queda, secundariamente un compromiso mayor de los tomadores de decisión en el campo de la salud en relación a la calidad de vida de las adolescentes.