

Artículo original

Anticoncepción en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educación sanitaria en un centro de medicina reproductiva de Chile

Anticonception in adolescence: motivations, elections and health education in a center of reproductive medicine of Chile

Abigail Severino-Vergara¹, Andrea Velásquez-Muñoz², Juan Rivera-Marin³, Electra González-Araya⁴

¹Matrona. Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

²Académico, matrona y psicóloga. Departamento de Promoción de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.

Santiago de Chile. ³Matrón. Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile.

Santiago de Chile. ⁴Profesor asociado y asistente social. Subdirectora del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Santiago de Chile

RESUMEN

Objetivo: Identificar las motivaciones y elecciones anticonceptivas de las adolescentes del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) y explorar cómo influye la educación sanitaria en la elección final de un método anticonceptivo (MAC).

Sujetos: Muestreo opinático constituido por 16 adolescentes nuligestas, de 15 a 19 años de edad, que consultaron por primera vez en el CEMERA durante el año 2015.

Metodología: Se empleó una metodología cualitativa y un diseño exploratorio. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad por parte de un equipo de investigadores, que fueron procesadas a través del análisis de contenido.

Resultados: Las adolescentes adquieren mayoritariamente información sobre los MAC en su círculo cercano. La motivación para usar un MAC en las adolescentes que habían iniciado relaciones sexuales fue la prevención del embarazo. En cambio, para las que no habían iniciado vida sexual, la principal motivación eran sus proyecciones a futuro. La elección de los MAC se basaba en la comodidad, la ausencia de efectos secundarios, su larga duración y no tener que recordar su administración. Todas las entrevistadas coincidieron en que el centro entregaba una información requerida y suficiente para la elección de un método por parte de ellas, aumentando o reforzando los conocimientos sobre la anticoncepción.

Conclusiones: Para la mayoría de las adolescentes el MAC ideal continúa siendo el hormonal (oral o inyectable). Para las adolescentes con una preferencia previa sobre un MAC, la educación sanitaria reforzó su elección. Para las adolescentes que no sabían qué usar, la educación sanitaria fue fundamental en la elección final del anticonceptivo.

©2017 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Adolescencia, motivaciones, anticoncepción.

ABSTRACT

Objective: To identify the motivations and contraceptive choices of adolescents at the Center for Reproductive Medicine and Adolescent Comprehensive Development (CEMERA) and to explore how health education influences the final choice of a contraceptive method (CCM).

Subjects: A sample of 16 adolescents between 15 and 19 years who consulted for the first time at CEMERA during the year 2015.

Methodology: Qualitative methodology and exploratory design were used. To do this, we used in-depth interviews conducted by a team of researchers and that were processed through content analysis.

Results: Adolescents acquire mostly information on CCM from the nearby circle. The motivation for using a CCM in adolescents who had started sex was pregnancy prevention. However, for those who have not started sexual life, the main motivation was their future projections. The choice of CCM was based on comfort, few side effects, long duration and little memory. All the interviewees agreed that the center delivered the information required and sufficient for the choice of a method by them, increasing or reinforcing the knowledge about contraception.

Conclusions: For most adolescents, the ideal CCM continues to be hormonal (oral or injectable). For adolescents who had a preference for CCM, health education reinforced their previous choice. For adolescents who did not know what to use, health education was critical in the final choice of contraceptive.

©2017 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Adolescence, motivations, contraception.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad se enfrenta a muchos desafíos en relación con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, como el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Es necesario que los jóvenes reciban educación sobre sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos (MAC), entre otros aspectos, con el fin de concienciarlos sobre sus derechos sexuales y reproductivos¹.

Según datos del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), la tasa de fecundidad ha disminuido de forma notable. En las mujeres mayores de 30 años esta reducción alcanza un 60%, mientras que en las menores de 19 años la disminución ha sido menor, lo que se relaciona con el acceso restringido de este grupo a la educación sexual y los servicios de regulación de fertilidad².

Para la población adolescente de Chile, existe el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, que busca mejorar el acceso y la oferta de servicios. Sin embargo, aún existen barreras para el acceso a los servicios de salud respecto a la prevención del embarazo en adolescentes, lo que refleja una problemática de gestión y organización de redes, así como obstáculos presentes en los equipos de salud y en las percepciones de los adolescentes sobre ello³.

La Encuesta Nacional de Juventud en Chile de 2015 muestra que el 71% de los jóvenes (de 15-29 años) es sexualmente activo (el mismo porcentaje que en 2012), con un promedio de edad de iniciación sexual de 16,6 años. Los resultados de este estudio revelan que los hombres se inician sexualmente antes que las mujeres, a una edad promedio de 16,36 años (frente a 16,84 años en ellas). Un dato interesante que cabe mencionar es que el 23% de los jóvenes de 15 años, según la encuesta, ya se ha iniciado sexualmente⁴.

En 2015 se detectó una disminución de 4 puntos en la tasa de embarazo en adolescentes en Chile, que corresponde a más de 3.200 embarazos menos en las mujeres de 15-19 años de edad, lo cual se asocia a un mayor acceso a los MAC y a un aumento en el uso de la anticoncepción de emergencia entre jóvenes y adolescentes⁵. A pesar de que la fecundidad juvenil (15-19 años) presenta una tendencia a la estabilización, el porcentaje total de nacidos vivos de madres adolescentes de 15-19 años demuestra un ascenso entre los años 2005 y 2010⁶. Según el MINSAL, hasta noviembre de 2015 nacieron 166 niños de madres menores (11-13 años de edad), lo que muestra un aumento considerable en las madres de 11 años. Al analizar cada año de la madre adolescente, se desprende que las de 11 años han aumentado de 0 en 2013 a 14 en 2015. Asimismo, en 2013 se registraron

15 madres de 12 años, cifra que asciende a 29 madres de 12 años en 2015⁷.

De acuerdo con las cifras del MINSAL, las adolescentes que usan alguna forma de regulación de la fecundidad pasaron de ser 184.628 en 2012 a 193.399 en 2014. A pesar de las campañas publicitarias y de las medidas implementadas por el MINSAL, la cantidad de madres a temprana edad sigue siendo alta. Algunos de los problemas que enfrentan las jóvenes son los efectos en el futuro de las adolescentes, una menor escolaridad, las pocas opciones laborales y una menor remuneración⁴.

Lo mismo ocurre en España, de acuerdo con el Informe de la Juventud de 2016. La primera relación sexual se tiene entre los 16 y los 17 años. Al comparar los datos de 2016 con los de 2008 y 2012, se puede observar que el porcentaje de quienes declaran haber tenido relaciones sexuales completas al menos una vez en su vida ha aumentado del 83 al 86%; también ha aumentado el porcentaje de quienes dicen haber tenido relaciones sexuales incompletas, pasando del 3 al 4%; los que no han tenido relaciones sexuales de ningún tipo han descendido del 10 al 9%. Todo parece indicar que la edad a la que las personas entrevistadas responden que tuvieron su primera experiencia sexual se va reduciendo. En relación con la anticoncepción, el porcentaje de jóvenes que ha utilizado algún MAC en su última relación es superior al 80%. Este dato se ha mantenido considerablemente elevado, al menos desde 2008. Sin embargo, persiste entre un 14% (en 2016) y un 17% (en 2012) que no ha usado ninguno. En relación con los embarazos no deseados, la media de edad en que las adolescentes y jóvenes tienen un embarazo no deseado se aproxima a los 20 años. Teniendo en cuenta la edad a la que se produjo el embarazo, todo apunta que las mujeres jóvenes cada vez tienen antes su primer embarazo no deseado, algo congruente con lo mencionado anteriormente, sobre la progresiva precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. La mayor parte de este tipo de embarazos se produce cuando las mujeres tienen entre 15 y 19 años⁸.

El embarazo en adolescentes acarrea unas consecuencias biológicas y psicosociales negativas; la principal es la deserción escolar, que produce un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza⁹. Se puede prevenir principalmente con el uso de MAC; aun así, hay adolescentes que no los utilizan, por no pensar en el riesgo de embarazo, por una falta de conocimientos sobre la anticoncepción, por razones morales, por oposición de la pareja, por tener coitos ocasionales, por temor a efectos adversos o por no saber a dónde acudir¹⁰. Otro motivo son las relaciones sexua-

les no voluntarias o deseadas, cuyas expresiones extremas son la violación y la violencia sexual. Por último, algunos adolescentes refieren la falla de los MAC, ya que ninguno es 100% efectivo^{11,12}.

De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de la Juventud en Chile publicada en 2015, al menos 1 de cada 4 jóvenes no tomó precauciones para evitar el embarazo o el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual en su primera experiencia de relación sexual con penetración. Sin embargo, a lo largo de estos últimos 9 años ha disminuido sostenidamente la proporción de jóvenes que no usa algún método de prevención en la primera relación sexual, pasando del 53% en 2006 al 47% en 2009 y al 27% en 2015. En cuanto al tipo de método más utilizado por las personas jóvenes en su primera relación sexual, los datos de esta encuesta revelan que corresponde al preservativo. El condón es el método que más declaran utilizar los hombres, en tanto que la píldora anticonceptiva es el método que más declaran usar las mujeres. El 60% de la población declara haber usado condón en su primera relación sexual, seguido, con un porcentaje considerablemente menor, por la píldora anticonceptiva (20%). Llama la atención que, pese a ser un porcentaje bastante menor, el tercer método más utilizado según la declaración de los jóvenes, junto con los inyectables, sea el coito interrumpido, uno de los métodos menos efectivos en la prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual. Con respecto a las razones esgrimidas por los jóvenes que no utilizaron un método preventivo en su última relación sexual, el 35% señala como razón tener una pareja estable. La segunda razón más mencionada es que no les gusta usar ninguno de los métodos que conocen (29%), seguido por el deseo de tener un hijo (16%) o porque la pareja no quería usar ningún método (16%). Resulta interesante destacar que son los hombres, en mayor porcentaje que las mujeres, quienes dan como razón que su pareja no quiso usar ningún método preventivo (19 y 11%, respectivamente), mientras que una mayor proporción de mujeres que de hombres decidió no protegerse sexualmente por desear un embarazo o tener un hijo (19 y 14%, respectivamente)⁴.

En Colombia, el acceso a los MAC modernos se ha incrementado en los últimos años. En las mujeres casadas o que viven en pareja su uso ascendió del 72,9% en 2010 al 75,9% en 2015, y en las mujeres solteras o sin pareja estable con una actividad sexual reciente, su uso pasó del 75,1% en 2010 al 77,7% en 2015. Sin embargo, se siguen presentando brechas de uso y acceso entre las mujeres de 15-29 años, así como de necesidad insatisfecha, sobre todo en las zonas rurales, en

las mujeres sin educación formal y con unos niveles de riqueza más bajos¹³. De acuerdo con los resultados publicados durante 2010, sólo el 54% de las mujeres que usan un método moderno indican haber recibido orientación sobre los posibles efectos del método seleccionado¹⁴. Es decir, un poco menos de la mitad de las usuarias de anticonceptivos han discutido con un profesional de salud sobre el método escogido. Esta cuestión es relevante, dado que diversos estudios han mostrado que el conocimiento de las mujeres sobre estos MAC al iniciar su uso es escaso e incluso errado¹⁵, y el fallo terapéutico se asocia a un uso incorrecto o irregular^{16,17}.

Un estudio realizado en Argentina revela que el 74,2% de las encuestadas refería usar un MAC «siempre», y un 12,2% «la mayoría de las veces». Los métodos más utilizados fueron la píldora (40,7%) y el preservativo (37%). Los principales motivos señalados por quienes «nunca» usaban métodos (13,6%) fueron estar buscando un embarazo (27,6%) y la oposición de la pareja (27,6%). Las entrevistadas revelaron ciertas dificultades con el uso de los métodos, así como falta de información y asesoramiento anticonceptivo¹⁸.

Un aspecto importante para una buena elección del MAC y una correcta adherencia al método es la información profesional adecuada, a través de la educación sanitaria². En Suecia se comprobó que un asesoramiento realizado por profesionales de la salud puede cambiar la decisión de las mujeres a la hora de escoger un MAC¹⁹. Lo mismo se pudo comprobar en un estudio realizado en México, en el que una de las barreras para acceder a los MAC era el desconocimiento de los mecanismos de atención y oferta de los mismos. Asimismo, manifestaron que los prejuicios de los prestadores de servicios provocaban una reacción negativa en ellos. La familia es una fuente de información para estos últimos en la toma de decisiones²⁰.

Es fundamental que el ejercicio de la sexualidad se realice en un contexto de información y acceso a la atención sanitaria para lograr un desarrollo saludable de los jóvenes; asimismo, es fundamental promover una educación sexual que no sólo transmita valores, sino que también genere espacios de reflexión y problematización que propicien el desarrollo de un razonamiento moral, sustancial en la génesis de conductas responsables y autogestoras en la vida diaria²¹.

Por ello, la presente investigación pretendía identificar las motivaciones y elecciones anticonceptivas de los adolescentes de 15-19 años de edad que acuden al centro para solicitar un MAC, y explorar cómo puede influir la educación sanitaria en la elección final de un MAC en el CEMERA (año 2015).

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en el CEMERA, centro sanitario público que se especializa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de adolescentes provenientes del sector norte de Santiago, de nivel socioeconómico medio, medio bajo y bajo. Este centro se encuentra adosado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; cuenta con ginecólogas, matronas, psicólogas y una trabajadora social, todas capacitadas en el trato con adolescentes.

Para la presente investigación se realizó un estudio exploratorio, transversal y de tipo cualitativo.

La unidad de análisis eran nuligestas de 15-19 años de edad, que consultaron por primera vez sobre anticoncepción en el CEMERA; no habían usado previamente ningún MAC, sólo el preservativo, ya que podían comprarlo sin prescripción y asesoramiento de un profesional.

El muestreo fue de tipo opinático, en el cual la selección de sujetos se realizó siguiendo criterios más pragmáticos y de factibilidad, como la facilidad de los contactos y el acceso a la muestra²².

La muestra estuvo compuesta por 16 adolescentes; el tamaño muestral se determinó según el criterio de saturación, es decir, cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos a la investigación²².

Para la generación de información se realizaron entrevistas en profundidad: el entrevistador sigue un esquema general y flexible de preguntas en cuanto a orden, contenido y formulación²³.

El reclutamiento se realizó después de que la adolescente fuera atendida por la matrona y se le indicara un MAC. Posteriormente, los investigadores invitaron a participar a las adolescentes, quienes fueron entrevistadas el mismo día en una de las oficinas del CEMERA. La entrevista duró un promedio de 1 hora y fue realizada por dos matronas. A las entrevistadas se les aplicó una guía con temas relacionados con la anticoncepción: conocimiento de MAC, educación sexual recibida, razones y motivaciones para usar MAC, características de un anticonceptivo seguro y apreciación sobre la información y educación sanitaria recibida. La entrevista fue grabada, previo consentimiento informado de las adolescentes, y transcrita por los mismos investigadores.

El análisis de datos fue de contenido, ya que se enfoca en el contenido manifiesto, es decir, en analizar lo expresado de forma directa e interpretar su significado. Para procesar la información recogida se utilizó el programa ATLAS-ti. El material fue codificado sobre la base de descriptores derivados del marco conceptual y de códigos emergentes y, a partir de ahí, se realizó un

análisis destinado a identificar patrones y relaciones entre categorías significativas²⁴.

Para asegurar la credibilidad se realizó un desarrollo sistemático del proceso de investigación, y una triangulación de disciplinas o investigadores, la cual consiste en usar múltiples perspectivas para analizar el conjunto de los datos²⁵, al contar con la participación de un psicólogo, un asistente social y una matrona.

Consideraciones éticas del estudio

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y por las autoridades del CEMERA. Para la realización de las entrevistas se solicitó que cada entrevistada firmara un consentimiento y que se recalcará el carácter voluntario de la participación.

Para resguardar la confidencialidad en las adolescentes participantes se utilizó una codificación, que consistió en tomar las iniciales de cada nombre y apellido, junto con los cuatro últimos dígitos de la cédula de identidad la edad.

RESULTADOS

La población entrevistada estuvo compuesta por 16 mujeres adolescentes que cursaban enseñanza media, de 15-17 años de edad y con un nivel socioeconómico medio y bajo. La mayor parte de ellas estaban en pareja y sólo la mitad se había iniciado sexualmente (tabla 1).

Los resultados se organizaron en cuatro apartados: conocimientos sobre anticoncepción, motivaciones, elección y utilidad de la educación sanitaria recibida.

Conocimientos sobre anticoncepción

Los conocimientos son variados: desde sólo conocer los diferentes métodos por sus nombres hasta saber también la forma correcta de usarlos. Las fuentes de información se manifestaron con la siguiente prioridad: círculo cercano, colegio (profesor y/o profesionales del área de la salud) y, en menor medida, internet.

«Las pastillas, las inyecciones, ese palito que se pone en el brazo, los parches, el anillo, la t de cobre... Un grupo de matronas fue y ahí hicieron la charla y ahí explicaron todos los... todos los métodos que había... Con mi familia. Ellos me habían explicado y yo igual he escuchado casi todos los métodos que hay.» (TYCF319316).

En general, se encontró cierta consistencia entre el conocimiento de múltiples MAC y la forma correcta de usarlos, a partir de la información obtenida en el colegio en charlas dictadas por profesionales de la salud. En

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

	n	%
Total	16	100
Edad (años)		
15-16	6	37,5
>16	10	62,5
Nivel socioeconómico		
Medio	12	75
Bajo	4	25
Ha iniciado actividad sexual	8	50
Nunca ha tenido actividad sexual	8	50
Paridad		
0	16	100
Se encuentra en pareja		
Sí	10	62,5
No	6	37,5
Acuden acompañadas de sus parejas	5	31,25
Acuden acompañadas de amigas	8	50
Acuden acompañadas por un familiar	2	12,5
Acuden solas	1	6,25

cambio, las adolescentes que obtenían la información sólo del colegio conocían menos MAC y desconocían la forma de utilizarlos correctamente. Las adolescentes cuya principal fuente de información era una persona confiable o de mayor experiencia poseían mayores conocimientos sobre el uso y la indicación de la anticoncepción.

«Mi mamá siempre fue abierta en ese tema y siempre me lo conversó... También en el colegio iba gente de parte del consultorio a dar educación sexual y hablaba de los métodos anticonceptivos y las enfermedades, etc. (Al consultar cuáles conocía) ¿Anticonceptivos?, enseñaron el condón, las píldoras, el implante y la t... Nos enseñaron cómo poner el condón, también mostraron el uso de la t, y la píldora, que mostraron cómo se tomaba y eso.» (LCHS029916)

Otro factor que influye en este tema es la confianza de las adolescentes para hablar libremente sobre sexualidad con la familia y/o las personas cercanas.

«Por mi hermana, es que mi hermana es un año mayor que yo, entonces siempre ella me ha explicado todo lo que sé hasta ahora, y como que ella me ayudó, por ejemplo, a conseguir condones como antes de que viniera a consultar, todo eso. Y me explicó todo lo que tenía que saber, cómo cuidarme, todo eso.» (FMGG043K16)

Motivaciones para usar un método anticonceptivo

La principal razón encontrada para el uso de un MAC es el deseo de las adolescentes de no quedarse embarazadas en esta etapa de sus vidas, donde la mitad ya había iniciado una actividad sexual. Las adolescentes que sí habían empleado alguna protección antes de consultar utilizaban el preservativo masculino en cada relación sexual.

«... porque tengo relaciones sexuales, entonces igual siempre es bueno prevenir... sí... uno nunca sabe.» (JFOA810016)

En cambio, para las adolescentes que nunca habían empleado protección, sus principales motivaciones eran sus proyectos futuros. Ello se asociaba a experiencias de mujeres cercanas que se habían quedado embarazadas, quienes les relataban las vicisitudes y riesgos de ser madres adolescentes. Por ende, su motivación era la planificación del inicio de la actividad sexual, por motivos socioeconómicos y familiares.

«Fue al otro día que perdí mi virginidad, al otro día quise comenzar a usar método anticonceptivo... Porque mi hermana me habló las cosas como eran, de que a veces por una vez te puede embarrar todo tu futuro...» (CCMR741516)

«Porque quiero comenzar a tener relaciones, entonces para prevenir el embarazo... Es que mi mamá ahora está embarazada, entonces el que yo también esté embarazada va a ser súper mal, además de que tengo una hermana chica, entonces me preocupa más de eso.» (YCAA142K16)

Para las adolescentes sin pareja, la motivación por el uso de MAC se orientaba a la regularización de los ciclos menstruales, la disminución de la dismenorrea y del acné.

«Era como una opción para regular la menstruación y todo eso... Terribles, ando muy irritable, me cambia el ánimo mucho, ando muy adolorida, ando muy agachada así porque me duele mucho y a veces me mareo.» (GEDS699016)

Elecciones de un anticonceptivo

La razón para elegir un MAC que se repitió en todos los casos fue la comodidad, de forma que no interfiriera mucho en su vida diaria y la posibilidad de recordar fechas u horarios.

«Era más cómodo, como estudio, aparte igual tengo la diabetes, era igual como muchas pastillas... Aparte que es solamente un pinchazo y voy a estar segura todo un mes.» (TYCF319316)

«Yo creo que mejor como algo parecido al implante, pero sin que libere tantas cosas en el organismo y que desordene tanto los periodos y todo eso, eso más que nada... (Al preguntar por qué escogió el implante y no otro) Yo creo que por comodidad, porque esto dura... Es una vez que te ponen y dura como tres años, creo, y las pastillas tendría que tomármelas todos los días y andar comprándomelas. Por comodidad.» (VPMM009816)

El anticonceptivo ideal se describió como uno que fuera poco invasivo, con pocos efectos secundarios, de larga duración y de fácil recordatorio.

«No sé, no sé, es que igual podría ser la inyección, que es como más... solamente se pone no más, también podría ser cada 3 meses, pero que la regla quedara igual, que no se corriera ni hubiera ningún cambio, eso encuentro yo que sería como más eficiente...» (CDRR061817)

Apreciación de la educación sanitaria

Todas las entrevistadas coincidieron en que el centro entregaba la información requerida y suficiente para la elección de un método por parte de las adolescentes, realizada con un lenguaje acorde, de forma que pudieran entender lo que se les estaba explicando, aumentando o reforzando los conocimientos respecto a los MAC. Otro punto a favor es la amabilidad en el trato hacia las adolescentes, algo que ellas agradecen.

«Bien, todo súper bien, es súper simpática, me explicó todo súper bien, como que pude tomar la confianza que necesitaba igual, porque me daba miedo venir y como contarle todas mis cosas, que me revisara y todo eso, pero no, me atendió súper bien y como que me sentí segura...» (FMGG043K16)

«O sea, yo igual quería como que me orientaran, porque no sabía bien qué me hacía mejora a mí... (Al hablar acerca de la educación sanitaria) Fue buena... Como que me explicó harto y fue súper amorosa... Me explicó los métodos anticonceptivos, de qué se iba a tratar esto, y me hizo como una revisión.» (JFOA810016)

Con respecto a la influencia de la educación sanitaria en la elección del MAC, la mayoría de las adolescentes coincidían en que la educación había reforzado su elección de método previa.

«Bien, igual me ayudó mucho más a enfocarme y a... y a darme cuenta que en verdad estaba bien lo que decidía, estar más segura, y aparte que las inyecciones fueron un buen método para cuidarme.» (TYCF319316)

DISCUSIÓN

En la adolescencia comienza el camino de una persona en su desarrollo y actividad sexual. Es un tiempo de sensaciones y emociones placenteras, pero también de inseguridades y/o temores. En esta etapa, los adolescentes comienzan a tomar conciencia de su propia sexualidad y a empoderarse de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, la salud sexual y reproductiva en los adolescentes es prioritaria, ya que las acciones efectuadas tendrán un importante efecto en la calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas. Así lo recoge el estudio de Caricote²⁶, realizado con padres y adolescentes de Venezuela en 2008, en el que se concluye que la educación sexual tiene que ser parte de la educación integral del adolescente porque debe promover una personalidad sana y una sexualidad responsable, vinculada a la salud y al amor, la solidaridad y la equidad de género bajo la forma de dignidad del hombre y de la mujer.

En la presente investigación se puede observar que las adolescentes se muestran receptivas frente a la amplia gama de información recibida (en su círculo cercano, en los colegios y por parte de los profesionales de la salud). La información recibida sobre estos temas era complementada y reforzada por sus amistades y/o familiares, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Macintyre et al.²⁷, pero contrastan con los del estudio de González et al.²⁸, en el que la principal fuente de información sobre anticoncepción eran los colegios. En este estudio se constató que la calidad de información que manejaban las adolescentes sobre los MAC era mejor cuando la fuente primaria era alguien cercano, líderes informales. Los profesionales de la salud y los profesores (líderes formales), por su grado académico, brindaban seguridad respecto a la información emitida por su parte, tal como refleja el mencionado trabajo de Macintyre et al.²⁷. Asimismo, el presente estudio permitió constatar que la educación sexual aportada por los profesionales de la salud era mucho más efectiva que la expuesta por los profesores.

Otro aspecto importante que cabe señalar es el espacio que la familia le concede a la sexualidad, lo cual coincide con otro estudio, que describe que los padres y la familia son claves para moldear la actitud de las adolescentes con respecto al uso de MAC^{26,29}. Ello demuestra la gran influencia del círculo cercano en la aceptación de los MAC, por lo que sería conveniente incorporarlos en las consejerías.

Respecto a las motivaciones de las adolescentes al elegir un MAC, cabe mencionar que coincidían con las investigaciones realizadas por González et al.¹⁰ y Canaval et al.³⁰ para la prevención del embarazo, ya que reciente-

mente habían iniciado o deseaban iniciar una relación sexual. Asimismo, la elección se reforzaba por las aspiraciones de realización personal y/o por los problemas familiares o económicos que presentaban las familias de las adolescentes. En menor medida, la motivación estaba mediada por un deseo de regular el ciclo hormonal. Estos hallazgos indican la necesidad de realizar una educación sexual de forma contextualizada y personalizada, en la que se refuercen los proyectos de vida y las consecuencias psicosociales de un embarazo no deseado.

En relación con la educación sanitaria respecto a los MAC, las adolescentes manifestaron que era un espacio cálido, acogedor, donde se sentían seguras y podían expresarse libremente sobre sus dudas, temores e inseguridades relacionados con su salud sexual y reproductiva. Para las adolescentes que venían con poca información, la educación sanitaria era clave para la elección de un MAC. Los resultados recopilados concuerdan con el estudio de Pizarro et al.³¹; sin embargo, contrastan con el de Gemzell et al.¹⁹, en el que se encontró que la educación sanitaria cambiaba la elección del método de las usuarias. No obstante, hubiera sido interesante conocer la percepción de la pareja a la hora de elegir el MAC. En este estudio sólo la mitad llegó con su pareja, que no participaba en la educación sanitaria.

Según los resultados del MINSAL en Chile, la condición de maternidad en la juventud se concentra sobre todo en segmentos sociales con un menor nivel educacional, condiciones socioeconómicas más desfavorables y, por ende, menos información y acceso a los métodos de prevención; sin embargo, las adolescentes que acudieron al CEMERA estaban concienciadas de sus derechos sexuales y reproductivos. Una de las limitaciones que tuvo el estudio fue que sólo accedían adolescentes de niveles socioeconómicos medios y bajos. No sabemos si los resultados habrían sido los mismos si hubiéramos incorporado adolescentes de un nivel socioeconómico alto.

CONCLUSIÓN

En función de los resultados obtenidos en este estudio, se puede apreciar que existen muchas similitudes con estudios internacionales. Sin embargo, las diferencias nos permiten constatar el déficit y/o la inexistencia de programas efectivos de educación sexual en los colegios a cargo de los profesores. Son programas centrados meramente en aspectos biológicos, que no profundizan en los valores, afectos y proyectos de vida que implica el ejercicio de la sexualidad. Estas instancias deberían aprovecharse, ya que, según múltiples investigaciones, uno de los elementos que postergan el embarazo es tener proyectos de vida para el futuro. Asimismo, según los resultados de este estudio, las

adolescentes más decididas a usar MAC eran las que habían tenido familiares y/o amigas embarazadas, por lo que sería ideal que se realizase una educación sexual más personalizada, con el fin de explorar en cada adolescente situaciones de vida que le sean significativas para el ejercicio responsable de la sexualidad.

Otro aspecto que cabe destacar es el hecho de que la mayoría de las adolescentes que llegaban a solicitar anticoncepción estaban concienciadas y decididas a postergar el embarazo, situación que se mantenía, ya que los profesionales que las atendían creaban un ambiente amigable y libre de prejuicios. Esto no siempre ocurre en la salud pública de Chile, donde aún existen barreras para el acceso. Se trata de derribar falsos mitos sobre la idea de que los adolescentes no deben tener una sexualidad activa, y que su educación en sexualidad podría contribuir a aumentar su excesivo libertinaje en torno a sus prácticas sexuales, lo que sólo los descalifica como sujetos de derechos y los aleja como usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se deben erradicar también las inequidades de género respecto al público objetivo de atención en los programas, ya que existe una percepción social de que la mujer debe ser el foco de atención de los servicios sobre sexualidad y reproducción, asignándole una serie de roles, en vez de integrar a la pareja en las consultas de anticoncepción, para concienciar a ambos sobre el ejercicio responsable de la sexualidad.

En conclusión, la principal razón encontrada para el uso de MAC en las adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual es el deseo de no quedarse embarazadas en esta etapa de sus vidas. En cambio, para las adolescentes que nunca habían tenido relaciones sexuales, las principales razones eran sus proyectos de futuro, y su motivación estaba supeditada a motivos socioeconómicos y familiares.

El principal motivo de elección del uso de MAC en todos los casos fue la comodidad; de ahí que la mayoría eligiera los que fueran poco invasivos, con pocos efectos secundarios, de larga duración y no requiriesen recordar su administración. En las entrevistadas que acudían ya con una preferencia sobre un MAC, la educación sanitaria reforzó su elección previa. En las adolescentes que no sabían qué usar, la educación sanitaria, basada en la dispensación de información con respeto y amabilidad, fue fundamental en la elección final del MAC.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe and BZgA. Standards for sexuality education in Europe. Alemania: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y la organización alemana BZgA, Centro Federal de Educación para la

- Salud. Traducción: Madrid Salud. Antona A, Hernández MD. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental, 2010 [citado el 16 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Standards_for_sexuality_education_Spanish.pdf
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones generales dirigidas a los equipos de atención primaria. Chile: MINSAL, 2011 [citado el 18 de enero de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
 3. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs M. Estudio Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Chile: CulturaSalud-Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2011 [citado el 23 de enero de 2015]. Disponible en: http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251255300.estudio_barreras_de_acceso.pdf
 4. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Octava Encuesta Nacional de Juventud. Chile: INJUV. Ministerio de Desarrollo Social, 2015 [citado el 18 febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2017/03/libro-octava-encuesta-nacional-de-juventud.pdf>
 5. Ministerio de Salud (MINSAL). Informe de Sistematización. VI Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile. Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes-Fondo de Población de las Naciones Unidas (NFPA), 2015 [citado el 3 noviembre de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Sistematizaci%C3%B3n-VI-Jornada-Nacional-Consejo-Consultivo-J%C3%B3venes-2015-1.pdf>
 6. Ministerio de Salud (MINSAL). Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile 2011. Chile: Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital, 2011 [citado el 8 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>
 7. Servicio de Registro Civil e Identificación. Chile: Subdirección de Estudios y Desarrollo. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Inscripciones del Registro Civil, 2014 [citado el 3 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.registrocivil.cl/Servicios/Estadisticas/Archivos/InscripcionesRCivil/inscrip.html>
 8. Instituto de la Juventud (INJUVE). Informe Juventud en España 2016. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 [citado el 7 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
 9. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente (actualización). *Rev Ped Elec*. 2008; 5(1): 42-52.
 10. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Molina R. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Rev Med Chile*. 2009; 137(9): 1.187-92.
 11. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(3): 192-205.
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud, 2011 [citado el 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf
 13. Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Probieneestar de la Familia Colombiana (Profamilia), 2015 [citado el 17 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
 14. Ojeda G, Ochoa L, Samper B, Sánchez F. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Colombia: Asociación Probieneestar de la Familia Colombiana (Profamilia), United State Agency for International Development, Ministerio de la Protección Social, 2011 [citado el 18 de abril del 2016]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>
 15. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. 2014; 24(3): e281-9.
 16. Rovner J. US abortion survey produces surprise statistics. *Lancet*. 1996; 348(9.025): 470.
 17. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011; 83(5): 397-404.
 18. Gogna M, Binstock G. Anticoncepción y maternidad: hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*. 2017; 13(1); 63-72.
 19. Gemzell K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptive changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(8): 869-77.
 20. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex*. 2017; 59(3): 236-47.
 21. Cerruti S. La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy. Concepto-Filosofía-Objetivos. Educación sexual: su incorporación al Sistema Educativo. Uruguay: Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). 2008; 1: 51-65.
 22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Muestreo en la investigación cualitativa. En: Toledo MA, Rocha M, Mares J, eds. Metodología de la investigación, 5.ª ed. México: Editorial McGraw-Hill, 2010; 392-405.
 23. Ruiz JI. La entrevista. En: Metodología de la investigación cualitativa, 5.ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012; 165-90.
 24. Ruiz JI. Análisis de contenido. En: Metodología de la investigación cualitativa, 5.ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012; 191-214.
 25. Ruiz JI. Triangulación. En: Metodología de la investigación cualitativa, 5.ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012; 327-38.
 26. Caricote E. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*. 2008; 12(40): 79-87.
 27. Macintyre A, Montero A, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*. 2015; 15: 945.
 28. González E, Molina T, Luttges C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015; 80(1): 24-32.
 29. Akers A, Bimla E, Borrero S, Corbie-Smith G. Family discussions about contraception and family planning: a qualitative exploration of black parent and adolescent perspectives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 42(3): 160-7.
 30. Canaval G, Cerquera G, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Invest Educ Enferm*. 2006; 24(1): 26-35.
 31. Pizarro E, Galán G, Lavín P, Benavides C, Rivera F. Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014; 79(5): 361-7.