

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN DOS HOSPITALES DE LIMA, PERÚ (1999)

CARMEN TORRES CASTRO

Existen millones de adolescentes mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados. En nuestro medio, el inicio temprano de la sexualidad se está generalizando cada vez más. La prevalencia¹ del embarazo en la adolescencia

¹ MINSAL. *Guía para la atención integral de la embarazada adolescente*, Lima.

está estimada en un promedio de 10%

en toda la población de mujeres de 15 a 19 años. En los hospitales del Ministerio de Salud, 20% del total de partos en un año corresponden a madres de entre 10 y 19 años, 20% de este grupo tiene ya como antecedentes de dos a cuatro embarazos, abortos y partos, convirtiéndose en un problema de salud pública por el aumento de la morbi-mortalidad materna, el cáncer de cuello uterino, las enfermedades de transmisión sexual y los productos con bajo peso al nacer, sin contar las secuelas psicosociales que de ello se desprenden.

Por otro lado, nuestro país ostenta una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina (30/100,000

nacidos vivos). El embarazo en la adolescencia contribuye a esta cifra en forma directa hasta de 15% y en una forma indirecta mayor aún, ya que iniciando la paridad en la adolescencia, la mujer está más expuesta al riesgo de intervalo intergenésico.

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre embarazo temprano y bajo peso del producto al nacer. Esto conlleva a una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, tanto para el incremento de la morbilidad como de la mortalidad; si no se toma en cuenta esta realidad, no se puede garantizar la participación plena de la adolescente en el desarrollo futuro de nuestro país.

Ser madre adolescente implica en muchos casos no poder trabajar ni estudiar, porque no tienen quien les cuide al hijo y, en algunos casos, se vive hacinada al interior de una familia ampliada por la falta de recursos económicos. Éste es el perfil que presentan algunas adolescentes-madres pobres de Perú.

Los estudios cualitativos de corte epidemiológico permiten conocer el problema desde lo social, pero como su estudio sistemático es muy reciente, todavía existen muchos vacíos.

Sin embargo, abordar los factores de riesgo desde la perspectiva de quien ha pasado por el problema nos permite alcanzar algunas premisas para el trabajo preventivo.

FRECUENCIA CON QUE SE EMBARAZAN LAS ADOLESCENTES

En el mundo, cada año, 15 millones de adolescentes tienen hijos,^{2,3} lo cual representa poco más de

10% del total de nacimientos. El 80% de los nacimientos de madres adolescentes tienen lugar en los países en vías de desarrollo.⁴

² Informe mundial de la OMS.

³ L. C. Abidin. *The Psychosocial Meaning of Pregnancy Among Adolescents in Mexico City*, base de datos CD-ROM, John Hopkins University, 1997.

⁴ Informe de la OMS, 1996.

Hay una gran variación en las tasas de fertilidad de las adolescentes entre los diferentes países dependiendo del grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, la tasa de fertilidad en mujeres entre 15 y 19 años en el Japón es de 4/1000; en México, 82/1000 y en Mauritania 300/1000. Se sabe que el embarazo adolescente es un fenómeno relativamente frecuente en Perú, pues 20% de los embarazos anuales pertenecen a adolescentes de entre diez

y 19 años.⁵ Las cifras sobre embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los

embarazos llegan a su término, sea porque terminen en un aborto espontáneo o inducido.

El estudio "Adolescentes mujeres y embarazo", realizado

⁵ Hospital María Auxiliadora; en el año 1997 se registraron 987 casos de embarazos de mujeres de entre diez y 19 años.

⁶ The Alan Guttmacher Institute, *op. cit.*

por el Instituto Guttmacher,⁶ encontró que gran parte de los nacimientos entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina no fueron planeados (de los diez países incluidos en el estu-

dio, siete arrojaron ese resultado en el reporte). Aunque una importante proporción de las madres adolescentes afirma que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dicen que el nacimiento fue deseado. Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido el resultado de un "accidente" o "descuido" debido a la falta de uso o el mal uso de los métodos anticonceptivos.

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales, donde también juegan elementos psicológicos. En sectores amplios de la sociedad peruana, por ejemplo, en la población rural, donde el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de las vidas de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen, como se señala en el estudio "Madres, sin haber dejado de ser niñas" de Nancy Palomino.⁷ Una de cada 40 se encuentra unida en pareja antes de los quince años y 1.2% de las jóvenes de los 15 a 19 años. A diferencia de estos grupos, en las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tienen expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad, más bien es producto de la falta de información, falla en los métodos anticonceptivos y el difícil acceso a servicios de orientación sexual para adolescentes.

⁷ Floza Tristán. "Madres sin haber dejado de ser niñas", en revista *Chacazera-Red Rural*, Lima, núm. 20, mayo, 1996, pp. 49-51.

CUANDO LAS ADOLESCENTES TIENEN HIJOS...

Los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas de larga duración en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza y las enfermedades mentales y físicas.⁸ Las madres adolescentes también corren el riesgo de tener ellas mismas estos problemas.

⁸ Tomado de *Cuando las adolescentes tienen hijos* (AACAP, Special Friends of Children Fund, Washington, núm. 2, 1998).

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está embarazada y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Generalmente, las adolescentes se privan de asistencia médica durante su embarazo por ignorancia o vergüenza, lo que resulta un riesgo por las complicaciones que puedan generarse. Estas adolescentes necesitan comprensión, atención médica e instrucción, especialmente acerca de nutrición, infecciones, abuso de sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol.

No todas las adolescentes embarazadas tienen las mismas reacciones emocionales, algunas rechazan al bebé o lo pueden querer de manera confusa e idealizada. La adolescente puede ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva. Quizá quieran al bebé por tener alguien a quien amar. A menudo las adolescentes no pueden anticipar que

su hijo(a) puede hacer demandas constantes y ser muy irritable. Algunas adolescentes se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad y el miedo al futuro. La depresión es muy común entre las adolescentes embarazadas.

La mayor parte de las adolescentes que pasan por esta experiencia abandonan los estudios para atender y cuidar de su bebé. Así, la adolescente embarazada pierde la oportunidad de aprender las destrezas necesarias para obtener empleo y para sobrevivir en el mundo de los adultos.

ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y VIOLENCIA

Muchas adolescentes embarazadas tienen una historia de abusos y maltrato desde etapas muy tempranas; las víctimas describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, asco, desconfianza, aislamiento, odio, vergüenza, depresión, ansiedad, sentirse distinta a los demás, marginada.

Las violaciones y los abusos pueden ser cometidos por extraños o conocidos pero nunca con culpa de la víctima, pues existe la errónea creencia de que es la víctima quien la provoca. El silencio en estos casos se convierte en el peor enemigo y a la vez en el mejor aliado para que se repitan los abusos.

La víctima del abuso cree que tiene que ocultarlo porque teme ser señalada como culpable, siente vergüenza de ser

mirada como un "ser diferente" aislándose de los demás para evitar críticas que la dañen aún más.

La violencia, en general, adopta múltiples formas: individual y social, además de que puede ser explícita o implícita. En el estudio, las adolescentes pasaron por situaciones de violencia antes y después de su embarazo.

En la actual configuración social y cultural de la sociedad peruana, las opciones y decisiones posibles frente al embarazo adolescente se organizan en varias respuestas. Dado que el embarazo ha sido presentado tradicionalmente en nuestra cultura como una "falla" de la mujer, el acto de decidir respecto a sus "consecuencias" es culpa de la mujer. Desde esta perspectiva, las posibilidades que tiene la adolescente son asumir sola la maternidad, optar por el aborto, por la adopción, el abandono del bebé, la convivencia o el matrimonio.

⁹ I. Palma y S. Quilodrán. "Padres adolescentes", en revista *Daniela*, fundaciones Chagas y McArthur, Santiago de Chile, 1995.

En Chile, en el marco del PRODIR,⁹ se investigó en qué consiste cada una de las respuestas al embarazo en ado-

lescentes dadas por los progenitores, para el hombre los caminos culturalmente prescritos son distintos, incorporan opciones que marcan diferencias de género sustantivas. La externalidad del embarazo al cuerpo masculino permite una respuesta exclusivamente posible para el hombre, como es la de evadir directamente cualquier decisión activa respecto del curso mismo y, por tanto, de la paternidad. Dicha "evasión" resulta plausible porque, a diferencia de la mujer, el hombre no tiene en

su cuerpo un embarazo respecto del cual es imperativo decidir "dejarlo ser" y continuar hasta el nacimiento o "impedirlo ser"; es decir, interrumpirlo.

Por tanto las opciones masculinas contienen una opción no factible para la mujer, que es la de no participar de ninguna decisión. A esa respuesta se le llamó "evasión".

En el estudio realizado, las adolescentes que se quedaron solas fueron 39.17%, y todas ellas manifestaron que sus parejas no asumieron la paternidad y las culparon por lo sucedido.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio estuvo constituida por 95 mujeres menores de 19 años usuarias del servicio de ginecobstetricia de los hospitales Materno Perinatal y María Auxiliadora de Lima, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

La información se obtuvo un año después en visitas domiciliarias mediante una entrevista dirigida, con preguntas cerradas, realizadas en un lapso no menor de 24 horas (ficha epidemiológica) y una entrevista (a profundidad) con preguntas abiertas cuyos testimonios fueron grabados.

La aplicación estuvo a cargo de diez encuestadores, previamente entrenados para tal fin; el tiempo promedio utilizado fue de 30 minutos para la ficha epidemiológica y de 60 minutos para la entrevista a profundidad.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Tener menos de 19 años.
- Haber sido atendida para el embarazo en el Hospital María Auxiliadora o en el Instituto Materno Perinatal de Lima durante el periodo 1997.
- Manifestar verbalmente su aceptación para participar en el estudio, una vez explicados los propósitos del mismo.
- No tener impedimento físico para contestar.

Tanto la ficha epidemiológica como la entrevista a profundidad incluyeron datos relativos a las siguientes secciones:

1. Datos sociodemográficos.
2. Salud reproductiva (inicio de la vida sexual, anti-concepción, control prenatal, factores de riesgo).
3. Educación (deserción escolar, presión social frente al embarazo).
4. Violencia (exposición al abuso, identificación de quien ejerce la violencia, características del tipo de violencia).
5. Familia (comunicación, tipo de familia, mitos y creencias).

Para la captura de los datos se empleó el Epi-info y se describieron los datos porcentuales de las tablas de frecuencias.

Objetivo del estudio

- Determinar factores de riesgo vinculados a aspectos culturales, psicosociales y de salud en adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las adolescentes que se embarazan tempranamente.
- Recoger y analizar información cualitativa que permita contribuir con los Centros de Orientación Sexual al Adolescente para prevenir los embarazos tempranos.

METODOLOGÍA

Población universo de estudio:

El universo de estudio estuvo conformado por todas las adolescentes que se atendieron por embarazo en los hospitales María Auxiliadora y en el Instituto Materno Perinatal de Lima durante 1997.

En ese año se registraron en el Instituto Materno de Lima 447 partos de madres de entre 14 y 19 años; en el Hospital María Auxiliadora el número fue de 987 madres entre 14 y

19 años, lo que suma un total de 1 424 casos. Para extraer la muestra se eligió al azar 10% de ellas; es decir, 142 casos que fueron depurados; en 24 casos no se hallaron sus domicilios y 23 casos fueron eliminados porque falsearon la edad. Quedó una muestra de 95 madres.

Muestra: 95 madres adolescentes de entre 14 y 19 años.

Diseño: Epidemiológico descriptivo.

VARIABLES: Psicosociales.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad: Se eligió al grupo etario de 14 y 19 años como periodo adolescente.

Estado civil: Se consideraron sólo tres estados: solteras, convivientes y casadas; se eliminaron los estados de divorciadas y viudas por la improbabilidad de hallarse estos casos.

Nivel educativo: Se consideraron todos los niveles de escolaridad y sin educación. La deserción escolar no se considera un factor de riesgo directo, pero la falta de educación indirectamente sí lo es.

Información sexual: Se consideró de dónde provino la información, se exploró el conocimiento acerca de métodos de planificación familiar y acerca del embarazo.

Inicio sexual: Se consideró el inicio de su vida sexual coital.

Salud: Se consideraron los cuidados durante la gestación y control prenatal.

Familia: Se consideró el tipo de familia, comunicación intrafamiliar, soporte social.

Violencia: Se consideró al interior de la familia y con la pareja.

Autoestima: Se consideraron aspectos culturales asociados al autoconcepto.

Mitos y creencias: Se consideraron aspectos culturales en torno a la sexualidad y la violencia.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos tipos de instrumentos:

- Ficha epidemiológica. La ficha epidemiológica proporcionó datos cuantitativos acerca de los siguientes factores de riesgo: inicio precoz de la sexualidad, escasa información sexual, poco control prenatal, escasa comunicación intrafamiliar, deserción escolar y violencia física y psicológica.
- Entrevista a profundidad. La entrevista a profundidad proporcionó datos cualitativos acerca de los siguientes factores de riesgo: mitos y creencias en torno a la sexualidad, desconocimiento real de los peligros para su salud de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del control prenatal, problemas de autoestima, legitimación de la violencia y la presión social.

VARIABLES

Mitos y creencias: En torno al embarazo y la sexualidad.

Escolaridad: Deserción escolar por razones de la maternidad.

Convivencia actual: Madres solas.

Inicio sexual: Razones.

Información sexual: Resconocimiento real de su sexualidad.

Control prenatal: Razones.

Familia: Dinámica interna.

Legitimación de la violencia: Aspectos culturales.

Presión social: Influencia en la toma de decisiones.

Autoestima: Niveles.

La información recogida en la ficha se sistematizó en tablas porcentuales y la información recogida en la entrevista a profundidad se sistematizó en una matriz de indicadores.

INSTRUMENTO NÚM. 1: FICHA EPIDEMIOLÓGICA

El área de *educación* orienta sus preguntas a investigar si el abandono escolar se debe a la maternidad de la adolescente. Si bien esta área no se considera específicamente un factor de riesgo, hemos visto la necesidad de incluirla porque nos ha permitido recoger el trato que recibió la adolescente por los profesores y compañeros(as) de clase. La presión social influye para que la adolescente

oculte su embarazo, lo cual es un riesgo si se considera que por tal razón no se hace uso del control prenatal.

El área de *salud* contiene preguntas orientadas a recoger conocimiento sobre métodos anticonceptivos, aborto, ETS, SIDA, control prenatal y uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

El área de *familia* incluye preguntas dirigidas a conocer la reacción familiar frente al embarazo de la adolescente y el tipo de comunicación existente en la familia.

El área *violencia* hace preguntas orientadas a conocer si hubo abuso sexual y/o violación y violencia física y psicológica en general.

El área de *iniciación sexual* se interesa por conocer la edad de inicio de las relaciones coitales y los motivos que las impulsaron a tenerlas.

INSTRUMENTO NÚM. 2: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Para el uso del segundo instrumento se diseñó un listado de preguntas para que el encuestador guíe su entrevista; éstas obedecían a un esquema orientado a recoger los siguientes factores de riesgo:

- Legitimación de la violencia.
- Presión social que influye en la toma de decisiones de la adolescente.

- Baja autoestima.
- Mitos y creencias equivocadas en torno al embarazo y la sexualidad.

Las preguntas fueron abiertas, se hizo uso de grabadoras (con el permiso correspondiente de la entrevistada) para registrar mejor la información. Lo que interesaba al estudio era captar la información confiable y representativa del universo. Por consiguiente, como la población de adolescentes provenía de estratos socioeconómicos medios bajos y bajos, se optó por un instrumento sencillo para que todos pudieran participar activamente, contestando a preguntas elaboradas con lenguaje común a la mayoría.

ACTIVIDADES DE CAMPO. SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE CAMPO

La selección de los trabajadores de campo se realizó bajo dos criterios: experiencia y rendimiento académico; los seleccionados fueron diez egresados de la Facultad de Sociología de la Universidad Federico Villarreal, quienes fueron sometidos a una capacitación que tuvo una duración de siete días.

Se elaboró un manual para que el personal de campo pudiera recoger con mayor facilidad la información. Se les ca-

pacitó en el manejo de la entrevista a profundidad y en el llenado de la ficha epidemiológica.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Mientras se completaba la recolección de la información se dio inicio a la etapa de la crítica y selección de indicadores de las entrevistas a profundidad. La crítica consistió en comprobar la consistencia de los indicadores señalados. Se elaboró una matriz para el vaciado de los datos cualitativos y otra para la presentación porcentual de esos datos.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Ésta es una tarea fundamental cuando se trabaja con datos empíricos, soslayarla podría implicar llegar a conclusiones quizá no del todo correctas, porque mediante ella se examina la calidad de la información recolectada y su confiabilidad. En esta ocasión la validación de los datos surge del cruce de variables de la ficha con lo recogido en las entrevistas.

Se analizó lo grabado y escrito en las entrevistas y se elaboró una matriz para facilitar el cruce con los datos cuantitativos recogidos en la ficha epidemiológica.

RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS

Las adolescentes estudiadas representan 10% del total de las atendidas en los dos hospitales elegidos: María Auxiliadora e Instituto Materno Perinatal de Lima, durante 1997. Ninguna adolescente se negó a participar en la investigación, sólo quedaron excluidas aquellas que dieron direcciones inexistentes o que falsearon la edad.

El promedio de edad cuando se embarazaron fue de 18 años y el promedio de edad cuando fueron visitadas para las entrevistas fue de 19 años; en cuanto a escolaridad, el promedio tenía secundaria incompleta. Así mismo, son amas de casa y las que están empleadas son domésticas. Respecto a la situación civil, el promedio son convivientes, mientras que las restantes viven solas o con sus familiares.

EDAD DE INICIO

En esta área, de los 95 casos que conforman la muestra, se halló que 83.50% iniciaron su sexualidad a los quince años y 16.49% lo hicieron a los catorce años.

En el momento de la aplicación de la ficha, 38.14% tenía 19 años y 27.83% contaba con 18 años, lo que hace un total de 66% que se embarazó a los 18 y 17 años, respectivamente, dado que el estudio fue retrospectivo.

Los motivos por los cuales aceptaron tener relaciones sexuales son amor y curiosidad (se encontró dentro del rubro otro), 79.38%; por no perder al enamorado, 15.46%; chantaje sentimental, 4.12% y por la fuerza, 1.03%.

ESTADO CIVIL

Respecto a su condición civil, 52.57%, se halló en unión libre con su pareja; 39.17% estaba sola; 4.12%, casada y 4.12%, separada.

EDUCACIÓN

Según el reporte, 95.8% no estudia y 54.63% dejó de estudiar al quedar embarazada; 39.62% terminó sus estudios secundarios y 33.96% no completó sus estudios secundarios; 22.62% había dejado de estudiar dos años atrás, lo que indica que la deserción escolar fue cuando estaba en tercero de secundaria.

Sobre información sexual, 25.77% la recibió de los maestros; 20.58%, de los padres y 20.58 %, de los amigos.

SALUD

En cuanto a las 95 adolescentes que se embarazaron durante 1997, 65.94% se enteró de que iba a ser madre porque se le suspendió la menstruación; 19.58% sintió náuseas, antojos y mareos; 2.06% empezó a engordar y les dio mucho sueño y 13.40%, por otras razones no especificadas.

Asimismo, los métodos anticonceptivos que señalan conocer son los siguientes: 48.45% pastillas, inyecciones, óvulos, condones y dispositivos intrauterinos y 28.86 %, además de los mencionados, refieren conocer intervenciones quirúrgicas y el método del ritmo.

Respecto al control prenatal, 84.56% dijo haber ido al centro de salud y 15.46% no lo hizo.

Durante la gestación consumieron café, 28.86%; tabaco, 20.61%; alcohol y tabaco, 9.27%; otras sustancias, 12.37%; no consumieron nada, 17.52%.

96.90% de la muestra culminó su gestación, sólo 3.09% abortó por causas naturales.

En cuanto al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), 36.08% reporta tener conocimiento sobre el SIDA; 12.37%, sobre gonorrea y sífilis y 51.55% reporta conocer otras enfermedades de transmisión sexual (chancro, candidiasis, herpes, etc.). Asimismo, 91.75% dijo no haber padecido alguna de ellas; 8.24% admitió haber sufrido alguna vez de enfermedad de transmisión sexual; de ese grupo 62.7% se curó; 12.5% no lo hizo y 25% no respondió a esta interrogante.

FAMILIA

Resultó que de las 95 adolescentes encuestadas, 68.04% vive actualmente con sus padres; 16.49%, con su pareja; 11.34%, con parientes y 4.12%, con otros (amigos, patrones, etcétera).

Respecto a la reacción de la familia frente al embarazo, tenemos el siguiente reporte: aceptación con condiciones, 39.17%; aceptación sin condiciones, 36.08%; rechazo, 14.43%; indiferencia, 1.03% y no respondió, 6.18%.

En cuanto a cómo se da la comunicación dentro la familia, 36.08% refiere no tener comunicación alguna; 35.05% dice tener un tipo de comunicación más democrática y 20.61% reporta tener un tipo de comunicación autoritaria; 8.24% reportó otro tipo de comunicación, la mixta.

VIOLENCIA

De las 95 encuestadas, 55.67% reporta haber sufrido maltrato físico a veces; 9.27%, siempre; 34.03%, nunca y 1.03% no contestó a esta pregunta. En cuanto al maltrato psicológico, 61.85% reporta haberlo sufrido a veces; 17.52%, siempre y 20.61%, nunca.

Respecto a las modalidades de agresión, los reportes son como sigue: insultos: 47.42%; insultos más golpes: 37.11% y agresión con armas (blanca y/o de fuego): 15.46%.

Finalmente como anexo se preguntó si les gustaría asistir a un centro de orientación sexual y consejería para el adolescente y el reporte fue el siguiente: 85.56% sí asistiría; 13% no lo haría y 1.7% no respondió.

DISCUSIÓN

En general los resultados del estudio son acordes con los hallazgos de la literatura internacional y nacional revisada, en lo que se refiere a los factores de riesgo: falta de control prenatal, deficiente información sobre salud sexual y pertenencia a familias en riesgo de desintegración, con dinámica interna teñida de violencia y poca comunicación.

En este estudio, 16% inicia su sexualidad antes de los quince años y el resto a partir de los quince años (83%), datos que coinciden con las cifras que reporta el censo de 1993, el cual arroja 10 mil madres entre doce y catorce años que equivale a 1.2% —en cifras absolutas es de 9 645—; también reporta que una de cada 40 se encuentra unida en pareja antes de los quince años y que 11.2% de las mujeres entre quince y 19 años ya son madres.¹⁰

Según los hallazgos del estudio realizado en México (1993), “Características reproductoras de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México”, estos datos coinciden con los resultados del estudio en Lima acerca del factor de riesgo que para la salud de la adolescente resulta ser el escaso control prenatal que tuvieron.

El estudio arroja que 36.08% conocía algo acerca del sida y menos de 12% reportaron conocer otras enfermedades de transmisión sexual, coincidiendo con los resultados del estudio de Sáez García, *Sexualidad en la adolescencia*, desarro-

llado en la República de Venezuela, en el que concluye que el mayor riesgo en la adolescencia es la ignorancia que se tiene acerca de las enfermedades de transmisión sexual, cuyo impacto repercute en la vida presente y futura de la adolescente, debido a las secuelas físicas y psicológicas que dejan.

El estudio reporta que 48.45% conocía de la existencia de pastillas, condones, inyecciones, óvulos, T de cobre y espirales; sin embargo, no los usaron. En comparación con el estudio de Sáez García en Venezuela, éste concluye: "El método anticonceptivo ideal para el adolescente no existe, a pesar de la amplia variedad disponible, el adolescente puede no tomarlo en cuenta, si no toma conciencia de los riesgos que implica iniciar una vida sexual sin protección, éstos no tienen ningún valor".

El estudio arroja que la falta de soporte social y familiar son factores de riesgo para el inicio temprano de la sexualidad y para la formación de hogares monoparentales; 39.7% de las adolescentes están solas y 9.12% están separadas; 75% sufrió presión familiar; 9%, por parte de la pareja y 16%, de otros.

Un aspecto que cabe destacar es que las adolescentes provienen de familias en riesgo de desintegración con escasa comunicación o con un tipo de comunicación autoritaria; el estudio arroja que en 36.08% de los casos no existe comunicación y 20.61% tiene un tipo de comunicación autoritaria; ello concuerda con lo expuesto en el estudio colombiano,

Proceso de independencia de los adolescentes de María Cristina Maldonado, presentado en el Congreso de Manizales: "Violencia social, violencia familiar, una cuestión de derechos humanos" (1998). "Se ha confirmado que la maternidad precoz se da principalmente en hogares uniparentales o cuando el padre se percibe distante o como figura autoritaria" (OMS, 1988: 17). En general, las entrevistadas fueron socializadas en este tipo de hogares monoparentales por línea materna y ellas reproducen este mismo modelo, porque "ellas aunque no lo deseen tienden a formar este tipo de hogar cuando el padre de su hijo es un joven económica y emocionalmente inestable que evita la responsabilidad paterna".

Este fenómeno de transmisión intergeneracional de hogares monoparentales por línea materna y maternidad adolescente ha sido confirmado en otros estudios. En un estudio realizado en Chile se demuestra que las madres adolescentes viven en hogares uniparentales femeninos y en condiciones de pobreza, porque tanto la maternidad adolescente como la jefatura femenina forman parte del círculo vicioso de la pobreza (Jáuregui y Schwartz, 1997: 4 y 5).

El estudio arroja que 5% de las adolescentes se embarazaron la primera vez por tener la creencia de que "a la primera no se embaraza"; ciertos esquemas mentales popularizados socialmente, como éste, pueden ser factores de riesgo para el embarazo temprano.

La UNICEF sostiene que una de las mejores formas para ayudar a la adolescente a convertirse en adulta es contribuyendo a refutar mitos y creencias que en torno a ella se mantienen, como el mito de que el casamiento adolescente es la mejor opción; más bien hay que ir brindándoles las aptitudes y los conocimientos necesarios para tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de las cuestiones sexuales y de la reproducción.¹¹

¹¹ "Demasiado grandes para jugar y demasiado jóvenes para ser madres", UNICEF, 1994, pp. 1-4.

CONCLUSIONES

En Lima el problema del embarazo temprano involucra a la adolescente en el grupo de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual, tener complicaciones en sus embarazos por el escaso control de la gestante, siendo particularmente afectadas por carecer de soporte social y/o pertenecer a familias en vías de desintegración o con perfiles autoritarios. De acuerdo con los índices hallados, podemos observar que el maltrato forma parte de la cotidianidad y favorece la baja autoestima y la poca asertividad de la adolescente frente a la toma de decisiones.

En tal sentido basta analizar los testimonios recogidos para darnos cuenta de los riesgos que se corren durante la adolescencia, así como de la influencia de los medios a través de los cuales se importan modelos de comportamiento que son emulados.

No basta analizar a la persona, hay que considerarla dentro del contexto social donde se desenvuelve; para ello, las caracterís-

ticas que se han podido determinar mediante este estudio serán de mucha utilidad para el trabajo preventivo desde los Centros de Orientación y Consejería para el Adolescente.

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Uno de los aspectos que cabe destacar en el estudio es la riqueza de información cualitativa extraída de la entrevista a profundidad; mediante la sistematización de los datos recogidos en una matriz de indicadores y variables, hemos podido alcanzar el porcentaje de madres adolescentes que legitiman la violencia y la viven como cosa natural.

El testimonio de Jenny nos ilustra el grado de violencia psicológica y física que ha soportado desde que nació...

Yo crecí en un internado (puericultorio) hasta los 13 años, siempre quise salir de ahí porque yo sabía que no era huérfana y que tenía familia... ansiaba ir con mamá y mis hermanos, cuando me fui a vivir con mi madre, me di cuenta que yo era una extraña en casa, no había comunicación, menos aún con mis hermanos. Dos años estuve viviendo con ellos, no había comprensión, me trataban mal, es ahí cuando conocí a José empecé a salir con él, me decía cosas bonitas, yo pensé que me quería... pero cuando salí en estado, todo cambió, él ya no me decía cosas bonitas, me maltrataba, siempre llegaba a casa mareado, cuando di a luz mi familia no

me fue a visitar, no querían saber nada de mí... Así siguieron los maltratos y tuve que dejarlo e irme a casa de mi madre, pero ella también me trataba mal, le era indiferente su nieto, era muy duro tener el rechazo de mi familia, así que tuve que volver con mi pareja... él me prometió cambiar, pero no fue así, un día le pedí plata porque mi hijo necesitaba leche, él estaba con sus amigos, ellos se rieron y le dijeron "pisado"; entonces yo me corrí hasta la casa él me siguió y sacó un cuchillo me hincó haciéndome una pequeña herida. Sus amigos lo agarraron para que no siguiera haciéndome daño, ya dentro de casa mi cuñado (hermano de él) me dijo que yo tenía la culpa por lo que había pasado. Me sentí muy dolida, en ese momento quería dejarlo todo, no tengo apoyo de nadie, pero... me quedo por mi hijo, él necesita tanto y yo sola no se lo puedo dar...

Otra prueba de aceptación de la violencia es el testimonio de Cecilia, quien vive con los padres de su pareja, ella refiere: "...Carlos me insulta siempre, pero como toda pareja no llega a más, ...cuando estaba esperando a mi bebé se me antojó el cigarro, me lo prohibieron pero yo seguía aún sabiendo que podía hacerle daño a mi bebé, no lo podía dejar..."

La violación no ha sido muy frecuente en este grupo muestral, pero vamos a ilustrarla con el testimonio de Maribel, quien sufrió una violación a los catorce años:

Me acuerdo que estaba en una fiesta, yo bailaba y me pasaron una bebida, le habían puesto una pastilla, mi amiga la que me invitó a la fiesta se había puesto de acuerdo con un chico al que yo no le hacía caso; no recuerdo hasta que me desperté y llegué mareada a mi casa, no se dieron cuenta en casa, pero en la mañana no me acordaba mucho lo que había pasado, pero sentí que me bajaba sangre. Inmediatamente llamé a mi amiga y le conté, ella me acompañó a la posta de salud, el doctor me dijo que había perdido mi virginidad y que habían sido varias veces; yo quería denunciarlo pero mi amiga me convenció de que no lo hiciera, porque todos se iban a enterar e iba a ser peor. El chico me seguía, me perseguía y me asusté mucho, salía del colegio y en la esquina ahí estaba él, me afectó muchísimo, bajé mis notas, quería contarle a mi mamá y hermanas pero tenía miedo que no me comprendieran. Actualmente convivo con el padre de mi hija, pero cada vez que me toca siento temor, soy muy fría con él cuando tenemos relaciones sexuales, él me pregunta por qué soy así, pero yo tengo miedo de contarle ...porque es muy violento, a mí me trata bien, pero es muy agresivo con la gente ...él siempre me pregunta quién fue el primero y yo no sé qué responder.

RELATOS-ENTREVISTAS

Habla Griselda (16 años):

Vivo con una tía, porque mi padre me botó de casa al enterarse que yo estaba esperando bebé; mi prima fue la que contó en casa y mi padre casi me pega. Mi mamá me defendió, pero como él es el que manda y decide, me botó sin miramientos, dijo que ya no tenía hija, y que vea lo que hago con mi bebé, que era mi problema, por eso me fui donde mi tía, hermana de mi padre, y por haber hecho eso, él se ha peleado con ella, dice que es una alcahueta y corrompida por haberme acogido en su casa... El padre de mi hija, él también me trató mal, me abandonó y no quiere saber nada conmigo, sólo quiso estar conmigo por diversión, incluso me presionó para que tengamos relaciones sexuales, siempre me insinuaba cosas, me decía cosas en doble sentido, y me pedía que le demostrara cuánto lo quería, y yo como tonta le creí... caí en su juego. Cuando supo lo del embarazo se sorprendió y se molestó mucho, me empezó a gritar y a insultar, me decía que soy una estúpida, que acaso no me cuidaba, que para eso hay pastillas y ampollas, decía que era mi culpa... que él no iba a cargar con mis errores, lo único que podía hacer por mí me dijo era llevarme a un sitio donde abortan las chicas como yo, pero como yo me negué, él no quiso afrontar

la situación... Desde pequeña he sufrido maltratos, en casa siempre me gritaban, me hacían sentir como si fuera una recogida, como si no fuera hija de ellos, de mis padres, incluso una vez mi papá me dijo que era una bastarda, a veces pienso que no soy su hija o que algo pasó en mi niñez, pero no me dicen nada...

Rocío (18 años):

—¿Antes de embarazarte hablabas con tus amigas de temas sexuales?

—No, porque no tenía muchas amigas, sólo un grupo de tres chicas, con las demás muy poco hablaba ya que eran sobradas.

—¿Nunca tuviste otro enamorado antes que el padre de tu hijo?

—No, porque mis padres eran muy celosos, sobre todo mi mamá, mi papá falleció pero si viviera... yo quería tener enamorado pero me daba miedo.

—¿Cuántos hermanos son?

—Somos siete, cinco mujeres y dos varones

—¿Al momento de quedar embarazada estabas estudiando?

—Sí, fue el año pasado, estaba en quinto año de secundaria, me faltaban meses pero tuve que dejarlo.

—¿Por iniciativa tuya o porque tu mamá te obligó?

—Por iniciativa mía, tenía vergüenza de que me vieran en estado.

—¿Se enteraron tus amigos(as) de clase de tu estado?

—Sí, pero no me visitaron y sé por algunas personas que fui criticada.

- ¿De quién recibiste la primera información sexual?
- De nadie, mamá no quería que hablásemos de esos temas, y cuando yo preguntaba, ella me respondía: "...en qué andarás, por eso preguntas ...cuidadito nomás ya sabes".
- ¿Tus profesores no hablaban del tema?
- Mis profesores hablaban superficialmente del tema y no me explicaban, me dejaban con las dudas.
- ¿Con quién o quiénes tienes más confianza para hablar de estos temas?
- En la época del colegio con nadie, todo me lo callaba; ahora tengo una amiga, Jesús, vive cerca de casa y con ella converso, ella me comprende porque tiene una historia semejante a la mía, su pareja la ha abandonado también.
- ¿Cómo te diste cuenta de tu embarazo?
- Porque dejé de menstruar, al principio creí que era el frío, porque me bañé con agua fría, pero después empecé a sentir mucho sueño y flojera y, al cabo de tres meses, me fui a la posta, me hicieron los exámenes y me enteré; me callé hasta que se me notara. ¿Mi pareja? Ah... él es taxista y mucho mayor que yo, tiene 33 años, cuando le dije lo del embarazo, me dijo que lo botara, y yo no quise, por eso él se separó de mí...

El caso de María (17 años):

Vivo con mi pareja en casa de mis suegros, pero no estoy a gusto, comparto un pequeño cuarto, pero él consume drogas y es muy violento a veces; la primera

vez que quedé embarazada fue a los quince años, hoy tengo 17 y un hijo de seis meses, la primera vez no lo quise tener, por miedo. Además, mi pareja de entonces no quiso asumir la responsabilidad, y como mis padres me apoyaron para abortar... lo hice.

Cuando estaba en el colegio mis compañeros de clase se insinuaban conmigo, cuando tenía enamorado un amigo de él me ofreció dinero para que esté con él, pero no lo hice; actualmente sufro porque mi pareja consume drogas y me ha obligado algunas veces a que también la consuma, y porque me viola cada vez que no deseo estar con él.

Sufro de infección urinaria, por tal razón mis embarazos tienen riesgo de terminar en partos prematuros, eso me han dicho...

Esta historia es un buen ejemplo de cómo se acepta la violencia y el maltrato, con un pronóstico de mucho riesgo para el niño de seis meses que se cría en un ambiente de drogas, violencia y trastocamiento de valores positivos... Muchísimas jóvenes en el Perú tienen historias similares; el circuito de la violencia se retroalimentará mientras existan Marías, Griseldas, Josés y Carlos, protagonistas de historias donde la marginalidad, pero sobre todo la pobreza moral existen.

SUGERENCIAS

Los análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si existiesen los siguientes tres elementos:

- Educación sexual.
- Servicios de salud sexual.
- Oportunidades vitales para las y los adolescentes.

Por lo general estas jóvenes carecen de información objetiva sobre el funcionamiento de su propio cuerpo y sobre el riesgo de contraer las ETS y el SIDA.

La educación sexual en el Perú es insuficiente. No existen programas que atiendan las principales dudas e inquietudes que tienen las jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos.

En Perú apenas se empieza a reconocer la necesidad de contar con servicios de salud sexual dirigido a los adolescentes. La experiencia en otros países nos demuestra que para obtener una buena cobertura, tanto en servicios públicos como privados, éstos deben cumplir con lo siguiente:

- Tener bajo costo.
- Ser confidenciales y respetar el consentimiento informado.
- Estar disponibles inmediatamente.

El embarazo adolescente es un problema social frente al cual los adultos deben asumir una responsabilidad.

¿Por qué es tan común el embarazo temprano?

Hay muchas respuestas que podemos deducir de los testimonios descritos, pero lo cierto es que existe una compleja red de factores que producen este hecho, con todas sus implicaciones a escala individual, familiar y social.

Si miramos el problema desde un punto de vista médico preventivo, diremos que el inicio precoz de las relaciones sexuales y la no-utilización de métodos anticonceptivos, es el factor más importante; pero si lo miramos, en cambio, desde la movilización que existe en los grupos familiares, diríamos que la desintegración familiar, la poca comunicación con los padres, la falta de enseñanza sobre la capacidad de medir riesgos, son otras variables que intervienen. Lo real es que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener aún madurez física ni emocional. Esto implica a su vez, para el bebé, una red de sustentación muchas veces no adecuada.

Sin embargo, hay otros factores que juegan en esta problemática, al menos en nuestro país hay tanta marginalidad y tanta crisis de valores que produce una angustia muy alta y no hay que olvidar que **un embarazo es, siempre, una apuesta a la vida y al futuro**. Si bien un embarazo muy temprano constituye una trasgresión, también construye un vínculo afecti-

vo muy fuerte, la mayoría de las jóvenes encuestadas después de conocer a sus hijos los aceptaron.

No deberíamos olvidar que las adolescentes miran a sus madres y aprenden que los vacíos afectivos pueden llenarse con la relación con el otro, y este otro constituye una seguridad de afecto y compañía. Alguien de quien ocuparse.



Como hemos podido apreciar en los testimonios descritos, muchas de las adolescentes están sin pareja durante su embarazo y muchas están solas, sin el acompañamiento afectivo familiar que necesitan. No han dejado de ser hijas y ya tienen que ser madres. Es por eso que el embarazo adolescente es cosa de todos, y todos podemos hacer mucho...

Proponemos que las adolescentes que queden embarazadas tengan una preparación para la maternidad, a través de incluirlas en grupos de pares donde realicen trabajos que les permitan atravesar el embarazo mejor y también se preparen para el parto.

Es necesario prepararlas para la vida, orientándolas para aceptar los cambios en sus cuerpos, superar sus temores, fortalecer los vínculos familiares y de amigas, y estimular formas de

rán adoptar en el futuro...
n adolescente también pue-
ntada para que pueda apo-
n algún caso pueda hacerse
e espera, y no se convierta
hermano-hijo. A esto algu-
le han denominado "pacto

*que la niña-madre desarro-
madre, se afirme como per-
er, confiando en sus propios*

