

Bloqueos sanguíneos y enfermeras repressoras: barreras al uso de anticonceptivos entre las adolescentes en Sudáfrica

Kate Wood,^a Rachel Jewkes^b

^a Investigadora Asociada, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, Londres, RU

^b Directora, Gender and Health Research Unit, Medical Research Council, Pretoria, Sudáfrica. Correo electrónico: rjewkes@mrc.ac.za

Resumen: Una tercera parte de las adolescentes en Sudáfrica quedan embarazadas antes de cumplir los 20 años, pese a que los anticonceptivos son gratis y accesibles. Este estudio cualitativo sobre las barreras que enfrentan las adolescentes al intentar acceder a los servicios clínicos de anticoncepción, se llevó a cabo en la Provincia Limpopo, en 1997. Se realizaron 35 entrevistas a profundidad y cinco discusiones en grupo con mujeres jóvenes entre 14 y 20 años, así como entrevistas con el personal de enfermería de 14 consultorios. Muchas de las jóvenes informaron presión de sus parejas y familiares para tener un bebé. Otras barreras al uso sostenido de anticonceptivos fueron: creencias erróneas sobre cómo ocurre la concepción y temores sobre los efectos de anticonceptivos en la fertilidad y la menstruación, las cuales las enfermeras no tomaron en serio. Los efectos de los intentos de las enfermeras de estigmatizar la sexualidad de las jóvenes, sus regaños y trato duro de las mismas, y su renuencia a reconocer las experiencias de estas como usuarias de anticonceptivos, debilitaron el uso eficaz de la anticoncepción por parte de las jóvenes. La juventud necesita mejor información sobre la fisiología reproductiva y la salud sexual, y datos detallados sobre los anticonceptivos. Las herramientas para mejorar la exactitud y disponibilidad del conocimiento en el ámbito clínico desempeñan un papel, pero se deben introducir junto con iniciativas para garantizar que los servicios sean amigables a las adolescentes y no estigmaticen su actividad sexual. © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: anticoncepción y embarazos no deseados, acceso a los servicios, embarazo adolescente, relaciones proveedor-paciente, Sudáfrica.

La investigación indica que muchos jóvenes sudafricanos asumen riesgos en la conducta sexual; esto incluye la iniciación temprana de la actividad sexual, el sexo sin protección y niveles bajos de uso del condón y de los anticonceptivos, y, a menudo tienen parejas concurrentes.¹⁻⁴ Entre las mujeres negras africanas sexualmente activas de 15 a 25 años en Sudáfrica, la prevalencia actual del uso de anticonceptivos modernos es de 64.4%. Esto puede explicar el descenso del 35% en los partos entre mujeres adolescentes observado desde fines de los años ochenta hasta fines de los noventa. No obstante, 35% de las mujeres experimentan un

embarazo antes de la edad de 20 años,⁵ la que todavía es una proporción sustancial para este grupo etario.

Para el personal de los establecimientos de salud no es visible la disminución en la proporción de adolescentes que alumbran, debido a que el crecimiento concomitante de la población ha dado por resultado que el número de adolescentes que alumbran parezca aumentar. Muchos trabajadores/as del sector salud aún ven el embarazo adolescente en términos de una carga pesada e inmanejable. Tanto más porque se entrega la anticoncepción de manera gratuita en un programa basado en el dispensario (establecimiento que ofrece consulta ambulatoria),

cuya cobertura nacional es extensa, y cuenta con dispensarios móviles que sirven a la mayoría de áreas rurales. La preocupación social y de salud pública sobre la sexualidad y el embarazo adolescente se ha elevado, al tomarse conciencia de que este grupo de edad está en la primera línea de la epidemia de VIH/SIDA; la última encuesta nacional de seroprevalencia indica que 15.8% de las mujeres embarazadas menores de 20 años están infectadas.⁶

La investigación sobre la anticoncepción en Sudáfrica apunta a una serie de barreras para el uso efectivo. Históricamente, el servicio anticonceptivo se desarrolló en el marco político del control poblacional, con un énfasis en los anticonceptivos que precisaban del involucramiento mínimo de la usuaria; notablemente, los anticonceptivos inyectables, que siguen siendo el método más comúnmente usado.^{7,8} La Encuesta Demográfica y de Salud de 1998⁵ halló que el 64.5% de las mujeres negras africanas empezaron el uso de anticonceptivos con los inyectables y 23.4% lo hicieron con los anticonceptivos orales, en comparación con el 5.0% de mujeres blancas que se iniciaron con inyectables y el 65.3% que lo hicieron con anticonceptivos orales. Hay dos anticonceptivos inyectables de solo progestágeno comúnmente usados en los dispensarios públicos, administrados en inyecciones bimestrales o trimestrales, a las que siempre se les refiere por sus nombres de marca, Nur-Isterate y Depo Provera, respectivamente. Al explicar las diferencias raciales en el patrón de uso de los anticonceptivos, los investigadores han señalado las extensas inequidades sociales, económicas y educacionales en el país.^{3,8} Hay otros factores que incluyen las experiencias negativas en el uso de los servicios de parte de muchas adolescentes sudafricanas, el papel de las inequidades de género y múltiples formas de coerción en el recorte de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre el control de su fecundidad (necesitan usar de métodos anticonceptivos como la inyecciones que son fáciles de esconder),^{4,11,12} y la importancia que tiene para muchas el despliegue temprano de la fecundidad.^{13,14}

Métodos de investigación y escenario

El propósito de esta investigación fue reunir información que pudiera ser usada para mejorar el

acceso a y la calidad general de los servicios anticonceptivos para adolescentes en la Provincia de Limpopo. Esta provincia está localizada en el extremo norte del país y sigue siendo una de las más pobres de Sudáfrica. La investigación se condujo principalmente en las áreas semirurales que rodean al pueblo principal. Una red de dispensarios integrados en las áreas urbanas y semirurales abastecen los servicios de atención primaria de salud.

Se condujo un total de 35 entrevistas individuales, semiestructuradas, y cinco discusiones grupales con grupos de tres a seis informantes con adolescentes mujeres de 14 a 20 años, las que fueron reclutadas ya sea en las salas de espera de los dispensarios o de las escuelas. El reclutamiento fue oportunista; no se empleó criterios de exclusión, exceptuando la edad. El número de personas a entrevistar estuvo determinado por el presupuesto, por el foco del estudio y por el punto de saturación más allá de cual ya no surgían nuevas ideas con respecto a las principales áreas de inquisición. Además, se condujo entrevistas individuales y grupales con enfermeras involucradas en la provisión de anticonceptivos (a mujeres de cualquier edad) y que estaban activas en el área en la que se reclutó a las adolescentes. Diez de las enfermeras tenían su base en un área semirural, tres en dispensarios en un poblado y una en un dispensario en el pueblo principal. Se entrevistó ya sea a las que estaban de guardia en el momento de la visita al dispensario o aquellas de las que se tenía referencia de que atendían más consultas sobre anticonceptivos de adolescentes. Las edades fluctuaban entre los 30 y los 50 años y tenían iguales o similares antecedentes étnicos y culturales que las adolescentes.

La aprobación ética del estudio la extendió el Comité de Ética del Consejo Sudafricano de Investigación Médica. Todas las participantes dieron su consentimiento informado verbal, y se les entregó una hoja con la información sobre la participación, advirtiéndoseles sobre la confidencialidad de la investigación. Las enfermeras no estuvieron involucradas en el reclutamiento de las informantes, y a las jóvenes que decidieron no participar en el estudio se les aseguró que ello no afectaría, en modo alguno, la atención médica a recibir.

Las entrevistas a las adolescentes fueron conducidas en el idioma local, pedi, y las de las enfermeras fueron en inglés. La primera autora de este artículo condujo el trabajo de campo en un periodo de tres semanas, trabajando con una intérprete local que era una enfermera con actitudes positivas y no enjuiciadoras hacia las adolescentes. Se grabaron las entrevistas luego de obtenido (y grabado) el consentimiento informado. Se transcribió la data y se la tradujo al inglés, llevándose a cabo un análisis temático. El ámbito del estudio cubrió las áreas siguientes: ¿Cuáles fueron las circunstancias en las que las jóvenes practicaron la búsqueda de anticonceptivos y qué influencias recibieron en la toma de decisiones? ¿Cuáles fueron las barreras para el acceso y cómo pueden ser superadas? ¿Qué métodos anticonceptivos se consideraron apropiados para las adolescentes y por qué? ¿Qué métodos estaban realmente disponibles, cuáles se les ofreció (o no), cuáles se les recomendó (o no) y por qué (no)? ¿Qué factores contextuales incidieron en los patrones de uso anticonceptivo, incluyendo las circunstancias y actitudes sexuales hacia el embarazo? Se ajustó las preguntas a cada entrevista individual.

De las 35 entrevistadas individualmente, 25 habían usado la anticoncepción alguna vez. Veintidós habían usado anticonceptivos inyectables (principalmente el Nur-Istrate), y tres anticonceptivos orales (dos de ellas porque habían tenido la experiencia de efectos secundarios con el Nur-Istrate). De las 35, 14 ya eran madres, siendo seis las que nunca habían usado anticonceptivos. Dos de las informantes aún no eran sexualmente activas. Ninguna estaba casada, lo que refleja el hecho de que el matrimonio adolescente es muy raro; en efecto, solo 1.2% de las jóvenes sudafricanas entre 15 y 19 años están casadas.⁵

Hallazgos

Presiones para prevenir, presiones para concebir

En la negociación de su sexualidad y del uso anticonceptivo, las jóvenes reportaron haber experimentado presión y coerción proveniente de diversas fuentes. No estaban en capacidad de tomar decisiones sobre el uso anticonceptivo y sobre la

prevención del embarazo como individuos autónomos. Este era claramente un terreno sumamente disputado en el que diversos actores sostenían vigorosos puntos de vista y los trataban de imponer, a menudo a la fuerza, a las adolescentes. Las enfermeras frecuentemente trataban de obligar a las jóvenes a usar inyectables, entendiendo que era la forma más confiable de anticoncepción. Las enfermeras describían a las jóvenes como «testarudas» por no seguir las advertencias de abstenerse del sexo. También se informó que algunas madres trataban de imponer a sus hijas este método anticonceptivo, llevándolas a los dispensarios tan pronto se iniciaba la menstruación. Estas presiones encontraban aceptación o resistencia, dependiendo de si las muchachas sentían que sus necesidades y preocupaciones estaban siendo tomadas en cuenta o no. Sin embargo, muchas adolescentes iniciaban voluntariamente el uso anticonceptivo, en algunos casos antes de la primera relación sexual, a menudo como resultado de la presión de sus pares para usar la anticoncepción y, en ocasiones, incitadas por sus parejas sexuales varones.

De otro lado, frecuentemente había presión para que se embarazaran a edades tempranas. Muchas jóvenes describían la importancia de probar su fecundidad –descrita como tener una «robusta culebra en las entrañas»– para así alcanzar la posición y la aceptación como mujer, perspectiva sostenida, según se reportó, entre los referentes significativos en sus vidas. En algunas familias, la actitud persuasiva para tener un hijo a edad temprana era abierta, a veces motivada por las abuelas que deseaban una criatura para que les haga compañía. Esto parece reflejar una institucionalización histórica,^{2,13,15,16} si es que no una aceptación pública explícita, del embarazo premarital y el ordenamiento rutinario del cuidado de los niños en el marco de la familia extensa.

Al mismo tiempo, estaban muy difundidos los temores de que la anticoncepción podría causar la infertilidad. Los predicadores de las iglesias africanas locales advertían en sus sermones que el uso de anticonceptivos «perfora y estropea los huevos». Parecía también que algunas enfermeras daban información apoyando este punto de vista. Una enfermera explicó:

«Les decimos: 'Puede que quedes embarazada, puede que no' [luego de usar el anticonceptivo inyectable], y podrias decir que 'A veces puede ser debido al desarrollo de tu sistema reproductivo, a veces porque usaste la inyección'».

Varias madres adolescentes describieron cómo sus propias madres no les habían permitido usar la anticoncepción por si esta les causaba una infertilidad permanente, y las habían animado, activamente, para que se embaracen. A menudo se quejaban de que la anticoncepción las enfermaba, así como de «dolores a la cintura» después del sexo, pérdida de peso, disminución en la sensibilidad sexual debido a la humedad vaginal, y temían ser condenadas (es decir, hacerse estériles).

Se reportó que las parejas sexuales de las jóvenes a menudo querían probar su fertilidad teniendo un hijo, y el embarazo estaba asociado a una prueba de amor y compromiso. En lugar de plantear directamente este tema, las jóvenes informaron que algunas parejas masculinas usaban tácticas manipuladoras para hacer que ellas suspendieran el uso anticonceptivo. Se registró que algunos compañeros exigieron que se detuviera el uso anticonceptivo, en ocasiones amenazando con usar, o usando, la violencia física para poner ello en práctica, o rompiendo la tarjeta del dispensario y arrojando las pastillas. Como resultado de esta coerción, algunas muchachas quedaron embarazadas, mientras que otras siguieron usando la anticoncepción secretamente.

Prácticas anticonceptivas tradicionales e ideas médicamente incorrectas sobre la concepción

Cuando las madres y las enfermeras trataban de obligar a las jóvenes a usar los anticonceptivos, sus elevadas expectativas de obediencia y respeto con frecuencia ponían en segundo plano la atención a las necesidades de información de las adolescentes y la consideración seria de sus preocupaciones. Las muchachas entrevistadas dijeron que se les había aportado, a lo más, escasa y vaga información sobre la menstruación o los temas sexuales; que esta provenía de las madres, otros parientes, o de las maestras. Algunas adolescentes describieron a las

amistades como fuentes importantes de información sobre los métodos anticonceptivos, y reportaron haber visitado ocasionalmente el dispensario en grupos pequeños, proporcionándose consejo mutuo. No obstante, la falta de acceso a la información médica sobre el sistema reproductivo dejaba un espacio para ser cubierto por las nociones imprecisas sobre las condiciones necesarias para la concepción. Esto llevó a algunas adolescentes a pensar que no estaban en riesgo de embarazo; por ejemplo, que la sangre de cada una de las partes de la pareja sexual tenía que «acostumbrarse a» la de la otra mediante una serie de encuentros sexuales, antes de que pudiera ocurrir la concepción. En esta misma línea, existía la creencia de que si la mujer tiene parejas múltiples y las alterna regularmente, la concepción no puede prosperar porque «la sangre es diferente» cada vez.

Estaba muy difundida la información acerca de los métodos anticonceptivos tradicionales y religiosos locales como, por ejemplo, atarse a la cintura una soga conteniendo medicinas tradicionales, mezclar una pieza de tela cubierta de la sangre menstrual de la mujer con medicinas de un curandero tradicional y enterrarla, y tomar té o pocimas a las que hubieran rezado los dirigentes religiosos. Otro método mencionado por algunas jóvenes fue el de la «prevención por la menstruación» que consiste, según explicaron, en abstenerse del sexo en la segunda mitad del ciclo (antes y durante la menstruación), periodo que percibían como el de mayor riesgo de concebir. Las muchachas entrevistadas dijeron no usar ellas mismas estos métodos, pero que los creían efectivos, explicando que el embarazo solamente ocurriría si la medicina tradicional había perdido su potencia. En una investigación reciente, aún no publicada, sobre otra región de Sudáfrica, hemos encontrado que esos métodos son comúnmente usados por las adolescentes, así como que está extendida la creencia de que lo más probable es que la concepción ocurra durante la menstruación.

Las enfermeras nos dijeron que algunas adolescentes tomaban pastillas anticonceptivas solo cuando sus parejas sexuales las venían a visitar, o solo durante la mitad de los días requeridos, para reducir las probabilidades de subir de peso. Las enfermeras dijeron que, a veces, si dejaban de usar

las píldoras, luego las tomaban todas juntas, lo que está en consonancia con las prácticas documentadas sobre otras partes del país, donde toman el paquete completo de pastillas para inducir el aborto.¹⁷ La mayoría de las adolescentes con las que discutimos el tema de la pastilla tenían la impresión, reforzada por las enfermeras, de que el olvido de tomar una pastilla resultaría en el embarazo.

Al momento de la investigación, el grueso de las informantes tenían poca experiencia en el uso de condones y les preocupaba que estos se quedaran dentro de la vagina o de la matriz, y que luego tuvieran que ser retirados por un doctor en el hospital. Las autoras han encontrado esta idea también entre adolescentes en otra parte del país.

Bloqueos sanguíneos: ausencia de menstruación y anticoncepción inyectable

La mayor parte de las muchachas que usaban anticonceptivos inyectables reportaron haber experimentado irregularidades menstruales, las que a menudo resultaban en la suspensión del uso anticonceptivo, por cuanto las enfermeras usualmente no les permitían cambiar de métodos. El cambio de método se reservaba para los casos en los que las enfermeras identificaban un problema médico «real». La ausencia prolongada de la menstruación significaba que las muchachas no sabían si es que estaban embarazadas o no. También estaba extendida la noción de que la menstruación se producía para limpiar la matriz de la «tierra» acumulada.¹⁸ Una informante explicó la menstruación irregular como sigue:

«Una mujer tiene dos tubos que dicen que liberan la menstruación, pero a veces solo uno de los tubos la libera [a la sangre], y si es este el caso, no puede liberar todos los meses».

La mayor parte de las informantes describieron este estado de «bloqueo» en términos de una condición peligrosa, identificada por «coágulos oscuros» o «dolores a la cintura», los que interpretaron ya sea como una indicación, o como la causa de enfermedad. Algunas dijeron que el no menstruar era, en sí misma, una enfermedad, y explicaron que

quería decir que el inyectable «no era bueno para la sangre». Permanecer en un estado de tal bloqueo podría causar una multitud de otros síntomas, incluyendo la incomodidad abdominal, la hinchazón del cuerpo, dolores de cabeza (la sangre estaba «bloqueada en la cabeza»), cansancio, dolores en el cuerpo, infecciones, subida de peso, cambios en la piel, en particular un matiz azul que demostraba que la sangre se había ido a otro lado. Una adolescente interpretó que la hinchazón del cuerpo se debía a que la sangre que «normalmente se quedaría en el abdomen para hacer al bebé» descendía a las piernas o a otras partes del cuerpo. La sangre bloqueada en algún lugar del cuerpo podría eventualmente «salir muy violentamente», con efectos adversos. Se narró dos historias de casos en los que se dice que las mujeres literalmente colapsaron y sangraron hasta morir debido a que la sangre había salido muy rápido.

La infertilidad estaba relacionada con estos bloqueos sanguíneos. Una explicación fue que la sangre se había acumulado en el abdomen, causando que la matriz «se cansara», evitando potencialmente el embarazo, a veces permanentemente. Otra muchacha explicó el proceso de esta manera:

«Si no estás con la inyección, la sangre se queda en algún lugar cerca de la matriz, y si no concibes ese mes, la sangre puede salir; pero si usas Nur-Iserate, esta sangre no pasa fácilmente a ese lugar cerca de la matriz, lo que significa que tu cuerpo nunca volverá a ser como antes, y esta sangre evita que vuelvas a quedar embarazada».

La mayoría de las muchachas pensaba que esta infertilidad era un estado temporal, y explicaban que luego de dos o tres años la inyección «podía aún permanecer en tu cuerpo» o, de manera alternativa, que tomaría el mismo tiempo concebir luego de haber suspendido la inyección, que el tiempo en que se la utilizó.

La ansiedad por el retiro de los períodos menstruales condujo a patrones erráticos de uso anticonceptivo, justificados por las muchachas en términos de la necesidad de «esperar a que salga la sangre». Una muchacha había adoptado un patrón mediante el cual usaba la inyección durante tres

meses por vez, y luego tenía un receso de tres meses para menstruar. Otro efecto secundario de la anticoncepción con inyectables que se reportó fue la menstruación en exceso, lo que llevaba a una preocupación, expresada por una informante, de que su sangre eventualmente «se acabaría».

La estigmatización del sexo adolescente

En cuanto a la administración de los efectos secundarios de la anticoncepción, había un desencuentro sustancial entre las necesidades y expectativas de las adolescentes usuarias, y las preocupaciones y prácticas de las enfermeras. Estas generalmente se sentían muy incómodas por dar la anticoncepción a las adolescentes, particularmente a las más jóvenes, a las que invariablemente consideraban como «niñas». Tenían la percepción de que el sexo estaba empezando a edades cada vez más tiernas, y que la fácil disponibilidad de la anticoncepción estimulaba ello. Expresaban su preocupación por las consecuencias del embarazo temprano, especialmente el que las muchachas abandonaran temprano la escuela, así como la profundización de la pobreza en las familias. •

«Me preocupa sobremanera ver que niñas tan pequeñas se involucren a una edad temprana exponiéndose ellas mismas a las enfermedades; me conmueve mucho».

A consecuencia de estas preocupaciones, las enfermeras decían que a menudo trataban de influir en las adolescentes para que no tengan sexo, cuando venían por la anticoncepción. Como explicó una de ellas: «Empiezas por darles charlas sobre los peligros del sexo temprano antes de que ellas te convenzan a ti de darles lo que desean». Otra dijo que las enfermeras les decían a las adolescentes que el uso anticonceptivo no significaba que tenían que «ir correteando por allí» con muchas parejas, sino que debían «pegarse a la moral normal». A las enfermeras les parecía problemática la actitud que se implicaba en el sentido de que el sexo era un «juego», y se la describía como síntoma de ignorancia y falta de preocupación por las consecuencias.

Las adolescentes confirmaron lo que las enfermeras decían, explicando que éstas no les

entregaban la anticoncepción sino hasta luego de haber hecho «preguntas graciosas» sobre si tenían enamorados, por qué habían tenido sexo tan jóvenes, si les habían dicho a sus madres y por qué usaban minifaldas, y de haberles dado una conferencia acerca de que eran muy jóvenes para el sexo, y de decirles que paren de estar alrededor de los hombres. Se reprendía a quienes rehusaban responder a estas preguntas, haciéndolas sentir avergonzadas y temerosas. Las muchachas reportaron unánimemente que no podían ponerse al frente a las enfermeras, que eran mayores y esperaban que se las respetara, y porque necesitaban de sus servicios.

«Solo nos sentimos avergonzadas pero no las desafiamos. A veces las puedes desafiar y hallas que puedes usar palabras que las pueden herir; en la siguiente vez que vas allá, encuentras que se niegan a ayudarte».

Al ser preguntada una enfermera si los comentarios y charlas sobre los peligros del sexo temprano evitarían que las chicas asistan al dispensario, respondió lo siguiente: «Ellas lo disfrutan, no tienen miedo, siempre y cuando no seas dura con ellas». Otras admitieron que, incluso si sus «conferencias» eran una barrera para el acceso, ellas todavía se sentían obligadas a dárselas.

La estigmatización del sexo adolescente fue una barrera para acceder a los servicios anticonceptivos, pero la mayoría de las enfermeras no identificaron sus acciones como elementos que contribuían a reforzar el estigma. Se nos dijo que la renuencia a aceptar la identidad manchada de las muchachas que no eran vírgenes era una barrera al uso de servicio. No se podía tener acceso a la anticoncepción sin aceptar que esta era necesaria, y buscar la anticoncepción equivalía a una forma de admisión pública de actividad sexual. Como lo dijo una enfermera: «Es su secreto, y es un escándalo que las enfermeras lo sepan». La percepción de que la sexualidad juvenil está estigmatizada fue reforzada, tanto por la acción de las enfermeras como por las mujeres mayores en las salas de espera del dispensario, de las que se dice que hacían comentarios.

Enfermeras repressoras y desquite de las adolescentes: la dinámica del poder en los servicios anticonceptivos rurales

Las experiencias de «hostigamiento» de parte de las enfermeras surgieron como un tema fuerte en las narrativas de las informantes adolescentes, incluso en las entrevistas sostenidas en las habitaciones contiguas de los dispensarios, lo que potencialmente habría inhibido una discusión franca de estas preocupaciones. Comúnmente las adolescentes describían a las enfermeras como rudas, de temperamento irritable y arrogantes.

Legalmente, las menores de edad no precisan de la autorización paterna/materna para recibir la anticoncepción, pero algunas enfermeras se sentían incómodas con esto, y también temían las reacciones iracundas de los padres. Este era un problema especialmente en lugares como el de nuestro estudio, donde las comunidades son pequeñas y las iglesias que se oponen al uso anticonceptivo son influyentes. Por lo tanto, el personal no siempre seguía la política oficial, aun cuando indicaban que generalmente abastecían de un método a una adolescente cuya madre estaba en desacuerdo o no sabía. Sin embargo, el pedir el permiso del padre o madre era una barrera potencial al acceso y ciertamente ocurría; por ejemplo, a una muchacha a la que entrevistamos se le había dicho que regresara con la madre.

Las adolescentes hablaban de haber sido regañadas por las enfermeras por muchas cosas, como haber recibido dosis previas de anticonceptivos de un médico general (privado), o haber usado un dispensario estable cuando su hogar correspondía a los servicios de un dispensario móvil, o por no llegar al dispensario temprano en la mañana (a pesar de que, para la mayoría, la visita a este lugar solo era factible luego de las horas escolares). Las tarjetas del dispensario también se constituían en un área importante de lucha. La mayor parte de las enfermeras se quejaba de que algunas muchachas manipulaban sus tarjetas y, particularmente, cambiaban las fechas y falsificaban las firmas de las enfermeras si se atrasaban a la nueva cita, a fin de evitar la reprobación. Una enfermera le llamó a esto «no saber que se están engañando a ellas mismas». Otra enfermera explicó que algunas muchachas usaban la «falsificación» a

modo de estrategia para resistirse frente a las madres que las obligaban a usar anticonceptivos contra su voluntad. Las enfermeras describían esto como truhanería e, incluso, como conducta criminal, lo que les hacía sentir que estaban hartas y ofendidas, cosa que les decían a las muchachas. Algunas de las adolescentes nos dijeron que si llegaban tarde a la nueva cita porque estaban ocupadas, se olvidaron, o estaban fuera, o si habían perdido o dañado su tarjeta de dispensario, a veces suspendían la anticoncepción por un tiempo por no enfrentar la amonestación del personal. También podían, como lo mencionó una enfermera, compartir los anticonceptivos orales con amigas en lugar de ir a los dispensarios ellas mismas.

Si bien la terminación del embarazo ha sido legal en Sudáfrica desde febrero de 1997 (antes de la realización de esta investigación) y la anticoncepción de emergencia supuestamente debe estar disponible en los dispensarios, las enfermeras eran inflexibles en no dejarse «manipular» para entregar la anticoncepción de emergencia como abortivo. Esto se condice con la resistencia generalizada de las enfermeras a comprometerse de alguna manera con el aborto o, siquiera, brindar información sobre el mismo.¹⁷ Las enfermeras también refirieron que algunas muchachas solicitaban el inyectable o, con menor frecuencia, «las pastillas rojas» (anticoncepción de emergencia) si sospechaban que estaban embarazadas, creyendo que éstas las harían abortar. Aunque no era médicamente necesario, los dispensarios tenían una norma según la cual una mujer podía recibir una inyección solo cuando estaba menstruando, de modo que las enfermeras podían estar seguras de que no estaba embarazada. Las enfermeras reportaron que las adolescentes se prestaban las toallas sanitarias manchadas, o le ponían al paño jugo de remolacha o sangre de un dedo pinchado, para tratar de convencer a las enfermeras de que, en realidad, estaban menstruando. Explicaron que a menudo detectaban tales casos en la conducta de las adolescentes: «Estas serán agresivas, ella solo te obliga a inyectarla, o se puede poner a llorar».

Aunque la mayoría de las muchachas se sentían impotentes para responder a las enfermeras en el dispensario, algunas parecen haberse desquitado al encontrarlas en la comunidad. Las enfermeras se quejaron de esto.

«Ellas [las muchachas] son colaboradoras en el dispensario, pero afuera te empiezan a señalar, diciendo 'Allá está la mujer que estaba haciendo todas esas preguntas', Tú tratas de ignorarlas, pero la otras dicen '¡Oye! Ella no te puede hacer todas esas preguntas', y entonces tú te sientes chiquita porque estás fuera del dispensario».

Lo más importante, sin embargo, es que los efectos combinados de los intentos de las enfermeras por estigmatizar la sexualidad adolescente, las reprensiones y tratamiento duro hacia las muchachas adolescentes, y su falta de voluntad para reconocer las experiencias de las adolescentes como usuarias de anticonceptivos, socavaron el uso efectivo de la anticoncepción por las muchachas.

Discusión

El embarazo adolescente sigue siendo un problema importante en Sudáfrica. Si bien las tasas están en descenso,⁵ continúan siendo muy altas, y la mayoría de las adolescentes aún reporta que sus embarazos son, por lo menos hasta cierto nivel, no deseados. La mayor parte de las muchachas entrevistadas en este estudio estaba usando anticonceptivos, pero no lo había hecho de manera continua en el pasado a resultas de lo cual algunas habían quedado embarazadas. En determinados casos, una experiencia problemática en el dispensario había conducido a una decisión inmediata de no regresar jamás. Otras barreras asumieron mayor o menor importancia, dependiendo de las circunstancias. Los problemas tales como los efectos secundarios podrían ser tolerados por un tiempo, pero más adelante podría suspenderse el uso anticonceptivo, aunque sea temporalmente. De manera parecida, el regaño de las enfermeras era, a veces, enfrentado por las muchachas asistiendo en grupos al dispensario, mientras que para otras que iban solas o que eran, tal vez, más jóvenes o más vulnerables podría ser una barrera absoluta.

Se necesita tener cautela con relación a la generalización de nuestros hallazgos. No sabemos si el mismo tipo de actitudes y experiencias prevalecen entre muchachas adolescentes y enfermeras de planificación familiar en la Provincia de Limpopo hoy en día. Sin embargo, nuestra

investigación en la zona rural de la parte oriental del Cabo a lo largo de los últimos tres años, ha encontrado entre las muchachas ideas muy similares sobre la concepción, el uso extensivo de anticonceptivos «tradicionales», patrones irregulares de uso anticonceptivo moderno e información sobre enfermeras reprensoras.¹⁹ Por lo tanto, tenemos razones para creer que nuestros resultados siguen siendo pertinentes, y que aún se necesita intervenciones.

Nuestro estudio identificó que la existencia de presión sobre las muchachas adolescentes para concebir era uno de los factores subyacentes a la elevada tasa de embarazo en las jóvenes. Si bien hay un discurso dominante en el sector salud sobre el problema del embarazo adolescente, nuestra investigación sugiere que algunas de las figuras influyentes en las vidas de las adolescentes consideran deseable el embarazo adolescente. No obstante, esta observación está en conflicto con otra investigación que sostiene que la mayoría de las madres de las adolescentes no querían su embarazo en ese momento.⁵ Esto apunta a la naturaleza cambiante sobre la «deseabilidad» de los embarazos adolescentes, la que fue anotada por Jewkes et al.² Es poco probable que haya una perspectiva más unificada sobre la deseabilidad del embarazo adolescente en las comunidades hasta que la educación de mayor nivel y cobertura y las oportunidades de empleo para la juventud generen una convergencia de ideas sobre los costos sociales y otros del embarazo adolescente. Mientras tanto, es probable que no pueda prevenirse una proporción de los embarazos adolescentes a pesar, incluso, de las mejoras en los servicios de salud.

Una de las barreras para el uso anticonceptivo efectivo fue el conocimiento limitado e impreciso de la anatomía reproductiva y de la fisiología. Esto mismo se ha encontrado en buena parte de la investigación previa,^{4,14} y refleja una falta de conocimiento general y el fracaso de la enseñanza en las escuelas. Recientemente ha habido esfuerzos para mejorar esta área del currículo y la enseñanza en Sudáfrica, pero hay evidencia considerable de que sigue siendo insatisfactoria y que, a menudo, es ofrecida solo después de que los adolescentes han pasado a ser sexualmente activos.²⁰ Nuestros

hallazgos refuerzan la necesidad de suministrar información a los adolescentes antes de que comiencen la actividad sexual, lo que ocurre usualmente a la edad de 14 años.^{3,14,21} También sugeriríamos que es necesario refutar, activamente, las creencias locales erróneas que son comunes.

Hay buena evidencia de que la atención de elevada calidad en los servicios anticonceptivos da por resultado el uso continuo de la anticoncepción.^{22,23} Las mujeres que reciben más información y mejor consejería sobre los efectos secundarios tienen menos probabilidades de discontinuar el uso.²⁴⁻²⁶ Las mujeres jóvenes necesitan mejor información sobre la anticoncepción, sea esta entregada como parte de la educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas, a través de otros medios, o por los establecimientos de salud. Ésta debería abordar las preocupaciones comunes sobre los efectos secundarios de la anticoncepción y acerca de cómo pueden administrarse sin poner en peligro la efectividad anticonceptiva. Nuestros resultados también sugieren que el personal de enfermería en los servicios anticonceptivos puede tener vacíos en su educación y en el conocimiento del uso anticonceptivo, así como en la administración de los efectos secundarios. En particular, en un contexto de uso de anticonceptivos inyectables, la diferencia entre la infertilidad y el retraso inducido por la anticoncepción en la recuperación de la fertilidad debe ser mejor comprendida y comunicada. En este marco, la causa más común de infertilidad son las enfermedades sexualmente transmitidas, y su prevención también precisa ser comunicada efectivamente.

El manejo efectivo de los efectos secundarios de la anticoncepción es un área de práctica clínica que requiere de buena escucha y de habilidades comunicacionales, pero también de una actitud particular hacia las adolescentes y hacia el papel de las enfermeras. Mientras que la rigidez que observamos en las respuestas de las enfermeras con relación a los efectos secundarios puede indicar, parcialmente, falta de confianza y una capacitación inadecuada, también refleja un enfoque jerárquico de las relaciones enfermera-paciente que dificultan el que las enfermeras hablen con las muchachas en sus términos. También puede estar reflejando el

empleo de tácticas basadas en el miedo, en un esfuerzo por disuadir a las adolescentes de tener sexo. En la provincia de la parte oriental del Cabo, Mathai grabó las consultas de las usuarias de anticoncepción con las enfermeras y mostró que se utilizaba muy poco del tiempo disponible en la discusión en tratar sobre la forma de usar los métodos, sobre lo que se sabe de los efectos secundarios o sobre las causas de los síntomas.²⁷ La capacitación de los proveedores de anticonceptivos necesita armarlos con un enfoque más empoderante, y que prepare más para la resolución de problemas; pero también requiere abordar los papeles y las actitudes con respecto a sus pacientes. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento para que los proveedores de planificación familiar afronten estos temas.²⁹ Solo será efectivo, sin embargo, si se orienta a los proveedores en términos de la actitud hacia la entrega de información y el empoderamiento de las muchachas que necesitan de la anticoncepción. La Iniciativa Nacional de Dispensarios Amigables para los Adolescentes en Sudáfrica es un ejemplo de programa que se ha propuesto mejorar los servicios anticonceptivos para mujeres jóvenes, haciéndolos más accesibles y aceptables.⁹ Precisa establecerse, sin embargo, su efectividad.

El enfoque juzgador de algunos proveedores de cuidados de salud en Sudáfrica ha actuado como barrera en el uso de una gama de servicios.^{9,17,27,28,30,31} El que las enfermeras en este estudio pensaran que estaba mal que las adolescentes tuvieran sexo afectó sus acciones en los encuentros clínicos. A pesar de creer que el embarazo adolescente era un problema que debía ser prevenido, las enfermeras no se sintieron bien al ofrecer la anticoncepción a las muchachas. Sus intentos por desincentivar el sexo joven parecieron estigmatizar más aún la actividad sexual, y actuaron como una barrera al uso anticonceptivo. La brecha entre las políticas personales de las enfermeras (que reflejan las normas sociales más amplias) y los imperativos de salud pública es un reto importante para los servicios de salud, en la medida en que pone en peligro la entrega de servicios efectivos de elevada calidad. También levanta preguntas importantes sobre la socialización profesional, la capacitación, la supervisión y el



GISELE WULFSOHN/PANOS PICTURES

Performance educativa en VIH/SIDA

desarrollo del personal de enfermería. Intervenciones tales como la serie de talleres Trabajadores de la Salud por el Cambio pueden tener un papel importante en la asistencia al personal para abordar algunos de estos asuntos.³²

Esta investigación fue conducida antes de que se iniciaran las campañas *love-Life* (Ama la Vida) [<http://www.lovelife.org.za>] en Sudáfrica. Uno de los propósitos de estas campañas ha sido reducir el estigma asociado con la sexualidad adolescente y establecer que, dado que la mayoría de los adolescentes son sexualmente activos (casi todos al llegar a los 20 años), es importante reconocerlo, brindar información correcta sobre el sexo y posibilitar que la actividad sexual sea segura. No sabemos qué impacto hayan tenido dichas campañas en las percepciones de las adolescentes sobre el ser sexualmente activas. Nuestros hallazgos, sin embargo, sugieren que una meta programática de

esta naturaleza sería apropiada y podría hacer una contribución positiva al mejoramiento del acceso y uso anticonceptivo.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Reproductive Health Research Fund of the Health Systems Trust, y no habría sido posible sin las mujeres jóvenes y las enfermeras de dispensarios que participaron. Joyce Maepa actuó como intérprete, coentrevistadora y tradujo y transcribió las entrevistas grabadas. Dr Lloyd Kasek, el Nursing Services Department of Mankweng Hospital and Limpopo Province Department of Health Research Committee dio el acceso a la sede de la investigación y facilitó la investigación. Quisiéramos agradecer a Peter Aggleton por sus comentarios al manuscrito.

Traducción: Sandra Vallenias

Referencias

1. Buga G, Amoko D, Ncayiyana D. Sexual behaviour, contraceptive practices and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal* 1996;86:523-27.
2. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine* 2001;52(5): 733-44.
3. Kaufman C, Clark S, Manzini N, et al. Communities, opportunities and adolescents' sexual behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *Studies in Family Planning* 2004;35(4):261-74.
4. Varga C. Sexual decision-making and negotiation in the midst of AIDS: youth in KwaZulu/Natal, South Africa. *Health Transition Review* 1997;7(Suppl. 3):45-67.
5. Department of Health. South Africa Demographic and Health Survey. Pretoria: Department of Health, 1999.
6. Department of Health. National HIV and syphilis antenatal seroprevalence survey South Africa 2003. Pretoria: Department of Health, 2004.
7. Chimere-Dan O. Contraceptive prevalence in South Africa. *International Family Planning Perspectives* 1996;22(1):4-9.
8. Burgard S. Factors associated with contraceptive use in late or post-apartheid South Africa. *Studies in Family Planning* 2004;35(2):91-104.
9. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public-sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17): 160-69.
10. Mfono Z. Adolescent contraceptive needs in urban South Africa: a case study. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(4):180-83.
11. Wood K, Maforah F, Jewkes R. "He forced me to love him": putting violence on the adolescent sexual health agenda. *Social Science and Medicine* 1998;47:233-42.
12. Varga C. How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. *Studies in Family Planning* 2003;34(3):160-72.
13. Preston-Whyte E. Culture, context and behaviour: anthropological perspectives on fertility in Southern Africa. *South African Journal of Demography* 1998;2(1):13-23.
14. Richter L. A survey of reproductive health issues among urban Black youth in South Africa. Pretoria: Society for Family Health, 1996.
15. Caldwell JC, Caldwell P. The South African fertility decline. *Population and Development Review* 1993;19(2):225-62.
16. Preston-Whyte E, Zondi M. African teenage pregnancy: whose problem? In: Burman S, Preston-Whyte E, editors. *Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press, 1992. p.226-46.
17. Jewkes R, Gumedde T, Westaway M, et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;112(5):1236-42.
18. See Jewkes R, Wood K. Problematizing pollution: dirty wombs, ritual pollution and pathological processes. *Medical Anthropology* 1999;18:163-86.
19. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. A cluster randomized controlled trial to determine the effectiveness of Stepping Stones in preventing HIV infections and promoting safer sexual behaviour amongst youth in the rural Eastern Cape, South Africa: trial design, methods and baseline findings. *Tropical Medicine & International Health* 2006;11:3-16.
20. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17): 44-52.
21. Vundule C, Maforah NF, Jewkes R, et al. Risk factors for teenage pregnancy amongst African adolescents in metropolitan Cape Town: a case control study. *South African Medical Journal* 2001;91:73-80.
22. Rama Rao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(2):76-83.
23. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1997;28(4):278-89.
24. Cotton N. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992;18(4):145-49. K Wood, R Jewkes / *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):109-118

25. Lei Z-W, Wu SC, Garceau RJ, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996;53:357-61.
26. Patel D. The effects of service quality on IUD continuation among women in rural Gujarat. In: Koenig MA, Khan ME, editors. *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead*. New York Population Council, 1999. p.333-45.
27. Mathai M. A study of the knowledge and problem-solving ability of family planning nurses in Mdantsane. Unpublished thesis, Master of Philosophy (Maternal and Child Health). University of Cape Town. 1997.
28. Abdool-Karim Q, Preston-Whyte S, Abdool-Karim S. Adolescents seeking condoms at family planning services - Part 1. A user's perspective. *South African Medical Journal* 1992;80:301-02.
29. World Health Organization and John Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). *Decision making tool for family planning clients and providers*. Geneva WHO, 2005. At: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html.
30. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine* 1998;47:1781-95.
31. Kaufman C, de Wet T, Stadler J. Adolescent pregnancy and parenthood in South Africa. *Studies in Family Planning* 2001;32(2):147-60.
32. Vlassoff C, Fonn S. Health Workers for Change as a health system management and development tool. *Health Policy and Planning* 2001;16(Suppl. 1):47-52.