

## UN NUEVO DESAFÍO EN LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE CONSEJERIA PRE Y POSTABORTO

Autores: Vázquez Sandra; Calandra Nilda; Real Paula<sup>1</sup>  
Zingman Fernando; Medina Viviana; Corral Ana María; Berner Enrique<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

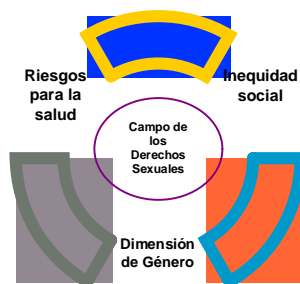
Escribir un artículo sobre consejería preaborto y postaborto es un verdadero desafío. No dudamos que la palabra escrita nos representa como médicos y como personas comprometidas con una realidad injusta y evitable.

Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no ser legal, si es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo.

En nuestro país se ha avanzado significativamente en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos: con la sanción de las leyes sobre salud sexual y reproductiva tanto nacional como provinciales, con los diferentes programas vigentes, con la reciente aprobación de la ley sobre Educación Sexual, etc. pero aun queda mucho por realizar para lograr efectivamente que el campo jurídico aborde el grave problema del aborto. Su ilegalidad obstaculiza la atención médica, principalmente en el ámbito público, donde el profesional ve limitada su posibilidad de brindar asistencia a los sectores más vulnerables. Si esta vulnerabilidad afecta a las mujeres en general, las adolescentes, -en particular a aquellas que están en situación de pobreza- la padecen en mayor grado.

El aborto, sin lugar a dudas es el tema que más debates ideológicos ha suscitado y aún suscita en relación a los derechos sexuales y reproductivos. Pero ninguno de nosotros ignora que en nuestros países de América Latina es una realidad generalizada. Los obstáculos que se generan deberían ser superados por un debate racional basado en la realidad de su práctica. No podemos dejar de mencionar el avance que ha significado en los últimos tiempos, que el tema ocupe la agenda pública, se debata en los medios de comunicación y el público no tenga temor a dar su parecer sobre las nuevas figuras de despenalización.

En la adolescencia, no es posible abordar la temática del aborto sin tener en cuenta las condiciones culturales, sociales, familiares y económicas que llevaron a esa joven a un embarazo no deseado. Por eso es necesario pensar el aborto dentro del complejo entramado que incluyen estos aspectos subjetivos y sociales, y dentro del campo más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, atravesados por la dimensión de género, por la inequidad social y por los riesgos sobre la salud.



### EL ABORTO EN NÚMEROS

En la Argentina, con una población de 37 millones de habitantes y alrededor de 700.000 nacimientos anuales, se realizan entre 500.000 y 700.000 abortos por año<sup>3,4,5</sup>. Calculada de distintas maneras, ya que la ilegalidad impide registros fidedignos, esta cifra no ha dejado de crecer.

<sup>1</sup> Médicas ginecólogas del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

<sup>2</sup> Médicos/as clínicos/as del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

<sup>3</sup> Declaraciones del Ministro de Salud y Ambiente de la Nación al Diario Página 12 del 24/01/03.

<sup>4</sup> Checa, S. y Rosenberg, M., Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires, 1996.

<sup>5</sup> Aller Atucha, L. y Pailles, J., "La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema", en *Marketing Social*, Buenos Aires, 1996.

Por otra parte la cantidad de mujeres asistidas en los hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos aumentó en un 46% en el período 1995-2000<sup>6,7</sup>, particularmente en el grupo de edad de 20-24 (57%). Un 15 % de estos egresos corresponde a adolescentes y se han registrado muertes en este grupo de etario.

En una investigación sobre muertes maternas realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en seis provincias argentinas, se ha encontrado un 27 % de muertes por aborto, siendo ésta la 1ª causa.<sup>8</sup>

Estas son solo algunas cifras, detrás de estas cifras hay mujeres: mujeres que mueren o mujeres que ven afectada su salud física por las secuelas que puede dejar el aborto inseguro, y su salud mental, por las significaciones imaginarias de quien aborta en un marco de clandestinidad.

Más allá de todas las consideraciones legales, éticas o religiosas, el aborto se continúa practicando y en condiciones de mayor riesgo cuanto menores son los recursos económicos de la población. Por lo tanto debe enfocarse como un problema de salud pública porque es una realidad generalizada y persistente, porque es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y porque los abortos no seguros tienen altos costos en vida de mujeres y también en morbilidad. Un hecho lo convierte en más preocupante: muchas de estas mujeres son aún adolescentes.

Es evidente que la clandestinidad no impide la realización de abortos sino que aumenta los riesgos.

Como una pequeña muestra estadística de lo que ocurre en un hospital público podemos adelantar los datos preliminares de un estudio exploratorio que estamos realizando en el Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich, donde un 40 % de las pacientes internadas en el Servicio de Obstetricia a consecuencia de complicaciones de abortos, corresponde a adolescentes y jóvenes menores de 24 años. Esto nos da la pauta de la magnitud del problema en esta franja etaria, (estos índices encontrados, son sólo una muestra de lo que ocurre en el resto del país, de acuerdo a las estadísticas). Este registro se hizo sólo en pacientes internadas, pero sabemos que un importante número de casos no se registran como internaciones porque son tratadas en forma ambulatoria. Un hecho nos llamó la atención: la mayoría de estas pacientes internadas refirieron a quien las encuestaba, que su aborto había sido espontáneo. Consideramos que en estas respuestas, -que las estadísticas nos dicen que no pueden ser creíbles-, entran en juego el miedo y la culpa a ser denunciadas. Esta no es la misma respuesta que dan cuando se encuentran a solas con un profesional capacitado en la atención de adolescentes, que comprende la situación por la que están pasando, que no las juzga y que más allá del hecho, sienten que las va a acompañar. En el imaginario esta tan fuertemente instalado el temor, que muestran una grata sorpresa cuando son atendidas con cuidado y sin maltrato y reconocen explícitamente la buena calidad en la atención.

Cabe destacar además, que desde que las mujeres se han apropiado del aborto medicamentoso (utilizando misoprostol) las complicaciones graves han disminuido al no existir maniobras instrumentales, pero aún las complicaciones siguen existiendo. De acuerdo a una investigación realizada en el Servicio de Adolescencia de nuestro hospital<sup>9</sup>, las adolescentes usan la medicación en forma anárquica; la red informal donde se asesoran para utilizar las "pastillas abortivas" (como ellas las llaman) involucra a amigos/as, familiares o farmacéuticos, que se constituyen en significativos informantes y que no siempre les indican adecuadamente la vía, la dosis, ni el camino a seguir a posteriori; por ejemplo, muchas de ellas llegaban al hospital después de un prolongado período de metrorragia, algunas creyendo que ya no estaban más embarazadas y otras, en que la culpa y el temor a ser sancionadas por estar al tanto de la ilegalidad de su accionar, las llevaba a la consulta tardía, con todas sus consecuencias.

Esta forma de interrumpir el embarazo, se ha difundido en los últimos años entre nuestra población y ésta quizá sea una de las causas del incremento de las internaciones por complicaciones del aborto. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron también a utilizar el misoprostol, la mayoría de las veces en forma inapropiada.

Además, los proveedores de la droga, no les informan sobre la eventual acción teratogénica de la misma, en el caso de que el embarazo continúe su curso. La bibliografía internacional refiere que existe un mayor

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico: total país 1995. Serie 4, N° 16, Buenos Aires, 1998.

<sup>7</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Total país y division político territorial – Año 2000. Buenos Aires, Diciembre de 2002.

<sup>8</sup> Ramos S.; Romero M. et al. "Para que cada muerte materna importe" CEDES – Ministerio de Salud y Ambiente Bs.As. 2004.

<sup>9</sup> Vázquez S.; Gutierrez M.A. et al. "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en la adolescencia" En *Realidades y coyunturas del aborto*- Comp. Checa S.-Paidós. Bs.As.2006

riesgo de malformaciones congénitas en recién nacidos de madres que recibieron misoprostol en el primer trimestre del embarazo. Las anomalías están relacionadas con el sistema nervioso central y con las extremidades superiores e inferiores y se supone que son debidas a alteraciones vasculares de la unidad fetoplacentaria<sup>10</sup>. Si bien este riesgo es relativamente bajo, del orden de 10 en 10.000, consideramos que ante la posibilidad de su uso, el médico debería informarlo a su paciente.

## **POR QUÉ CONSEJERÍA**

El Servicio de Adolescencia realiza constantes esfuerzos para que el programa de salud reproductiva sea efectivo en cuanto a prevención de embarazos, no obstante son muchos los casos de adolescentes que llegan a la consulta con un embarazo que no fue buscado, ya sea por no haber usado método anticonceptivo alguno, por haberlos usado incorrectamente o eventualmente por una falla del mismo. Frente a la realidad de un embarazo no esperado, a veces la adolescente lo acepta de buen grado, sobre todo en los sectores más desprotegidos, donde un hijo puede transformarse en un proyecto de vida. Otras adolescentes en cambio continúan con la gestación resignadamente, como un destino de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar. Pero en un considerable número de casos, toman la decisión de interrumpir la gestación, recurriendo a prácticas tanto más riesgosas cuánto más bajos sean los recursos disponibles.

Estas pacientes crean en el profesional que las atiende, acostumbrado a brindar la mejor atención a su paciente, un problema que frena su accionar. Los médicos nos encontramos ante una situación para la que no hemos sido formados. Pero dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbimortalidad, teniendo herramientas para ofrecerle, nos ubica ante una encrucijada.

Nuestro compromiso con las y los adolescentes que concurren al servicio siempre estuvo basado en que encuentren en él un ámbito amigable y con una escucha atenta a sus problemáticas. Por eso, la reiteración de estos casos llevó a una reflexión interna y conjunta del grupo de profesionales para aunar criterios o compartir inquietudes, sabiendo las dificultades que presentaba la temática. No pretendíamos tener criterios unívocos pero sí coherentes sobre las acciones de cuidado a seguir con estas pacientes, a sabiendas que estábamos interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin olvidar que no podemos abandonar a su suerte a la paciente y que de acuerdo a las Convenciones y los Tratados Internacionales que nuestro país suscribió, debemos trabajar en pos del interés superior del niño y adolescente (en este caso nuestra paciente).

En este proceso grupal, lo que nos llevó a la reflexión, fue la lectura del libro de Faúndes-Barzelatto<sup>11</sup> donde se hace referencia a la condena pública y la aceptación privada del aborto y el incremento de esta aceptación cuando más cerca afectivamente está la persona involucrada. En nuestra práctica cotidiana esto lo corroboramos, ya que es frecuente observar como los médicos toman un mayor compromiso con la paciente que piensa interrumpir un embarazo, cuando más ligados afectivamente están con ella, ya sea por tratarse de una pariente, una amiga o una paciente de años, con quién establecieron una buena relación.

En este sentido también la investigación de Ramos y colaboradoras<sup>12</sup> muestra la opinión recogida en grupos focales con médicos, donde los más jóvenes condenan el aborto en mayor medida que los de edad intermedia; una de las razones sería la menor oportunidad de los jóvenes de haberse relacionado con mujeres en situación de aborto por encontrarse al inicio de su carrera, en cambio en los de mayor edad se produce un cambio y una mayor preocupación al haberse enfrentado con el sufrimiento y la muerte de estas mujeres.

Otro accionar que observamos de cerca, al pensar en la implementación de la consejería preaborto, fue la experiencia de nuestros colegas uruguayos, que han instalado hace tiempo este sistema de asesoramiento para una maternidad segura<sup>13</sup> (con el aval del Sindicato Médico, de la Sociedad de Ginecología, de la Facultad de Medicina e incluso del Ministerio de Salud Pública, por medio de una ordenanza ad hoc). En Uruguay al igual que en nuestro país el aborto es ilegal, salvo excepciones, por lo tanto ellos basaron su intervención en el asesoramiento e información preaborto y en mejorar la atención del postaborto, con lo cual han conseguido una importante disminución de la mortalidad materna.

---

<sup>10</sup> Misoprostol y teratogenicidad: revisión de la evidencia. Informe de Reunión del Population Council. N.Y, mayo 2002

<sup>11</sup> Faúndes A; Barzelatto J. "El drama del aborto" Tercer mundo editores. Bogota 2005

<sup>12</sup> Ramos S.; Gogna M. et al. "Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto" CEDES - 2001

<sup>13</sup> "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo". Montevideo. Sindicato Médico del Uruguay. 2002

Nuestro grupo de trabajo considera que no se puede seguir eludiendo el grave problema -tan frecuente en la adolescencia- de la interrupción de embarazos en condiciones de riesgo, que las afecta en su salud actual y en su futura salud reproductiva. Sobre todo porque aún con legislaciones restrictivas es mucho lo que se puede hacer antes y después del hecho concreto del aborto.

Un sistema de salud debe brindar a toda adolescente embarazada que concurra a un servicio hospitalario, un espacio de reflexión para acompañarla ante esa nueva situación y una instancia de diagnóstico no solo médico sino también psicosocial. En este espacio la joven debe contar con toda la información, asesoramiento y apoyo necesarios para la toma de decisiones responsables, que en última instancia conducirán hacia maternidades seguras.

Desde nuestro accionar se desalienta la práctica del aborto inducido y se informa sobre los riesgos médicos y también legales existentes dada la condición actual de ilegalidad. En aquellos casos en que se vislumbre la posibilidad de que una adolescente, de todas maneras, pueda recurrir a la realización de un aborto de riesgo, consideramos que los profesionales de la salud debemos abordar las estrategias a seguir para lograr la reducción de riesgos y daños dentro de lo que permite el marco legal vigente. Se trata de respetar la decisión informada y conciente de la adolescente.

Recurrimos nuevamente al accionar de nuestros colegas uruguayos y en particular a la voz del Dr. Enrique Pons a quien escuchamos en varios seminarios hacer referencia a que el aborto, por tratarse de una práctica ilegal, no puede ser abordado por el médico ni por los equipos de salud. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a su práctica, a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto hasta la rehabilitación completa de la mujer. Por lo tanto, el actuar antes y después de su realización tiende a disminuir los riesgos y la muerte por gestación



Por todo lo dicho anteriormente, instalar la consejería preaborto y mejorar la atención postaborto, deberían ser las próximas metas a alcanzar por los servicios de salud.

### **CONSEJERIA PREABORTO**

Para aquellas adolescentes que manifiesten su deseo de interrumpir el embarazo, es aconsejable:

a) Recurrir a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y psicológico con el objetivo de realizar una reflexión conjunta sobre:

- las causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación
- influencia de familiares o allegados en la toma de decisión
- la conveniencia de incluir a la pareja
- la existencia de redes de apoyo

b) Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión.

c) Brindar la información necesaria y la posibilidad de otras instancias como puede ser la adopción, para la toma de una decisión informada, conciente y responsable.

A partir de la consulta se hará una evaluación de cada caso que incluya:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional, de normoimplantación y para descartar patología embriofetal (ectópico, huevo muerto, etc).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Información acerca de los diferentes riesgos inherentes a cada una de las prácticas habituales.
- Explicitar la necesidad de la consulta post aborto inmediata.

Conocer esta forma de actuar es imprescindible para asesorar correctamente a la paciente. Por ejemplo: determinar ecográficamente la edad gestacional es importante porque en nuestra experiencia después de la investigación sobre el uso de misoprostol en adolescentes embarazadas y por lo manifestado en los talleres que realizamos en la sala de espera del servicio, sobre sexualidad, las adolescentes conocen las “pastillas” (misoprostol), a través de circuitos informales y refieren que es el método al que más recurren para abortar, pero no conocen los riesgos que corren al usarlas en embarazos mayores a 9 semanas.

Además puede ocurrir, que por ecografía se diagnostique un huevo muerto y retenido, con lo cual cambia todo el panorama de la ilegalidad, y el conflicto de la paciente ante la toma de decisión.

Asimismo no podemos dejar de lado la importancia de la inmunoprofilaxis en las Rh negativas, para evitar complicaciones en las futuras gestaciones.

Todo esto nos da la pauta de que no se tiene que abandonar a estas pacientes a su suerte; nosotros, como profesionales, tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y daños de un aborto y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance.

### **CONSEJERIA POSTABORTO**

El Ministerio de Salud de la Nación ha publicado una guía de atención postaborto (APA), con el objetivo de mejorar la calidad de atención. Dicha guía explicita una serie de intervenciones médicas destinadas a manejar las complicaciones del aborto, con el fin de disminuir la tasa de morbimortalidad materna, mejorar la vida sexual y reproductiva de las mujeres y evitar que se repitan nuevos abortos. La existencia de esta guía no implica que haya cambiado automáticamente la atención de estas mujeres, porque para ello se necesita un cambio de actitud de los profesionales que muchas veces no se ha dado.

La condición de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de quienes son atendidas después de haberse realizado un aborto. Existe un maltrato institucional conciente o inconsciente, porque la clandestinidad opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud. Esto es mucho más preocupante en la atención de adolescentes, por ser aún inmaduras emocionalmente y por tener un yo todavía frágil.

En entrevistas realizadas en el servicio, algunas jóvenes han expresado que durante la internación, tuvieron dificultad para sentirse acompañadas, consideradas y piensan que no hay un registro del sufrimiento subjetivo que implica la decisión que han tomado.

De acuerdo a una investigación realizada en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires<sup>14</sup>, sobre la calidad de atención en las internaciones post-aborto, las autoras refieren, entre otras cosas, “...los distintos profesionales parecieran no estar sensibilizados frente a la situación por la que atraviesa una mujer precisamente en el momento en que ha decidido no ser madre”, y agregan que existen a veces tratos verbales humillantes.

Sucede que el modelo asistencial privilegia la maternidad aunque ella no sea la decisión autónoma e informada de la mujer, por lo tanto quienes han recurrido a un aborto, han quebrado el mandato hegemónico acerca de la maternidad.; esto hace que se vea afectada la contención y el trato humanitario que la paciente requiere. Muchos profesionales ni siquiera se plantean cuáles han sido las motivaciones de

---

<sup>14</sup> Checa S. et al.”Seguimiento de la calidad de atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En *Realidades y coyunturas del aborto*. Comp. Checa S. Ed. Paidós 2006

la decisión de interrumpir un embarazo. Por eso es necesario insistir sobre la concientización del personal de salud para que brinde una adecuada atención postaborto y consejería que evite la repetición de embarazos no deseados.

Por lo tanto, encarar la atención más humanizada de estas adolescentes, es una responsabilidad del sistema sanitario y de todos los efectores de salud.

Las intervenciones médicas que se realizan en el Servicio de Adolescencia de acuerdo a las diferentes situaciones en que se presenta una adolescente después de un aborto, son las siguientes:

- En caso de aborto incompleto:
  - internación en el Servicio de Obstetricia
  - riesgo quirúrgico, grupo sanguíneo y factor Rh
  - legrado evacuador (aunque es aconsejable la utilización de la aspiración manual endouterina - AMEU)
  - protección antibiótica
  - control ginecológico previo al alta
  - citación al Programa de Salud Reproductiva del Servicio de Adolescencia
  - acompañamiento psicológico por profesionales especializadas, durante la internación
  
- En caso de expulsión completa del embarazo:
  - ecografía de control
  - determinación de factor Rh (inmunización en caso de ser negativa)
  - asegurar la protección anticonceptiva inmediata
  - citación al Programa de Salud Reproductiva para su seguimiento
  - acompañamiento psicológico de acuerdo al caso
  
- En caso de prosecución del embarazo:
  - seguimiento personalizado por obstetra de adolescentes

Una de las instancias más importantes durante la atención post aborto es asegurar la protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva para evitar la reiteración de embarazos no deseados, como con frecuencia ocurre. Lamentablemente esto no siempre sucede y las adolescentes son dadas de alta sin ninguna información sobre como evitar otro embarazo. Por eso reiteramos la importancia que tiene la capacitación de los profesionales jóvenes, no sobre los aspectos médicos de la anticoncepción porque seguramente ya los conocen, sino creando conciencia sobre la importancia de su accionar preventivo.

## **REFLEXIONES FINALES**

Consideramos que para realizar consejería preaborto, no es necesario que exista un consultorio específicamente dedicado a esta tarea, porque sabemos las dificultades institucionales que esto implica. Al abordar este tema lo que nos propusimos fue solamente plantearlo para que los profesionales piensen en el mismo y traten de lograr un cambio interno que haga más permeable su actitud frente a una paciente que manifiesta su intención de interrumpir un embarazo. En otras palabras, es necesario un cambio mental que habilite el compromiso hacia la paciente. Baste recordar lo que ocurrió en el pasado con la anticoncepción en la adolescencia; muchos médicos fueron reticentes en indicarla; pero ante la realidad de la actividad sexual de los/as jóvenes, la mayoría cambió la manera de pensar y comenzó a brindar esta necesaria prestación. Además la presión de los diferentes actores sociales (padres, profesionales, grupos de mujeres, etc.) influyó sobre los legisladores que debían sancionar las leyes de salud reproductiva para que se incluyera una cláusula específica referida a la atención de adolescentes (ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GABA).

Consideramos que el protagonismo que tienen los médicos en la problemática del embarazo no buscado y del aborto, es fundamental para generar los cambios institucionales y políticos necesarios que eviten las secuelas y las muertes por abortos realizados en condiciones de riesgo.