

## Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en salud reproductiva

Dres. Sandra Vázquez,\* Enrique Berner\* y Nilda Calandra \*

La sexualidad está conformada tanto por factores biológicos como psicológicos y socioculturales. El comportamiento sexual de un ser humano va a estar determinado por una imbricada interrelación de estos aspectos, que adquieren distintas características de acuerdo con los ciclos vitales que la persona atraviesa.

Las así llamadas relaciones sexuales (RS), son sólo un componente de la sexualidad, pero un componente importante de una sexualidad madura. Sabemos que en la segunda mitad del siglo pasado los avances en la investigación aplicada a las ciencias médicas lograron separar el sexo reproductivo del sexo placentero, pero también sabemos que ya pasados 40 años desde las primeras experiencias en anticoncepción, aún son muchas las parejas que por distintas razones –la mayoría unidas a la ignorancia y la pobreza– no tienen acceso a estos avances. Sin lugar a dudas, la mujer es el miembro de la pareja más afectado, no sólo por sus características biológicas sino por las socioculturales, que le atribuyen el cuidado de los hijos en los primeros años de vida.

Para una mujer usar un método anticonceptivo (MAC) implica entre otras cosas:

- Tener conocimiento e información acerca de las diferentes opciones.
- Poder romper con muchos años de una moral puritana que asocia la sexualidad con lo prohibido.
- Tomar una decisión activa para adoptar un método.
- Tener acceso material al método más adecuado.
- Ser responsable y tener capacidad económica para continuar su uso.

Por lo tanto, si adoptar un MAC puede crear dificultades para una mujer adulta, mucho más las creará para una adolescente. En esta etapa, el acceso a una sexualidad sin riesgos no sólo está ligado a la educación y las condiciones económicas, sino que presenta problemas propios, inherentes a todos los estratos sociales y a la relación que se establece con los prestadores de salud.

Los cambios en las prácticas sociales han llevado a los adolescentes a un inicio cada vez más temprano de las RS.<sup>1</sup> Los profesionales de la salud que mantenemos contacto diario con adolescentes sabemos que esta iniciación temprana de las RS no se acompaña, habitualmente, de cuidados anticonceptivos,<sup>1-3</sup> por lo que el embarazo no deseado, la maternidad precoz o la práctica del aborto,<sup>4,5</sup> son realidades que las adolescentes deben afrontar, a las que además se agrega el riesgo de adquirir enfermedades transmisibles sexualmente (ETS).

También sabemos que este inicio temprano es muchas veces ajeno a su voluntad; niñas y púberes víctimas de abuso sexual o adolescentes coercionadas a un inicio no deseado, son hechos que detectamos a poco de profundizar el interrogatorio.<sup>6-8</sup> El inicio temprano se relaciona también con el estilo de vida del mundo actual y con la mayor erotización del medio, factores que no dependen de los adolescentes sino que son responsabilidad directa de los adultos y que difícilmente se modifiquen.

Mientras tanto, en lo inmediato, las adolescentes siguen teniendo RS, placenteras o no, pero exponiéndose en la mayoría de los casos al riesgo de ETS o de embarazos no deseados con todas sus secuelas y complicaciones. Esto sí es una responsabilidad nuestra como profesionales y de las instituciones de salud, encargadas del cuidado psicofísico de la población.

El objetivo de esta comunicación es, en primer lugar, analizar las dificultades de

\* Servicio de Adolescencia, Hospital Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina.

las adolescentes para acceder a una sexualidad sin riesgos y en segundo lugar, referirnos al modelo de atención que se lleva a cabo en un Servicio de Atención Integral de Adolescentes<sup>9</sup> y que consideramos adecuado para evitar las oportunidades perdidas y optimizar la prevención.

Consideramos que las dificultades para adoptar un MAC en la adolescencia pueden deberse a causas que dependen de la propia adolescente, de los profesionales y de las instituciones de salud.<sup>10-12</sup>

### 1. DIFICULTADES DE LA ADOLESCENTE

- *Mito de la maternidad.* Existe un mandato cultural dominante que enaltece la maternidad. El rol maternal, tanto en lo psicológico como en lo ideológico, se ha convertido en el principal definidor de la vida de la mujer. La adolescente no escapa a este mandato.
- *Desarrollo psicosexual.* Las características de esta etapa, como omnipotencia, irresponsabilidad, tendencia a las actuaciones, etc., dificultan la adopción y continuidad de un MAC.
- *Rol pasivo* en el que se subjetiviza y socializa a la mujer, principalmente en los estratos sociales bajos. Las adolescentes aceptan conductas de sometimiento y obediencia que incrementan una dependencia afectiva del varón (decidir el uso de un MAC implica adoptar un rol activo).
- *Nivel educativo.* Cuanto más bajo es el nivel de escolarización menor es el uso de anticonceptivos (AC) y por lo tanto, aumenta la posibilidad de un embarazo temprano; éste se constituye muchas veces en el único proyecto de vida para las adolescentes de clases bajas.
- *Motivaciones inconscientes,* individuales y que no es intención desarrollar en este comentario.
- *Aspectos lingüísticos.* Puede existir un rechazo a un mensaje que les llega con un deslizamiento lingüístico al hablar de planificación familiar o procreación responsable. (Ni la familia, ni la procreación son un objetivo en la adolescencia; tampoco la planificación ni la responsabilidad son inherentes a ella). Por qué no hablar sin eufemismos de anticoncepción.

Es decir que existen condicionantes de clase, de género y culturales que se entrelazan para que una adolescente decida usar un MAC. Allanar estas dificultades va a depender de una tarea educativa y de cambio de pautas socioculturales que podrían concretarse a mediano y largo plazo. Al sector Salud le cabría un rol en la modificación de estas pautas como educador y formador de opiniones que repercuten en las decisiones políticas.<sup>9</sup>

### 2. DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Las adolescentes concurren en un bajo porcentaje a la consulta médica, por eso no se puede desaprovechar ese contacto adolescente-profesional para conocer qué ocurre en el área de su sexualidad, ya que muchas veces no visualizan el riesgo como un problema que atañe a su salud.

El médico que atiende adolescentes debe:

- Estar motivado para la atención de este grupo etario.
- Conocer el desarrollo psicoevolutivo normal de esta etapa para evitar reacciones negativas ante actuaciones normales y propias de la conducta adolescente.
- Tener una actitud receptiva y no enjuiciadora de la conducta sexual, ni verbal ni gestual.
- Conocer sus propios conflictos y problemáticas con relación a la sexualidad, ya que el profesional es un ser humano que tiene su historia, creencias y códigos morales, y todo ello puede influir positivamente o negativamente en una consulta que involucre la sexualidad.
- Tener una visión holística de la consulta y responder no sólo a la demanda espontánea de AC, sino también detectar el riesgo cuando sean otros los motivos de consulta. Por eso, la prevención del embarazo adolescente no es una tarea que deba encarar sólo el ginecólogo, sino que debe ser abordada por cualquier profesional de la salud ante una consulta adolescente. No se puede eludir esta responsabilidad y es un deber interiorizarse sobre la actividad sexual de los jóvenes para actuar en la prevención.<sup>13,14</sup>

A este último punto se orienta principalmente nuestro modelo de atención, que intenta aprovechar al máximo las oportuni-

des que ofrece la consulta clínica de los adolescentes para actuar preventivamente en el área de la sexualidad (ver *Esquema*).

### 3. DIFICULTADES DE LAS INSTITUCIONES

La atención de las adolescentes que requieren AC debe realizarse preferentemente en un ámbito que se ocupe sólo de las consultas de este grupo etario. Tanto los horarios como los días de atención deben ser suficientemente amplios y no restringidos a unas pocas horas semanales. En razón de que las adolescentes que concurren a la consulta hospitalaria carecen por lo general de recursos económicos propios, se les deberá proveer los distintos MAC como una forma de evitar el abandono por falta de recursos.

Los adolescentes que atraviesan la puerta de un hospital o un centro de salud, lo hacen muchas veces con temor y desorientación; por eso insistimos en la necesidad de que existan áreas específicas para la atención de adolescentes, donde el espacio (consultorio, sala de espera) y la recepcionista o la enfermera contribuyan para que el servicio sea amigable para estos jóvenes y no se conviertan en agentes expulsivos.<sup>9</sup>

Estos son sólo algunos de los puntos que ayudarán a disminuir la deserción, ya de por sí frecuente en este grupo etario, al brindarles un ámbito adecuado donde se encuentren entre pares y atendidos por profesionales capacitados para entender la cambiante problemática adolescente. Por otra parte, al inculcarles la necesidad del cuidado de su salud (que se debería haber iniciado en la temprana infancia) estaremos también induciendo a estas jóvenes a adoptar, a lo largo de toda su vida, la anticoncepción y no el aborto como medio de regular su fertilidad.

Finalmente, diremos que el campo de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes tiene aspectos éticos y legales, aún no resueltos, que generan temores y controversias. Esto puede afectar en gran medida las políticas institucionales que inciden directamente en el accionar de quienes se ocupan de la anticoncepción en la adolescencia.

### DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCIÓN

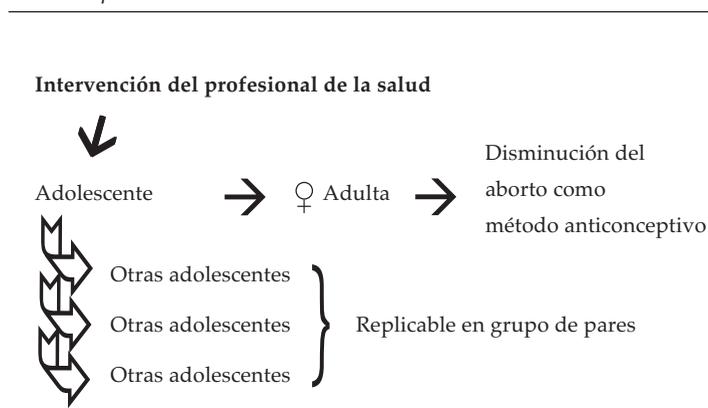
El Servicio de Adolescencia\* del Hospital Argerich, integrado por médicos clínicos y

ginecólogos, recibe las consultas clínicas y controles en salud de todos los adolescentes de entre 10 y 20 años que llegan al hospital. Se atienden aproximadamente 12.000 consultas anuales, de las cuales alrededor del 60% corresponden al sexo femenino. El 90% de estas adolescentes ya ha iniciado su vida sexual, y muchas de ellas están expuestas al riesgo de un embarazo no deseado al no utilizar ningún MAC. A través de los años, la detección de ese riesgo y del de ETS se ha convertido en una de las prioridades de atención.

Según nuestro modelo, todas las adolescentes son vistas en primera instancia por un médico clínico; en esa primera entrevista se indagan, entre otras cosas, los aspectos referidos a la vida sexual, independientemente de cuál haya sido el motivo de consulta. Se busca en esta forma introducir o reforzar el concepto de prevención y detectar la existencia de riesgo de embarazo no deseado o ETS, para poder brindar la asistencia correspondiente.

Creemos que las consultas por un MAC o en las que se detecta riesgo reproductivo deben considerarse como "consultas de urgencia" por las características propias de esta etapa evolutiva; por lo tanto, no satisfacer esa demanda o necesidad en forma inmediata con la cobertura de un método puede

ESQUEMA: Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en anticoncepción



\* Actualmente el Servicio de Adolescencia se encuentra incorporado al Programa de Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, quien provee los insumos necesarios (que se complementan con la colaboración de diferentes laboratorios) para que la tarea preventiva y de asistencia sea totalmente gratuita.

implicar dejar desprotegida a esa adolescente que quizá no vuelva a otra consulta o que cuando lo haga ya esté embarazada. Se habrá así, perdido la oportunidad de actuar en prevención en el momento en que se establece el primer contacto con la adolescente.

En nuestro país, la orientación y asistencia en AC es casi exclusiva de ginecólogos y obstetras, perdiéndose así la posibilidad del oportuno asesoramiento a numerosas adolescentes que consultan por motivos no ginecológicos. En nuestro servicio, el trabajo conjunto de clínicos y ginecólogos favorece la interdisciplina y el intercambio de saberes,<sup>15</sup> por lo que los clínicos tienen el entrenamiento y la capacitación necesarios para indicar un MAC en tanto la adolescente sea vista por la ginecóloga.

Esta modalidad de trabajo nos ha permitido ampliar el espectro de cobertura, ya que no sólo se satisface la demanda espontánea por AC sino que también se llega a aquellas adolescentes que no tienen incorporado el riesgo reproductivo como un problema que atañe a su salud y, por consiguiente, no consultan por AC.

Este criterio de atención busca evitar oportunidades perdidas al promover el cuidado anticonceptivo y disminuir el riesgo de ETS. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez S, Calandra N, Berner E y col. Grado de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes hospitalarias. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 1994; 1(2):50-57.
- Monroy A, Morales N, Velazco L. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos, opciones. OPS 1998: Cuaderno técnico N° 12.
- Trumper E y col. Correlación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población hospitalaria. 1<sup>as</sup> Jornadas Latinoamericanas de Ginecología Infanto Juvenil. Buenos Aires, 1996.
- Aller Atucha LM, Pailles J. La práctica del aborto en Argentina. *Rev Ginecol Reprod* 1997; 5:241.
- De Seta F, Riccoli M, Sartore A, De Santo D, Grimaldi E, Ricci G, et al. Sexual behavior and adolescence. *Minerva Ginecol* 2000; 52(9):339-44.
- Pantelides EA, Geldstein R, Calandra N, Vázquez S. Iniciación sexual bajo coerción. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 1999; 6(3): 109.
- Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and reproductive health. New York: Population Council Library, 1995:1-59.
- Pantelides EA, Geldstein R, Calandra N, Vázquez S. Encantadas, convencidas o forzadas. Iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina/ Centro de Estudios de Población/ Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1998:45.
- Bianculli C, Berner E, Vázquez S, Calandra N y col. Proyecto Adolescencia Bs. As. Propuesta para un modelo de atención integral asistencial/docente/ intra-extrahospitalario. Buenos Aires: FUSA 2000 Editora, 1995.
- Calandra N, Vázquez S, Berner E y col. Embarazo adolescente. Investigación sobre los aspectos biopsicosociales. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 1996; 3(2): 35-46.
- Pantelides EA, Cerruti MS. Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población, 1995: 47.
- López E, Finding L. La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva. ¿Qué se dice, a quién y cómo? Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina/ Centro de Estudios de Población/ Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1998:79.
- Garside R, Owen MR et al. General practitioners' attitudes to sexual activity in under-sixteens. *J R Soc Med* 2000; 93:563.
- Churchill D, Allen J, Pringle M, et al. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy. *BMJ* 2000; 321:486.
- Vázquez S, Calandra N, Bianculli C. La interdisciplina clínico-ginecológica en la atención de adolescentes. 1<sup>er</sup> Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Buenos Aires, 1992.

*A los 14 años mi padre era tan tonto que  
apenas me era soportable tenerlo cerca.  
A los veintiún años me di cuenta  
de lo mucho que había cambiado en esos seis años.*

MARK TWAIN