

Adolescencia

El pediatra ante la adolescente que decide abortar

Dra. Guillermina Mejía Soto*

Introducción

La adolescencia es una etapa de transición entre el fin de la niñez y el inicio de la edad adulta – límites vagos e imprecisos – que depende más de condiciones socioculturales que biológicas. Es un período que halla su mejor acepción dentro de la clase media urbana occidental y que se conceptúa y reconoce dentro del ámbito médico apenas desde la segunda mitad del siglo pasado ¹

Si sólo se considera el factor edad, 10 a 24 años que abarca los adolescentes y los adultos jóvenes, el número de seres humanos dentro de este parámetro es impresionante: cerca de 1,500 millones en los países en desarrollo. En México, el censo de 1970 lo situaba en 11.7 millones; y en el 2000 en 21.6 millones es decir, entre el 25% y el 30% de su población total ²

La sexualidad es parte fundamental del desarrollo durante la adolescencia. La aparición de los caracteres sexuales secundarios – pubertad – se considera universalmente como su detonador. La identidad sexual se reafirma en gran medida durante esta etapa y se considera que marca la etapa que separa a un niño de un adulto ¹

Es de gran importancia la influencia del impacto de las hormonas sobre las neuronas. Las consecuencias de la actividad sexual sin protección practicada durante la adolescencia son múltiples, desde infecciones de transmisión sexual hasta embarazo ³

El embarazo durante la adolescencia es mucho más que un problema solamente médico...”es menester contemplarlo a la luz de un fenómeno social y cultural sumamente complejo, plagado de símbolos y significados en torno a la sexualidad, a la maternidad, a la identidad de género, a las relaciones sociales, a las redes de apoyo comunales, etc., que lo hacen muy diferente al de la mujer adulta.” ⁴

* Médico Pediatra. Especialista en Adolescencia. Directora de la Clínica de Adolescencia

Correspondencia: Dra. Guillermina Mejía Soto. Div. Del Norte No. 917. Col. Del Valle. Tel y Fax: 55 36 18 63 correo electrónico: clinicadolescentes@hotmail.com
Recibido: marzo, 2002. Aceptado: julio, 2002.

El embarazo en las adolescentes, al igual que en las mujeres adultas, puede interrumpirse por causas “naturales”, como un aborto espontáneo, independientemente de la voluntad de la gestante y aun en contra de sus deseos más profundos; o puede interrumpirse voluntariamente, recurriendo a maniobras obstétricas conducentes al aborto. ¿Qué papel juega en este proceso el “médico de primer contacto” con la adolescente embarazada, generalmente “su” pediatra, quien le ha atendido desde que nació, le ha aplicado sus vacunas y le ha curado sus infecciones respiratorias o digestivas? Es acerca de esto que tratan las próximas líneas.

Consideraciones numéricas

Desde fines de la segunda guerra mundial las cifras de embarazo se elevaron exponencialmente en todo el mundo hasta alcanzar su acmé, a fines de los años 50 o principios de los 60, lo que coincide con el advenimiento a gran escala de los métodos anticonceptivos cada vez más económicos, seguros y accesibles. Aunque el número de embarazos de los adolescentes ha descendido continúa siendo inaceptablemente elevado.

Cálculos conservadores en nuestro país dan una cifra cercana a los dos millones de nacimientos cada año; de éstos el 18.1% corresponde a mujeres menores de 19 años (entre 372,0000 y 454,000), cifra que se asemeja muy de cerca a lo que sucede con otros países latinoamericanos: Perú, 12.9%, República Dominicana, 18.2%, Brasil, 16.3% (cifras del Population Council de 1995). Expresado como tasa de embarazo por cada 1000 adolescentes menores de 19 años por año, se estima que es de 84 en Perú, 99 en México, 104 en la República Dominicana, 106 en Brasil y 115 en Colombia ⁵.

En EE.UU. se calcula que hay cerca de un millón de embarazos en las adolescentes por año; 400,000 de ellos en menores de 19 años, de los cuales entre el 39 y 46% termina en aborto elegido. El 80% de los nacimientos en madres menores de 16 años ocurre en mujeres solteras y sólo 2 al 4% de ellas ceden sus hijos en adopción ³

Los problemas de salud que el embarazo acarrea, en la madre adolescente y en su producto son bien conocidos, y son mayores cuando no se lleva una buena vigilancia durante la gestación y el parto. Las principales complicaciones son: una mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva del embarazo, de partos distócicos (con cifras de cesárea electiva más altas); mayor frecuencia de productos con peso bajo al nacer y complicaciones derivadas de la inmadurez materna; pero igualmente de sus carencias, socioeconómicas y afectivas: ignorancia, desnutrición, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, rechazo familiar, abandono del padre del producto, deserción escolar, desempleo, pérdida de autoestima, etc.^{6,7}

La Organización Mundial de la Salud considera que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, el parto y el aborto para mujeres de 15 a 19 años es casi el doble de quienes tienen entre 20 a 24 años y 80 veces más alto en países considerados del "tercer mundo" que en EE.UU. o Canadá. De hecho, las complicaciones relacionadas con el embarazo figuran entre las primeras cinco causas de mortalidad en América Latina.⁸

Es imposible conocer con certeza el número de abortos inducidos, tanto en México como en gran parte del mundo, debido a que se trata de una operación ilegal. El Population Council considera una cifra de 38 a 53 millones por año, de los cuales 20 millones se supone que ocurren en condiciones de riesgo, esto es: abortos practicados por personal no calificado, utilizando técnicas peligrosas y en condiciones antihigiénicas⁹. En América Latina, en particular, hay registro de una tasa de aborto de 36 en la República Dominicana por cada 1000 adolescentes por año, en Brasil 32, en Colombia 26, en Perú 23 y en México 13. En nuestro país se ha observado una disminución significativa de 9.1 % de 1987 a 7.6% en 1997.¹⁰

La mortalidad materna por complicaciones del aborto es muy elevada: del 21% en Tanzania, 28 % en Zimbawe y 54 % en Etiopía⁹.

¿Por qué se embarazan las adolescentes?

La incógnita dista mucho de ser resuelta. En primer lugar habría que considerar de qué adolescente hablamos. Lo que puede ser cierto para una joven ciudadana, de clase media, estudiante, "hija de familia", etc. es muy diferente al caso de otra muchacha de la misma edad, de origen y residencia rural, "inculta" (según el patrón ortodoxo dominante) y por

añadidura, pobre. Para la primera puede significar una tragedia. Para la segunda una bendición de Dios.

Nos centramos en el estereotipo urbano que es con el que convivimos y tratamos. La pregunta subsiste: ¿por qué teniendo acceso a métodos anticonceptivos sencillos y económicos, contando -supuestamente- con educación sexual y servicios de consultoría y salud reproductiva para jóvenes, las adolescentes continúan embarazándose en cifras tan atterradoramente altas?. Hablamos de embarazos que pudieron evitarse, tanto por tener relaciones sexuales protegidas (la píldora o el condón) o mediante la anticoncepción "de emergencia".¹¹ Otro problema, completamente distinto, es el de embarazos, resultado de la violación, el estupro o el incesto. En estas circunstancias la joven es víctima de un acto criminal, censurable desde todo punto de vista y penalizado, por fortuna cada vez con mayor severidad, en todo el mundo civilizado.

La decisión de emplear o no anticonceptivos por las adolescentes obedece a razones complejas. A pesar de todos los esfuerzos de difusión, más del 80% de las jóvenes no emplean ningún método anticonceptivo. La mitad de todos estos embarazos ocurren dentro de los primeros seis meses de iniciadas sus relaciones sexuales y el tiempo promedio que tardan en buscar ayuda o consejo médico, desde que inician su vida sexual activa, es de un año.³

Hay múltiples investigaciones en nuestro medio y en otras latitudes que analizan las razones que llevan al embarazo en las jóvenes. Esquemáticamente se podrían dividir como sigue:^{3,4,6,12-14}

1. Personales

- a. Inmadurez intelectual
- b. Maduración sexual acelerada
- c. Sentimientos de rechazo, abandono, soledad, minusvalía, etc.
- d. Desconocimiento o no disponibilidad de métodos anticonceptivos.
- e. Un mecanismo para retener a la pareja.
- f. Una profunda connotación "narcisista" como para señalarse, para distinguirse de las demás, para volverse "popular".
- g. Como consecuencia de haber sufrido abuso sexual.
- h. Uso de drogas.
- i. Un sentimiento autodestructor, una persistencia de conceptos mágicos del aún cercano pasado infantil. Un sentimiento que podría catalogarse benevolentemente como omnipotente de: ... "a mí no me puede pasar nada".

- j. Búsqueda neurótica de aprobación y afecto por la pareja.
2. Familiares:
- Familias “en crisis”, especialmente crisis prolongadas.
 - Relaciones violentas entre sus miembros.
 - Incomunicación, particularmente “Reto madre-hija”.
 - Relaciones marcadas por la indiferencia.
 - Pobreza económica, marginación.
 - Presencia de padrastros. Estos personajes son los que ocupan el primer lugar en abuso sexual y violación.
- g. Ser descendiente de madre adolescente soltera.
3. Sociales:
- Influencia del grupo de amigos.
 - Asedio de los medios de comunicación (cine, T.V. revistas, etc.) plagados de mensajes erotomaniacos.
 - Falta de oportunidades de superación.
 - Ociosidad. Exceso de tiempo libre.
 - Carencia de supervisión en la familia, la escuela, el trabajo, etc.).
 - Acoso sexual: estupro, incesto, violación.

g. Déficit educacional. Seguramente el factor más importante. Podría decirse, sin hipérbole, que “el mejor anticonceptivo es el libro”. Una sola cifra puede ilustrarlo:

Tasa de fecundidad: para mujeres de todas las edades: a. Sin instrucción: 222 x 1000. b. Más allá de la primaria: 26 x 1000

Todo lo anterior permite concluir que el embarazo en la adolescencia constituye un reto desde varios puntos de vista:

1. Para el sector salud. Debido a los problemas señalados que afectan al binomio madre-hijo, y que repercuten en una creciente morbimortalidad.
2. Para la política poblacional. Está bien documentado que los embarazos “tempranos” se asocian con un mayor número de hijos y espacios intergenésicos más cortos.
3. Para la política económica. Por el costo individual y público que representa, la atención más onerosa de estos casos y sus complicaciones.
4. Para la psicología tradicional. Que no cuenta con respuestas que satisfagan las innumerables dudas y cuestionamientos que casi siempre suscitan.
5. Para la psicología social. Que igualmente persigue descubrir los vericuetos que inducen a las transformaciones observadas en los grupos humanos a través de los tiempos.

Alternativas de Solución

Las opciones que se presentan ante la adolescente embarazada no son numerosas. Se reducen solamente a tres: ^{3,5,6,13,15}

1. Continuar con el embarazo y tener al bebé.

En este caso habría tres posibles escenarios:

a) Que el embarazo llegue a su término, sin complicaciones, y que termine en un parto eutócico; pero especialmente, que la pareja se una; que reciba comprensión y apoyo de sus familias; que el bebé sea amado y bien aceptado desde el momento que se conoce su existencia, etc. Este escenario “idílico” es, por desgracia, en nuestra experiencia personal y por lo publicado al respecto, el menos frecuente.

b) Que la adolescente prosiga con su embarazo aunque el padre biológico de su hijo le abandone. Este es el escenario más común. La mayoría de las veces la joven recibe mal que bien apoyo de su familia nuclear y de sus amistades. Por lo general el niño termina siendo criado (y mal criado) por los abuelos.

c) Que la madre termine por afrontar totalmente sola las circunstancias del embarazo, el parto y la crianza de su bebé, sin apoyo del padre ni de su familia; si acaso sólo de algún pariente o amigo solidario. El papel de “madre soltera,” sin ayuda, es difícil y compromete seriamente su futuro, y el de su bebé.

2. *Continuar con el embarazo y ceder al niño en adopción.*

3. Abortar

Es interesante conocer cuál es la fantasía de los adolescentes en nuestro medio acerca de qué hacer si no se desea el embarazo. En una encuesta directa realizada casa por casa, se entrevistó a 3675 jóvenes de 13 a 19 años de clase media baja en México. Se encontró lo anotado en el cuadro 1. ¹⁶

Cuando la decisión es abortar

La sola mención de la palabra aborto, igual que la de eutanasia provoca reacciones encontradas. Nos limitamos a presentar hechos “sin consideraciones hipócritas o mezquinas, libres de ataduras ideológicas o de prismas maniqueos”.

Algunas adolescentes deciden por sí mismas abortar.

La decisión debe ser producto de una profunda reflexión individual, basada en la más completa información acerca de las opciones que tiene por delante; de los pros y contras de cada una y debe ser respetada escrupulosamente ¹⁷. Nadie debe decidir por ella. A nadie afecta más que a la propia joven, su destino y el de su producto. Esto incluye tanto a sus padres como a sus doctores ¹⁸. Este es un principio básico de respeto humano, adoptado por la Academia Americana del Pediatría desde hace más de un cuarto de siglo ¹⁹

Cuadro 1. ¿Qué hacer si no se desea el embarazo?

	Hombres y Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Tener al bebé	44.2	40.9	46.9
2. Tenerlo y darlo en adopción	11.4	8.1	14.1
3. Abortarlo	19.3	21.1	17.8
4. Pedir consejo	3.7	4.3	3.2
5. Asumir la responsabilidad	6.8	7.1	6.5
6. Informar a los padres	5.6	6.3	5.0
7. Pedir ayuda a los padres	2.2	3.7	1
8. Casarse	2.3	3.1	1.7
9. Hablar con la pareja	1.0	1.2	0.8
10. Otras respuestas	1.1	1.1	1.1
11. No sabe	2.4	3.1	1.9
TOTAL	100.00	100.00	100.00

y que parece estar apenas permeando en nuestras sociedades. Partimos de la base de que la adolescente se encuentra en uso pleno de sus facultades mentales y por ende capaz de tomar por sí misma la decisión que más convenga a sus intereses.

Las razones que se esgrimen para abortar son numerosas. Las más conocidas se enlistan a continuación:^{6,9,12,19,20}

1. Abuso sexual: violación, incesto o estupro.
2. Problemas de salud física o mental de la joven que la colocan en una situación de riesgo inminente de morir.
3. Malformaciones congénitas en el producto
4. Embarazo no deseado debido a:
 - a. Falla de métodos anticonceptivos.
 - b. Abandono de la pareja o relación inestable.
 - c. Limitaciones económicas.
 - d. Juventud.
 - e. Deseo de continuar estudiando.
 - f. Temor al rechazo familiar o social.
 - g. Ninguna razón específica, salvo no desear el embarazo.

Las adolescentes que deciden abortar, provienen de niveles socioeconómicos elevados; poseen mayores aspiraciones y logros educacionales; sus madres también cuentan con niveles educacionales superiores; tienen mayores sentimientos de autoestima y de control sobre su vida; muestran menores niveles de ansiedad y se encuentran en mejor capacidad para conceptuar su futuro.^{15,18}

Cuando la decisión de la joven por abortar es firme, absoluta e informada, surge siempre la duda sobre involucrar o no a los padres en la decisión de la adolescente por el

provenir de su embarazo. La experiencia nos ha señalado que la mayoría demuestra un interés real por tomar en cuenta la opinión de las personas adultas que la rodean y a quienes considera cercanas y afectivas. Siempre que sea posible creemos que el médico debe tratar de convencer – no de vencer– a su paciente, para que trate el tema a profundidad con sus progenitores y lograr obtener de ellos sus puntos de vista, su experiencia y su apoyo^{19,21,22}. En ocasiones, por muy diversos motivos esto no es posible. El médico debe tener la sensibilidad suficiente para percibirlo y aún más, para intuir cuándo pudiera incluso resultar contraproducente. En tal caso esta pretensión debe abandonarse y buscar ayuda a la joven para encontrar a alguien más en su entorno, que la acompañe y apoye.

En una revisión de 1579 jóvenes solteras embarazadas el 61% había planteado su decisión de abortar a sus dos progenitores (90% de las menores de 14 años contra 84% de las mayores de 16). En caso de no contar con alguno de sus padres, dada la compleja y diversa estructura de la familia actual, prácticamente todas involucraban por lo menos a un adulto que les merecía confianza, ya fuera otro pariente, un profesor, un consejero, algún profesional, o sacerdote o miembro de algún credo religioso. Quienes optaron por no informar a sus progenitores fueron en su mayoría, adolescentes mayores de 16 años, de raza blanca y que contaban con alguna forma de empleo²².

Mención especial merece el caso de adolescentes con profunda y tenaz resistencia por informar a sus padres, sobre todo cuando son muy jóvenes. En tal situación debe sospecharse la posibilidad de incesto.¹⁴

Consecuencias del aborto

No compete a los pediatras opinar acerca del aborto más que mencionar que es una operación segura, que no ponga en riesgo la vida de la paciente o insegura practicada por personas que carecen de las habilidades necesarias, que la realicen en ambientes que no cumplan con las condiciones esenciales, instalaciones, equipo e higiene o ambas situaciones.

No se pretende dar una opinión acerca de su legalidad o ilicitud. El aborto es aceptado en el 96% de la legislación mundial en caso de que la vida de la madre corra algún riesgo que la coloque en peligro de muerte y en el 72% en caso de incesto o violación^{9,20}. En México se considera una operación ilegal en la mayoría de las circunstancias. Muy recientemente se propusieron reformas a los artículos 148, 333 y 334 del Código Penal tendientes a su despenalización sólo en caso de violación, de peligro inminente de la vida de la madre o de malformaciones congénitas en el producto. En todos los casos se obliga a los doctores a “entregar a la mujer información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre las consecuencias que representa la práctica de un aborto”. Aún así parece existir una limitación importante ya que una sola palabra puede hacer variar el sentido del legislador: agregar el término “inminente” al de riesgo de muerte hace que se preste a interpretaciones de carácter subjetivo y que haga confusa su aplicación^{10,23}. La ley no obliga al médico en ningún caso a practicar el aborto si está en contra del procedimiento.

No es el tema de esta comunicación el análisis del aborto desde el punto de vista ético-filosófico o religioso, cuya dimensión le rebasa con mucho. De ninguna manera se pretende una apología del aborto como método anticonceptivo, de control natal ni como “solución” al problema del embarazo en las adolescentes. Este asunto se contempla sólo desde el punto de vista de la clínica, con un respeto absoluto por los sentimientos personales de cada quien, matizados por sus creencias, su religión, su cultura y su historia personal.

La pregunta clave es: ¿cuáles son las consecuencias de abortar o no abortar? Admitimos que no caben respuestas simples a problemas complejos; que no es posible encontrar sentencias “salomónicas” que satisfagan a todos; que no hay verdades universales; que cada caso es único e irrepetible; que influyen multitud de circunstancias en cada uno y que lo ideal sería no tener que encontrarse ante esta disyuntiva; que la mejor medicina siempre es la preventiva.

¿Qué sucede cuando la adolescente que desea abortar no lo hace, ya sea porque no se atreve, cuando se le convence en contra de su voluntad o cuando se le niega el procedimiento? Como en todo dilema de esta naturaleza el abanico de probabilidades es ilimitado. Puede ser que no pase nada y que finalmente todo transcurra tranquilamente y se llegue al supuesto “idílico” final feliz como de “cuento de hadas” señalado líneas atrás. Puede suceder también que las cosas no marchen así de bien y que el embarazo curse en medio de una gran crisis y tensión con angustia, insomnio, malestar general, reacciones psicósomáticas como hiperemesis o diarrea, factores que contribuyen a un embarazo de mayor o menor riesgo y a un parto distócico. Puede haber una gran sensación de expectativas frustradas y depresión, con sentimientos graves de minusvalía que incluso conduzcan a la joven a la ideación o a las conductas suicidas.^{9,18,20}

Sin embargo, las consecuencias más graves se refieren a los bebés no deseados y que no son cedidos en adopción, como sería preferible en tales circunstancias. La experiencia en nuestro medio^{7,24} es que la gran mayoría de las jóvenes carece de los estímulos afectivos indispensables, lo que les conduce por decir lo menos, a un retraso psicomotor más o menos severo, las convierte en víctimas propiciatorias de maltrato infantil en todas sus expresiones, pero particularmente en el maltrato físico, que puede llegar hasta el infanticidio. Estos pequeños son contemplados como “hijos de la vergüenza” o del “oprobio” tanto por la madre como por su familia y por consecuencia lastimados en todos sentidos. Son considerados como una “carga” o un “estorbo” que incrementa el hacinamiento y la demanda económica familiar. En muchas ocasiones terminan por ser abandonados o ellos mismos huyen de tan infamantes condiciones a engrosar las filas de los “niños de la calle”.

En el otro extremo, ¿qué sucede con la mujer cuando se practica un aborto “seguro”? Existe a este respecto un gran debate, matizado más por sentimientos personales que por evidencias científicas. Por un lado se mantiene la creencia de que el aborto acarrea consecuencias deletéreas, como el “síndrome traumático postaborto” caracterizado por depresión, de mayor o menor gravedad, ansiedad y culpa, particularmente entre quienes profesan sentimientos religiosos profundos, cuya duración y trascendencia en su vida futura son difíciles de pronosticar^{6,15,17,20}. Por otro lado se afirma que el “síndrome traumático postaborto” no es más que un mito; que tal entidad no puede sustentarse en la evidencia

científica disponible; que contrario a lo que podría suponerse y lo que ha sido siempre considerado como una verdad axiomática, “no existe una prueba documentada que apoye la posibilidad de secuelas negativas, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o emocional cuando el aborto se practica de manera electiva y segura en el primer trimestre del embarazo”²⁵.

Lo que es un hecho incontrovertible es que las complicaciones médicas derivadas del aborto electivo y seguro son muy reducidas, comparadas con el aborto clandestino. Por otra parte, la mortalidad es cinco veces más elevada entre las adolescentes que continúan con el embarazo que entre quienes deciden terminarlo, al igual que las complicaciones psiquiátricas graves.²⁰

Papel del pediatra:

Sería deseable no tener que enfrentar el problema, pero el hecho es que las adolescentes se embarazan a pesar de los esfuerzos educacionales emprendidos y de los obstáculos que la familia, la escuela, las iglesias y la sociedad en su conjunto hacen para tratar de impedirlo. Ciertamente su número es reducido. No hay certeza sobre el porcentaje de adolescentes embarazadas que desean abortar, por las razones, enumeradas anteriormente o sin ellas o por cualquiera otra. El problema existe. No es posible ocultarlo. No cabe adoptar posiciones ambiguas o huidizas. La joven deposita su confianza en “su” médico, en “su” pediatra (hombre o mujer) y espera que no le defraude.

Lo primero que se requiere es una profunda introspección de uno mismo, el profesional y el ser humano, hombre o mujer acerca de sus conocimientos, sus creencias y sentimientos acerca de la sexualidad en general y de la sexualidad adolescente en particular; sus filias y fobias en cuanto al sexo prematrimonial, la homosexualidad, el lesbianismo, el embarazo no deseado, las medidas anticonceptivas y el aborto. Todas estas cuestiones deben contemplarse y valorarse objetivamente, desde la perspectiva única y exclusiva de la clínica, libres de todo precepto moral, filosófico, religioso, etc; de lo contrario la actuación médica se “contamina” con las preferencias o aversiones personales del profesional, que pueden compaginarse con las de su paciente o chocar frontalmente.

El deber profesional del médico es mostrar a la paciente las alternativas mencionadas, de manera empática y objetiva. Creemos que se puede, y es válido, que el médico ofrezca sus propios puntos de vista, pero con absoluto respeto por la joven, sin tratar de imponer su criterio y menos aún en

forma de planteamiento maniqueo: “yo soy el bueno y tú eres la mala”.

Al final del camino, si la decisión de la adolescente es abortar y las convicciones de su médico apuntan en sentido opuesto –situación por demás frecuente y totalmente respetable– el papel del profesional, “por el bien de su paciente” –que es exactamente de lo que trata el ejercicio de la medicina en cualquiera de sus ramas– es hacerle saber con todo respeto y cuidado, que debido a sus creencias y convicciones ético-filosóficas y morales y al respeto que se debe a sí mismo, no puede hacerse cargo de su situación; que no juzga a la adolescente; que él (o ella) simplemente es médico y no impartidor de justicia terrenal o divina. Que ella es libre de tomar la decisión que mejor convenga a sus intereses. Siempre es posible además, y sería deseable, que sobreponiéndose a sus conflictos internos se muestre, si no cordial y efusivo, por lo menos amable hacia la embarazada. Lo menos que se le puede pedir al médico es que no incremente la culpa en su paciente, que de seguro la agobia desde el momento en que se vio en la necesidad de tomar la decisión de abortar.

No es válido desde los puntos de vista moral, ético e incluso jurídico, intentar convencer a la paciente de lo contrario a su voluntad; menos aún ejercer la menor presión moral, la satanización, el desprecio, el insulto o la amenaza de cualquier forma por oponerse a la voluntad de la adolescente.

La Academia Americana de Pediatría, en un ejercicio que valdría mucho la pena intentar en nuestro medio exploró hace pocos años la opinión de sus miembros respecto al papel que corresponde al pediatra cuando la decisión de la adolescente es abortar¹⁸. Los resultados de un cuestionario enviado a 1000 de sus asociados muestran que más de la mitad: (el 56.7%) se mostraron favorables a practicar el aborto en las adolescentes bajo ciertas condiciones; el 48.9% a que se practicara sin importar ninguna condición y sólo el 7.3% se opuso absolutamente, negándose a aceptar cualquier circunstancia.

Las condiciones que la mayoría (56.7%) aceptó como válidas para practicar el aborto, casi la totalidad (91%) señaló la preservación de la vida o la salud de la madre; el 88%, cuando el embarazo fuera producto de la violación o incesto y más del 75% lo aceptaron en presencia de anormalidades fetales o alteraciones en el estado mental o psicológico de la madre. La pobreza y razones de índole socioeconómica fueron consideradas válidas por más del 60% de los encuestados.

En cuanto a consultar o no a los padres para que dieran su consentimiento de realizar el aborto, el 84.6% se mostró renuente, dado que esto pudiera retrasarlo y acarrear complicaciones o de hecho volverlo inoperante.

Sobre el lugar de residencia de los profesionales consultados, estuvieron de acuerdo el 61.9% de quienes residían en grandes metrópolis, el 55.2% de ciudades medias y el 52.8 de áreas rurales. En el grupo de quienes no lo aceptaron bajo ninguna circunstancia (7.3% del total) el 9.7% procedía de áreas urbanas y el 7.1% de áreas rurales. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las preferencias de los médicos cuando el parámetro a considerar fue su edad, mayores o menores de 45 años; la diferencia fue de $p < 0.5$. Por cuanto al sexo de los pediatras, la diferencia fue considerable: 61.5% de las profesionales mujeres se mostró favorable al aborto ante cualquier circunstancia, contra 53.7% de los pediatras varones que mantuvieron esta posición.

Resumen y Conclusiones

Podría considerarse ideal –pero es una pretensión utópica– que todos los adolescentes de ambos sexos sublimaran sus instintos sexuales y optaran por la abstinencia. En números crecientes y en todo el mundo se percibe exactamente lo opuesto. Las razones que influyen en este fenómeno son numerosas y escapan al ámbito médico.

Evitar el embarazo en las adolescentes debería considerarse como una prioridad en las campañas educativas y sanitarias pues el número de jóvenes con este problema y el de sus probables complicaciones y secuelas es enorme.

Urge mejorar y ampliar una educación sexual correcta y completa a todos los niveles en la comunidad, en la escuela y en el hogar, libre de tabús, estimulando actitudes más abiertas (menos hipócritas) hacia la sexualidad y haciendo más accesibles la información y los métodos anticonceptivos.

Debe tratarse por todos los medios, de realizar acciones preventivas, no coercitivas sobre el ejercicio responsable de la sexualidad y hacia formas de vida saludable. Los anticonceptivos tradicionales y la anticoncepción de emergencia son mil veces preferibles a tener que afrontar un embarazo no deseado.

El aborto es una realidad. Se ha practicado a través de la historia sin importar su legalidad y en todas las sociedades, sin tomar en cuenta credos políticos o religiosos, lo mismo en sórdidos tugurios que en quirófanos elegantes.

El aborto es siempre un tema polémico y controvertido en el que se pierden las fronteras entre la medicina y la filosofía, entre la Iglesia y el Estado, entre los hechos y las creencias personales. Hay quien lo acepta bajo cualquier circunstancia; quien sólo atendiendo a condiciones muy específicas y hay quien lo rechaza bajo cualquier condición.

Es evidente que lo ideal sería no tener que enfrentarse a la decisión de abortar nunca; evitar el embarazo a través de la abstinencia o de las medidas anticonceptivas. Asimismo, que el aborto no es un método anticonceptivo, ni instrumento de planificación familiar.

Las jóvenes embarazadas acuden con “sus” médicos pediatras, a quienes conocen y en quienes confían en primera instancia, en busca de ayuda profesional, lo que significa información científica, para que les ayude a tomar una decisión informada.

El papel del médico es proporcionar dicha información, sin emitir juicios de carácter subjetivo y respetar siempre la decisión de la embarazada.

Se puede estar de acuerdo con la decisión de la embarazada o se puede estar en total desacuerdo. En cualquier caso el papel de médico debe ser absolutamente neutral.

Si él médico se opone al aborto, debe manifestarlo así a la embarazada de manera concisa y directa y separarse de su atención. No es lícito “contaminar” su actuación profesional a través de sus prejuicios. Sus concepciones éticas, religiosas, filosóficas y aún pragmáticas son absolutamente respetables, pero pertenecientes sólo al ámbito de su propia conciencia individual y no pueden representar, bajo ninguna circunstancia, una faceta de “laudo” judicial. El médico es solamente un clínico, no un juez, más que si acaso para sí mismo, no para los demás.

Debe ayudarse a la paciente a conseguir el apoyo de los adultos cercanos y que le quieran bien. Lo ideal serían sus padres, pero esto no es siempre posible y en ocasiones puede ser contraproducente. Nunca debe perderse de vista que la calidad, que en mucho equivale a calidez de las relaciones familiares, está determinada por el afecto, no por las leyes. Siempre será posible encontrar con mayor o menor esfuerzo alguien en quien la joven pueda confiar y apoyarse. Esta “búsqueda de sustento” para la embarazada es la más importante de las funciones del médico a su cargo. No debe dejársele sola en la toma de una decisión de tan gran trascendencia para su vida, actual y futura.

Las secuelas de un aborto “inseguro” son bien conocidas, desde infecciones hasta la muerte de la gestante. La

existencia o no de un "síndrome de depresión postaborto inducido" es motivo de controversia; hay quien afirma que ocasiona secuelas psicológicas permanentes y graves y hay quien sostiene una opinión divergente, negando incluso la existencia de tal entidad nosológica.

Es difícil la situación del médico pediatra cuando la decisión de "su" paciente es abortar. Sea cual sea su sentir personal su deber es apoyarle, aun cuando decida no atenderla, pero sin herir su condición, por demás hipersensible, a través de consideraciones maniqueas. La primera razón del quehacer profesional médico se asienta en el "primum non nocere" Hipocrático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Espinosa A, Mejía G. Adolescencia. En Compendio de Medicina General. Ed. Martín Abreu, L. Méndez Editores S.A. de C.V. México 2000;pp26-31.
- Pérez-Palacios G. Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB, 2000;11-7.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. *Pediatrics* 1989;83:132-3.
- Stern C, García C. Hacia un Nuevo Enfoque en el Campo del Embarazo Adolescente. Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción. Ed. El Colegio de México. 1999;13:1-17.
- Singh S. Adolescent childbearing in developing countries: A global review studies in family planning 1998;29:117-36.
- Siegel D, Klein D, Roghmann K. Sexual Behavior, contraception and risk among college students. *J. Adolesc. Health* 1999;25:336-43.
- Escobedo E, Fletes U, Velázquez L. Embarazo en adolescentes. Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52:415-19.
- Gómez G. Introducción. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB 2000;9-10.
- Brazier E, Rizzuto R, Wolf M. Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo. *Family Care International. Population Council* 1999;1.
- Zúñiga D, Delgado D, Zubieta B. Tendencias Recientes del Embarazo Adolescente en México. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB 2000;18-23.
- American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics* 1999;104:1161-6.
- Diversos Autores. El embarazo no Planeado en los Adolecentes. Carpeta Didáctica para Servicios Especializados de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente. Secretaría de Salud (Mex) 1999;pp166-88.
- Stevens A, Kelly J, Nelligan H. Reasons for first pregnancy predict the rate of subsequent teen conceptions. *Pediatrics* 1998;101:99-102.
- Kitzman R. Does child abuse predict adolescent pregnancy?. *Pediatrics* 1998;101:620-4.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Counseling the adolescent about pregnancy options. *Pediatrics* 1989;83:135-7.
- Mejía G. Embarazo en Adolescentes. Programa Gente Joven de Mexfam. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER SEGOB. 2000;33-7.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *Pediatrics*. 1996;97:746-51.
- Gretchen V, Fleming Ph, O'Connor K. Adolescent abortion: Views of the membership of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 1993;91:561-5.
- American Academy of Pediatrics. Task Force on Pediatric Research. Informed consent and medical ethics. *Pediatrics* 1976;57:414-16.
- The Alan Gutmacher Institute. Aborto Clandestino. Una Realidad Latinoamericana. The Alan Gutmacher Institute. 1994;26.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics* 1989;83:138-9.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95:314-7.
- Buendía J. Consideran retroceso cambios sobre aborto. Periódico "Reforma" 21-04-02 pp 18.
- Espinosa A. Interacción Temprana Madre - Hijo en la Génesis del Síndrome del Niño Maltratado. En El Niño Maltratado. Identificación y Prevención. Ed. Marcovich, J. Editores Mexicanos Unidos México 1981;pp143-53.
- Scotland N. The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA* 1992;268:2078-9.