

HACIA UNA ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES DESDE UN HOSPITAL PÚBLICO

*Dra. María Cristina Fenucci**, *Dra. Silvia Cristina Fernández***, *Lic. María Aurelia González****,
*Dra. Liliana Mabel Malisani***, *Dra. Jorgelina Beatriz Pomata*****,
*Dra. Patricia Laura Rey*** Y *Lic. María Daniela Rimoli Schmidt******

“Todos sabemos que nuestros adolescentes son la punta del iceberg; el fiel reflejo de padres, educadores y políticos, tanto o más inmaduros y peligrosos que sus hijos”.

Carlos Duran

Resumen

En el año 1988 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá se conformó un equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de las adolescentes y sus hijos, que se denominó PROAMA. El programa se vincula mayoritariamente con jóvenes que ya están embarazadas.

Si bien se trabaja activamente en la prevención de patología perinatal, infecciones de transmisión sexual (ITS) y repitencia de los embarazos no programados, cuidado de sus hijos, los resultados obtenidos reflejan la necesidad de fortalecer los aspectos preventivos. Por lo tanto, el factor de mayor riesgo no corresponde directamente a la edad cronológica de la joven, si no a las características sociales de su entorno familiar.

Objetivo: Realizar un programa con salida a la comunidad (6° grado EGB en un colegio del GCBA) para fortalecer la capacitación de los referentes adultos (docentes y padres) y de los alumnos, a fin de mejorar la salud integral de los adolescentes. Creando lazos sociales entre las instituciones educativas, asistenciales y familiares, para promover comportamientos saludables.

Metodología: Talleres con lineamientos pedagógicos, con participación activa y continua, en un proce-

so de reflexión-acción. Utilizando técnicas de dinámica grupal como: charlas, talleres, videos, lluvia de ideas, dramatización, encuestas, etc.

Estrategias: Convocar y comprometer a las Autoridades de la Dirección de Educación para dar apoyo y al proyecto con difusión y promoción en distintos organismos.

Resultados: Todos los estudios realizados por PROAMA, nos muestran que, con una atención precoz, personalizada y con contenidos de educación, disminuyen los riesgos de las embarazadas y sus hijos. Coincidiendo con la OMS/OPS.

Conclusiones: La era posmoderna trajo grandes cambios socioculturales, produciendo crisis en las familias, en la sociedad y en las instituciones.

Debemos restablecer el dialogo y la comunicación para poder prevenir.

Palabras claves: adolescencia, acompañamiento vincular, educación, prevención.

Summary

In 1988, a workshop named PROAMA was established focused at the attention of teenage mothers and their children. The main targets of this program are young women who are already pregnant.

The obtained results suggest that the preventive aspects should be strengthened.

The major risk factor is not directly related to the mother's age, but rather to the social aspects of her environment.

Objective: To create a community-oriented program to capacitate adults (teachers, parents) as well as pupils in order to improve all health aspects of the teenagers, and to promote a healthy behaviour, by means of social bonds among schools, hospitals and families.

Method: Workshops within a pedagogic frame, with an active and continuous participation, and a process

* Dra. en Servicio Social-Jefe División Servicio Social.

** Médica Especialista en Obstetricia y Ginecología.

*** Lic. en Psicología.

**** Médica Especialista en Pediatría y Neonatología.

Coordinadora de PROAMA.

***** Lic. en Servicio Social-Jefe sección Servicio Social.

of reflection-action. Using techniques of group dynamics, such as chats, workshops, videos, brainstorming, dramatization, and interviews.

Strategies: To invite and commit educational authorities to support and promote the Project at all levels.

Results: All the studies performed by PROAMA have shown that an early and personalized attention including education, reduces the risks of pregnant women and their children. This matches the results obtained by OMS/OPS.

Conclusions: Postmodernity brought with it great sociocultural changes, leading to a crisis in family, society and institutions. For prevention, we must re-establish the dialogue and communication.

Key words: adolescent, community, healthy behaviour.

Introducción

En el año 1988 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá se conformó un equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de las adolescentes y sus hijos que se denominó PROAMA (Programa de atención a la madre adolescente).

El programa se vincula mayoritariamente con jóvenes que ya están embarazadas. Si bien se trabaja activamente en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y repitencia de los embarazos no programados, los resultados obtenidos reflejan la necesidad de fortalecer los aspectos preventivos de la salud sexual y reproductiva.

En lo que se refiere a la asistencia de las embarazadas adolescentes y sus hijos, la estrategia más beneficiosa remite al abordaje interdisciplinario: el encuentro de la mirada y la escucha de diversas disciplinas que construyen una posición en común en cuanto al trabajo con el sujeto y su entorno.

La experiencia de estos años ha demostrado, que el factor principal a tener en cuenta es la "organización de la estructura familiar", la cual surge como **eje de la problemática** del embarazo en la adolescencia.

Antes de hablar de adolescencia en general, proponemos considerar la existencia de una diversidad de grupos de jóvenes con experiencias, significaciones y prácticas diferentes en relación con la maternidad/paternidad.

Las condiciones que generan la vulnerabilidad en estos grupos pueden ser de distinto orden social.

De tal modo, lo que observamos como equipo interdisciplinario en coincidencia con otros equi-

pos, es que el factor de mayor riesgo no corresponde directamente a la edad cronológica de la joven sino a las características sociales de su entorno familiar.

El programa fue incorporando paulatinamente a la actividad asistencial la **educación** (metodología de intervención) para la salud integral y la prevención en salud sexual y reproductiva, con escasas posibilidades de actuar en prevención primaria debido a dos circunstancias:

1. Carencia de área programática.
2. Población adolescente que ya ha iniciado relaciones sexuales sin un asesoramiento adecuado sobre el tema.

Esta motivación surge a partir de la experiencia recabada y la inquietud relacionada con poder efectivizar acciones de prevención primaria extramuros. Con el propósito de disminuir los riesgos que conllevan esta etapa de la vida y a partir del reconocimiento de la existencia de modelos familiares no formados en el acompañamiento y contención de estos jóvenes, es que nos hemos planteado el **objetivo** de abordar la problemática desde los adultos referentes, padres y educadores.

Nuestra finalidad como programa, es obtener el mejor conocimiento de la realidad del adolescente, como objetivo de estudio central, con la intención de actuar con carácter interdisciplinario para intervenir, cooperar y aportar en la resolución de los problemas y conflictos de salud de esa población, a través del ejercicio profesional y la relación profesional-adolescente.

Nuestro aporte como tal no consiste en acercar los enfoques parcializados de las áreas que en alguna medida representamos, sino en adecuar y elaborar, en cada área convocada y dentro de los conceptos disciplinarios que le son propios, el

concepto de **Salud Integral del Adolescente** como una realidad interdisciplinaria, inserta en su medio ambiente y en el marco de su contexto histórico y cultural. De esta manera, no resultaría una sumatoria de aportes parciales, sino una **síntesis transdisciplinaria**, centrada en esa realidad compleja (Salud Integral) con actitud de real cooperación y solidaridad científica sin protagonismos do-

minantes. O en todo caso, con énfasis alternativos y discontinuos, en algunas áreas, según los tiempos y los problemas emergentes, pero siempre más allá de interpretaciones.

El factor de mayor riesgo no corresponde directamente a la edad cronológica de la joven sino a las características sociales de su entorno familiar.

Fundamentación

Pubertad y adolescencia conforman la etapa de mayor transformación de las conductas del hombre y uno de sus rasgos es la aparición de deseos tan verosímiles como cambiantes, conformando uno de los trances de desconstrucción más densos, variados, exuberantes y tumultuosos de la vida humana. El adolescente es un espejo de la sociedad en que vive. Es una laboriosa asunción de categorías plagada de equívocos por partida doble: de los adultos y del adolescente.

La adolescencia es una larga y compleja etapa vital, considerada como un compás de espera entre la niñez y la adultez. Se inicia con los cambios en la pubertad, extendiéndose hasta la elaboración de los conflictos básicos que posibilitaran la organización de la identidad adulta. Es una etapa crítica que supone desafíos, a lo que se suman los mensajes, pautas, valores y actitudes confusas que parten de la sociedad. Por ello los jóvenes tienden hoy día a desarrollar comportamientos con implicancias físicas, psicológicas, familiares y socioculturales, que originan en ellos estilos de vida no saludables.

La noción de adolescencia es una noción sociológica, que se expande a otras disciplinas. Sus fronteras varían en cada momento histórico, en cada comunidad e inclusive se diluyen en el interior de una misma cultura en función de los orígenes de la familia la clase social o el barrio.

Desde la perspectiva psico-social se habla de la adolescencia como moratoria para señalar la demora entre la aparición de una determinada capacidad y su desempeño efectivo (endocrinología, aspectos cognitivos, etc.) sostenida desde numerosas teorías en una *perspectiva estrictamente evolutiva*.

Desde el siglo XIX, distintos autores han intentado definir el término *adolescente*. Sigmund Freud¹, precursor del Psicoanálisis, tenía preferencia por la noción de pubertad, por cuya descripción temporal y el carácter de proceso que le otorga, recubre lo que hoy llamamos adolescencia. La describía como un “hecho de estructura”, de cierto desencuentro, en ese paso que va del autoerotismo a la elección de objeto.

Francoise Dolto², prestigiosa psicoanalista francesa, dice al respecto “no más un niño, no aún un adulto”. Lo define: “como un segundo nacimiento” porque en ella, se produce la salida a un nuevo mundo, a una nueva luz, que quedará fuera de la protección y la seguridad del ambiente familiar.

Lacan J³ establece que la pubertad es entonces el momento lógico en que la infancia se organiza retroactivamente como pasado y esto es una encrucijada vital y eminentemente singular, atravesada por cada sujeto, uno por uno. Surgen así nuevos signos en el cuerpo, ocurre el abandono de la posición infantil en paralelo a la liberación de la autoridad de los padres.

Adolescencia hoy

Lo que llamamos adolescencia no se refiere a una franja etárea, no existe en absoluto fuera de la cultura occidental. Ricardo Rodulfo⁴ ubica la adolescencia como la rotura de la correa de transmisión entre generaciones y es algo bien diferente de la posición de los jóvenes. El joven se opone al adulto en el marco de la sucesión y la continuidad de las generaciones. En cambio el adolescente reniega del hecho de la tradición como tal, no acepta referencia alguna a la genealogía. Esta fractura entre adultos y adolescentes tiene implicancias clínicas y determina modos diferentes de abordaje para todas las disciplinas que dirigen su mirada hacia ellos.

Muy lejos de la etapa evolutiva, tal como la describían Ericson y P. Blos en la década de los 50, la adolescencia es un fenómeno de grupo, es un “nosotros” que hace fuerza por segregarse, por desalojarse, para enfrentarse a lo establecido.

En la actualidad dentro de la cultura occidental se ha planteado como nunca antes la amenaza de pérdida de sentido con una enorme violencia (efectos de la pos-modernidad, consecuencia de las guerras mundiales y el fin del patriarcado como institución normalizadora), lo cual determina efectos en las personas y en

sus vínculos.

La infancia y la adolescencia hoy más que nunca deben ser pensada en una realidad más compleja

Es una etapa crítica que supone desafíos, a lo que se suman los mensajes, pautas, valores y actitudes confusas que parten de la sociedad.

¹ Freud S. La metamorfosis de la Pubertad. Madrid: O.C.B.N.; 1967.

² Dolto F. La causa de los Adolescentes. Buenos Aires: Edit. Seix Barral; 1998.

³ Lacan J. Seminario Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1994.

⁴ Rodulfo Ricardo. El Psicoanálisis de nuevo. Buenos Aires: Eudeba; 2004.

que causal. Autores como Rodolfo plantean el “nacimiento adolescente” en reemplazo del duelo adolescente, pues lo coloca en el marco cultural de los valores y no de estructuras objetivas que se pierden por otras nuevas.

La reflexión en el trabajo con adolescentes implica dejar de observar el fenómeno y empezar a participar de la situación considerando a la adolescencia un valor cultural, que implica suspender nuestros propios juicios.

Ya no resulta una novedad, pero sí una necesidad, el pluralizar al momento de referirnos a estos colectivos sociales, es decir hablar y concebir diferentes “adolescencias” y “juventudes”, en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre adolescentes y jóvenes.

Adolescencia y salud

Las consideraciones precedentes arrojan alguna luz respecto de las dificultades que enfrenta el sector salud en el abordaje más eficaz de la salud integral de los adolescentes. Los programas y campañas de prevención enfrentan el obstáculo de las “variaciones adolescentes” que conviven dentro de una misma sociedad, de una misma ciudad, inclusive con su mosaico de tribus urbanas. La variación de códigos, escalas valorativas e intereses marcan la necesidad de relevar la situación social donde intervenir a la hora de planificar estrategias con los adolescentes para evitar el desgaste y la frustración de las mismas.

De tal modo, lo que observamos como equipo interdisciplinario en coincidencia con otros equipos, es que el factor de mayor riesgo no corresponde directamente a la edad cronológica de la joven, tanto como a las características sociales de su entorno familiar.

El apoyo a los adolescentes es un desafío al que hay que responder desde distintas disciplinas. La interdisciplinariedad es el punto en donde se producen encuentros con diferentes enfoques, con el fin de lograr un entendimiento integral de la problemática dada.

La realidad nos muestra que hay una gran crisis social y que todas las instituciones están influenciadas por esta crisis.

Los profesionales que asisten a estos jóvenes deben garantizar una escucha sin prejuicios sobre sus problemas, tales como la falta de comunicación, los desacuerdos o las múltiples crisis familiares.

La atención precoz, personalizada, el número

En nuestro país, el 14,5% de los recién nacidos vivos son hijos de madres adolescentes menores de 20 años.

de controles y el tiempo adecuado de las consultas es una forma de prevención.

Es claro el rol de las familias de las adolescentes como generadoras de afecto, sostén y sentimiento de pertenencia. Pero también es cierto, que éstas necesitan

oportunidades para poder cumplir estos objetivos, como la posibilidad de continuar con sus proyectos de vida.

Algunas cifras para reflexionar

En nuestro país, actualmente, el embarazo adolescente se plantea como un tema de preocupación y un problema para la salud pública, dado que es una realidad que, si bien se da en todos los estratos sociales, impacta significativamente en los sectores más empobrecidos, aumentando la morbimortalidad y deteriorando la calidad de vida. El análisis de los indicadores socio-económicos revela que:

“Son las adolescentes más pobres, las que habitan las áreas rurales y las menos educadas las que tienen tasas de natalidad mayores”.⁵

En nuestro país, el 14,5% de los recién nacidos vivos son hijos de madres adolescentes menores de 20 años, lo que representa aproximadamente 100.000 nacimientos anuales, presentándose una amplia dispersión entre jurisdicciones que oscilan entre el 6,2% para la Ciudad de Buenos Aires y el 23,9% para el Chaco. (Fuente: SAP/UNICEF. Recién nacidos vivos según edad de la madre; 2006).

Indicadores socio-económicos, a nivel nacional, muestran cifras poco alentadoras:

Con relación a las **Necesidades Básicas Insatisfechas** (NBI), vemos que el 17,7% de la población vive en hogares con NBI, acentuándose las diferencias según jurisdicciones: Ciudad de Buenos Aires 7,8%, Chaco 33% y Formosa 33,6%. (Fuente: Indec 2001). Por necesidades básicas insatisfechas se entiende hogares que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:

Hacinamiento: hogares con más de 3 personas por cuarto.

Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (inquilinato, vivienda precaria).

Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete.

⁵ Rachid de Urquiza, Canale M. Embarazo precoz y maternidad adolescente: intervenciones institucionales. Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer; 1999.

Asistencia escolar: hogares con al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.

Capacidad de subsistencia: hogares que tienen 4 o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiere completado el tercer grado de escolaridad primaria.

Las **líneas de indigencia y pobreza** son aún más alarmantes: la línea de indigencia en niños y adolescentes menores de 18 años, en todo el país, es del 23,7%, mientras que la línea de pobreza para el mismo grupo se eleva al 58,2%. (Fuente: SAP/UNICEF, 1^{er} semestre de 2005).

La línea de indigencia muestra si el hogar cuenta o no con ingresos para cubrir la Canasta Básica de Alimentos.

La línea de pobreza incorpora a la Canasta Básica de Alimentos bienes y servicios no alimentarios (vestido, salud, educación, transporte) que conforman la Canasta Básica Total.

Hablar de **nivel de instrucción** en nuestro país, también revela situaciones de profunda inequidad social. La proporción de nacidos vivos de madres analfabetas o que no han completado el ciclo primario se estima en 9,4%, en todo el país, presentándose una marcada diferencia por jurisdicciones: Ciudad de Buenos Aires 2,8%, Buenos Aires 4,8% y en Chaco y Misiones alcanza al 31,9%, lo que significa que 1 de cada 3 recién nacidos tiene una madre con dificultades para comprender la palabra escrita, variable de significativa asociación con la morbilidad, lo que implica situaciones de pobreza, vulnerabilidad y riesgo. (Fuente SAP/ UNICEF, 2004).

Con relación al **porcentaje de adolescentes entre 13 y 17 años que no estudian ni trabajan**, según ingresos familiares, el 30% de las familias con ingresos familiares más bajos, tiene el más alto índice de adolescentes que no están integrados al sistema educativo formal ni al laboral, que alcanza el 51,1%. (Fuente SAP/UNICEF, 1^a semestre 2005).

Existe una relación significativa entre el nivel de escolaridad y el embarazo. Cuanto menor es el nivel de instrucción, mayor es la tasa de fecundidad. La educación es un indicador del grado de acceso a recursos cognitivos y materiales.

“Cuanto menor es la educación formal recibida, mayor el porcentaje de madres que está repitiendo la experiencia de la maternidad”⁶. La imposibilidad de integrarse socialmente, ya sea dentro del sistema educativo o dentro del sistema laboral, las expone al riesgo de reproducir el circuito de la pobreza.

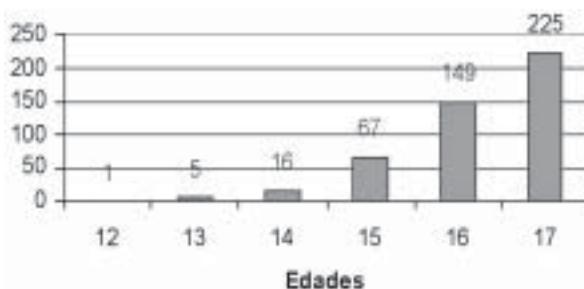
Otro indicador que advierte sobre la situación social de los niños y jóvenes es el de **cobertura social**. Para el año 2001, el 48% de la población carecía de cobertura social, siendo muy marcada las diferencias por jurisdicción. Para el grupo de niños de 0 a 4 años, en Ciudad de Buenos Aires el 33% carece de cobertura social mientras que en la Provincia de Chaco, para el mismo grupo, la cifra asciende a 78%.

La **migración** es otro indicador importante a tener en cuenta, ya que representan la lejanía de la familia de origen, la exposición al desempleo, y la desprotección de la joven.

Resultados

En el año 2005, en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, sobre un total de 7.185 partos, 467 (6,5%) correspondieron a madres menores de 18 años, (*Figura 1*), siendo residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires solo el 36% de las mismas.

Figura 1. Distribución de nacidos vivos de madres menores de 18 años. (HMIR Sardá, 2005, n= 463)



En lo referente a los **resultados** obtenidos y comparados con el SIP las adolescentes < 18 años no presentaron efectos desfavorables en comparación con adultos en las siguientes variables: forma de terminación al parto (*Tabla 1*), peso al nacer (*Tabla 2*), peso adecuado (*Figura 2*), edad gestacional al parto (*Tabla 3*), restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, diabetes, hipertensión inducida y previa, anemia e infecciones de transmisión sexual (*Tabla 4*).

⁶ Rachid de Urquiza, Canale M. Embarazo precoz y maternidad adolescente: intervenciones institucionales. Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer; 1999.

Tabla 1. Forma de terminación del parto en madres adolescentes y adultas. HMIR Sardá 2005.

	Adolescentes < 18 años n= 463		Adultas >21 años n= 6.718	
	n	%	n	%
Espontáneo	244	75,3	2.313	68,3
Fórceps	10	3,1	60	1,8
Cesáreas	65	20,1	972	28,7
Sin dato	5	1,5	40	1,1
Total	322	100	3.385	100

Se halló una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de cesáreas (χ^2 , $p= 0,02$).

Tabla 2. Distribución del de peso de nacimiento de madres adolescentes y adultas. HMIR Sardá 2005.

Peso al nacer (g)	Adolescente		Adulto	
	n	%	n	%
<1.500	3	0,6	44	0,8
1.500-2.499	29	8,9	206	6,0*
2.500-3.999	281	86,8	2.815	83,2
4.000 o >	9	2,3	296	8,6**
Sin datos	2	0,6	24	0,7
Totales	324	100	3.385	100

* $p = 0,048$ ** $p < 0,001$

Figura 2. Peso para la edad gestacional en hijos de madres adolescentes. HMIR Sardá 2005.

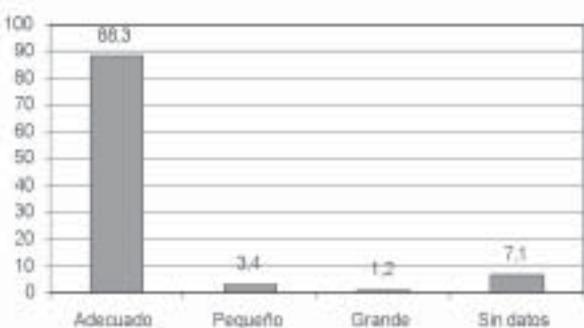


Tabla 3. Distribución de la edad gestacional en prematuridad de madres adolescentes y adultas.

Edad gestacional (semanas)	Adolescentes (n= 324)		Adultas (n= 3.385)	
	n	%	n	%
< 20	1	0,3	3	0,1
20-27	2	0,6	18	0,5
28-34	10	3	125	3,7
35-36	21	6,5	230	6,8
≥ 37	271	83,6	2.805	82,8

Tabla 4. Infecciones de transmisión sexual en madres adolescentes y adultas. HMIR Sardá Año 2005.

	< 18 años n= 324	> 21 años n= 3.385
VIH	0,6% (n= 2)	0,6% (n= 15)
VDRL	0,9% (n= 3)	1,2% (n= 39)

En las embarazadas menores de 18 años la preeclampsia arrojó cifras superiores (1,6%) en relación a la población > 21 años (Tabla 5).

Tabla 5. Preeclampsia en embarazadas adolescentes y adultas. HMIR Sardá 2005.

	Adolescentes (n= 324)		Adultas (n= 3.385)	
	Casos	%	Casos	%
No	309	96	3.343	98,8
Sí	5	1,5	42	1,2 *
Sin datos	10	2,5	---	---

* χ^2 , $p= 0,02$

Son relevantes y para analizar a fin de canalizar nuestras estrategias las cifras obtenidas en los antecedentes obstétricos: El 11,9% de las adolescentes presentaron una gesta anterior, discriminados en 4,5% parto anterior y 7,4% abortos, configurando una situación de alto riesgo donde un precoz y activo ejercicio de la sexualidad/genitalidad no es acompañado de un cuidado adecuado, siendo el aborto en muchos casos la práctica anticonceptiva, lo cual implica que la intervención del personal de salud debe incluir en forma indiscutible pautas de educación y prevención en salud sexual perdurando aun después del parto, en el puerperio inmediato, mediato y tardío, involucrando a la pareja y familiares acompañantes.

¿Cuál es la importancia del seguimiento de sus hijos y familia?

En la República Argentina la mortalidad infantil total en menores de 5 años en el año 2004 fue del 18%, según informes presentados por SAP/UNICEF. Muchas son muertes evitables.

Un informe de la OMS enfatiza la atención de la madre y el hijo, con medidas eficaces y simples

Tabla 6. Características de los recién nacidos hijos de madres adolescentes (n= 102, HMIR Sardá, 2002-2003).

	57 mujeres	45 Varones
Promedio de peso:	3.113 g	3.191 g
Promedio de EG:	38,3 semanas	
	DS 1,44	
EG menor o igual a 36 semanas	5,9%	
Asfixia perinatal:	0	
Gemelares:	2	

Tabla 7. Crecimiento y Desarrollo al año de vida (n= 102, HMIR Sardá, 2002-2003).

Crecimiento	57 mujeres	45 varones
Promedio de peso:	9.713 g	10.124 g
Desvío estándar	1.056.2 g	1.065 g
Promedio de talla:	73,61 cm	75,13 cm
Desvío estándar	2,69 cm	2,72 cm
Desarrollo normal:	101 (99%)	
Retraso	1 (1%)	

como la atención calificada del embarazo, parto, puerperio y seguimiento de sus hijos.

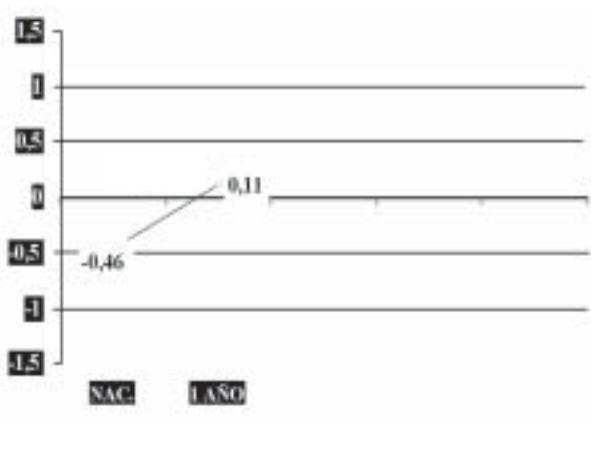
Desde PROAMA, la propuesta fue y es la atención y el acompañamiento vincular de estas jóvenes y su entorno, teniendo como objetivo un cambio de actitud en los roles familiares, como organizador de la estructura familiar.

Del seguimiento de 100 adolescentes de 16 años o menos con sus niños, realizado por PROAMA (años 2002-2003), se puede inferir que este acompañamiento a la adolescente y su familia arrojó un buen resultado en cuanto al crecimiento y desarrollo del bebé, y una exitosa lactancia, pese a sus condiciones socio-económicas desfavorables. En cuanto a la alimentación con pecho exclusivo, se sostuvo hasta los 6 meses de vida en un 55% de los casos, valor que supera al de la población general, y continuaron lactando (con alimentación mixta) 12 meses o más el 62%.

Las características de los recién nacidos y su evolución, se encuentran descriptos en las *Tablas 6, 7 y en la Figura 3*. En esta última se observa el ascenso del desvío de la media de los pesos desde el nacimiento al año de vida corroborando el buen crecimiento.

Durante el seguimiento de los niños, las madres adolescentes y sus parejas, fueron incorporadas al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable como parte de la atención integral de estas familias, con el fin de evitar embarazos no programados.

Figura 3. Evaluación del Z score del peso en RN hijos de madres adolescentes desde el nacimiento hasta el año de edad.



¿Por qué ocuparnos de la salud sexual y reproductiva?

Para la OMS: “Todas las personas deben tener una vida sexual satisfactoria y segura, gozando de plena capacidad de reproducirse y libertad de decidir”.

La sexualidad se desarrolla por la interacción con los otros, la familia, la escuela, los grupos sociales en los que actuamos y la sociedad en general.

La sexualidad la vivimos, la sentimos, y tiene dos principios básicos: **la reproducción y el placer**.

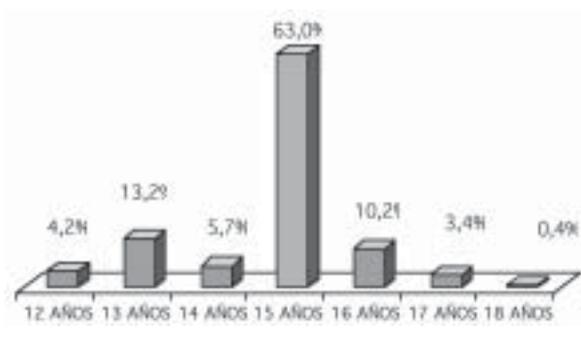
Las relaciones sexuales constituyen un aspecto muy importante de la vida y de la sexualidad de las personas, y el derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho humano básico, por esa razón se lo incluye en el Artículo 2, inciso D de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673:

“Promover la salud sexual de los adolescentes en todos los casos considerando primordial la satisfacción del interés superior del niño en pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño”.

El trabajo de campo en el tema nos mostró que el inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales. En nuestra población el 63% de las adolescentes se inició a los 15 años como lo muestra la *Figura 4*.

La relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y por la condición económica. El proceso es complejo, ya que se une la creencia de que el estudio y la educación son deseables en las mujeres, pero no indispensables para cumplir con una misión maternal. Es por todo

Figura 4. Inicio de relaciones sexuales según edad. HMIR Sardá 2002



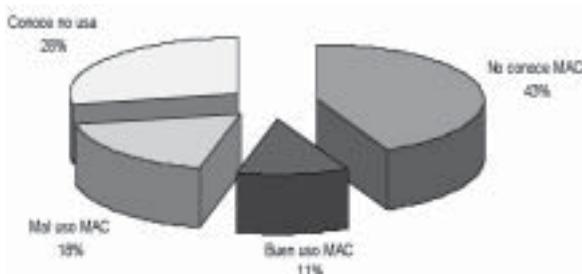
lo anterior que los datos obtenidos a través de la entrevista de admisión de PROAMA arrojan que el 21% de nuestras pacientes tienen la primaria incompleta, un 32% primaria completa y cursando la secundaria el 12%. Muchas veces la actitud de los docentes y la censura social lleva a negar el problema y dejan en la desprotección a las madres adolescentes.

Diferentes investigaciones de carácter cualitativo y de triangulación realizadas en los últimos años arrojan como resultado que lo primordial no sería la carencia de información sino las dificultades para introyectar la misma.⁷

En un estudio realizado por nuestro equipo, se encontró que el 57% de los mismos conocía los MAC (métodos anticonceptivos), pero al momento de la relación sexual no usó ningún método en la 1ª experiencia el 28%, de las que lo usaron solo lo hicieron en forma correcta el 11% (*Figura 5*). Según algunos autores, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan, y el 60% de las gestaciones ocurren en los primeros seis meses de esta primera relación sexual.

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos

Figura 5. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. HMIR Sardá, 2002.



⁷ Adaszcko A, et al. Embarazo y maternidad en la adolescencia: Estereotipos, Evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-UNICEF; 2005.

Cedes-CENEP. Primer estudio nacional sobre maternidad juvenil. Buenos Aires; 2004/2005.

Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM). Encuesta, Salud sexual y reproductiva en Adolescentes. Buenos Aires; 2005.

biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, número de parejas sexuales, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc. Entonces el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, marcando pautas claras y precisas del uso del preservativo en cada ocasión de encuentro sexual, nuestras recomendaciones son usar siempre doble modo.

Debemos tener en cuenta que el gran grupo de pacientes menores de 17 años atendidas en el nuestro consultorio de salud sexual y reproductiva son púerperas, por eso la elección de progestágeno como método predomina sobre otros, por ser pacientes que se hallan amamantando (Figura 6). Además, se debe trabajar la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo, debiendo educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia.

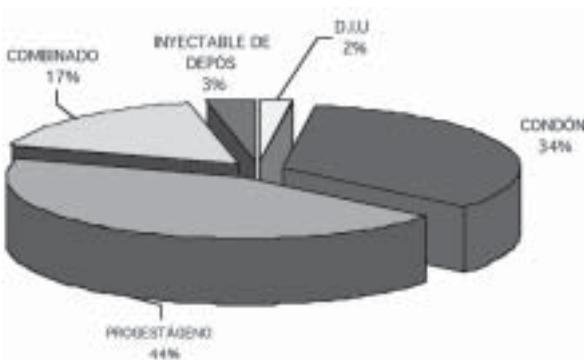
Sin embargo, los sistemas de salud, educación y las familias no parecen estar preparados para dar una respuesta adecuada a las necesidades de este grupo etáreo en lo relacionado a la cultura del cuidado y más aún a su salud sexual y reproductiva.

Materiales utilizados y lugares de utilización

Trabajos de prevención implementados por PROAMA, con la metodología de charla-taller y utilizando como disparador una encuesta anónima, voluntaria, dicotómica, con resguardo ético en adultos y adolescentes sobre temas de sexualidad, genitalidad, género, I.T.S. y otros, arrojó los siguientes resultados: *El 75% de los adolescentes respondieron correctamente a la mayoría de las preguntas y de los adultos el 73%.*

Estas encuesta fueron tomadas entre los años 2001/2003 a adolescentes y adultos. En la sala de espera del HMIR Sardá, en Colegios del GCBS y Pcia.

Figura 6. Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes.



de Buenos Aires y en la Expo-Salud, donde concurren profesionales de distintas disciplinas.

La metodología y los materiales utilizados en los talleres de prevención se muestran en la Figura 7 y Encuesta.

Conclusiones y propuestas:

Los jóvenes poseen información sobre métodos anticonceptivos, SIDA y otras ITS, pero no lo aplican en su conducta sexual.

El comportamiento se encuentra decisivamente influenciado, en términos generales, por el contexto socioeconómico en el cual se desenvuelven los actores sociales.

Los cambios sociales y culturales de los últimos tiempos han fomentado un mayor intercambio de información a diferencia de lo que acontecía en épocas pasadas, no obstante continúa representando un problema la capacidad para incorporar y hacer propios los cuidados específicos que la información provee.

Los factores psicosociales desfavorables que presentan estas familias, nos muestran la necesidad del abordaje interdisciplinario para la observación, análisis y evaluación de los comportamientos socioculturales, a fin de generar acciones que no se limiten al enfoque meramente asistencial.

En los últimos años del siglo XX se produjeron ciertamente múltiples cambios políticos, económicos y sociales que modificaron la situación de los distintos grupos sociales, y que también influyeron decididamente en los adolescentes.

Figura 7. Metodología utilizada en talleres de prevención (PROAMA, HMIR Sardá, 2001).



Encuesta anónima

Juego Verdad o Mentira Mitos - Realidades

Edad:..... Sexo: Femenino Masculino

Marca con una **X** lo que consideras que corresponde:

	V= Verdadero	F= Falso
	V	F
1. La masturbación produce trastornos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En la relación sexual si una persona esta enamorada y es fiel no necesita cuidarse con preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El sexo siempre lleva al embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante la menstruación es malo tener relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si tengo sexo oral u anal no debo usar preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mientras doy el pecho a mi bebé, aunque no menstrue, siempre debo cuidarme en las relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El alcohol y el tabaco no son drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aunque use píldoras u otro método para cuidarme siempre debo usar preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Las mujeres usan menos las drogas que los varones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Todas las drogas dan el mismo efecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Solo se drogan los jóvenes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La droga puede llevar a la muerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fumar un porrito no hace nada, y lo dejo cuando quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La mayoría de los que se drogan han comenzado mucho antes a ingerir alcohol en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. En la primera relación debo cuidarme y puedo quedar embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultados obtenidos de la encuesta anónima en la Expo Salud GCBA (2002)

Encuesta anónima

- 178 adolescentes de 13 a 18 años. EP= 17
- 89% mujeres.
- 11% varones.
- Escolaridad.
 - 90% Primaria completa.
 - 7% Secundaria en curso.
 - 3% No contesta.
- 224 adultos de 25 a 60 años. EP= 42
- 70,5% mujeres.
- 29,5% varones.
- Escolaridad
 - 76,85% Terciaria o universitaria.
 - 23,15% Secundaria completa.

78% de los adolescentes responden correctamente.

75% de los adultos responden correctamente.

¿A quién debemos educar?

La sociedad posmoderna trajo consigo un rápido cambio de valores, inmersos en un consumismo excesivo, estimulando la búsqueda de respuestas inmediatas y de vivir el momento.

¿Cuáles son estos nuevos valores? **Consumo y comunicación.** El marcado individualismo posmoderno lleva a la búsqueda de saciar los deseos de autonomía individual, la satisfacción de intereses individuales, transformando al cuerpo en un nuevo templo, acompañado del culto a las relaciones instantáneas y al placer.

Los medios de comunicación, particularmente la televisión, son la principal fuente de experiencia e información a través de la cual niños y adolescentes organizan su mundo. Pero la información no basta para producir cambios en las conductas relacionados con el autocuidado y con el cuidado de los otros (particularmente en relación a la salud sexual y reproductiva). Una posible respuesta a este fenómeno complejo podría encontrarse en la crisis de valores y de sentido de esta sociedad posmoderna, que no sólo propone la flexibilidad en el trabajo, sino también en las identidades y en las relaciones afectivas, donde lo que predomina es la búsqueda del placer, la inmediatez, la fugacidad y el carácter provisional de todo compromiso, que no durará más que el tiempo necesario para consumir el objeto del deseo, en contraposición a conductas fundadas en el compromiso, la responsabilidad –valores propios de la modernidad.

Los ahora adultos, acostumbrados a mirar, tratar y juzgar a los adolescentes a partir de sus propias vivencias juveniles, deben enfrentarse a la emergencia de una nueva cultura, ubicada en las antípodas de su experiencia. “Navegar en la incertidumbre no les sucedía cuando les tocó ser jóvenes, mientras los adolescentes hoy navegan en aguas turbulentas”.⁸ Esto hace que los adultos tiendan a descalificar a los jóvenes de acuerdo a los criterios de su sociedad, que ya sólo existe en su recuerdo. Esto provoca que los adolescentes vean en los adultos impotencia y dificultad para adecuarse a la nueva cultura. Pero los adolescentes buscan que los adultos sean precisamente adultos.

En su afán de adaptarse a la nueva cultura, muchos adultos tienden a mimetizarse con los jóvenes, (anhelando recuperar la belleza física, la energía y el vigor perdidos), indiferenciándose peligrosamente.

La escuela de la posmodernidad y el mundo adulto, en general, no están preparados para procesar estos cambios. “La noción de autoridad de que dispone no es asimilable por los nuevos sujetos. No puede ofrecer figuras de identificación adecuadas a la demanda, se debilita su capacidad socializadora en términos de modelos de comportamiento y construcción de hábitos”.⁹

La autoridad de los padres también sufre un fuerte impacto, en este contexto, como consecuencia de los cambios producidos en el mercado de trabajo. El desempleo y la exclusión del mercado laboral socavaron la autoestima y la autoridad familiar, en particular de los varones, produciéndose labilidad en los lazos familiares y en la autoridad paterna.

“La emergencia de la cultura de la imagen frente a la cultura del texto escrito propio de la cultura escolar, es uno de los elementos que mayor impacto han producido. Frente a los procesos de diálogo, debate, reflexión, aparece la sociedad del vértigo, de la fragmentación. Emergen las dificultades de los docentes para concitar y retener la atención de los alumnos que aparecen como desmotivados y desinteresados, derivando en fracaso y deserción”.¹⁰

Entonces nuestro interrogante es ¿en dónde debemos intervenir?

La escuela, la familia y todo adulto referente, como factores protectores, deben ser un espacio privilegiado para trabajar con ellos en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y valorización de la persona como sujeto de derechos.

Entonces, como alternativa válida nos planteamos generar una propuesta de intervención, basada en el compromiso y acompañamiento vincular para adultos referentes a través de un proyecto a realizarse con la incorporación de educación, salud y familia.

Breve descripción del proyecto

Se Implementará un proyecto de capacitación en la cultura del cuidado con acciones de prevención para la salud familiar, destinado a docentes y padres de adolescentes u otros referentes adultos –a cargo del equipo de trabajo del Programa de Atención de la Madre Adolescente (PROAMA).

El proyecto contempla en su accionar los factores psicosociales desfavorables que presentan las familias, las cuales nos muestran la necesidad de

⁸ Network en Español. Salud reproductiva de las adolescentes. Vol. 20, Nº 3. EE.UU. 2000.

Balardini, S. Jóvenes, tecnología, participación y consumo. Proyecto Juventud, Buenos Aires: FLACSO.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

integrarnos con otros sectores del afuera del hospital, para la observación, evaluación, análisis e intervención en los comportamientos socioculturales, dando una respuesta integral a las necesidades de esta población.

Objetivo general

1. Fortalecer la capacitación de los referentes adultos, docentes y padres para mejorar la salud integral de los adolescentes.

Objetivos específicos

2. Crear lazos sociales entre las instituciones educativas, asistenciales y familia.
3. Promover comportamientos saludables en relación a la salud sexual y reproductiva, nutrición, higiene, cuidados del cuerpo, vínculos familiares y sociales.
4. Brindar herramientas para mejorar la comunicación generacional.
5. Enseñar la importancia de la educación y los proyectos personales en los adolescentes.

Estrategias

1. Convocar y comprometer a las autoridades de la Dirección de Educación para dar apoyo y difusión al proyecto.
2. Desarrollar un programa piloto en Escuelas, elegidas por cercanía y complejidad.
3. Promocionar el proyecto en Red de Adolescencia, Sociedades científicas, Simposios, Jornadas, etc.
4. Articular con ONGs.

Consideración final

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países.

Bibliografía

1. Aberastury A. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1995.
2. Adaszcko A, et al. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-UNICEF; 2005.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. The adolescent obstetric-gynecologist patient. ACOG Techn Bull 1990; (45):2-6.
4. Balardini S. Jóvenes, tecnología, participación y consumo. Proyecto Juventud, Buenos Aires: FLACSO; 1999.
5. Barone C. Los vínculos del adolescente en la era posmoderna. Buenos Aires: Ediciones Paulinas; 2000. 2ª. B.

6. Barrer G. ¿Que pasa con los muchachos?: Revisión bibliográfica sobre la salud de los muchachos adolescentes. Río de Janeiro: OMS/Departamento Salud y Desarrollo; 2000.
7. Bauman Z. Trabajo, Consumismo y nuevos pobres. Buenos Aires: Ed. Gedisa; 2000.
8. Bianculli, C. Crecimiento y endocrinología en la pubertad. Buenos Aires: OPS; 1995.
9. Bralić S, Haeussler I, Lira MI, Montenegro H, Rodríguez S. Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Santiago: UNICEF 1978.
10. Calventi V. Salud reproductiva. Caracas: Edit. Aterroca, FLASOG. 1997; Vol I (Sección III.): Cap 32, 33, 34,35,36.
11. Castells P, Silver T. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Buenos Aires: Edit. Planeta; 2ª edición 1997.
12. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Sistema Informático Perinatal. Public. Cientif. N° 1203. Ciudad, Editorial, Año.
13. Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM). Encuesta. Buenos Aires: 2005.
14. Checa S. Notas para el seminario cuerpo y sexualidad en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós; 1997.
15. Checa S. Género, Sexualidad y derecho reproductivo en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós; 2003
16. Climent G, Arias D. Hijos no deseados, hijos no deseables: Un análisis en el contexto de la crisis familiar. Cuaderno Médico Sociales 1993; 63:Págs. 41-65.
17. Colombo G, et al. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio. Revista Convergencia, Revista Argentina de Sociología. México: Mayo-Agosto de 2005; 12 N° 38,
18. Coriat L. Maduración psicomotriz en el primer año de vida. Buenos Aires: Hemisur; 1974.
19. Doltó F. En el juego del deseo. México: Siglo XXI; 1987.
20. Doltó F. Seminario de Psicoanálisis de niños. México: Siglo XXI; 1987.
21. Doltó F. Tener hijos: ¿niños agresivos o niños agredidos? Buenos Aires: Paidós; 1987. Tomo I.
22. Doltó F. La causa de los adolescentes. Buenos Aires: Edit. Seix Barral; 1998.
23. Duran C. La desconstrucción adolescente. Buenos Aires: Edit Paulinas; 2002.
24. Falke GO. Adolescencia, familia y drogadicción. Buenos Aires: Atlante; 1998.
25. Geldestein R, Pantelides A. Riesgo reproductivo en la adolescencia, desigualdad social y asimetría de género. Buenos Aires: UNICEF, Argentina; 2001.
26. Giberti E. Sexualidad de padres a hijos. Buenos Aires: Edit. Paidós; 1993.
27. Jusid A. Las niñas mamás. Buenos Aires: Sudamericana; 1991.
28. Klaus M, Kennell J. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1978.
29. Kotliarenco MA, Caceres I, Fontecilla M. Estado en Resiliencia. Ginebra: OPS/OMS, 1997.
30. Lacan J. Seminario Libro XI. Los cuatro conceptos

- fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1994.
31. Larguía M. Primera Guía Argentina de Perinatología: Organización de un Centro Perinatológico. Buenos Aires: ASAPER; 1996. Tomo I.
 32. Lejarraga H, et al. Guía para el Desarrollo en el niño menor de seis años. Buenos Aires: Comunicación Grafica; 1996.
 33. Lejarraga H, et al. Guía para la evaluación del crecimiento. 2ª ed. Buenos Aires: SAP; 2001.
 34. Lejarraga H, et al. Criterios de diagnósticos y tratamiento. Crecimiento y Desarrollo. Gráficos. Arch Argent Pediatr 1986.
 35. Lilienfeld M. Fundamentos de Epidemiología. México: Interamericana, 1983.
 36. Maddaleno M, Weaver K. Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Centro de estudio de Población (CENEP) 2000.
 37. Martínez J, et al. Programa asistencial para la madre adolescente. Rev Sardá 1992; 11: págs. 7-23.
 38. Melgoza Magaña ME, et al. Adolescencia: espejo de la sociedad actual. Buenos Aires: Lumen; 2002.
 39. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Materno Infantil. Norma. Norma Nacional de SIDA en Perinatología. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 1997.
 40. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Materno Infantil. Propuesta normativa perinatal: atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del Recién Nacido. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 1993; Tomo I.
 41. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Salud Materno Infantil. Propuesta normativa perinatal: atención del parto de riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Acción Social, 1997; Tomo IV.
 42. Network en Español. Salud reproductiva de las adolescentes. EE.UU. 2000; Vol. 20, N°3.
 43. Normativa Perinatal: Atención de las patologías perinatales prevalentes. Buenos Aires: Ministerio de Acción Social, 1996. Tomo II.
 44. OPS. Programa Materno Infantil. Transformaciones del modelo de atención a nivel local: maternidad sin riesgo. Buenos Aires: OPS; 2003.
 45. Atención a nivel local: maternidad sin riesgo. Buenos Aires: OPS; 2003.
 46. Pantelides A. Maternidad precoz. Buenos Aires: UNICEF, 1995.
 47. Pomata J, et al. Adolescencia y embarazo. Rev Sardá 1997; 16: págs. 52-59.
 48. Pomata J, et al. Programa asistencial de la madre adolescente y su hijo. Rev Sardá 1998; 17: págs. 155-157.
 49. Pomata J, González M. Seguimiento del hijo de madre adolescente. Clínicas Perinatológicas Argentinas. ASAPER, 1996/1997; (4): págs.57-76.
 50. Rachid de Urquiza, Canale M. Embarazo precoz y maternidad adolescente: intervenciones institucionales. Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer; 1999.
 51. Romero et al. Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes. Un estudio descriptivo de seguimiento. Santiago: Cuaderno Médico Sociales 1984; 25(3).
 52. Rubarth G, Bonfanti R, Coll A, López B, Henchi S. La Adolescente Embarazada. Buenos Aires: Latinoamericana; 1994.
 53. Rodulfo R. El psicoanálisis de nuevo. Buenos Aires: Eudeba; 2004.
 54. Uranga A, et al. Guía para la atención del parto en Maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil/Buenos Aires, Ministerio de salud y ambiente; 2004.

*El gran poder de la ciencia reside en su capacidad para revelarnos,
con su objetividad brutal, verdades que no podríamos haber previsto.
Por eso sigue teniendo un valor inmenso.
Por eso sigue siendo una de las más grandes creaciones humanas.*

Robert B. Laughlin
Premio Nobel de Física 1989