



Planificación Familiar para Adolescentes Casadas

- *Las adolescentes casadas son altamente vulnerables, sin embargo, los proveedores de atención de salud y la comunidad a menudo ignoran sus necesidades.*
- *Evitar la maternidad prematura es crucial para la prevención de la mortalidad materno-infantil. Hacer frente al elevado número de necesidades insatisfechas de planificación familiar de este grupo constituye una estrategia clave.*
- *Los programas deben disminuir la gran cantidad de barreras que estas adolescentes enfrentan para utilizar un método de planificación familiar, y asegurar un buen acceso y buena calidad.*

Las adolescentes casadas son quizás el más vulnerable de todos los segmentos de la población sexualmente activa – expuestas a una edad temprana a los riesgos de infección, embarazo y parto y, en la mayoría de los casos, sin la protección que ofrece la educación, la seguridad económica, las redes sociales y un cuerpo maduro fisiológicamente listo para llevar a un niño. El matrimonio prematuro (definido aquí como aquél que tiene lugar antes de los 18 años) es especialmente común entre las adolescentes en África Occidental, Asia del Sur y en algunos países de Latinoamérica.

Necesidades de Planificación Familiar

Las adolescentes casadas tienen muchas necesidades profundas y aún no tienen el poder suficiente para satisfacer esas necesidades y tomar decisiones autónomas que afectan su propio bienestar. Evitar la maternidad prematura es una de las necesidades más importantes de las adolescentes casadas, y fortalecer los programas de planificación familiar y las políticas para ayudar a las adolescentes casadas (y a sus esposos) a posponer los primeros nacimientos y espaciar los nacimientos subsecuentes debería ser una de las principales prioridades para los programas de salud reproductiva.

La maternidad durante los primeros años de la adolescencia perjudica tanto a la madre como al niño. El riesgo de morbilidad materna (incluyendo fístulas obstétricas), mortalidad materna y mortalidad infantil son mucho mayores que para las mujeres maduras. Sin embargo, la maternidad adolescente es común en gran parte del mundo en vías de desarrollo. En África Subsahariana la mayoría de mujeres ya han tenido al menos un parto al momento de cumplir los 20 años. Las investigaciones demuestran que la mayoría de jóvenes adolescentes casadas en países en desarrollo no desean tener un niño a esa temprana edad, ni desean llevar la carga de embarazos repetidos y de familias numerosas en tanto que ellas mismas aún son niñas también. No obstante, en muchas situaciones las adolescentes sienten la presión de demostrar su fertilidad poco después del matrimonio y no tienen la autonomía para decidir sobre la anticoncepción y sobre otros aspectos de su vida reproductiva.¹ La presión por tener un niño poco después del matrimonio, con frecuencia la ejerce el esposo o la suegra y tiene obvias implicancias tanto para la decisión del uso de la anticoncepción como para el tipo de anticonceptivos que se va a utilizar.

En ese entorno, una adolescente casada enfrenta muchos retos para posponer su primer embarazo y para espaciar los embarazos subsiguientes (idealmente por lo menos tres años entre cada embarazo). Estos obstáculos no son exclusivos para las adolescentes casadas, pero de muchas formas éstos se acentúan en este grupo. Estos obstáculos incluyen:

- Contar con el apoyo del esposo para posponer/espaciar los nacimientos;
- Identificar un punto de abastecimiento (clínica, farmacia o trabajador comunitario) donde se puedan obtener métodos de planificación familiar a un precio accesible;
- Recibir un método de un proveedor, sin discriminación por su edad o paridad u otras barreras médicas;
- Aprender a usar un método de planificación familiar en forma correcta;
- Recibir un suministro adecuado de anticonceptivos que requieren reabastecimiento (esto es especialmente importante para adolescentes casadas, dada su limitada movilidad e interacción social; y
- Tolerar cualquier efecto colateral del método.



Informe técnico de salud mundial

Aunque estos obstáculos son difíciles de superar, las intervenciones del programa pueden manejarlos enfocándose en las necesidades de las clientas en forma individual, incluyendo aspectos de calidad y de acceso.

Opciones anticonceptivas

Una adolescente casada tiene muchas opciones anticonceptivas para ayudar a posponer su primer parto y espaciar los partos subsecuentes. Los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud no descartan ningún método únicamente en razón de la edad.² Sin embargo, algunos métodos son probablemente más apropiados que otros, dependiendo de las características personales de la clienta. Por ejemplo, la esterilización femenina rara vez, si es que ocurre, es apropiada para las adolescentes casadas (aunque son médicamente elegibles) debido a que la mayoría de adolescentes desean tener hijos en el futuro.

En los países en desarrollo en general, los anticonceptivos orales (AO) son los métodos que comúnmente utilizan las adolescentes casadas entre 15-19 años. (En contraste, los condones son los más populares entre las adolescentes solteras.) Debido a que el uso de inyectables continúa en aumento, este método está empezando a suplir a los AO en algunos países como el método preferido entre este grupo etéreo.

Implicancias del Programa

La manera más efectiva en la que un programa puede reducir los riesgos asociados con la maternidad prematura es trabajar con las comunidades, con los que deciden las políticas, y con las familias para cambiar las normas de la comunidad, incrementar la educación de las adolescentes y dar otros pasos para ayudar a retrasar el matrimonio prematuro.³ Para satisfacer las necesidades de planificación familiar de las mujeres adolescentes que ya están casadas, los programas pueden manejar las necesidades desde múltiples puntos:

1. Proporcionar educación y servicios a las adolescentes recientemente casadas que aún no están embarazadas, así como también a sus esposos y hacerla extensiva a las familias. Promover la postergación de los primeros partos, enfocándose en los riesgos del embarazo prematuro y en las ventajas de posponer el primer embarazo por lo menos un año. Brindar educación en planificación familiar mediante múltiples canales (comerciales, no tradicionales y con base en los servicios).
2. Proporcionar educación y servicios a las adolescentes casadas embarazadas o a las que han tenido un parto recientemente o han tenido un aborto. Promover que los embarazos sean espaciados por lo menos tres años, concentrándose en su efecto de protección para la madre y para el niño. Promover los métodos de planificación familiar para el espaciado, así como también la lactancia y el método de la amenorrea lactacional.

Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar para adolescentes casadas retirando las barreras para el acceso médico e institucional (tales como paridad o requisitos de edad y actitudes juzgadoras), emprendiendo programas de ayuda social comunitaria para adolescentes casadas, y aprovechando todos los contactos con el sistema de atención de salud para promover y proporcionar planificación familiar (ej. como parte de la prueba y consejería de VIH, de la atención perinatal y de la atención post aborto).

Consideraciones Especiales al Momento de la Consejería

Al momento de brindar la consejería a las adolescentes jóvenes casadas sobre sus opciones de planificación familiar, los consejeros deberán tener en cuenta los siguientes puntos. Estos puntos sugieren áreas donde podría requerirse consejería adicional y no implican que algunos métodos no se deban utilizar nunca.

- Para muchas adolescentes, son más adecuados los métodos que no requieren una acción diaria.
- Las adolescentes casadas o solteras son menos tolerantes a los efectos colaterales y por lo tanto tienen altas tasas de discontinuación.
- Para las adolescentes que están embarazadas o han tenido un parto recientemente, la consejería deberá tratar los temas especiales de anticoncepción post parto (ver Informe Técnico de Salud Mundial #16, Planificación Familiar para Mujeres Después del Parto).
- La AMPD tiene efectos sobre la densidad ósea y para las adolescentes menores de 18 años es un método de categoría 2 en los Criterios de Elegibilidad de la OMS², que indica que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados. Otra consideración adicional es que el regreso de la fertilidad se retrasa 10 meses desde la última inyección (alrededor de 4 meses más prolongado en promedio que después de usar otros métodos).
- La OMS señala en sus Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos del 2004, que generalmente las adolescentes menores de 20 años y las adolescentes que no han tenido hijos pueden utilizar el DIU, Aunque estas adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión, las ventajas del DIU generalmente superan el riesgo de expulsión.
- Los métodos de conciencia de la fertilidad son más difíciles de usar para las adolescentes que han alcanzado recientemente la menarquia.
- Las adolescentes casadas que no tienen redes sociales ni transporte pueden considerar difícil conseguir métodos que dependen del proveedor tales como los DIU y los implantes. Por otro lado, los inyectables disponibles en farmacias y en algunos programas de distribución comunitaria, también pueden ser difíciles de obtener.
- Las adolescentes casadas a menudo tienen esposos de mucha más edad quienes, en virtud de su edad y sus experiencias sexuales, tienen particularmente mayores posibilidades de estar infectados con VIH. Se deberá animar a las adolescentes y a sus compañeros a hacerse la prueba de VIH. Para las parejas VIH discordantes, los condones son imprescindibles para proteger a la pareja de la infección. Para la mayoría de adolescentes casadas que no conocen su estado de VIH o el de su pareja y especialmente donde la prevalencia de VIH es alta, se deberá examinar y desestigmatizar el uso del condón. Las adolescentes casadas necesitan saber que sólo los condones pueden protegerlas del VIH y de las ETS.

¹ Mathur S, Greene M and Malhotra A. Too Young to Wed: The Lives, Rights, and Health of Young Married Girls. Washington, DC: Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer, 2003.

² Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos. Tercera Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>

³ Haberland N, Chong EL, and Bracken HJ. Early Marriage and Adolescent Girls. YouthLens No. 15. Arlington, VA: FHI/YouthNet, 2005

Dónde obtener mayor información: <http://www.maqweb.org>

Última Revisión: 01/31/06

Producido en asociación con la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad

Diseñado y producido por: The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE