II**SEMINARIO INTERNACIONAL POR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: SALUD, SEXUALIDADES Y VIOLENCIAS**

Salud Integral sexual y Reproductiva: embarazo, maternidad y paternidad adolescente.

Partiremos de la idea de que la sexualidad y la adolescencia son construcciones sociales atravesadas por factores culturales, antropológicos, filosóficos, ideológicos, socioeconómicos. Ni la salud ni lo médico son suficientes para abordar integralmente los problemas derivados de dichas construcciones.

La sexualidad, el embarazo y la maternidad no son escenarios de causalidad lógica o racional. El papel de la salud en estos temas puede ser discutido y sin duda debe ser reflexionado para poder aportar desde sus competencias de la mejor forma posible.

Quiero compartir el siguiente texto publicado el día 29 de marzo en el diario La Diaria. Escribe el Mag. Alvaro Silva Muñoz

“Hace unos días circuló en las redes sociales un video en el que aparecía un docente con un bebé en sus brazos, hijo de una de las estudiantes del curso del que es responsable. Según sus propias palabras, la joven le pidió que lo sostuviera, de modo de poder transcribir algunos de sus apuntes. La imagen se hizo viral y varios medios de comunicación se trasladaron hasta la escuela técnica de Lascano, departamento de Rocha; partiendo de ese hecho, profundizaron en una historia que implica a compañeros de clase, autoridades del centro educativo, docentes y otros educadores.Siguiendo a Hannah Arendt, una de las figuras centrales de la filosofía política del siglo XX, este hecho denota un gesto. En él se condensa un movimiento por el que los adultos les damos la bienvenida a este mundo a los nuevos, a los recién nacidos, diría ella misma. Arendt, como otros tantos, sufrió en carne propia la persecución por su condición de judía en la Europa de la Segunda Guerra Mundial y experimentó en qué se convierte este mundo cuando no lo hacemos hospitalario. En efecto, natalidad y hospitalidad son dos de sus nociones centrales que tienen efectos permanentes, ya que siempre se está naciendo. La cuestión de acoger, de ser hospitalario, guarda relación con la transmisión cultural; es decir, ofrecer claves de interpretación para estar en el mundo y actuar en él, y con ello acontece un segundo nacimiento. De eso se trata la educación: en cada acto educativo se nace de nuevo, porque es posible comprender el mundo con otras miradas, conocimientos, saberes, acciones. Así, Arendt se refería a la educación como un gesto.”

Este texto ilumina un camino simbólico que podría estar más explicitado y más difundido entre los actores de políticas públicas dirigidas a la adolescencia y tal vez también a la niñez. Se trata del compromiso de la comunidad generando referentes confiables y solidarios para los adolescentes. Entender el embarazo y maternidad adolescente nos requiere en primer término aclarar que partimos de la noción de que no existe una sola adolescencia, universal con características comunes a cualquier contexto, social y cultural. Es preferible hablar de adolescencias y por lo tanto esto ya establece un primer desafío en cuanto a cómo resolver las propuestas de políticas públicas si el grupo objetivo es tan diverso como sujetos caben en el.

Otra de las tensiones se refiere a la noción de riesgo en la adolescencia y en especial referida a la sexualidad. Trasladar la noción de prevención de infecciones de trasmisión sexual a la de prevención de embarazo no parece la mejor solución. No está muy lejana de algunos propulsores de programas de salud sexual y reproductiva la idea de que para prevenir el embarazo hay que lograr retardar el inicio de las relaciones sexuales.

Transcribo un texto del capítulo Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo del Lic. Ariel Adoska\*: “ … la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable, especialmente en lo referido a quienes tienen escasos recursos para ejercer sus derechos, entre ellos los niños y los jóvenes (Bourdieu, 1990; Hall y Montgomery, 2000; Bucholtz, 2002).

Para las ciencias sociales, no hay un modo único de ser adolescente sino más bien identidades diversas que se definen a partir de relaciones sociales con los adultos y con otros grupos de adolescentes en contextos concretos, que deben ser también descriptos y analizados pues en su seno adquieren sentido las prácticas de los jóvenes, incluidas las prácticas sexuales. En nuestra sociedad los adultos de sectores medios y altos piensan a los jóvenes, al menos a los que integran su propio estrato social, como sujetos inmaduros e incompletos y por enSegún Le Breton (2004), el desmembramiento de las antiguas redes produjo un cambio radical en la manera de incorporarse en el mundo adulto. Las ceremonias rituales –públicas, dirigidas por adultos y altamente sexualizadas– que antaño servían para demarcar la salida de la niñez, filiar e incorporar al mundo adulto, perdieron vigencia.

\*“Embarazo y maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”. Monica Ogna (coordinadora) UNICEF-Cedes-Argentina-Salud-Ministerio de Salud de Argentina

A partir de la modernidad, haber nacido y crecido en una comunidad ya no era garantía suficiente de integración. Cada cual debía encontrar por sus propios medios el sentido de la vida y conquistar el derecho a una existencia social. Así, las conductas arriesgadas que se observan en muchos jóvenes, no son tan irracionales como los adultos creen sino que se vinculan con la búsqueda de auto-afirmación y reconocimiento social. Forman parte de ritos privados, solitarios, cuyos resultados suelen ser provisionales e insuficientes para significar la vida e integrarse a la comunidad. “En nuestra sociedad el rito de pasaje es una dolorosa respuesta a la ausencia de significado” (Le Breton, 2004:14). Las instituciones que se erigen para monitorear esta exploración y construcción identitaria, a las que Le Breton se refiere como estructuras preventivas, intentan controlar estos procesos pero la normalización que producen censura antes que significar positivamente la vida y allanar el camino a la integración (Le Breton, 2004; ver también Delaney, 1995). “

**Embarazo y maternidad como problema de salud**

Hablar de Salud puede significar muy diferentes conceptos. Salud como característica de las personas y las comunidades en cuanto a la realización de una vida saludable, comprendida como aquella condición que permite el desarrollo mas pleno posible de las personas y las comunidades en las que viven. Es decir las personas y en este caso los y las adolescentes cuentan con oportunidades de estudio, tienen sus NBI stisfechas, poseen suficiente sosten familiar y adultos responsables, tienen oportundiades para el ocio y las actividades sociales, cultruales deportivas artísticas, se estimula la grupalidad, la solidaridad y se aceptan los cambios y las trasngresiones propias de la etapa de vida. Establecen relaciones de genero equitativas, se acepta la diversidad en todas sus formas. Los adolescentes con discapacidad son vistos como personas sanas y con los mismos derechos que quienes no tienen discapacidad. (ver bibliografía OMS u otras)

Atención de salud significa aquellos estrategias o dispositivos de atención que pueden ser interdisciplinarios o no, pero tienen como objetivo proteger la salud, y atender los desequilibrios salud-enfermedad y la enfermedad en si misma.

Atención médica es el gesto de una sola de las disciplinas de la salud. Por lo tanto cuando se habla de salud es necesario distinguir muy bien estas diferencias, para que no se confunda salud con atención médica.

Desde una perspectiva amplia de la idea de salud como se refiere en primer lugar se entiende que el embarazo y la maternidad se consideren un problema de salud.

Desde la atención de la salud se propone la construcción de equipos multidisciplinarios que aborden la salud sexual y reproductiva de adolescentes en los sevicios de salud. Disminuir las barreras de acceso a la atención de calidad, mejorar la oferta y entrega de MAC y desarrollar fuertemente la educación sexual y la promoción de derechos desde una perspectiva multidisciplinaria que opere tanto dentro como fuera de los servicios de salud.

Desde la atención medica la propuesta para afrontar esta problemática también tiene lugar, la atención obstétrica, pediátrica, la interrupción voluntaria del embarazo, el asesoramiento, la detección de situación de violencia domestica desde temprana edad en los controles de salud de las niñas.

Por lo tanto es indispensable que se implementen desde salud correctamente al menos tres áreas de trabajo:

Atención a los derechos en salud y salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes – en articulación con el sector educación y otros (desarrollo social)

Atención propiamente dicha del proceso de embarazo, maternidad y paternidad por parte de equipo multidisciplinario

Atención en anticoncepción adecuada, informada, confidencial, privada y con consentimiento

Un capítulo especial merece la cuestión de la educación sexual. Es sabido que países nórdicos tienen en sus programas curriculares contenidos de educación sexual desde el jardín de infantes. En nuestros países aun es un desafío contar con propuestas universales en todos los ámbitos educativos, incluyendo la educación superior.

**Determinantes sociales**

Es sabido que la pobreza así como otras vulnerabilidades sociales, inciden fuertemente en la ocurrencia diferente de embarazo adolescente en los grupos sociales. La eficacia de la educación como factor de protección, impulsor de un proyecto de vida o una vida con proyectos es diferente en sectores pobres y no pobres. Quizás este sea el principal determinante visible de desigualdad social asociado a embarazo en la adolescencia.

La OMS define determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen viven trabajan y envejecen y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, las que establecen el estado de salud. A su vez, esas circunstancias están configuradas por “un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas” (Alvarez Castaño, 2009; Castillo Venerio,2007) 1

Desescolarización

Pobreza

Relaciones de género violentas Abuso sexual

Zona de vivienda – urbana, rural, hacinamiento, aislamiento

**Epidemiologia**

 “En el caso de Costa Rica, el embarazo adolescente se ha convertido en uno de los principales desafíos para el país. Según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), los nacimientos de mujeres de entre 10 y 19 años en el año 2015 fueron de 11.609, es decir un 17% del total de nacimientos. Esta cifra incluye a las 432 niñas de entre 10 y 15 años que fueron madres ese año en Costa Rica.

Los datos demuestran que el país está reduciendo los casos de embarazo adolescente año tras año. Sin embargo, también indican con claridad que este fenómeno está ligado a las regiones donde se concentran los mayores índices de pobreza. La región Brunca (en la costa pacífica) y la región Huétar Caribe (en la costa atlántica) tienen una tasa de embarazo adolescente cuatro puntos por encima que la media nacional y ocho puntos más que las cifras de la región de San José, donde está la capital del país.”

***Patricia Jara****es especialista líder en protección social en la oficina del Banco Interamericano de Desarrollo en Chile.*

El embarazo en la adolescencia es una problemática mundial que requiere el compromiso de los Países para asumir acciones preventivas que favorezcan el disfrute y libre ejercicio de los derechos a los adolescentes para vivir su sexualidad y su vida de forma segura, pues “cuando una adolescente queda embarazada cambia radicalmente su presente y su futuro, en rarísimas ocasiones lo hace para bien” (Dr. Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo del Fondo de Población de Naciones Unidas).

Se calcula que cada año alrededor de 16 millones de mujeres quedan embarazadas, la mayor parte de ellas en países en desarrollo. Se estima que Latinoamérica y El Caribe es la región que tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes (alrededor de 70 nacimientos por 1000 mujeres entre 15-19 años) del mundo y se estima que un 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir 20 años. En Costa Rica, aproximadamente unas 14 mil adolescentes quedan embarazadas cada año y de ellas cerca de 500 son menores de 15 años. Según datos del Censo 2011, el 9.1% de las adolescentes entre los 12 y 19 años, ha tenido al menos un hijo nacido vivo.

La posibilidad y responsabilidad de prevenir embarazos en la adolescencia, no corresponde solo a las personas adolescentes, sino que es de todas y todos; como sociedad tenemos una responsabilidad en garantizar condiciones y oportunidades para el desarrollo pleno de las personas adolescentes (Patricia Salgado, Representante Auxiliar del UNFPA Costa Rica).

Debido a que el embarazo en la adolescencia es un foco fundamental de intervención, el UNFPA junto con el Gobierno de Costa Rica han priorizado dentro del Plan de Acción del Programa de País 2013-2017 el seguimiento y la implementación de la Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA, 2010) y el Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA, 2012). UNFPA – 2017?

San José, 12 de diciembre de 2016.  A los 18 años de edad, la mitad de las mujeres y dos tercios de los hombres que viven en Costa Rica han tenido relaciones sexuales.

Un 85% de las personas opina que la educación sexual debería empezar en la escuela primaria y la mayoría cree que debe empezar a los 10 años o antes.

La mitad de las mujeres no deseaba su último embarazo y uno de cada tres hombres no deseaba el último embarazo de su pareja.

“Estos son algunos de los datos que se desprenden de la Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva-2015 (II ENSSSR-2015), dada a conocer esta mañana por el Ministerio de Salud, el Centro Centroamericano de Población (CCP), la Asociación Demográfica Costarricense (ADC) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).”

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Desde la perspectiva sociodemográfica los indicadores de la desigualdad en la fecundidad adolescente son: los años de estudio, las necesidades básicas insastisfechas, el origen étnico racial (Atlas Sociodemografico y de la desigualdad en Uruguay).

El número de hijos por mujer varía según la existencia de NBI lo cual permite hablar de modelos reproductivos. Si bien esto se da para todas las edades en las adolescentes la brecha es aún mayor.

“Las jóvenes con menos años de educación y las que viven en hogares con condiciones de carencias críticas son madres a edades más tempranas.”

Es poco lo que se investiga sobre la paternidad en la adolescencia. Tal vez porque se asume que la pareja de la adolescente que es madre, es un adulto varios años mayor. Si bien esto es así en muchos casos, y es motivo de preocupación debido a la situación de abuso que supone, probablemente se estén produciendo cambios en torno a fecundidad de los adolescentes varones que no han sido debidamente tenidos en cuenta. Poder visualizar cuanti y cualitativamente estos aspectos es importante entre otros motivos, para incluir a los varones jóvenes en las políticas de salud tanto en relación a la educación sexual como en la promoción y prevención de la reproducción responsable y también en la atención del embarazo y crianza de los niños.

**Sobre los derechos**

Normas internacionales obligatorias y declaraciones y resoluciones de ONU no obligatorias pero que establecen lineamientos para la acción. (tomado de protocolo para embarazadas menores de 15 años de Colombia)

Importa destacar algunos aspectos jurídico legales que obligan y/o proponen se tenga en cuenta la capacidad de los adolescentes en general a tomar decisiones, a recibir un trato digno y respetuoso y a considerar ciertos acontecimientos o condiciones de vida como hechos de violencia y abuso sexual. En particular en la cuestión de las niñas y adolescentes cursando embarazos o siendo madres, estas convenciones y las leyes que cada país implementa adquieren jerarquía especial. La atención de salud debe aceptar y trabajar en consecuencia. Para ello es indispensable conocer y difundir el contenido de las mismas y actualizar las capacitaciones sensibilizando a todo el personal de salud y de quienes trabajan en los sistemas de protección para que estos requerimientos se cumplan adecuadamente y se respete el derecho.

Considerar el embarazo adolescente como problema de salud no debe oscurecer (empañar) estos lineamientos. Precisamente uno de los desafíos de los profesionales y técnicos es considerar la singularidad de la situación de cada adolescente. El cumplimiento de los derechos no debe ser postergado aun en situaciones de complejidad mayor que las generales. Por ejemplo frente al caso de una adolescente de 11 años con un embarazo de 8 semanas producto de una relación abusiva con un adulto, se plantea la discusión sobre el abordaje de esta situación.

Declaracion universal de los derechos humanos 1948

Convencion sobre los derechos del niño 1990

Convencion sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer 1991

Cumbre Mundial a favor de la Infancia 1990

Conferencia mundial sobre población y desarrollo . El Cairo 1994

Cuarta conferencia mundial sobre la mujer Beijing 1995

Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo 2013

**Desde la subjetividad**

Las políticas referidas a la maternidad adolescente necesariamente deben incluir la mirada a la singularidad de la persona. Es frecuente que al hacer hincapié en el contexto común en cuanto a las condiciones de vida de un sector de población se hable de vulnerabilidad para caracterizar a las madres jóvenes. Esto puede tener ventajas en cuanto a promover que reciban más prestaciones sociales y desventajas en cuanto a que puede visualizar a las personas jóvenes como deficitarias.

Estos riesgos desde esa visión adulta son resistidos por algunos operadores sociales e incluso por las propias jóvenes que cuestionan que se hable de “la prevención del embarazo adolescente” como si fuera una enfermedad.

Uno de los mayores desafíos es comprender qué lleva a una adolescente a embarazarse. Otro es definir qué es el embarazo no intencional. Conviene ubicar como vulnerables esos contextos de carencias y dificultades para el desarrollo de los y las adolescentes, considerando que son esos contextos los que vulnerabilizan a las personas pero no a las personas en sí mismas. Reconocer que aún en medio de las dificultades muchas jóvenes harán frente a la vida. Por lo cual el embarazarse y ser madre en la adolescencia puede ser tanto el resultado de una búsqueda como el fracaso del vivir como adolescente.

Esto solamente se puede saber si tenemos el deseo de saber. Sin prejuzgar.

Lo que llamamos problema de salud en términos de salud colectiva no puede trasladarse mecánicamente a cada una de las jóvenes que nos ocupan.

Del mismo modo se pueden plantear algunos ejes comunes que forman parte de la cotidianeidad de las adolescentes que viven situaciones crónicas de privación de derechos básicos. Que tienen en común las adolescentes de estos sectores? Por qué se embarazan mas tempranamente que quienes viven en condiciones de no pobreza. Cuando se mencionan como determinantes los años de estudio y las carencias socioeconómicas, ¿qué relación hay entre ambos indicadores?

Para poder responder parcialmente a estas interrogantes es necesario tomar en cuenta algunas características universales del proceso adolescente. Proceso que significa cambios intensos en cuanto al crecimiento y desarrollo físico, a lo psico emocional, en la sexualidad y en las nuevas capacidades cognitivas. La autonomía creciente requiere apoyo de las figuras adultas para que se pueda vivenciar sin abandonar del todo la dependencia. Y es frecuente que la familia y en especial aquellas que viven en ese contexto que definimos de carencias críticas no puedan o no sepan acompañar de manera adecuada.

Recuerdo una adolescente en su puerperio inmediato que en la entrevista relataba que había abandonado la escuela porque no le gustaba. Y frente a la pregunta sobre qué hicieron sus padres, respondió “nada” con actitud de sorpresa por la pregunta.

Diversos estudios mencionan que las adolescentes que se embarazan lo hacen aproximadamente dos años después de haber abandonado los estudios por eso asistir a la educación formal se considera factor de protección para postergar la maternidad. Por eso si la autonomía y el querer “mandarse a si mismo” a los 12 años, no se acompaña de sostén y algunas exigencias desde el ámbito familiar, se producen estos desarraigos precoces. A menudo significan para la adolescente que la vida tiene pocas oportunidades. Es decir pocas expectativas de desarrollo personal desde el mundo adulto significa “ tu no servís para estudiar”, “no te da la cabeza”. De un modo u otro esto se transforma en el sentimiento de baja autoestima y de grandes dificultades para pensar un proyecto de vida, sea estudiando o no.

Numerosas adolescentes son hijas de madres adolescentes, viven en hogares con muchos hermanos y están expuestas a cuidar a los niños a edades muy tempranas. El abandono del sistema educativo se forja desde antes que se concrete. Se va perfilando cuando a lo largo de los años escolares faltan frecuentemente a clases. La falta de enganche y entusiasmo por aprender y formar parte de un colectivo social extrafamiliar y distinto, se produce de manera imperceptible hasta que se completa el abandono. La necesidad de tener un niño propio después de haber cuidado a otros también se gesta antes de la gestación.

Como plantean las psicólogas Magdalena Alvarez y Fabiana Rahi importa pensar el lugar social que las adolescencias ocupan en su comunidad, la familia y para la sociedad en general. La autoestima y la aceptación que la adolescente tenga de si misma y de su vida contribuye a la existencia de una vida con proyectos y un proyecto de vida diferente a la maternidad. Pero las oportunidades y condiciones de vida a su vez son fundamentales para la construcción de la autoestima. Cuando la historia personal pasada y el presente no constituyen espacios y tiempos de significativa importancia, el embarazo y la expectativa de ser madre trae la ilusión de que el futuro cambiará.

La idealización socio-cultural de la maternidad como realización y mandato para la mujer atraviesa los diferentes sectores socio económicos, pero en los sectores pobres adquiere mayor relevancia en relación a otros ideales. Así mismo puede haber diferencias en cuanto a cual es la mejor edad para ser madre, trasmitiendo de manera intergeneracional la expectativa de que ser madre muy joven es mejor.

De acuerdo a estas profesionales ser madre en la adolescencia promueve en lo psíquico una conjunción de experiencias y sensaciones que pueden interferir o acelerar los cambios de la adolescencia.

Alvarez y Rahi sugieren que para el desarrollo de la atención integral de calidad se requiere del trabajo interdisciplinario, a menudo en lo que llamamos co-consulta, es decir dos profesionales de diferentes disciplinas en el mismo acto como puede ser la instancia del control obstétrico. Sobre todo en la primera entrevista es fundamental establecer un vínculo de empatía y calidez, sin volverse amigos ni padres, sin prejuzgar y habilitando el discurso. Es una consulta en la que debe prevalecer la confidencialidad y la privacidad.

Importa conocer quién es esa adolescente, como se describe a si misma, como ha sido su historia familiar, la existencia de sostén de adultos referentes, la existencia de pareja y la calidad de los vínculos, si hubo abuso sexual, maltrato y otras formas de violencia en algún momento pasado o en el presente.

El clima adecuado de entrevista, no de interrogatorio permitirá conocer su estado anímico, sus miedos y fantasías. La posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo puede manejarse en estas entrevistas con delicadeza sin suponer de antemano cual será el deseo de la adolescente.

Conocer su historia escolar, sus anhelos y proyectos, si este embarazo corta o no el transito educativo. Todos estos aspectos van a contribuir a que el equipo de salud trabaje con ella, su familia, pareja si existe o amigos u otros referentes cercanos, y las redes comunitarias para lograr el mejor acompañamiento durante el embarazo y la maternidad.

Embarazo no intencional

Con respecto a la definición de NO Intencional, consideramos que hablar de intencionalidad en temáticas profundas como la construcción de la sexualidad y que implican una trama compleja de lo intrapsiquico, lo social, lo generacional y el género, y especialmente en la adolescencia, debería ampliarse el significado de lo que llamamos intencional/no intencional, relacionado habitualmente con la voluntad conciente, racional y lógica.

Se propone incluir en esta línea al menos tres situaciones que se pueden diferenciar así:

1 – embarazo no intencional que es producto de violencia (con agresión física o sin ella)

2- embarazo no intencional producto de la ambivalencia y/o de no ser planificado (por ejemplo bajo acceso o mal uso de métodos)

3 – embarazo no intencional producto de falta de oportunidades para vivir el proceso adolescente

En todas las situaciones anteriores es notorio que el embarazo no puede pensarse aisladamente como un evento solitario que acontece por fuera del resto de las vicisitudes de las personas. La mayor gravedad sin duda es la de aquellas adolescentes - por lo general las mas chicas, menores de 14 años - en las cuales el embarazo es producto de abuso sexual. La gravedad es múltiple, en primer lugar porque recién al notarse el embarazo detona el abuso que viene sucediendo en forma intrafamiliar y crónica desde la niñez, sin que se haya podido detectar previamente. Significa el fracaso del mundo adulto: familia, escuela, salud en proteger la vida, los derechos básicos, y el desarrollo sano de las niñas y adolescentes. El abuso sexual es una de las condiciones que más se asocia al intento de autoeliminación en la adolescencia. En segundo lugar, porque implica un embarazo de alto riesgo que pone en jaque el presente y futuro de la adolescente.

Franca de 13 años está en la maternidad con su bebé. Se muestra reticente en la entrevista que mantenemos a solas, responde con frases cortas, seria y cabizbaja .Sostiene a su recién nacido. Relata que a los 11 años se fue de su casa a vivir a la casa del novio porque se enojo con la madre cuando la nueva pareja de esta se mudo a vivir con ellos. Tiene cicatrices de cortes en los brazos. Frente a la pregunta sobre qué le paso responde brevemente que se lastimó para no lastimar a otros. En este caso no hubo previamente espacios de escucha para atender la situación de forma adecuada. Lo único que le quedo fue actuar, cruzando el umbral.



 Hemos visto niñas de 10 u 11 años que presentan lo que hemos descrito como “el síndrome de la niña de 10 años”; son niñas de aspecto triste, que asisten a la escuela cursando el año que corresponde a la edad, son inteligentes, con buena conducta escolar, serias, no sonríen con facilidad y una de las características principales es que cuidan a hermanos menores.

Nos hemos planteado una estrategia de trabajo grupal con niñas que por diversos motivos pueden estar en riesgo de abandonar la escolarización. Consideramos que es uno de los abordajes principales no solamente para evitar embarazos precoces, sino porque implica proteger sus derechos, a la vida escolar y a los aprendizajes, a disfrutar de su niñez y adolescencia, a participar de actividades de su edad y a no exponerlas a trabajo doméstico que interfiera con su desarrollo.

El trabajo grupal tiene como objetivo crear un espacio de diálogo para poder hablar. Entendemos que el relato es una herramienta valiosa para la construcción de la identidad. Poder hablar de sí misma de sus miedos y sus sueños, de la realidad y de su historia de vida cuando las condiciones de la existencia son dificultosas, es una estrategia terapéutica.

Un ejemplo posible se detalla en el siguiente cuadro.



Otro aspecto a destacar es el uso de métodos anticonceptivos, se sabe que el conocimiento de los mismos está muy generalizado en las adolescentes mujeres y varones, sin embargo hay fallas importantes en el conocimiento sobre el acceso a los mismos en los servicios de salud. En este punto es interesante recordar que las normas sobre la confidencialidad, privacidad y derecho a atenderse solas y solos en la consulta de salud no siempre se respeta. Es difícil que si el sistema de salud no promueve este derecho, sea difícil exigirlo por parte de los adolescentes.

Por otra parte el uso de los métodos de barrera en especial el preservativo masculino, requiere de acuerdos y negociaciones en la pareja sexual que a menudo son complejas debido a las prácticas machistas. La ausencia de educación sexual que abarque la problematización sobre las desigualdades de género no contribuye al buen uso de este método, ni a relaciones que aseguren una sexualidad libre placentera y segura para las adolescentes.

La siguiente tabla que se trabajara en el taller, fue elaborada por el equipo multidisciplinario de la salud pública en Montevideo y muestra las variables principales a tener en cuenta para diferenciar las situaciones de riesgo desde diversos aspectos. A su vez la tabla puede ser aplicada en diferentes escenarios: preconcepcional, embarazo, puerperio y maternidad.

Definir bajo y alto riesgo en cada escenario, permite orientar las acciones para cada una de las situaciones. De esa manera tenemos ocho líneas de acción.



La producción de acciones en esos ocho escenarios (preconcepcional, embarazo, puerperio y maternidad y cada uno según bajo y alto riesgo) permite una cantidad de propuestas combinadas, tanto desde la salud como desde y hacia la comunidad. La riqueza y variedad se construye a nivel territorial entre los diferentes sectores o colectivos que trabajan en forma plena o puntual con adolescentes. Cabe destacar que los servicios de salud para adolescentes son rehenes de políticas de salud que no siempre los sostienen.

Es frecuente que en nuestros países esos servicios aparezcan bajo el financiamiento de organismos internacionales u otros presupuestos y luego no se mantengan en el tiempo. Esto representa una fractura para la continuidad de las propuestas que no pueden depender de proyectos sino que deben ser política de estado.

Es una discusión permanente que hay que dar con autoridades y desciores políticos en cuanto a la necesidad de que existan estos espacios independientes de los programas de niñez.

Donde se ubican los servicios, los programas y acciones para y con los adolescentes determina su trayectoria de éxito o fracaso.

Queremos compartir dos cuadros que provienen de la publicación de UNFPA, “Estado de la población mundial en 2016” que refiere como eje central a las niñas de 10 años y establece 10 medidas programáticas para desarrollar.



 

****

Como señala el cuadro pensar políticas públicas que apoyen a los y las adolescentes en situación de embarazo y maternidad o paternidad requiere de una mirada colectiva más amplia que la que el sector salud aisladamente puede ofrecer. Por otra parte el trabajo conjunto ayuda a resolver tensiones entre las visiones disciplinarias y colabora en la construcción de las subjetividades de los propios profesionales que interactúan con adolescentes sea en la educación, la salud u otros espacios comunitarios. Evidentemente se requiere una mejora en las propuestas dirigidas a la vivienda, el trabajo y los sistemas de cuidados para los hijos de las madres adolescentes, priorizando estas prestaciones que son necesarias también para las madres de otras edades.

El lugar social de los adolescentes se construye no solo con discursos.

La construcción de sí mismo, incluye el vínculo, el apego y la mirada de los otros, para subjetivarse, desarrollar la identidad y la sexualidad.

**Dra. Susana Grunbaum**

**Administración de los Servicios de salud del estado**

Dirección de Gestión de Calidad y riesgo

Area Adolescencia

susanagrunbaum@gmail.com

Abril 2018

**Anexo**

**Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe**

Un nuevo reporte de la OPS, UNFPA y UNICEF destaca recomendaciones para reducir el embarazo en adolescentes. En la región, el15% de los embarazos ocurren en menores de 20 años

2

[*OMS*](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163%3Alatin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&catid=740&Itemid=1926&lang=es)

Ciudad de Panamá, 28 de febrero de 2018 (OPS/OMS) – América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El reporte plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe “Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”.

Aunque en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe la fecundidad total –es decir, el número de hijos por mujer- ha disminuido, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, señala el informe. Además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta UNFPA. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años  y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

*El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida*

“Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida”, dijo Carissa F. Etienne, Directora de la OPS. “No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza”, indicó.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe.

“La falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Muchos de esos embarazos no son una elección deliberada, sino la causa, por ejemplo, de una relación de abuso”, dijo Esteban Caballero, Director Regional de  UNFPA para América Latina y el Caribe. “Reducir el embarazo  adolescente implica asegurar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos”.

El informe señala que en algunos países las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria. De la misma manera, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior en comparación con las que viven en los quintiles más altos en el mismo país. Las niñas indígenas, en particular en áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad.

Muchas niñas y adolescentes tienen que abandonar la escuela debido a un embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en las oportunidades de completar su educación e incorporarse en el mercado laboral, así como participar en la vida pública y política”, indicó Marita Perceval, Directora Regional de UNICEF. “Como resultado, las madres adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad y a reproducir patrones de pobreza y exclusión social”.

**Prevenir el embarazo adolescente**

El informe plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que involucran desde acciones para generar leyes y normas, hasta trabajos de educación a nivel individual, familiar y comunitario:

|  |
| --- |
| * Promover medidas y normas que prohíban el matrimonio infantil y las uniones tempranas antes de los 18 años.
* Apoyar programas de prevención de embarazo basados en la evidencia que involucren a varios sectores y que apunten a trabajar con los grupos más vulnerables.
* Aumentar el uso de anticonceptivos.
* Prevenir las relaciones sexuales bajo coacción.
* Reducir significativamente la interrupción de embarazos en condiciones peligrosas.
* Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto.
* Incluir a las jóvenes en el diseño e implementación de los programas de prevención de embarazo adolescente.
* Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.
 |

## ****Embarazo adolescente en números:****

* La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana con las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas. En América del Sur, Bolivia y Venezuela tienen las tasas más altas.
* Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe van de 15.8 cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres para el período 2010-2015.
* La tasa total de fecundidad en América Latina y el Caribe ha disminuido de 3.95 nacimientos por mujer en el período 1980-1985 a 2,15 nacimientos por mujer en 2010-2015.
* Si bien la tasa de fecundidad específica por edad (número de nacimientos por 1000 mujeres) descendió de manera significativa en la mayor parte de los grupos etarios en mujeres adultas (mayores de 18 años) hasta la mitad o menos que en 1980-1985, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera más lenta (de 88,2 a 66,5).
* Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá se sitúan por debajo del promedio mundial y han descendido en forma sostenida durante el último decenio.
* En Estados Unidos, se registró una disminución record de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos, con un descenso del 8% entre 2014 y 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.
* En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años.
* De las 252 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que vive en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se estima que unos 38 millones están sexualmente activas y no desean tener hijos en los siguientes dos años.
* Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; las 23 millones restantes necesitan acceso y no lo tienen, por lo que están en riesgo de tener un embarazo involuntario.
* Cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes de 15 a 19 años permitiría evitar cada año 2,1 millones de nacimientos no planificados; 3,2 millones de abortos y 5 600 muertes maternas.

El informe con los resultados de la encuesta se puede descargar en la página web del Ministerio de Salud  [www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr/) así como en [www.unfpa.or.cr](http://www.unfpa.or.cr/) o en [www.adc-cr.org](http://www.adc-cr.org/) UNFPA 2016 sobre encuesta de ssyr

**Barreras**

Conocimiento de métodos

Acceso

Uso

Prejuicios del sector salud – falta de conocimientos derechos a la atención de salud

No detección de abuso sexual

Cultura ser madre como proyecto

Relaciones de género

Bibliografía

1 – citado en Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. UNFPA – Ministerio de Salud de Colombia - 2014