

ACTUALIZACIÓN

Embarazo adolescente

Paula León¹, Matías Minassian¹, Rafael Borgoño¹, Dr. Francisco Bustamante

¹ Interno 7° año, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

² Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

Resumen

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema medico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema. Entre éstos tenemos por ejemplo los gubernamentales, los orientados hacia una "sexualidad segura" y otros basados en la abstinencia.

Palabras clave: "Embarazo Adolescente", "Consecuencias", "Programas de Educación Sexual"

Summary

In the past years there has been an increase in premature and juvenile sexual activity, producing a higher amount of adolescent pregnancy, which is currently considered a severe sociomedical problem. Its prevalence varies at national and worldwide levels. Within the described risk factors, the most relevant are the individual ones, which are related to adverse gynecological-obstetrical and psychosocial results. Within the former we find fetal growth retardations, anemia, urinary tract infections, premature birth, and birth complications. The main psychosocial consequences found were school desertions, dysfunctional families, and economic problems. This actual situation has driven to create different kinds of sexual education programs, with common goals in order to deal with the problem.

Amongst these are the state programs for example, which include some that try to assure "safe sex" and others that are based on sexual abstinence.

Keywords: Adolescent pregnancy, Consequences, Sex education programs.

Introducción

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar una revisión general del tema enfocada a: Aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiología actual.

Identificar los factores de riesgo y consecuencias que se derivan del problema.

Realizar una breve revisión de los programas que se han implementado en el país con el objetivo de solucionar dicho problema.

Para poder llevar a cabo lo planteado en el párrafo anterior, es que realizamos una revisión bibliográfica del tema basada en las publicaciones realizadas tanto en revistas científicas nacionales como internacionales.

Nuestra revisión fue dividida en 3 temas principales:

Definición, prevalencia y factores de riesgo. Consecuencias del embarazo adolescente. Programas de educación sexual en Chile.

Dichos temas serán revisados en los apartados que siguen a continuación:

1. Definición, Prevalencia y Factores de Riesgo

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. ⁽¹⁾

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. ⁽²⁾ Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. ⁽³⁾ Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. ^(4,5)

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. ^(3,6) Sin embargo un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. ⁽⁷⁾ Es importante destacar la relación que existe entre en nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. ⁽⁸⁾ Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea ⁽⁹⁾. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). ^(4,14) Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. ⁽¹⁵⁾

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. ⁽¹⁶⁾ Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. ⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. ⁽¹⁵⁾ En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%). ^(12,21)

Al comparar trabajos realizados sobre la edad de las embarazadas en Chile, es posible observar la existencia de diferencias a nivel regional, ya que al año 2000 según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de 18,6 años. Sin embargo, estudios realizados el año 2001 evidenciaron edades menores, como es el caso de un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Centro) donde se observó una edad promedio de 14,5 años, mientras que en un estudio

realizado por Burgos en la octava región, que la edad promedio fue de 16 años.⁽²²⁻²⁴⁾

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes.⁽²⁵⁻²⁶⁾

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.⁽²⁷⁾

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.^(7,30)

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no

constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.^(7, 28-29)

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.⁽³¹⁾

2. Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

1) Complicaciones somáticas

1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.⁽²⁹⁾

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el

embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (Tabla 1).⁽³²⁾

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección Tracto Urinario	13.29 - 23.2%	6.96%
Retardo Crecimiento Intrauterino *	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 - 8.86%	2.8 - 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 - 6.9%	3.16 - 10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 - 15.7%	5.69 - 5.7%
Parto Instrumental	4.9 - 8.22%	2.1 - 10.12%

*Diferencia estadísticamente significativa

Tabla 1. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.⁽²⁸⁾

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.⁽³⁵⁾

1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.⁽³⁵⁾

2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinserirse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9% (36). La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.⁽³⁷⁾

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.⁽³⁸⁾

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año

después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.⁽³⁹⁾

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.⁽²⁹⁾ Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.⁽³⁸⁾

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes "engendran" madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.⁽³⁹⁾

3. Programas de Educación Sexual en Chile

Desde mediados de siglo se ha venido desarrollando el tema de la educación sexual en América Latina, pero no fue sino a finales de los años setenta en que surgió la llamada *Educación de Población*. Muchos de los Programas de Educación Sexual (PES) que surgieron fueron llevados a cabo a partir de esta tendencia, que se refiere principalmente a "...un enfoque educativo tendiente a lograr que las personas tomen conciencia de la incidencia del comportamiento de las variables demográficas en los procesos del desarrollo".⁽⁴⁰⁾ Esto permite darnos cuenta que los programas que se crearon en esta época tenían un énfasis socio-demográfico marcado, tratando de dar solución a problemas de una población en constante crecimiento, como son el control de natalidad, y prevención de embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En Chile, el tema de la educación sexual se institucionalizó en el año 1970 con una publicación hecha por una comisión del Ministerio de Salud acerca de una propuesta curricular. Sin embargo, hasta comienzos de la década de los noventa no hubo grandes avances y la tarea fue llevada a cabo durante ese tiempo por otras instituciones no gubernamentales. Tiempo después, entre los años 1991 y 1994, la educación sexual se reinstitucionalizó dentro de un marco político general desarrollado por el Ministerio de Educación.⁽⁴¹⁾

Hoy en día, la persistencia de deficiencias en los conocimientos de ámbito sexual y el comienzo de relaciones sexuales a edades cada vez más precoces en los adolescentes, ha obligado a crear PES que han evolucionado hacia una mirada más educativa y pedagógica, que buscan favorecer procesos de aprendizaje desarrollando temáticas como son: autoestima, habilidades sociales, abstinencia, paternidad responsable, métodos de sexualidad segura, prevención de SIDA, etc., cobrando la escuela y la familia un lugar protagónico a la hora de llevarla a cabo.^(40, 42)

A continuación, se comentarán algunos de los principales PES desarrollados en nuestro país.

3.1) Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS)

La llamada reinstitucionalización de la educación sexual tuvo lugar en Chile específicamente en el año 1991 cuando el Ministerio de Educación encargó la elaboración de una *Política de Educación Sexual* con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza en materia sexual. Por medio de una comisión integrada por diferentes sectores de la sociedad se redactó finalmente un documento en el año 1993. Mediante éste, el Ministerio dio a conocer su decisión de asignar a las instituciones educacionales la tarea de elaborar, en base a su proyecto de educación y en conjunto con las familias, sus propios Programas Curriculares de Educación Sexual. Además definió el marco teórico y ético en que éstas se iban a desarrollar, conceptos y propuestas pedagógicas, diagnóstico actualizado del

problema, etc., comprometiéndose a mantener un apoyo constante. En este contexto y en el marco de un Programa Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente creado en 1995 gracias a la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) e Instituto Nacional de la Juventud (INJ), surgieron las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS).⁽⁴⁰⁾

Según el Texto Guía para la Autogestión de las JOCAS, éstas tuvieron como principal objetivo el “satisfacer necesidades básicas de aprendizaje de los participantes en materia de afectividad y sexualidad, y abrir y fortalecer el diálogo acerca de estos temas entre los jóvenes, sus familias y docentes con apoyo de agentes educativos de la comunidad”, siendo esencialmente un evento auto-gestionado que pertenece a toda la Comunidad Educativa, la que en forma autónoma decide cómo, cuándo, de qué modo y con quienes organizarlas.⁽⁴³⁾

Previo al comienzo de las Jornadas, se crearon Equipos de Gestión, integrados por el Director y otro directivo docente, dos profesores, dos alumnos y dos apoderados, que tuvieron la responsabilidad de desarrollar y llevar a cabo la actividad (tres sesiones sucesivas (una cada día) de 90 minutos cada una) en los distintos *grupos de conversación*. De esta manera, en la primera sesión se tocaba el tema de la *problematización*, en que debían plantear sus vivencias y experiencias en materia de afectividad y sexualidad. El segundo día era el de la *información y orientación* en que cada *grupo de conversación* obtenía nueva información cognitiva y valórica que pudiera nutrir sus conversaciones y les permitiera profundizar su proceso de reflexión para conducirlos a adquirir mayores competencias para desarrollar conductas responsables en materia de sexualidad y afectividad. La última sesión correspondía a *discernimiento para conductas responsables* en que se desarrollaban capacidades para reflexionar críticamente, considerando la información disponible y los criterios valóricos comprobados.⁽⁴³⁾

Entre los años 1996 y 1998 se logró capacitar 485 liceos, cifra correspondiente al 37% del total de establecimientos públicos de todo el país, sin embargo, éstas crearon una fuerte discusión social por parte de diferentes sectores, por lo que tiempo después terminaron siendo suprimidas. Sus resultados no fueron evaluados.⁽⁴⁴⁾

3.2) TeenStar

Se trata de un programa de carácter educativo nacido en Estados Unidos y desarrollado en Chile a través del Centro de Estudios en Biología de la Reproducción (CEBRE) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Está orientado a escolares y adolescentes entre 12 y 18 años y se basa en la abstinencia, poniendo énfasis en temas relacionados con el desarrollo biológico, psico-social y valórico propios para la edad.

Un primer estudio dio a conocer los resultados de este programa en una población de edades entre 12 y 18 años. Estudiantes de enseñanza básica y media fueron divididos en un grupo control y otro de estudio. El grupo control participó sólo en el PES impartido por su establecimiento escolar. En cambio, el grupo de estudio participó en 12 sesiones de 1 hora y media de duración de TeenStar. Se utilizaron cuestionarios anónimos, cerrados, en tiempos paralelos al inicio y al final del estudio. La muestra comprendió finalmente un total de 740 alumnos (control: 342 y TeenStar: 398) y se comparó el TeenStar con la educación normalmente impartida por el colegio. Se obtuvieron resultados con diferencias significativas entre los dos grupos en diferentes aspectos. En el que se aplicó el PES, la tasa de iniciación sexual se redujo a menos de la mitad, más de la mitad de los que tenían una actividad sexual constante la discontinuaron y además presentaron un aumento del número de razones para mantener una abstinencia sexual. Es importante destacar el hecho de que los datos observados previamente a la aplicación del programa en los diferentes establecimientos estudiados, no mostraron diferencias significativas entre sí y que tampoco existieron diferencias significativas entre los grupos estudio y control.⁽⁴⁵⁾

Un segundo estudio evaluó la eficacia del TeenStar en un establecimiento educacional en enseñanza media (EM). Este análisis contó con una muestra de 1290 mujeres que se dividieron en tres grupos dependiendo su año de inicio en la enseñanza media. El primer grupo de alumnas no recibió ningún tipo de intervención. El segundo grupo se dividió a su

vez en dos grupos: uno que si recibió intervención y otro que no. El tercer grupo se subdividió de la misma forma que el segundo grupo. Se trató de un estudio controlado, prospectivo, randomizado que se aplicó en un liceo de San Bernardo durante un año, realizándose un seguimiento posterior a 4 años. Al final del estudio se obtuvo que la tasa de embarazo en los grupos controles bordeaba en promedio el 18% en un seguimiento de 4 años. Sin embargo, esta tasa se redujo en casi seis veces en los grupos en que se les implementó el PES.⁽⁴⁶⁾

Como conclusiones generales de ambos estudios se puede decir que el programa TeenStar basado en la abstinencia fue efectivo en la prevención de embarazo adolescente no deseado; una alta proporción de jóvenes retardaron su iniciación sexual o discontinuaron su actividad sexual, además de aumentar el número de razones para mantener la abstinencia sexual. De esta manera PES de este tipo serían una opción para enfrentar el problema del embarazo adolescente y Enfermedades de Transmisión Sexual.

3.3) La visita domiciliaria como estrategia de intervención.

El objetivo de la revisión⁽⁴⁷⁾ fue reflexionar acerca de la problemática del embarazo adolescente y su abordaje sistemático e integral a nivel de prevención secundaria y de otros problemas psicosociales. En él se hace una revisión epidemiológica actual del embarazo adolescente y sus problemas asociados, tratándose de una intervención una vez que está hecho el diagnóstico de embarazo.

La mayoría de los programas mostró una disminución de los principales problemas que se asocian a embarazo adolescente, como por ejemplo hábitos abusivos, desarrollo psico-motor del niño, relación madre-hijo, fortalecimiento de redes de apoyo y a evitar nuevos embarazos.

Se sabe que en estas madres la falta de educación en materia sexual-afectiva juega un rol importantísimo en el embarazo adolescente y por lo tanto en ellas existen mayores posibilidades de tener un segundo embarazo no deseado. En síntesis, el embarazo adolescente requiere una intervención que apunte a interrumpir la repetición de patrones desadaptativos, objetivo alcanzable por medio de

estrategias que promuevan modelos alternativos y que potencien factores protectores, focalizándose en la promoción y fortalecimiento de la díada niño-madre adolescente.⁽⁴⁷⁾

Otro estudio coincide en que es necesario implementar programas tanto de prevención 1º como 2º, especialmente en población de riesgo, innovando en programas que incluyan a la pareja.⁽⁴⁸⁾ En este aspecto, las visitas domiciliarias surgen como una estrategia eficiente que permite un abordaje integrado desde el campo de la salud, educación y apoyo instrumental y emocional (multidimensional).⁽⁴⁷⁾

3.4) PES con orientación hacia una "sexualidad segura".

Este tipo de programas basan su intervención enfatizando el desarrollo en diferentes áreas psico-afectivas en complemento con una adecuada educación sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos (MAC).

Un estudio llevado a cabo en el área Oriente de Santiago de Chile tuvo como objetivo dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de MAC en las adolescentes que se embarazan. Se trata de un análisis retrospectivo y descriptivo de fichas clínicas (n=347) de donde se extrajeron datos respecto a la edad del embarazo, escolaridad, existencia de educación sexual previa a la concepción, dónde la recibió, conocimiento de MAC, solicitud, utilización y tiempo de uso de ellos. Con respecto a los resultados, casi un 80% había recibido alguna vez algún tipo de educación sexual. La mayoría de éstos la recibió tanto en el hogar como en el colegio. Un 98.55% conocía algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo de los que refirieron haber recibido algún tipo de educación sexual, sólo un 34% utilizó alguno de éstos. Los otros no los ocuparon por vergüenza o miedo. De los que si usaron, la mayoría (55.1%) usó anticonceptivos orales.⁽⁴²⁾

Otros PES están basados en una adecuada educación psico-afectiva asociada al correcto uso de MAC. *Adolescencia: Tiempo*

de *Decisiones* es un programa desarrollado por el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA) que tuvo como objetivo principal guiar a los adolescentes en su sexualidad dentro de un contexto integral y globalizador, enfatizando su relación con otras áreas del desarrollo. Como parte del proyecto se realizaron distintas actividades con jóvenes, con el objeto de impartir conocimientos acerca de relaciones humanas, afectividad, comunicación, valores, conducta sexual, reproducción y embarazo, desarrollo de actitudes más responsables frente a sus vidas en general y a su sexualidad en particular. Durante dos años se implementó este programa en adolescentes escolares, aplicado por profesores en dos establecimientos educacionales de la Región Metropolitana y se comparó con otros tres en los cuales no se les implementó el programa. Se hizo un seguimiento con encuestas anónimas que abarcaron 4.448, 4.123 y 4.057 escolares evaluados antes de iniciar el programa, a los 21 meses y 33 meses de programa respectivamente.

En los establecimientos escolares intervenidos aumentaron significativamente los conocimientos en sexualidad, reproducción, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, siendo más evidente entre los adolescentes sin relaciones sexuales al final del estudio. Se retrasó el inicio de las relaciones sexuales en los colegios intervenidos y los alumnos y alumnas que decidieron continuar con relaciones sexuales previenen más el embarazo, produciéndose además un descenso significativo de los embarazos en las mujeres que se declararon sexualmente activas. De un total de 190 escolares mujeres adolescentes que contestaron esta pregunta, en 29 (15,3%) se detectó embarazo, cifra que se mantuvo 34 meses después con una muestra que aumentó a 298 alumnas (9,7% de embarazos), lo que da como resultado un descenso de 5,6 puntos. En el grupo no intervenido la cifra disminuyó sólo un 0,7%. Hubo además importantes diferencias de género en los hallazgos del estudio, el cual consideran que es un aporte científicamente validado para las políticas públicas en educación sexual y prevención del embarazo en escolares.⁽⁴⁹⁾

Conclusión

Luego de haber revisado lo publicado en relación al tema del embarazo adolescente, podemos comprobar que efectivamente ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la

actividad sexual juvenil, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo adolescente.

Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias.

En el país se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, sin embargo, consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema.

Referencias

1. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
2. American Academy of Pediatrics, committee on Adolescent. Contraception and adolescents. *Pediatrics*. 1999; 104: 1161-66.
3. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2003.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obst Ginecol* 1996; 22:11-5.
5. López Nodarse M., Flores Madan L., Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. *Sex Soc* 1996; 2:12-6.
6. González T., M. Isabel, AGUIRRE C, et al. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev. chil. Pediatr.* 2005; 76: 573-579.
7. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev méd Chile* 2000; 128:574-583.
8. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Rev SOGIA* 1994; 1:70-2.
9. Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de

- Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
10. Stevens Simon C. Adverse reproductive outcome and young maternal age. *N Engl J Med* 1995; 333: 801-2.
 11. Olausson P., Cnattinguis S., Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 106: 116-21.
 12. Molina M., Peña I, Quiroz M. Embarazo Precoz. *Revista Trabajo Social* 1992; 59: 21-8.
 13. Molina M., Pérez R., Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencia y Salud* 1997; 1: 25-9.
 14. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1997; 23:13-17.
 15. Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Agosto 2006).
 16. Forrest JD: Timing of reproductive life stages. *Obstet Gynecol* 1994; 82: 105.
 17. Sulak PJ, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 2042-8.
 18. National Center for Health Statistics. Advance report of final natality figures 1990. *Monthly Vital Statistics Report*. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
 19. Padilla De Gil. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev SOGIA* 2000; 7: 16-25.
 20. Chelala C. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. *Lancet* 2000; 355: 128.
 21. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Enfoques Estadísticos N°9. Fecundidad Juvenil en Chile 2000.
 22. González E., Molina T., Caba F., et al. Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002*; 13.
 23. Conejero C., Nolina M., Martínez G., et al. Embarazo en adolescentes: estudio de factores socioeconómicos y patología materna. *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002*; 29.
 24. Burgos P., Contreras M., Klassen F., et al. Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002*; 30.
 25. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. *Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 1993; 44-62.
 26. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. *Cir Ciruj* 2001; 69:300-3.
 27. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev SOGIA* 2005; 12:17-24.
 28. Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev chil obstet ginecol* 2002; 67:481-487.
 29. Rangel J., Valcario L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47:24-27.
 30. Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla 1988; 195-231.
 31. Díaz A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *Rev SOGIA* 2004; 11:79-83.
 32. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;31. On line. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=72&id_ejemplar=3495 (Consultado el 15 de junio 2006).
 33. Evans G., Mardones C., López F. Comparación de resultados perinatales de embarazos entre mujeres adolescents y adultas. *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002*; 31.
 34. Molina R., Luengo X., Sandoval J., et al. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev SOGIA* 1998; 5:17-32.
 35. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Postrado de la VIª Cátedra de Medicina* 2006; 153:13-17.

36. Instituto Nacional de Estadística 2002.
37. Molina M., Ferrada C., Pérez R. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. méd. Chile* 2004; 132:65-70.
38. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003; 12:85-109.
39. Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. *Population Council, Studies in Family Planning* 1998; 29:201-209.
40. Marfan J., Cordoba C. La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. Documento presentado al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM). Disponible en: <http://www.reduc.cl/reduc/marfan.pdf> (Consultado el 10 Junio 2006).
41. Molina M., Jara G., Toledo V., et al. Enfoque y experiencia en educación sexual del Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente. *Rev SOGIA* 1996; 3:17-26.
42. Díaz A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. *Educación sexual y educación previa. Rev SOGIA* 2004; 11(3):79-83.
43. Abatte P., Arriagada P., González G. Texto guía para la autogestión de Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Ministerio de Educación 1996. Reedición revisada 1999.
44. Ministerio de Educación. Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad (JOCAS): Folleto informativo. Ministerio de Educación 1999.
45. Vigil P., Riquelme R., Rivadeneira R., et al. TeenStar: una opción de madurez y libertad: Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. *Rev Méd Chile* 2005; 133:1173-1182.
46. Cabezon C., Vigil P., Rojas I., et al. Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health* 2005; 36:64-9.
47. Muñoz B., Berger C., Aracena M. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2001; 10:21-34.
48. Klein J., et al. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *Pediatrics* 2005; 116: 281-286.
49. Toledo V., Luengo X., Molina R., et al. Impacto del Programa de Educación Sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. *Rev SOGIA* 2000; 7:73-80.