

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



***“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO
DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES \leq 15 AÑOS
DE LA COMUNA DE MAIPÚ, 2003-2004”***

ALEJANDRA MALDONADO GÓMEZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROF. GUIA DE TESIS: DRA. FRESIA CABA B.

Santiago, Junio 2008

*A **mi** querida familia...*

AGRADECIMIENTOS

- A mi familia, mis padres y en especial a mi madre por su apoyo en este largo proceso de la Tesis.
- A mi marido Rodrigo, por su paciencia, cooperación y por animarme a terminar este Magister.
- A mis amigas, Giorgia y sobretodo Alicia Carrasco, por su ayuda en todas las etapas de la Tesis.
- A mi profesora guía, Dra. Fresia Caba B., por su enseñanza, apoyo, paciencia, comprensión y constante compromiso y apoyo en este proceso.

INDICE

	<u>PÁGINAS</u>
RESUMEN	6
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA E HIPÓTESIS	
2.1. Definición de Adolescencia.....	9
2.2. Etapas de la Adolescencia.....	10
2.3. Características relevantes de la Adolescencia en el ámbito biopsicosocial	
2.3.1. En el ámbito biológico.....	12
2.3.2. En el ámbito psicológico.....	13
2.3.3. En el ámbito social.....	16
2.4. Aspectos Demográficos de la Adolescencia.....	20
2.5. Sexualidad, roles de género y maternidad.....	21
2.6. Sexualidad y Fecundidad en los adolescentes:	
Inicio de actividad sexual.....	23
2.6.1. Factores protectores de inicio de la actividad sexual precoz	
en los adolescentes	25
2.6.1.1. Factores Personales	25
2.6.1.2. Factores Sociales	26
2.6.2. Factores de riesgo o condicionantes de inicio de la actividad sexual	
precoz en los adolescentes	27

2.6.2.1. Factores Biológicos – Genéticos	27
2.6.2.2. Factores del ambiente personal y conducta	27
2.6.2.3. Factores sociales	29
2.7. Redes sociales: Apoyo social objetivo y subjetivo.....	33
2.8. Embarazo en la Adolescencia: Un problema emergente de salud pública	
2.8.1. Magnitud y características.....	36
2.8.2. Salud mental.....	39
2.8.3. Causas y consecuencias del embarazo adolescente.....	40
2.8.4. Aspectos sociales en la adolescente embarazada.....	42
2.8.4.1. Factores protectores.....	43
2.8.4.2. Factores de riesgo.....	44
2.9. Evidencia Científica.....	47
2.10. Justificación y fundamento del problema.....	59
2.11. Hipótesis.....	62

CAPÍTULO III: OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1. Objetivo General.....	63
3.2. Objetivos Específicos.....	63

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio.....	64
4.2. Universo y muestra.....	64
4.3. Variables de estudio.....	66

4.4. Métodos o procedimientos de recolección de la información.....	71
4.5. Instrumentos usados	72
4.6. Plan de análisis estadístico e interpretación.....	74
4.7. Limitaciones del estudio.....	75
4.8. Aspectos éticos.....	76
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	77
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN O COMENTARIOS.....	100
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....	106
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS	
Anexo 1.....	121
Anexo 2.....	122
Anexo 3.....	123
Anexo 4.....	133

RESUMEN

El embarazo en la adolescente ≤ 15 años es un problema importante de salud pública que se ha hecho notar al resolverse otros problemas de salud. Las tasas de natalidad y fecundidad en las mujeres chilenas han disminuido notoriamente con el tiempo y ha hecho notar que esta disminución es menor en las adolescentes ≤ 15 años, por lo que es importante conocer el por qué estas adolescentes se siguen embarazando y cuáles podrían ser los factores que lo causan y cuáles los que lo previenen.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores protectores y de riesgo biopsicosociales que se asocian a embarazo en adolescentes ≤ 15 años de la Comuna de Maipú.

Se realizó un estudio no experimental, con diseño de casos y controles. La muestra constó de 180 adolescentes, donde los casos correspondieron a *las embarazadas adolescentes* (60) que se atendieron en los Consultorios Maipú y La Esperanza de la Comuna de Maipú, en los años 2003 y 2004, teniendo hasta 15 años al momento del embarazo. Los controles correspondieron a *las adolescentes no embarazadas* (120) pareadas por más/menos 1 año de edad y cursaron el mismo nivel escolar del colegio de la Comuna de Maipú que los casos al momento de su embarazo.

Se realizó una encuesta auto administrada y con facilitador. Los datos obtenidos se recolectaron en una planilla de Excel de recolección de datos. El análisis estadístico contempló descripción de datos en general, pruebas de significación como Chi², Prueba

exacta de Fisher, t de Student y regresión logística para la obtención del modelo predictivo.

Los hallazgos del presente estudio, para el grupo de adolescentes ≤ 15 años, señalan como factores de riesgo tener antecedente de embarazo adolescente en la familia (OR=6.32) y tener parejas varones mayores de 20 años (OR=6.17). Como factores protectores se obtuvieron: menarquia tardía (OR=0.80), rendimiento escolar muy bueno (promedio de nota entre 6.0-6.9) (OR=0.03), grado importante de autoestima (OR=0.16), participación social (OR=0.14) y padre con nivel educacional superior (OR=0.08).

En las variables de edad de inicio de la actividad sexual, apoyo social subjetivo familiar y de amistad, hábitos de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, escolaridad, deserción escolar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico, a pesar de ser significativas estadísticamente en el modelo predictivo, ya sea como factor de riesgo o protector de embarazo adolescente por sí solas, al ajustarlas con otras variables del modelo, no fueron de mayor peso y perdieron su significancia.

En las variables autoimagen corporal, proyectos de vida, apoyo social objetivo, religiosidad, escolaridad de la madre y educación sexual en colegios, no se comprobó su asociación con embarazo adolescente ≤ 15 años en esta población de estudio.

Palabras claves: *factores de riesgo, factores protectores, embarazo adolescente*

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescente es un problema emergente e importante de la Salud Pública actual, de aparición no reciente, pues siempre ha existido como un problema sin solución. Su importancia relativa se hace notoria debido a que disminuyen problemas de salud que se resuelven en forma progresiva, haciéndose notar los de aparición reciente como es el caso de los embarazos precoces.

En los últimos 30 años, ha habido un cambio importante en el comportamiento reproductivo de las mujeres chilenas, lo que se ha expresado en la evolución de las tasas de fecundidad y natalidad, pues, por ejemplo, desde los años 1977 a 1997, éstas aumentaron, pero ya hacia los años 2000 y 2004 disminuyeron notoriamente ^(1,2).

Esto afecta a las mujeres de todas las edades reproductivas y se relaciona con el cambio de rol de la mujer en la sociedad y con la posibilidad de regular la natalidad que sobrevino masivamente a partir de la década del 60', provocando un fuerte descenso de la tasa de fecundidad en los grupos de edad mayor a los 24 años. Esto trajo como consecuencia que el número de nacidos vivos disminuya en mayor proporción en las mujeres mayores de 24 años que en las mujeres de 20 a 24 años, de 15 a 19 años y menores de 15 años. Éste último grupo disminuyó casi diez veces menos que los grupos de 15 a 19 y más aún que las de 20 a 24 años ^(1,2,3,4,5).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA E HIPÓTESIS

2.1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a la *adolescencia* como “el período que va desde los 10 a los 19 años” y que se divide en la etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Se define considerando las tres grandes vertientes del desarrollo:

- *Biológica*: “el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”.
- *Psicológica*: “los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto”.
- *Social*: “se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia”^(3,6).

De esta definición se desprende que la edad de inicio de la adolescencia es relativamente fácil de determinar en cada individuo (inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias), pero la edad de término es muy variable de un individuo a otro, por lo que el criterio para fijar el final de esta etapa no debiera ser cronológico, sino el logro de los procesos antes mencionados⁽³⁾.

Desde otro punto de vista, se delimita al grupo de la *juventud* desde los 15 a los 24 años, donde se acerca la edad límite al momento en que la persona se incorpora en

forma plena a la sociedad, con sus derechos y responsabilidades. La distinta utilización de los términos adolescencia y juventud depende del quehacer de los investigadores. Es así como el término *adolescencia* concierne más al ámbito de la salud y el término *juventud* al enfoque desde el punto de vista sociológico ⁽⁷⁾. Por ello es que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la nueva expresión *Gente Joven*, que considera al grupo de 10 a 24 años inclusive, como un modo de ser más concordante con el reconocimiento de una misma etapa que cada vez se hace más extensa, cronológicamente hablando ⁽⁷⁾.

Desde el punto de vista demográfico y utilizando la división tradicional de los grupos etarios en quinquenios, muchos investigadores utilizan como delimitación del grupo, a la población entre 10 y 19 años como sentido operacional, pues los indicadores de salud se entregan por quinquenios de población (10 a 14 y 15 a 19 años). Por otra parte, los individuos sobre 20 años tienen, por lo general, un comportamiento similar al de los adultos, especialmente en la solución de sus problemas de salud ⁽³⁾.

2.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Al inicio de la adolescencia, lo más notorio son los cambios físicos que se producen, finalizando ésta con el mayor desarrollo psicosocial. Algunos autores especialistas en salud mental, dividen a la adolescencia en tres etapas de acuerdo a las edades cronológicas. En la *Tabla 1* ^(3,8,9) se muestran las manifestaciones más importantes de estas etapas:

TABLA 1.- ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 a 14 años)

- En esta etapa, la relación del adolescente con su progenitor del mismo sexo se distancia y comienza la reorientación desde la familia hacia los grupos de amigos.
- Aparece el desafío a la autoridad y actitudes impulsivas.
- Existe una necesidad de privacidad y una gran preocupación por los cambios físicos.
- Hay una intensa amistad con adolescentes de su mismo sexo.
- Los “ídolos juveniles”, sean cantantes, figuras públicas o maestros, tienen una característica de idealización y cualidad de “amor imposible”. Representan una elaboración de la relación con el propio progenitor: de allí el interés frecuente de las preadolescentes en hombres mayores.
- La sexualidad es activamente sublimada en proezas deportivas o en una activa vida social reforzada positivamente por organizaciones preocupadas por la juventud como boy scouts, grupos deportivos, de Iglesia, etc.
- Pueden existir metas vocacionales poco realistas.

ADOLESCENCIA MEDIA (15 a 17 años)

- Este es un período de máximo conflicto con los padres y ocurre un distanciamiento afectivo de la familia, con oscilación entre la rebelión y el compromiso.
- Aparecen características de omnipotencia (se sienten invulnerables, presentan conductas de riesgo como el uso excesivo de drogas y/u otras actividades antisociales).
- También es un período de máxima participación con sus pares, donde comparten sus valores.
- Existe interés en la experimentación sexual.
- Las reuniones grupales pasan a transformarse en grupos de pareja y luego en parejas solas que tienden a aislarse.

ADOLESCENCIA TARDÍA (18 a 19 años)

- En esta etapa se produce un retorno de la cercanía emocional del adolescente con sus padres.
- Desarrolla su propia escala de valores y se propone metas de vida y proyectos más reales.
- Alcanza su propia identidad, tanto en lo personal como en lo social.
- Hay una aceptación de su propia imagen corporal.
- La importancia del grupo de pares disminuye y se priorizan las relaciones íntimas.

2.3. CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA EN EL ÁMBITO BIOPSIICOSOCIAL

2.3.1. EN EL ÁMBITO BIOLÓGICO

Los cambios biológicos de la pubertad dan paso al comienzo de la adolescencia, período en que se producen fenómenos fisiológicos y cambios morfológicos que llevan a alcanzar la madurez de los órganos reproductores con capacidad de procrear. Estos son ^(3,10,11,12,13):

- Características sexuales primarias: en ambos sexos existe crecimiento corporal repentino y notable en cuanto a estatura, peso, musculatura y desarrollo de los órganos reproductores.

- Características sexuales secundarias: en ambos sexos se produce cambio en el tono de voz, en la piel y aparición del vello corporal. En los hombres se produce ensanchamiento de la espalda, crecimiento del pene, testículos y la primera eyaculación. En las mujeres se produce el crecimiento de los senos y la aparición de la menarquia (primera menstruación).

Se ha observado que la edad promedio de aparición de la menarquia en la mujer chilena se ha adelantado desde los 14.8 años en 1890, a 12.2 años en el año 2005. La tendencia secular ha sido de una presentación cada vez más temprana de este evento puberal ^(14,15,16).

2.3.2. EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO

En esta etapa se alcanza el mayor nivel de desarrollo intelectual al que puede llegar un ser humano en su evolución. En ésta se adquiere el pensamiento lógico formal, que según *Piaget*, es un proceso que comienza a partir de los 11 años, manifestándose en una disminución del rendimiento escolar, pues deben cambiar el sistema de estudio que tenían hasta entonces. La memoria por sí sola ya no es suficiente, deben usar el razonamiento y la lógica del pensamiento ^(8,17).

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de la *autoestima*, es decir, la valoración que se tiene de uno mismo. Cuanto más se valora uno mejor se siente con uno mismo y más estimulado, por lo tanto, es importante para desarrollar las capacidades y en definitiva ser más felices ^(18,19). Puesto que el niño pasa de la dependencia de los padres a una independencia, necesita confiar en sus propias fuerzas. Para poder adquirir esta confianza necesita saberse una persona distinta a las demás, conocer sus posibilidades, aptitudes y sentirse valioso. Gracias a todo esto podrá desarrollar una firme identidad ^(17,18,20).

Si el adolescente carece de autoestima se mostrará muy inseguro y cuando se enfrente a alguna tarea difícil dirá que es incapaz de hacerla. Esta misma inseguridad le hará creer que nadie le valora y aunque se atreva a enfrentar un desafío, lo hará con el convencimiento de que no lo conseguirá. Desarrollará un carácter muy influenciado, de manera que cualquier personalidad más fuerte le hará dudar y cambiar continuamente de ideas y comportamientos ^(11,17,18).

La *autoimagen* o imagen que se tiene de uno mismo, tanto física como psicológicamente, es un aspecto muy relacionado con la autoestima, de manera que si el adolescente tiene buena autoestima, su autoimagen con mayor probabilidad será muy positiva⁽¹⁸⁾.

La imagen física que el adolescente tenga de sí mismo estará poderosamente influenciada por el grupo^(18, 19,20). De ahí que para muchas jóvenes su ideal femenino sea cierta cantante muy valorada por los jóvenes con quien se relaciona por su belleza y por sus canciones. Es muy probable que se afane en imitar su modo de vestir, sus peinados o sus “tics”, lo que la hará ser popular dentro de su grupo de amigos. En el caso de los chicos, sus modelos físicos son elegidos principalmente de entre los deportistas o atletas, ya que son el prototipo de hombres muy masculinos por el desarrollo de sus cuerpos^(11,18,19). Cuando los jóvenes no tienen un aspecto físico considerado “adecuado”, es decir, cuando no coincide con el ideal cultural, desarrollan ciertas dificultades de personalidad, como inseguridad y falta de autoestima^(17,18,19,20).

Es importante que en esta etapa los adolescentes aprendan a querer y a cuidar su cuerpo y que conozcan las consecuencias de los cambios que están viviendo. Para ello, es necesario que cuenten con espacios en donde puedan entablar un diálogo franco y tranquilizador acerca de su cuerpo, la sexualidad y la relación con las personas de otro sexo, como la familia, la escuela o las asociaciones religiosas o comunitarias^(8,18).

Otras características llamativas de esta etapa son la impulsividad (falta de control de los impulsos), que muchas veces hiere a otra persona (por lo general a sus padres)^(3,11); la labilidad emocional o los cambios bruscos de humor; la omnipotencia de creer que todo lo saben y que todo lo pueden; el egocentrismo, donde el mundo gira en torno a ellos y sus necesidades sintiendo que todos están preocupados de él o ella; un sentimiento de soledad reiterado; sienten que son únicos, especiales y que no existe nadie capaz de comprender lo que a él o ella le sucede y por ello sienten la necesidad del amigo/a íntimo/a (un par), única persona capaz de entenderlo y de quien podría aceptar consejos^(3,8,11,12).

Un aspecto importante es la capacidad para lograr una moral autónoma, es decir, la adquisición de una responsabilidad como ser social, en la medida que todo individuo vive inserto en un ambiente, en una sociedad en particular⁽¹¹⁾. El adolescente debe abandonar la moralidad infantil, basada en la aceptación de normas y reglas impuestas por los adultos significativos y por la sociedad y comprender que la conducta correcta es aquella que obedece a normas y que se ajusta a una escala de valores y principios universales establecidos por él mismo, a los cuales someterá su conducta y la de otros, y que poco a poco comenzará a internalizarlas^(8,11).

La adolescencia también es una etapa donde se comienza a elaborar un proyecto de vida, a soñar un futuro o planificar una carrera u oficio, la elección de pareja y un estilo de vida, por lo que el adolescente debe definir su identidad en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta consolidación es quizás la más influenciada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del adolescente. El adecuado equilibrio

entre capacidades, expectativas, logros académicos y oportunidades laborales determinará, en buena parte, la calidad de vida y satisfacción personal posteriores del adolescente. La familia influye directamente en esta elección vocacional, a través de opiniones, puntos de vista, sugerencias concretas, o bien, proporcionando modelos o tradiciones familiares. Además, mientras más claro sea su proyecto de vida, su comportamiento sexual será más responsable y menos promiscuo ^(8,21).

2.3.3. EN EL ÁMBITO SOCIAL

La familia es la unidad social a partir de la cual los adolescentes desarrollan gran parte de sus pertenencias, identidades, aspiraciones y también, a la cual muchos de ellos deben su sustento material, al proporcionarles alimentación, techo y vestuario. También es la forma de organización social generada a partir del matrimonio ⁽⁸⁾.

La mayor parte de las personas viven bajo una u otra forma de organización familiar y su función más relevante, en la actualidad, es la educación de los hijos, quienes generalmente viven durante su infancia y adolescencia en este espacio ⁽⁸⁾.

En general, la *familia nuclear o funcional* es la forma de organización familiar más común, compuesta por el padre, la madre y los hijos, donde el jefe de familia (el que sustenta económicamente a ésta) es el padre. También existe la *familia uniparental o disfuncional*, compuesta por el padre ó por la madre y los hijos, por causas como fallecimiento del cónyuge, por separación o divorcio de los padres o porque son

progenitores solteros, donde el jefe de familia que sustenta económicamente a ésta es generalmente la madre ^(8,18,22).

La familia es un elemento indispensable para el desarrollo del individuo. *Freud* ha demostrado cómo esta “placenta familiar” origina un sistema interactivo que desde el nacimiento biológico hasta el fin de la adolescencia sirve para crear un aparato mental estable y resiliente, con capacidad para la toma autónoma de decisiones y de poder enfrentar los desafíos y conflictos que la vida trae consigo. Este sistema comienza con el establecimiento de un vínculo madre-hijo apropiado y sigue con relaciones familiares adecuadas, especialmente con el padre y los hermanos ^(8,18).

La educación de los hijos alude a la importancia de la familia en el proceso de socialización. En la intimidad de su familia, los adolescentes reciben los elementos básicos para la formación de la estructura profunda de su personalidad, así como los criterios y normas que gobiernan sus relaciones sociales. La familia seguirá siendo quien transmita todo un mundo de conocimientos, escala de valores, actitudes y hábitos. Proporciona seguridad emocional y psicológica a través del cariño, el amor y la compañía que se genera al vivir juntos. Será donde aprenda cómo es la sociedad en la que vive y cuáles son las pautas que ha de seguir en ella para que su vida transcurra más fácilmente. Institucionaliza la procreación y provee pautas para regular la conducta sexual ^(8,11,18).

Cuando existen dificultades en las relaciones interpersonales fuera del hogar, los adolescentes pueden mostrarse ansiosos, deprimidos o incluso adoptar conductas

agresivas porque no encuentran la forma de expresar sus opiniones o sentimientos y de confrontarlos con otros jóvenes. Algunos se vuelven muy solitarios, otros disminuyen su rendimiento académico y la relación con los padres se hace cada vez más insostenible porque se niegan a comunicarse con ellos. Sin embargo, si el adolescente ha podido desarrollar en el hogar una alta autoestima, se siente bien consigo mismo y goza del apoyo de sus padres en situaciones estresantes, tendrá una buena adaptación escolar, poseerá la capacidad de hacer amistades y, llegado el momento de relacionarse con el sexo opuesto, no tendrá demasiadas dificultades ^(11,18,20).

La tarea central de la adolescencia es la búsqueda de la identidad, la que se relaciona con el sentirse a sí mismo como estable a lo largo del tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual definitiva, expresada a través de papeles sexuales socialmente aceptados y con la posibilidad de una conducta sexual activa. Dentro de esto, lo más importante es la intensidad que adquiere la relación con su grupo de pares de ambos sexos. Este grupo de pertenencia, que usa un lenguaje, vestimenta y adornos diferentes a los de los adultos, es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir la seguridad y destreza social necesarias para el futuro. A medida que comienza a madurar sexualmente, esto contribuirá en el aumento de la capacidad para expresarse verbalmente, la empatía y comprensión social necesarias para establecer dichas relaciones ^(3,8,11,18,19,20).

La independencia que va teniendo el adolescente con respecto a su familia se debe, en gran parte, a que emergen nuevos sentimientos y preocupaciones que sólo

pueden ser significativamente compartidos con los iguales, como por ejemplo, las transformaciones corporales y las relaciones con miembros del sexo opuesto ^(3,10,18).

El adolescente sale de su hogar en busca de nuevas emociones, busca conocer el mundo y a sí mismo - su propia identidad - y esto lo hace con quienes están pasando por su misma transición, ya que aparecen como confiables para comprender sus experiencias. Esta necesidad del adolescente por definirse a sí mismo implica un grado de conflicto, e incluso, de rebeldía en la relación con los padres, a veces necesaria para lograr un nivel suficiente de autonomía personal ^(3,8).

El papel de los grupos de amigos es mayor cuando la familia no cumple con sus funciones. En jóvenes que provienen de familias funcionales, los amigos y la familia en general convergen en sus actitudes y puntos de vista. Lo opuesto es cuando la familia no funciona, teniendo allí los amigos un papel crucial, sea actuando como puntos de apoyo subsidiarios a la familia, sea impulsando conductas negativas para la salud. Las patotas o pandillas, tienen una función riesgosa o protectora, según las circunstancias que el joven enfrenta, por ejemplo, tendencias a la agresión, valores, liderazgo, participación en actividades extracurriculares, elección de amistades e identificaciones grupales ^(8,18).

La permanencia en el ámbito escolar es un factor importante de desarrollo para los adolescentes, pues allí se verifican dos procesos fundamentales: la socialización y la evolución del desarrollo personal. Los impulsos y necesidades primariamente dadas desde la biología deben ser tamizados y controlados por el individuo con ayuda de

sistemas externos que los encaucen. Este papel, que inicialmente pertenece a la familia, es progresivamente tomado por la enseñanza primaria y luego por la secundaria. El desarrollo personal es promovido a través de la ayuda en el campo de elaboración de la identidad, de la toma de decisiones vocacionales y de la elaboración del proyecto de vida futuro durante la adolescencia ^(8,18,20).

La educación formal es influida por diversos factores familiares como la situación socioeconómica, el nivel educativo de los padres, el grado de satisfacción con la propia inserción laboral, etc. Las familias en nivel de pobreza tienen especiales dificultades en apoyar a sus hijos y por ello es mucho más frecuente que en ellas disminuyan el rendimiento escolar y aumente la deserción escolar ^(8,18).

La escuela aporta, además del ámbito curricular propiamente tal, una serie de oportunidades extracurriculares de desarrollo, un espacio para conocer a pares y hacerse de amistades, las cuales, muchas veces, pasan a tener un papel central de por sí en la definición de los futuros proyectos de vida del adolescente ^(8,18,20).

2.4. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA ADOLESCENCIA

Según una síntesis de resultados del Censo realizado en el año 2002, existía un 25,7% de población menor de 15 años, 6,8% de adolescentes entre 15 y 18 años y 9,6% de población entre 19 y 24 años ⁽²³⁾.

Según las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población de adolescentes estimada para los años 2005 y 2010 era de 1.488.498 y 1.328.934 para el grupo de 10 a 14 años, respectivamente; y de 1.463.158 y 1.488.317 para el grupo de 15 a 19 años, respectivamente. Estas cifras corresponderían al 18,1% de adolescentes con respecto a la población total para el año 2005; y al 16,5% de adolescentes con respecto a la población total para el año 2010 ⁽²⁴⁾, observándose una disminución del grupo.

2.5. SEXUALIDAD, ROLES DE GÉNERO Y MATERNIDAD

La sexualidad forma parte esencial de la vida del ser humano y sus expresiones y comportamientos están determinados culturalmente. Tiene una base biológica, pero además es un aspecto de la vida humana que siempre es visto a través de prismas valóricos y de elementos tanto racionales como afectivos. Los valores en torno a la sexualidad y los patrones de conducta para cada sexo, así como la relación que debe haber entre ellos, son definidos socialmente. Niños y niñas son socializados en la familia, la escuela y la iglesia bajo valores, creencias y mitos propios de su cultura. Durante la niñez y la adolescencia, se van estructurando las conductas y las ideas correspondientes a cada sexo, aprendizaje que constituye la base del comportamiento en la adultez ^(18,21).

“Sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El término “género”, en cambio, apunta a algo más amplio que la diferenciación biológica. Al hablar de género se enfatizan las cualidades sociales de las distinciones que se fundan en el

sexo; es una categoría relacional que analiza las conductas y actividades de hombres y mujeres en interacción. Se alude también a la división sexual de la vida y del trabajo en base a componentes ideológico-culturales, que determinan relaciones jerárquicas y desiguales entre hombres y mujeres ⁽²¹⁾.

En la sexualidad de los adolescentes, desde una perspectiva de roles de género, aún permanecen pautas de conducta tradicional. Si bien es posible observar algunos cambios en las formas de pensar sobre la sexualidad y los roles de cada género, los hombres manifiestan más que las mujeres que buscaron la primera relación sexual por curiosidad y por el deseo de hacerlo; las mujeres, en cambio, declaran haber tenido su primera relación sexual porque se lo pidieron o por amor al otro. Las mujeres muestran mayor compromiso afectivo, mientras los hombres valoran más el deseo físico y el acto sexual en sí mismo. Estos roles de género son adquiridos a través del proceso de socialización y son moldeados por agentes externos al sujeto como la religión, la economía, las normas, los valores dominantes y el sistema político, entre otros ^(8,18,21).

Existen tres roles de género distintos: el rol reproductivo, el productivo y el socio-cultural ^(18,21). El rol reproductivo se refiere a las tareas domésticas asociadas a la crianza de los niños, esenciales para la reproducción de la especie. Se considera que la sexualidad de la mujer gira en torno a la maternidad y que la relación coital debiera tener principalmente ese objetivo. La Iglesia Católica, los poderes públicos y amplios sectores de la sociedad enfatizan este rol maternal y las conductas virtuosas como si fueran innatas en la mujer, olvidando el peso de las determinantes culturales ^(18,21).

El ensalzamiento de la maternidad produce en la mujer que no es madre el sentimiento de ser una persona frustrada e incompleta. Muchas mujeres son madres a edad muy temprana, o bien lo son a pesar de tener ya varios hijos y una salud precaria, porque es su única manera de reforzar su valor social y su identidad ^(18,21).

El rol productivo se refiere a la producción de bienes y servicios para el consumo y comercio y lo pueden ejercer tanto hombres como mujeres. Cabe destacar, sin embargo, que existe una discriminación positiva hacia los hombres en los lugares de trabajo ^(18,21).

Finalmente, el rol socio-cultural se refiere a actividades en la esfera pública de la comunidad. En general, los hombres acceden a las esferas de poder y toma de decisiones en mayor medida que las mujeres ^(18,21).

2.6. SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD EN LOS ADOLESCENTES: INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

La entrada de los jóvenes a la actividad sexual ya no es un rito de paso iniciático (con una prostituta en el caso de los hombres; en la noche de bodas en el caso de las mujeres), sino que corresponde más bien a un proceso de familiarización y aprendizaje progresivo respecto del cuerpo, de las reacciones y sentimientos del otro. Es un conjunto de etapas sucesivas, desde el beso profundo y las caricias sobre el cuerpo y genitales a la penetración genital ^(9,25).

En el año 1991, un 42% de los jóvenes declaró tener actividad sexual y en el año 1996, un 55%. Mientras la edad de la primera relación sexual ha permanecido relativamente estable entre los hombres: 16.4 años en el año 1991 y 16.1 años en el año 1996, en las mujeres ha disminuido significativamente: 18.9 años en el año 1991 y 16.8 años en el año 1996 ⁽²⁶⁾.

La información disponible indica, en general, una tendencia al descenso de la edad de la primera actividad sexual en las generaciones nacidas en Chile en las últimas décadas, especialmente en las mujeres. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud, realizada en el año 2003 por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), un 9% de las mujeres inició actividad sexual antes de los 14 años ⁽²⁷⁾.

Además, muestra que en el grupo de los 11 a 14 años, un 20.8% de los hombres y un 10.1% de las mujeres inició actividad sexual; dentro del grupo de 15 a 18 años, un 66.1% de los hombres y un 63.3% de las mujeres; dentro del grupo de 19 a 24 años, un 10.1% de los hombres y un 24.1% de las mujeres; y dentro del grupo de 25 o más años, un 1.8% de los hombres y un 2.1% de las mujeres inició actividad sexual ⁽²⁷⁾. La mayoría de los jóvenes tiene su primera actividad sexual entre los 15 y 18 años (62.2%). Quienes se inician sexualmente antes de esa edad son el 16.0% de los casos y quienes lo hacen entre los 19 y 24 años son el 20.6%. Sólo el 1.4% de los consultados inició su actividad sexual después de los 24 años ⁽²⁷⁾.

De lo anterior se deduce que los hombres chilenos se inician sexualmente, en promedio, a los 16.2 años y las mujeres a los 17.8 años ⁽²⁷⁾.

2.6.1. FACTORES PROTECTORES DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ EN LOS ADOLESCENTES

2.6.1.1. FACTORES PERSONALES

-
Dentro de estos factores se encuentra la relación emocional que tiene el adolescente con al menos un padre o adulto significativo y la presencia de un auto concepto positivo ^(3,8,25).

Otro factor es la experiencia de sentido y significado de la propia vida como la fe, la religión y la ideología (*religiosidad*, que al parecer ejerce una poderosa influencia en la capacidad de la persona para enfrentar situaciones estresantes y superar la adversidad) ^(3,8,25).

La *religiosidad*, asistencia al culto y aceptación de normas religiosas es un factor decisivo que guía o influye en las actitudes y conductas de los adolescentes frente a la sexualidad ^(3,11). Los adolescentes realizan una revisión crítica a los valores éticos y religiosos aprendidos en la familia o en la escuela, necesaria para poder incorporar esos valores como propios y no impuestos por otros. Puede aparecer incluso en ellos crisis religiosas, que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso. Esta tendencia a irse a posiciones extremas, va disminuyendo en la medida que se estabiliza el proceso de desarrollo ^(3, 8,11).

La religiosidad parece ejercer una poderosa influencia en la capacidad de la persona para enfrentar situaciones estresantes y superar la adversidad. Es tener fe, es la convicción de que la vida tiene un sentido, ayuda a enfrentar de mejor manera los peligros de la pobreza, del abuso sexual, del alcoholismo, de la mala salud física y mental y de diversos otros factores de riesgo (*resiliencia*)^(8,18). Asimismo, al recurrir a redes sociales de ayuda conformadas por quienes comparten su fe, amplía el círculo de posibilidades de recibir apoyo en circunstancias difíciles. La autoestima de la persona, es, asimismo, fomentada por la noción de que tanto él como su familia comparten la experiencia de ser amados por un ser superior^(8,11).

Las características temperamentales que favorecen el enfrentamiento efectivo o *resiliencia* que, según Vanistendael, “es la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles y esto de una manera socialmente aceptable”⁽⁸⁾, es otro factor considerado como protector del inicio de la actividad sexual.

En las mujeres es mayor el efecto de la religiosidad sobre la edad de inicio de la actividad sexual, retrasándola hasta en dos años en quienes participan comparado con quienes no lo hacen, independiente de qué religión se trate.⁽³¹⁾

2.6.1.2. FACTORES SOCIALES

-

Dentro de estos factores tenemos la presencia de redes sociales tanto dentro como fuera de la familia, como los parientes, los vecinos, los profesores, los religiosos y

los pares, entre otros; y el balance adecuado entre las responsabilidades sociales y las expectativas de logro como el rendimiento escolar ^(3,8,25).

2.6.2. FACTORES DE RIESGO O CONDICIONANTES DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ EN LOS ADOLESCENTES

2.6.2.1. FACTORES BIOLÓGICOS – GENÉTICOS

-

Dentro de estos factores se encuentra la historia familiar de alcoholismo; el antecedente de embarazo adolescente en la familia o en la misma adolescente; y la existencia de divorcios y/o nuevos matrimonios de la madre o del padre ^(3,4,8,9,25).

2.6.2.2. FACTORES DEL AMBIENTE PERSONAL Y CONDUCTA

Las características del desarrollo cognitivo y psicosocial, propias de la etapa, explican por sí solas un excesivo riesgo de actividad sexual precoz. Además, conductas como bajo rendimiento escolar e ingesta de alcohol excesiva, son predictores importantes del consumo de sustancias químicas, de la delincuencia y de la actividad sexual precoz. También adquiere importancia la familia, donde la relación entre disfunción familiar, escasa comunicación y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada ^(3,4,8,9,25).

En esta etapa de la adolescencia, el grupo de pares cobra máxima importancia como modelo de conducta. Se ha demostrado una relación estrecha entre la actividad

sexual y la percepción de que los pares son sexualmente activos. Además, las parejas hombres de las adolescentes son generalmente 4 a 6 años mayores ^(1,2,7,8,21).

La conducta sexual temprana aumenta de diversos modos el riesgo de consecuencias para la salud en la adolescente. Mientras más tempranamente la joven comienza su vida sexual, es más probable que sigan consecuencias negativas, pues tienen más relaciones sexuales y más parejas que quienes comienzan su actividad sexual posteriormente. Las consecuencias más nocivas para la salud son las enfermedades de transmisión sexual, con efectos colaterales como infertilidad, cáncer del cuello del útero, embarazos ectópicos (embarazo fuera del útero) e infecciones que se transmiten al recién nacido ^(8,9).

Según el Quinto Estudio Nacional de Drogas realizado en la población general de Chile, por CONACE en el año 2002, un 4,2% de las mujeres adolescentes de 12 a 18 años consume alguna droga ilícita, siendo mayor el consumo de marihuana (3,8%). En el grupo de 19 a 25 años, un 8,6% de ellas consume alguna droga ilícita, donde también el mayor consumo es de marihuana (6,6%) ⁽²⁹⁾.

En cuanto al inicio del consumo de drogas lícitas, ocurre a los 12,9 años para el tabaco y 13,2 años para el alcohol. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, la edad de inicio es a los 14,4 años para la marihuana, 13,5 años para la pasta base y de 14,8 años para la cocaína. En cualquiera de las drogas estudiadas, el consumo era mayor en el grupo etéreo de 18 años y más ⁽²⁹⁾.

Según los resultados del Estudio de Diagnóstico del Consumo de Drogas de la Población Escolar en Chile, más de un 44% de los alumnos de octavo básico consumió alcohol en el último año, cifras que se incrementan a medida que se avanza en los niveles de enseñanza, llegando en 4° medio a un 77.7% ⁽³⁰⁾.

2.6.2.3. FACTORES SOCIALES

Durante los últimos años, la sociedad ha experimentado cambios estructurales profundos. Uno de los más significativos ha sido el impacto de los *medios de comunicación* masivos tanto en la cultura como en las prácticas sociales. La formación de valores, como la transmisión del pensamiento y normas eran tarea exclusiva de la familia, de la escuela, de las religiones organizadas, entre otras. Sin embargo, hoy ésta se ve atravesada y en muchos casos superada por los medios de comunicación a los que están expuestos desde hace varios años los jóvenes de nuestra sociedad ^(3,4,8,9,25).

Estos medios utilizan la sexualidad para vender sus productos por medio de mensajes en gran parte alternativos o contradictorios a los que plantea la familia tradicionalmente. Algunos de estos mensajes son: “El sexo es entretenido, la conducta sexual no tiene riesgo alguno, el sexo antes y fuera del matrimonio es común”. A menudo hay referencias a la actividad sexual entre parejas no casadas, o ligado a la prostitución y violencia, pero casi nunca es mostrado dentro de un contexto donde se dé cabida al amor, estabilidad y relación de compromiso, ya sea dentro o fuera del matrimonio ^(3,4,8,9,25).

Se podría decir que la televisión y la vida familiar son absolutamente incompatibles a menos que haya una disciplina que regule el tiempo que se dedica a ambos. En aquellos hogares en los que la televisión ocupa un lugar privilegiado, la estructura familiar se empieza a resentir. Lo primero que se ve afectado es el diálogo. Los padres no encuentran un momento para resolver temáticas con sus hijos, ni para estar al tanto de sus problemas, ni mucho menos poder estimularles por cualquier cosa positiva que hayan realizado ^(8,18).

En cuanto a los estudios, los adolescentes que ven más de dos horas de televisión diarias obtienen un rendimiento escolar más bajo ^(8,18). Al parecer la causa principal es una menor capacidad de abstracción y retraso del proceso madurativo. Muchos adquieren el mal hábito de estudiar con la televisión prendida “por si sale algo interesante”, de modo que los jóvenes rinden peor intelectualmente y se vuelven más pasivos mentalmente ^(8,18).

La educación de los individuos, así como la religión, tienen una fuerte influencia en la edad de inicio de la actividad sexual de los jóvenes. Respecto de la educación hay dos temas a destacar: uno es que, a mayor nivel de educación, más tardío es el inicio de la actividad sexual en los adolescentes ⁽²⁷⁾. Ahora, el acceso a la educación está fuertemente determinado por el nivel socioeconómico y esto se refleja en la mayor precocidad en el inicio de la actividad sexual de los jóvenes de sectores populares. Esto también es bastante generalizado en otros países, donde las culturas obreras tienen, en general, inicios de actividad sexual más tempranas. El retraso de la independencia

también influye en un retraso del inicio, especialmente en la gente que llega a la educación superior ⁽²⁷⁾.

En cuanto a la participación social y ocupación del tiempo libre, se plantea que las mujeres participan de un modo diferente a los hombres. La participación de la mujer está cruzada por una variable común a todos los ámbitos: la socialización para la maternidad. Este es un tema en el que la mujer se socializa desde pequeña y la orienta más hacia el espacio privado que hacia el espacio público. Posteriormente, cuando la mujer quiere participar en el espacio público, entra en un mundo competitivo, desechable, en el cual requiere ser más agresiva ^(8,27).

De los datos obtenidos a partir de la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud, se observa que las mujeres adolescentes participan menos en organizaciones que los hombres adolescentes, y cuando participan, lo hacen principalmente en grupos religiosos juveniles (16.1%) o en grupos virtuales o grupos de Chat (11.2%). Los hombres adolescentes, por su parte, participan principalmente en clubes deportivos (33.7%) y en grupos de hobbies o juego (18%). Cabe destacar que la participación de las adolescentes en esos dos tipos de grupos es bajísima: 8.3% en el caso de los clubes deportivos y 3.9% en el caso de los grupos de hobbies o juego ^(18,28).

Además de las diferencias observadas entre las y los jóvenes en la cantidad de participación (el cuánto participan) y en las organizaciones que motivan la participación (el dónde participan), también existen diferencias en sus relaciones más informales, o dicho de otro modo, en la participación en los grupos de amigos ^(8,18,27).

En primer lugar, los hombres declaran con mucha más frecuencia que las mujeres que tienen un grupo de amigos con los que se junta frecuentemente (83.6 y 68.4%, respectivamente) ^(8,18,27) principalmente en la calle (ya sea calle propiamente tal, una esquina, una plaza o un parque). Las mujeres mencionan más frecuentemente juntarse con su grupo de amistades en el lugar de estudios o en lugares públicos (por ejemplo, restaurantes y centros de recreación) ^(8,27).

De lo anterior se puede concluir que los hombres tienen un estilo de sociabilidad más público, mientras que en las mujeres predominan las relaciones de amistad en espacios privados, confirmándose los planteamientos de la teoría de género ⁽²⁷⁾.

Además de esta diferencia en los espacios utilizados por hombres y mujeres en sus relaciones de amistad, también existen diferencias en el contenido de estas relaciones. Esto se observa en el hecho de que los hombres declaran que conversan más que las mujeres de sexualidad y de problemas prácticos con sus amigos, mientras que las mujeres declaran conversar más que los hombres de sus problemas afectivos o emocionales ^(8,27).

En cuanto a la comunicación en temas de sexualidad, las mujeres son las que más conversan al respecto con los padres, especialmente con la madre. En general, se plantea que los jóvenes que conversan de estos temas con los padres son los que más tienden a buscar comunicación con otras personas o grupos ⁽²⁷⁾.

Por último, también se considera dentro de los factores sociales el nivel socioeconómico bajo, la inequidad y la falta de oportunidades como factores de riesgo de inicio de actividad sexual precoz ^(1, 2, 7, 8, 21).

Según *Jessor* (1993), existen factores que determinan el inicio de actividad sexual según la percepción de los adolescentes. Estos factores son: presión de los pares, curiosidad, el querer sentirse bien, sentirse atractiva, sentirse querida, el querer tener una relación cercana, por estar enamorada de su pareja, querer tener un hijo, por falta de control de la situación, para sentirse mayor, con mayor independencia y autonomía, y el creer que todos o la mayoría de sus pares tienen actividad sexual ⁽⁸⁾.

2.7. REDES SOCIALES: APOYO SOCIAL OBJETIVO Y SUBJETIVO

La red social hace referencia a un conjunto de relaciones sociales que un individuo puede presentar, con efectos que pueden ser facilitadores, neutros o negativos sobre el bienestar ⁽³²⁾. La red social hace énfasis en los aspectos estructurales (tamaño, densidad y grado de conexión); en las características de vínculo de los componentes (intensidad, durabilidad, frecuencia, etc.) y a los contextos normativos de las relaciones (la familia, el grupo de amigos, los vecinos y los conocidos) ⁽³³⁾.

Se define apoyo social como: “la percepción que tiene un individuo a partir de su inserción en las redes sociales, de que es: a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; y c) que es provisto con ayuda instrumental e informacional y que pertenece a una red social con derechos y obligaciones” ⁽³⁴⁾.

No existe un concepto claro y consensual de apoyo social, sin embargo, se tiende a señalar cuatro tipos o recursos de apoyo social ⁽³³⁾.

- *Apoyo emocional*: se refiere a la información que tiene una persona respecto de sí, si es estimada y aceptada. La autoestima es mejorada por la comunicación de otras personas, de que ellos son valorados por sus propios méritos y experiencias y son aceptados a pesar de cualquier dificultad o falla personal. En diferentes estudios se ha demostrado que este tipo de apoyo es el más importante para fomentar y mantener la salud y el bienestar.

- *Apoyo informacional*: se refiere a la información que ayuda a un individuo a definir, entender y enfrentarse a situaciones problemáticas.

- *Apoyo como acompañamiento social*: se refiere a ocupar el tiempo libre y actividades recreacionales con sus pares, pudiendo reducir el estrés al satisfacer una necesidad de afiliación y contacto con otros y así se ayuda a que el sujeto pueda distraerse de sus problemas angustiosos o facilitar estados de ánimo afectivo positivo.

- *Apoyo instrumental*: se refiere a la provisión de ayuda financiera, recursos materiales y necesidad de servicios. La ayuda instrumental puede facilitar la reducción del estrés, por la solución directa de un problema o por proveerle al receptor el aumento del tiempo necesario para actividades tales como relajación o entretenimiento.

Dentro de la perspectiva instrumental, la evaluación del apoyo social es clasificada en dos etapas:

1.- *Apoyo social objetivo* definido como la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio ⁽³²⁾. Es la inserción del sujeto en una red de intercambios sociales, que va desde la familia hasta las instituciones con las que mantiene contactos ^(8,35).

2.- *Apoyo social subjetivo* se define como la satisfacción o disponibilidad percibida del apoyo instrumental, cognitivo y emocional del entorno social ⁽³⁴⁾. Es la percepción que la persona tiene de estar incorporada a la red social, siendo reconocida, estimada y valorada, a la vez que es sujeto de derechos y deberes con ella ^(8,35).

Dentro de los efectos positivos del apoyo social tenemos que inhibe conductas de riesgo como el embarazo precoz, el consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc., y que refuerza conductas de salud sobre el impacto del estrés y, por lo tanto, conductas inadaptativas de afrontamiento que agraven el problema ⁽³⁵⁾. Tiene efectos positivos sobre la autoestima, está asociado a una menor reactividad y mejor manejo ante acontecimientos negativos. La presencia de redes sociales proveería de consejos, servicios y nuevos contactos sociales ^(8,33).

Dentro de los efectos negativos del apoyo social tenemos que, al proveer excesivo apoyo, puede generar aumento de la amenaza al bienestar, provocando

aumento de la dependencia. Cuando los procesos de interacción no son placenteros o no deseados, se invade la vida privada, contribuyendo a disminuir el bienestar ^(33,35).

2.8. EMBARAZO ADOLESCENTE: PROBLEMA EMERGENTE DE SALUD PÚBLICA

2.8.1. MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS

En Chile, la tasa de fecundidad ha disminuido en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad de la madre, pues en el año 1983 fue de 59,1 y 137,6 respectivamente, y en el año 2003 fue de 54,7 y 94 respectivamente (Tasa calculada por 1000 mujeres) ⁽³⁸⁾.

La Tasa Global de Fecundidad, descendió entre 1996 y 2004 de 2,2 a 1,9 hijos promedio por mujer en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad). De esta forma, la fecundidad en Chile sigue su descenso y alcanza actualmente su valor mínimo en la historia del país al ubicarse bajo la cifra que asegura el reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer) ^(39,40).

En el año 1996, el mayor aporte a la fecundidad se produjo entre los 20 y 24 años, con 115 nacimientos por mil mujeres, a diferencia del año 2004, donde el mayor número de nacimientos promedio aportados por las mujeres en edad fértil correspondió al tramo de 25 a 29 años, con 92 hijos por cada mil mujeres ⁽³⁹⁾.

Aunque el descenso del nivel de fecundidad entre 1996 y 2004 se produjo en todas las edades fértiles de la mujer en Chile, el mayor descenso relativo del período

corresponde a las menores de 20 años, que pasaron de 67 hijos por cada mil mujeres en el año 1996 a 49 hijos en el año 2004. Las mujeres de 20 a 24 años disminuyeron su aporte a la fecundidad de 115 a 84 nacimientos por cada mil mujeres ⁽³⁹⁾.

Es importante aclarar que la fecundidad se expresa de 15 a 49 años o mujeres en edad de procrear y no incluye a las de 14 años y menos ⁽⁴¹⁾. Para las de 12 años y menos es difícil estimar las tasas de fecundidad, pues la edad de la menarquia marca el límite del inicio de la fecundidad. La edad promedio de la menarquia en Chile se estima en 12.2 años, pero entre el 55 y 82% de los ciclos de las niñas de 12 y 14 años son anovulatorios. En estas circunstancias es arriesgado estimar la población fértil en estas edades, pues el denominador de la tasa está afecto a error ^(16,41,42).

La tasa de natalidad en 1999 fue de 19 nacidos vivos por 1.000 habitantes en Chile ^(3,19). Del total de nacidos vivos registrados, 15% ocurrió en el grupo de adolescentes y 40,2% en el grupo de jóvenes entre 15 y 24 años de edad ⁽¹⁹⁾. En otros países de América Latina de menor desarrollo, los nacidos vivos de adolescentes representan por sobre el 25% de todos los nacimientos (Perú y El Salvador). En México, Nicaragua y Guatemala, esta cifra alcanza un 24%. Cuba y Uruguay tienen un porcentaje similar a Chile, 15%, siendo éste inferior en Argentina, con un 12% ^(3,27).

En el año 2004, 906 adolescentes menores de 15 años fueron madres, lo que equivale a una tasa de 3,9 nacimientos x cada 1000 habitantes en el país ⁽⁴³⁾.

Entre los años 1990 y 2001 en Chile, se ha producido un aumento del porcentaje de nacimientos provenientes de madres adolescentes menores de 20 años, cifra que se

incrementó de 13,8% en 1990 a 16,2% en el 2001. En el año 2002 fue de 15,7%; mientras que en el 2003 y 2004, fue de 14,9% ^(2,40).

Una de las principales características de las madres adolescentes es su condición de pobreza. Según un diagnóstico de la situación de la mujer chilena hecha por el Servicio Nacional de la Mujer en el año 1991, el 90% de las adolescentes embarazadas son solteras; 74% se concentra en los quintiles de menores ingresos; y un tercio asiste regularmente a clases y tiene niveles de aprobación escolar de 79% ⁽⁴⁴⁾. Ser pobre y con baja educación condiciona una fecundidad precoz que se observa con mayor fuerza en el sector rural ^(25,44).

Según el Censo del año 2002 y Estudios de la INJUV, de una muestra de 75.498 adolescentes embarazadas, el 2% pertenecía a la clase alta-media alta; 6% a la clase media; 15% a la clase media-baja; 48% a la clase baja; y 29% a la clase de extrema pobreza ⁽⁴⁵⁾.

Además, según los años de estudios aprobados, el estudio demostró que para las menores de 15 años, el 73,5% aprobó 7 a 9 años de estudio; y el 57,3% de las madres entre 15 y 19 años aprobó 10 a 12 años de estudio ⁽¹⁾.

2.8.2. SALUD MENTAL

El embarazo en la adolescencia representa hoy en nuestra sociedad una situación de riesgo psicosocial, dada las características del período evolutivo. El contexto sociocultural debe tenerse en consideración porque determina diferencias importantes, entre un caso y otro, dado que los significados, las repercusiones y consecuencias son diferentes, dependiendo de muchas variables como la época, la cultura, país, región urbana o rural, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, características familiares y personales, entre otras ^(3,44).

Es importante la salud mental de los adolescentes que se enfrentan a la concepción de un ser durante este período de sus vidas, ya que en su mayor parte, estos embarazos son inesperados y representan una carga desde todo punto de vista (biológico, psicológico y social) ^(3, 4, 46,47).

Si se considera que la tarea central de la adolescencia es la adquisición de una identidad propia, tener que enfrentar un embarazo significa el enfrentar también una tarea para la cual los jóvenes no se encuentran preparados. Aún no están las condiciones para que atiendan adecuadamente a las necesidades de un hijo, el cual requiere preocupación por su propio proceso de desarrollo ^(3, 4, 46,47).

La situación de un embarazo a los 13 años de edad es, desde una perspectiva del desarrollo, cualitativamente diferente a uno a la edad de 18 años. En el caso de las embarazadas entre 18 y 19 años, éstas habrían completado su proceso de crecimiento físico. En las áreas cognitivas, emocional y social presentan un mayor grado de madurez. En general, se encuentran a las puertas de terminar el período escolar y de

enfrentar la educación superior o el mundo laboral y algunas contraerán matrimonio. El riesgo obstétrico que presentan es menor, sin embargo, su riesgo social sigue siendo mayor al de mujeres que tienen su primer embarazo después de los 20 años ^(3, 2,46).

2.8.3. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

En el grupo de adolescentes entre 17 y 19 años, se plantea la problemática de la actividad sexual no protegida, con la consecuente incidencia de embarazos accidentales. Esto sería producto de la contradicción a que están sometidos los jóvenes en nuestra cultura en lo que a sexualidad se refiere. Por una parte, son bombardeados por imágenes de alto contenido erótico con omisión de sus consecuencias, y por otra, son privados del derecho a la información y educación necesarias para el ejercicio de una sexualidad responsable, bajo el supuesto erróneo de que tales medidas acarrearían consecuencias negativas para la sociedad ^(3, 4,48).

Para el grupo de adolescentes menores de 15 años, la etiología es más compleja. Junto con estar expuestas a los mismos mensajes contradictorios, con mayor frecuencia viven en un contexto de carencias afectivas, sociales y económicas, familias uniparentales y disfuncionales, dificultad y deserción escolar, consumo de alcohol y otras drogas, baja autoestima, impulsividad, condiciones de hacinamiento y pobreza, entre otros factores de riesgo, son terreno fértil para relaciones disfuncionales, incluyendo contactos sexuales inapropiados ^(4,48).

Factores como funciones cognitivas limitadas, autoimagen inestable, sentido de identidad incompleto, percepción inmadura de riesgo personal y necesidades de

contacto y afecto no satisfechas, pueden acelerar la exposición de las adolescentes a experiencias sexuales antes de estar cognitivamente y emocionalmente listas para ellas ^(3,4,48).

Las consecuencias para las adolescentes a mediano y largo plazo son muy importantes porque va constituyendo progresivamente lo que se ha denominado el síndrome de fracaso en la madre adolescente, el que se caracteriza por ^(3,4,47):

- El enfrentamiento a una responsabilidad para la que no se encuentra preparada.
- La incapacidad para completar adecuadamente las tareas propias de la adolescencia.
- Serias dificultades o imposibilidad de finalizar sus estudios, a pesar del creciente número de establecimientos educacionales municipalizados y no municipalizados que permiten la continuidad escolar a las estudiantes embarazadas.
- Con frecuencia el embarazo con el progenitor de su embarazo, y, en muchos casos, marca el término de esta relación. Es por ello que aparecen dificultades o fracaso para constituir una familia adecuada, con posibilidad de ruptura con su familia de origen, pérdida de su pareja, matrimonio forzado, fracaso matrimonial posterior, constitución final frecuente como familia monoparental o con recambio de pareja.
- Dificultades para conseguir un trabajo estable, calificado y bien remunerado por una escolaridad incompleta por abandono precoz de los estudios y dificultades para salir a trabajar por tener que cuidar a sus hijos.

- Dificultades en la crianza de sus hijos: sensación de incapacidad e incompetencia, sentida por ellas o manifestado explícita o implícitamente por las personas que las rodean; rol materno compartido, cedido o perdido frente a sus madres u otros adultos; sensación de incompetencia para lograr un adecuado nivel de desarrollo para sus hijos, dado por un cierto grado de inmadurez personal y social de la joven madre.
- Dependencia económica de su familia de origen o apoyo de instituciones, con mayores dificultades de mejorar su nivel socioeconómico y menos probabilidad de ascenso social.
- Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2.8.4. ASPECTOS SOCIALES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que emerge en todos los grupos sociales, pero sus características, causas y consecuencias difieren de un grupo social a otro. Es posible que en los sectores socioculturales más altos este evento se mantenga más en el anonimato y que su desenlace suela ser resuelto en decisiones tomadas en el contexto intrafamiliar; mientras que en los sectores más pobres, las implicancias médicas y sociales suelen ser más agudas ^(2,8,46,50).

2.8.4.1. FACTORES PROTECTORES DE EMBARAZO ADOLESCENTE

Para la adolescente, tener una familia estable (aún uniparental), un diálogo fluido con un adulto referente, rendimiento escolar satisfecho y grupo de pares con conductas adecuadas constituye el medio idóneo para la satisfacción de sus necesidades básicas, para su seguridad emocional, su desarrollo moral, espiritual y psicológico ^(8, 50,51).

Se ha demostrado que los mayores niveles de instrucción, la existencia de programas de educación sexual, la mayor autoestima de la adolescente y existencia de proyectos de vida, la mayor instrucción de los padres, la mejor comunicación de la familia y la mejor ocupación del tiempo libre, se asocia al retraso en el inicio de la actividad sexual de los adolescentes y al uso de métodos anticonceptivos cuando ésta se inicia ^(3,50).

Se ha dicho que uno de los factores protectores generales, para cualquier conducta de riesgo, es la calidad de la interacción con la familia. Esta interacción afecta el rendimiento escolar, la competencia social y las relaciones interpersonales del niño. Los padres habitualmente se hacen responsables de proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de su progenie, alejándolos de amenazas externas provenientes del medio natural o de grupos o instituciones que presenten peligro. El modo concreto de cumplir con esta función parental es el monitoreo de las actividades del adolescente, supervisando y colocando límites al joven. El cumplimiento de esta función se correlaciona con una menor frecuencia de conductas de riesgo ⁽⁸⁾.

2.8.4.2. FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE ^(3,8,14,16,17,29,50,51,52)

1.- Menarquia precoz. Su adelanto, en los últimos tiempos, a un promedio de 12.2 años ha hecho que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, otorgándole madurez reproductiva cuando aún no manejan las situaciones de riesgo ^(16, 17,29).

2.- Inicio precoz de actividad sexual cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3.- Familia disfuncional tanto en su organización como en su composición. Familias frecuentemente uniparentales, en alta proporción de jefatura femenina, con padre ausente por separación de los padres o por abandono paterno, viudez o por ser hijas nacidas fuera del matrimonio. Con frecuencia, entonces, es la madre quien además de proveer para la mantención de los hijos, deja a éstos a expensas del cuidado de terceras personas o simplemente los deja solos.

También son disfuncionales en la forma desorganizada de cómo se estructuran sus actividades familiares, se exponen las normas y se comparten las responsabilidades; o con conductas promiscuas que generan carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a actividades sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que genuino vínculo de amor.

Con frecuencia, hay presencia de figuras parentales sustitutas, principalmente padrastro o conviviente de la madre y/o figuras parentales negativas, padres, abuelos, hermanos alcohólicos, drogadictos y/o violentos. Por lo general, son familias que

presentan necesidades de afecto insatisfechas y deficiente comunicación entre sus miembros, en especial acerca de temas sexuales.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, baja escolaridad de los padres, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres ^(14, 25, 29, 50).

La gran disponibilidad de tiempo libre en una adolescente de bajo nivel socioeconómico, con mal rendimiento escolar, falta de apoyo familiar, escasas expectativas y metas, baja autoestima, inadecuados modelos parentales y grupos de pares de similares características, facilitarían conductas desadaptativas entre las que destacan el embarazo precoz ⁽⁵³⁾.

4.- Bajo nivel educativo. El abandono de los estudios es una situación frecuente en la escolar que se embaraza, previo a pobres rendimientos escolares, repitencias o desmotivación académica. También porque hay más ausencia de proyectos de vida y las metas profesionales, vocacionales, laborales y familiares son vagas y difusas.

Otra razón puede ser su temprana incorporación al campo laboral, pero la mayoría de ellas más bien han quedado recluidas en sus hogares al cuidado de sus

hermanos menores o dedicadas a asumir quehaceres domésticos, en reemplazo de sus madres quienes han tenido que abordar la provisión económica de la familia.

5.- Factores socioculturales. Un factor sociocultural importante que favorece el embarazo en las adolescentes, es el hecho de que en algunas comunidades, en las que si bien se condena la sexualidad adolescente, por otra, se acepta el embarazo precoz como algo natural o mágico, creyendo que no se embarazan porque no lo desean y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Los adolescentes se encuentran inmersos en un contexto erotizante, en una cultura que estimula el inicio sexual precoz, pero que no educa sobre sus consecuencias y no les da el derecho a la información oportuna y clara. Las ocasiones para tener relaciones sexuales son cada vez mayores, sin que se produzca un aumento en la información y el acceso expedito a métodos anticonceptivos, relaciones que se caracterizan por ser no predecibles y no protegidas. Es común que entre adolescentes circulen mitos como que sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando hay penetración completa, etc.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente ⁽¹⁴⁾.

6.- Factores socioeconómicos. Si bien el embarazo adolescente cruza todos los grupos socioeconómicos de nuestra sociedad, su ocurrencia es mayor en ciertos sectores socioeconómicos que en otros.

El 64 a 86% de las adolescentes que se embarazan provienen de sectores socioeconómicos bajos ⁽²⁵⁾. Estos grupos se caracterizan por presentar otros factores de riesgo, como problemas de promiscuidad, hacinamiento en sus viviendas, carencia de sistemas de previsión social e inestabilidad laboral del jefe de hogar. Esto determina, a su vez, ingresos irregulares e insuficientes para satisfacer las necesidades básicas de la familia. Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo ⁽¹⁴⁾.

En sectores socioeconómicos bajos, las adolescentes se embarazan no sólo por falta de información y conocimientos inadecuados sobre su sexualidad y dificultades de acceso a métodos anticonceptivos, Se sienten desvalorizadas no sólo por sus familias, sino por la sociedad y presentan bajos niveles de autoestima, de tal manera que el único status que les concede valor como personas es la maternidad.

2.9. EVIDENCIA CIENTÍFICA

A continuación se presentará la evidencia científica descrita en la literatura sobre los factores de riesgo y los protectores más importantes relacionados con embarazo en adolescentes.

En un estudio realizado en Taiwán, en 1995, con el objetivo de identificar los factores relacionados con la experiencia sexual de adolescentes embarazadas, se identificaron seis factores de embarazo adolescente a través de un análisis de regresión logística. Los tres factores de riesgo son el status socioeconómico bajo (OR= 3.153), la frecuencia de actividad sexual (OR= 2.178) y la edad temprana a la primera actividad sexual (OR= 2.213). Los tres factores protectores son el conocimiento sobre anticonceptivos (OR= 0.886), el uso del efecto anticonceptivo (OR= 0.904) y la seguridad-eficacia del método anticonceptivo (OR= 0.966) ^(54,55).

El nivel educacional es un factor importante asociado al fenómeno de la maternidad en la adolescencia. En Chile, entre quienes alcanzaron menos de 6 años de estudio, el porcentaje de madres adolescentes se acerca al 40% en áreas urbanas y supera dicho nivel en las áreas rurales y, entre quienes tienen entre 6 y 9 años de estudio, el porcentaje se acerca al 30% en áreas urbanas y lo supera en las áreas rurales. Por su parte, cuando las madres logran 10 a 12 años de estudio, el porcentaje se reduce a niveles cercanos al 15% en ambas áreas geográficas y desciende por debajo del 10% en todos los países para las mujeres urbanas con 13 y más años de educación en la mayoría de los casos rurales con ese nivel educativo ^(3,6,54). En ese orden, la relación entre nivel educativo y fecundidad es clara: según INE-MINSAL, en el año 1999, mientras más de la mitad de las adolescentes sin escolaridad han estado alguna vez embarazadas, esta cantidad se reduce a menos del 10% en el caso de las jóvenes que cursan la educación superior ^(3,56).

En un estudio realizado en 1997, en una zona urbana marginal de Costa Rica con 65 adolescentes embarazadas, se encontró que la mayoría de ellas (76.6%) habían dejado de estudiar con 1 ó 2 años de anticipación al embarazo; un 11.6% estudió hasta que ocurrió el embarazo, el 6.6% continuó sus estudios una vez embarazada y el 5% lo hizo hasta que nació el hijo ⁽⁵⁷⁾.

Las familias de las adolescentes que se embarazan suelen ser calificadas como familias severamente disfuncionales, tanto en organización y composición, como también en la forma desorganizada de cómo se estructuran sus actividades familiares, se exponen las normas y se comparten las responsabilidades ⁽⁵²⁾.

En un estudio realizado en CEMERA, Chile, se encontró que en términos de filiación, el 71% de las adolescentes tenían la calidad de hijas legítimas y un 26% eran ilegítimas. Sin embargo, el 71% de legitimidad no garantizó buenas condiciones familiares para las adolescentes y que sólo el 35% de ellas vivían con sus padres, y en el 34% había ausencia de uno de los padres. Se observó la presencia de parejas sucesivas de la madre, situación de peligro moral y físico para las menores. El 25% de las adolescentes no vivía con ninguno de sus padres, sino con sucesivos familiares, instituciones o amistades ⁽³⁾.

Estudios comparativos realizados en diferentes países de América Latina sobre inicio precoz de actividad sexual en adolescentes y estudios locales desarrollados en los últimos cinco años, revelan que antes de cumplir 19 años, las mujeres han tenido experiencia coital en cifras que van de 9 a 50%, y los varones en porcentajes de 15 a

65% ^(3,25). En una encuesta nacional de Estados Unidos, en 1985-1987, se llegó a que antes de los 20 años, el 80% de los varones y el 75% de las mujeres habían tenido experiencia sexual ⁽³⁾. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares ha tenido actividad sexual (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%) y menor grado en el alto (17%) ^(3,25).

El tiempo libre invertido en horas de televisión por día genera grandes consecuencias sobre el rol sexual de los adolescentes, producto de la contradicción a que están sometidos los jóvenes en nuestra cultura, pues, por una parte, son bombardeadas por imágenes de alto contenido erótico con omisión de sus consecuencias y, por otra, son privadas del derecho a la información y educación necesarias para el ejercicio de una sexualidad responsable, bajo el supuesto erróneo que tales medidas acarrearían consecuencias negativas para la sociedad ⁽³⁾.

Un estudio realizado por el Comité de Comunicación de la Academia Americana de Pediatría, demostró que en un año los adolescentes ven un promedio de 23 horas semanales de televisión y que contemplan 14.000 referencias o insinuaciones sexuales, en las que sólo 150 trataban aspectos relativos a la responsabilidad sexual, abstinencia o anticoncepción ⁽³⁾.

Se realizó un estudio con adolescentes en Jamaica, en 1997, para detectar algunos factores de riesgo como deficiente estado de salud y uso de tóxicos en relación con el comportamiento del adolescente. Dicho estudio reflejó que la edad media de

inicio de actividad sexual era a los 12 años, el 4% de los adolescentes activos sexualmente usaban condones esporádicamente, y un 60% reportaba consumo de marihuana, un 50.2% de alcohol y un 16.6% consumo de tabaco. El tener buena comunicación con los pares, padres y en la escuela, y estar involucrados en servicios religiosos, estaba asociado fuertemente con menor comportamiento de riesgo ^(51,58).

Un adolescente que tiene proyectos de vida confusos no tiene metas ni a corto ni a mediano plazo, sobretodo en cuanto a vida de pareja, hijos y el tipo de ocupación que deseen ejercer ⁽⁴⁶⁾. Según un estudio hecho en Nicaragua en el año 1998, el 71% de las adolescentes que tienen hijos o estaban embarazadas en el momento de la encuesta, deseaba a su primer hijo. Este dato refleja la fuerte influencia de los factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente como mecanismo de autoafirmación y búsqueda de reconocimiento social ⁽⁵⁹⁾.

La percepción por parte de los jóvenes ejerce otro rol fundamental. Según el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), mediante la Primera Encuesta Nacional de la Juventud en Chile en el año 1993, cuya muestra probabilística fue entre los 15 y 29 años de edad de ocho regiones del país, dieron los siguientes resultados ⁽³⁵⁾:

- Vida familiar: para más de la mitad de los casos fue considerada la más importante.

- Sexualidad: declarándose activos el 32.5% de los adolescentes entre 15 y 19 años. Al finalizar el liceo alrededor de un 30% de varones y 17% de mujeres han tenido actividad sexual. Según la Comisión Nacional de la Familia, un 55% de los padres, 40% de las

madres y mayor porcentaje a nivel socioeconómico más bajo, los padres estarían de acuerdo con este enfrentamiento a la sexualidad que están teniendo los jóvenes.

- Consumo de alcohol: un 20% de los jóvenes bebe al menos una vez por semana, 18.6% lo realiza los fines de semana y el resto lo hace diariamente.

- Consumo de otras drogas: el 24.2% de los jóvenes señala haber tenido contacto con ellas en algún momento de su vida, siendo un 80% de los casos antes de los 18 años y fundamentalmente con marihuana. Se estima que un 3.3% de los jóvenes es adicto a algún tipo de drogas.

- Participación social: es escasa, un 48.5% declara no participar en grupos organizados, siendo los grupos religiosos y los clubes deportivos los más mencionados.

- Uso del tiempo libre: comparten prioritariamente con sus familias y en segundo lugar con los amigos.

- Salud: un 38.7% no cuenta con afiliación a un sistema de salud, lo que aumenta en un 46.6% en los estratos socioeconómicos bajos.

En un estudio hecho en Santiago de Chile en 1993, con una muestra de 3.000 escolares de Liceos Municipalizados de las Comunas de La Cisterna, Quinta Normal y Estación Central, se seleccionaron 180 y se encontraron diferencias significativas entre adolescentes embarazadas, no embarazadas con alto riesgo de embarazo y las no

embarazadas con bajo riesgo. La falta de apoyo y de afecto familiar en una adolescente con baja autoestima, menor funcionamiento intrafamiliar, mal rendimiento escolar, gran permisividad familiar y disponibilidad de tiempo libre, podría inducirla a buscar en la maternidad temprana el medio para conseguir un afecto incondicional, una familia propia, reafirmar su rol de mujer o ser indispensable para alguien. En las adolescentes no embarazadas con alto riesgo de embarazo hubo un mayor porcentaje de autoestima baja, lo cual puede ser explicado porque la maternidad, al reafirmar el rol de mujer, mejora la autoestima ⁽⁵³⁾.

Se realizó un estudio en CEMERA, Universidad de Chile (1996), con el objetivo de observar el comportamiento sexual a través del reporte de inicio de actividad sexual en 4.248 escolares de los últimos seis años de la educación formal, en cinco liceos mixtos de la Región Metropolitana, y de acuerdo a si su grupo familiar estaba constituido por ambos padres o se trataba de otro tipo de composición familiar y cómo percibían ellos que son sus relaciones familiares ⁽⁶⁰⁾.

Dentro de los resultados más relevantes, el grupo que reportó inicio de relaciones sexuales vive con ambos padres en un porcentaje inferior al grupo que no las ha iniciado, con diferencias estadísticamente significativas, siendo mayores para el grupo de mujeres (57,1% versus 71,2%, $p < 0.001$) que para los hombres (72,4% versus 76,6%, $p < 0.045$) ⁽⁶⁰⁾. Además, los adolescentes que reportan haber iniciado relaciones sexuales, refieren tener una relación familiar buena o muy buena en un porcentaje inferior a los que no las han iniciado, diferencia mucho mayor en mujeres (57,3% versus

72,3%) que en hombres (73,8% versus 80,7%), diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ⁽⁶⁰⁾.

Esto demuestra que en las familias monoparentales se incrementa el riesgo de inicio precoz de relaciones sexuales y que la buena calidad de la relación intrafamiliar percibida por los adolescentes resulta ser factor protector para ambos sexos, con diferencias más marcadas para el grupo de mujeres ⁽⁶⁰⁾.

Se realizó un estudio en el Centro de Salud Carén, Comuna de Monte Patria, IV Región de Chile, con el objetivo de observar la frecuencia de antecedente de embarazo adolescente en madres de adolescentes embarazadas y en hermanas de éstas, para determinar si existía una conducta repetida a través el tiempo. El estudio fue de tipo descriptivo-prospectivo, donde se encuestó al 100% de las embarazadas adolescentes durante un período de 18 meses, que ingresaron a control prenatal en el Centro de Salud Carén, obteniendo un total de 44 muestras ⁽⁶¹⁾. El análisis arrojó que el 81,8% de las embarazadas tenía el antecedente en su madre de un embarazo adolescente. Además, un 72,7% de las adolescentes encuestadas contaba con hermanas que también habían sido embarazadas adolescentes. Esto da una fuerte correlación entre el antecedente de embarazo adolescente en la madre y el de sus hijas ⁽⁶¹⁾.

En un estudio realizado en El Salvador a 305 adolescentes que habían dado a luz en dos principales hospitales obstétricos de la ciudad de San Salvador, durante los meses de noviembre y diciembre del año 1998, con el objetivo de describir aspectos sociales que caracterizaban a la madre adolescente, así como los principales factores

de riesgo reproductivo y las morbilidades del embarazo y parto que con mayor frecuencia desencadenan, dentro de los resultados se obtuvo que, la edad promedio de las adolescentes fue de 17,2 +- 1,4 años, donde 32% de ellas era menor de 17 años; el 66% tenía parejas con al menos 4 años mayor que ellas; la escolaridad promedio era de apenas 7° grado y el 65% ya había abandonado la escuela previamente ⁽⁶²⁾. La edad promedio para la menarquia fue 12,75 +- 1,30 años; para la primera relación sexual 15,32 +- 1.46 años; con un 29% que las iniciaron antes de los 15 años; y 2% antes de los 13 años. El 66% provenía de hogares sin figura paterna, un 46% vivía sólo con su madre, las cuales a su vez fueron madres solteras en un alto porcentaje ⁽⁶²⁾.

Se aplicó una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas a 1.460 adolescentes de ambos sexos, tanto estudiantes (78%) como desertores escolares (22%), durante los meses de Abril a Julio del año 2000, en El Salvador, con el objetivo de conocer sus actitudes, motivaciones, creencias y patrones de conducta sexual, relacionándolos con presencia o ausencia de factores de riesgo. La edad promedio fue de 17,3 +-1,1 años; la edad de la menarquia ocurre en promedio a los 12,7 +- 3,4 años. 48% reportó haber iniciado actividad sexual (66% varones, 29% mujeres), en promedio, a los 14,7 +-2 años (14,3 +-2 en varones, 15,6 +-1,7 en mujeres). La pareja generalmente era de 3 a 4 años mayor que ellos, con edad promedio de 17,4 +-4 años para los jóvenes y de 19,7 +-4 años para las jóvenes ⁽⁶³⁾. El inicio de actividad sexual fue significativamente mayor en los adolescentes que ya habían desertado la escuela, donde en las mujeres, esta deserción aumenta en 8 veces la probabilidad de actividad sexual; en hombres sólo 3 veces ⁽⁶³⁾.

Se demostró relación estadísticamente significativa entre entorno familiar carente de amor, consumo de tabaco, alcohol y falta de educación sexual, con inicio precoz de actividad sexual en ambos sexos, situándolos como factores de riesgo que incrementan la probabilidad de experimentación sexual en la adolescencia de 2 a 4 veces ⁽⁶³⁾.

La ausencia de la figura paterna demuestra ser un factor de riesgo adicional en las adolescentes de iniciar actividad sexual y embarazarse en esta etapa de su vida ⁽⁶³⁾. Entre las jóvenes que viven con ambos padres, sólo el 19% ha tenido relaciones sexuales, 33% viven sólo con su madre y 52% viven con otros familiares, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$), comprueban que la ausencia del padre duplica la probabilidad de iniciar relaciones sexuales tempranas ($OR=2.2$; $p=0.01$), y que la ausencia de ambos padres, la incrementa 4 veces ($OR=4.62$; $p=0.000$) ⁽⁶³⁾.

La educación sexual retrasó el inicio de actividad sexual e incrementó el uso de métodos anticonceptivos en los y las adolescentes que iniciaron esta actividad. El 26% de los varones reporta tener hábitos de alcohol y tabaco, el 8% de las mujeres fuma y el 14% consume alcohol, hábitos que se asocian a incremento del inicio temprano de relaciones sexuales en ambos sexos, incrementándose esa posibilidad de 2 a 4 veces y confirmándose su condición de factor de riesgo para sexualidad precoz ⁽⁶³⁾.

Se realizó un estudio comparativo de dos grupos de adolescentes entre 14 y 19 años, con el objetivo de determinar factores de riesgo de embarazo adolescente en población sexualmente activa de la ciudad de Valdivia. El primer grupo correspondió a

adolescentes que tuvieron su parto en junio del año 2006; el segundo grupo correspondió a adolescentes consultantes en policlínico de adolescencia por morbilidad aguda ⁽⁶⁴⁾. Dentro de los resultados se obtuvo que el 46% de las madres adolescentes repitieron de curso, sólo un 17% lo hizo en el grupo de adolescentes no embarazadas. El 17% de las embarazadas tiene padre ausente en sus casas; el segundo grupo no ⁽⁶⁴⁾.

Del estudio mencionado anteriormente se concluye que, aparece como gran factor protector el estar inserta en el sistema educacional y tener un rendimiento adecuado. El núcleo familiar continúa siendo un pilar fundamental en la educación y en el desarrollo del niño y del adolescente ⁽⁶⁴⁾.

En un estudio descriptivo prospectivo se entrevistó a 54 adolescentes que tuvieron su parto en junio del año 2006, en Valdivia, con el objetivo de describir los aspectos biopsicosociales del embarazo y parto. Dentro de los resultados, se obtuvo que un 22% de los partos correspondió a adolescentes entre 14 y 19 años, 80% de ellas entre 17 y 19 años. Todas eran solteras, 14% con enseñanza básica incompleta, 61% era estudiante y 1/3 desertó de la escuela por embarazo. En un 50% existía repitencias. Un 41% consumía tabaco y 20% consumía alcohol. Sobre el 95% se siente aceptada y conforme con su imagen corporal, aunque el 30% se siente nerviosa, tímida, triste o “vacía”. El 10% no tiene amigos, sólo el 25% realiza algún deporte y el 50% hace actividades grupales ⁽⁶⁵⁾.

La edad promedio de la menarquia fue 12,5 años, la edad promedio a la primera relación sexual fue 15 años, iniciando la actividad sexual el 41% a los 15 años o menos.

La principal motivación para iniciar relaciones sexuales fue amor o atracción física en el 100% de los casos. El 59% refirió no necesitar información acerca de sexualidad, ya que la habían recibido ya sea de la madre, escuela o amiga. En cuanto a proyectos de vida, el 60% seguiría estudiando, además de cuidar a su hijo y/o trabajar. La edad promedio de la pareja fue 20 años, 47% adolescentes y 12% sobre 24 años de edad.. En relación a los padres de las adolescentes, el 57% eran casados y el 66% de las madres fue madre adolescente ⁽⁶⁵⁾.

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal a 172 adolescentes de 11 a 15 años, entrevistadas en el año 2004 en su primera visita a CEMERA, con el objetivo de conocer los factores psicosociales asociados al inicio de la actividad sexual. Se comparó un grupo de adolescentes que habían iniciado actividad sexual con otro que no había iniciado, donde un 69% habían iniciado actividad sexual, de las cuales el 61% tenían entre 13 a 14 años de edad. Se observó un mayor número de relaciones de pololeo en las niñas activas sexualmente ⁽⁶⁶⁾. Un 60% de las parejas eran 3 o más años mayor que ellas, versus 29% de las que no habían iniciado. El 40% de ellas iniciaron actividad sexual antes de los 3 meses de relación de pololeo. El uso de alcohol y drogas se observó más frecuentemente en las adolescentes activas sexualmente. Sin embargo, variables tales como información sexual, logros académicos, planes futuros de continuar estudios, afiliación religiosa y estructura, funcionalidad y comunicación familiar, no mostraron diferencias estadísticamente significativas ⁽⁶⁶⁾.

En el año 2005 se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en un grupo de 100 mujeres menores de 20 años de los establecimientos educacionales de la

comuna de Estación Central que fueron atendidas en el Consultorio Las Américas, con el objetivo de evaluar las características de prácticas en salud sexual y reproductiva ⁽⁶⁷⁾. La mayoría de ellas ya había iniciado su vida sexual al momento de consultar por primera vez en la Unidad de Adolescencia del Consultorio Las Américas. El 100% de las relaciones sexuales fueron heterosexuales. La edad de la menarquia, fue en mayor porcentaje de 13 años (31%). La edad de inicio de las relaciones sexuales, fue en mayor porcentaje de 15 años (28%). Se diagnosticó embarazo adolescente en aquellas que ya habían iniciado su vida sexual: 4 pacientes embarazadas a los 13 años y 2 pacientes embarazadas a los 12 años ⁽⁶⁷⁾.

2.10. JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTO DEL PROBLEMA

Aparentemente, el sistema de atención de salud no es suficiente para superar el impacto de los embarazos dentro del contexto biopsicosocial que vive la adolescente. Un embarazo a los 13 años o menos es, desde una perspectiva del desarrollo, cualitativamente diferente a una de 18 años, por lo que agrupar ambos fenómenos homogeniza situaciones que no son equiparables ^(1,2,42), pues este embarazo se produce en una mujer que no ha completado su madurez física, psicosocial y emocional, debiendo enfrentar la concepción de un ser que en su mayor parte es inesperado representando una carga desde el punto de vista biopsicosocial ^(1,7,21,37).

También se encuentran en mayor riesgo de desventajas sociales y económicas a través de sus vidas, con menor probabilidad de completar su educación, de estar empleadas, de ganar salarios más altos y de formar familias estables. Además,

presentan mayor probabilidad de tener familias más numerosas y depender de sus familias de origen o de sistemas de beneficencia ^(1,24,35).

Mientras más temprano la adolescente comience su actividad sexual, es más probable que tenga consecuencias negativas, como mayor número de parejas, mayor probabilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual y consecuencias ligadas al embarazo y parto, teniendo una mayor tasa de parto complicado y mayor cantidad de niños con asfixia y bajo peso de nacimiento. Sus hijos son más vulnerables a riesgos en salud como enfermedades, accidentes y muerte infantil, siendo también más proclives a tener hijos precozmente ^(1,24,35).

Además, el inicio de una fecundidad precoz, como problema emergente, tiene impacto en los gruesos indicadores de salud como son la mortalidad materna y mortalidad perinatal e infantil, siendo sus tasas más altas en estas edades, aún en países desarrollados ^(1,6).

En los últimos 30 años ha habido un importante cambio en el comportamiento reproductivo de las mujeres chilenas, lo que se expresa en la evolución de las tasas de fecundidad, provocando un fuerte descenso de la tasa de fecundidad en los grupos de edad mayor a los 24 años, teniendo como consecuencia que el número de nacidos vivos disminuya en mayor proporción en las mujeres mayores de 24 años que en las menores de 19 años ^(1,2,3,4), pero mucho menos en las menores de 15 años ^(1,2).

Para el período 1993-2003, la tasa de nacidos vivos en madres menores de 15 años ha disminuido en un 2.5%, sin embargo, en las adolescentes de 15 a 19 años en el mismo período ha disminuido en un 23%, es decir, en adolescentes menores de 15 años, el embarazo ha disminuido casi diez veces menos que el otro grupo ^(1,2).

Los antecedentes mencionados nos hacen considerar que es necesario conocer el perfil actual de las adolescentes de este grupo etario, lo que nos podría indicar características para sugerir posibles soluciones a este problema.

En Chile existen escasos estudios publicados de embarazo en adolescentes ≤ 15 años, sin embargo, se ha demostrado que los mayores niveles de educación, la existencia de programas de educación sexual, la mayor autoestima de la adolescente, la existencia de proyectos de vida, la mayor instrucción de los padres, la mejor comunicación de la familia, la mejor percepción que tiene la adolescente de la relación de pareja de sus padres y la mejor ocupación del tiempo libre, se asocian al retraso en el inicio de la actividad sexual de las adolescentes y al riesgo de embarazo ^(1,7).

La información obtenida de este estudio puede servir para conocer los factores de riesgo que tienen más peso en el embarazo de adolescentes ≤ 15 años dentro de un contexto socio demográfico, de manera que se puedan identificar grupos de alto riesgo y poder buscar alternativas de intervención en función de la educación y la protección de las adolescentes. La prevención del embarazo precoz disminuiría las tasas de

mortalidad infantil, la prevalencia de desnutrición postnatal temprana y el porcentaje de sujetos en riesgo social.

La aplicación de criterios de riesgo predictivo en embarazadas adolescentes facilitaría el uso racional de los Servicios de Salud de acuerdo con la organización propia y la realidad de los recursos disponibles. Para aquellos sistemas que tienen adecuada estructuración entre los diferentes niveles de complejidad de la atención en salud, un instrumento de este tipo sería de fácil aplicación y validación, introduciendo las variables propias de cada realidad. Para aquellos sistemas que no cuentan con un modelo perfeccionado de niveles de complejidad o para aquellos que sólo ejercen la atención preferencial en un determinado nivel, también un instrumento de este tipo sería de utilidad, al derivar adecuadamente a aquellas adolescentes que estén por encima de su capacidad resolutive.

Finalmente, estos antecedentes permiten reflexionar en relación a las embarazadas ≤ 15 años y realizar preguntas como, ¿Qué factores influyen para que las adolescentes ≤ 15 años se embaracen y otras no?, ¿Por qué algunas inician actividad sexual en forma tan precoz y otras no?, ¿Es la educación sexual insuficiente? Esto lleva a plantearse la Hipótesis que se presenta a continuación.

2.11. HIPÓTESIS

Existen factores protectores y de riesgo biopsicosociales asociados a embarazo en adolescentes ≤ 15 años.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores protectores y de riesgo biopsicosociales que se asocian a embarazo en adolescentes ≤ 15 años de la Comuna de Maipú, 2003-2004.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes ≤ 15 años en estudio (edad, escolaridad, entre otras).

2.- Determinar asociación entre embarazo adolescente ≤ 15 años con edad de la menarquia y edad de inicio de actividad sexual.

3.- Determinar asociación entre embarazo adolescente ≤ 15 años con factores psicosociales como autoestima, autoimagen corporal, proyectos de vida, apoyo social objetivo – subjetivo y participación social.

4.- Determinar asociación entre embarazo adolescente ≤ 15 años con factores socio demográficos como edad de la pareja, hábito de alcohol, tabaco y droga, religiosidad, escolaridad, rendimiento y deserción escolar de la adolescente, escolaridad de los padres, funcionalidad familiar, antecedente de embarazo adolescente en la familia, educación sexual en colegio y nivel socioeconómico.

5.- Construir un modelo predictivo con los factores protectores y de riesgo asociados a embarazo en las adolescentes ≤ 15 años en estudio.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para cumplir con los objetivos propuestos, se realizó un estudio observacional, con un diseño de casos y controles.

Los **casos** correspondieron a **las embarazadas adolescentes** que se atendieron en los Consultorios Maipú y La Esperanza de la Comuna de Maipú, durante los años 2003 y 2004, teniendo hasta 15 años al momento del embarazo.

Los **controles** correspondieron a **las adolescentes no embarazadas** pareadas por más/menos 1 año de edad y que cursaron el mismo nivel escolar (por ejemplo, 8° básico) y del mismo Colegio de la Comuna de Maipú donde estudiaban o habían estudiado los casos al momento de su embarazo.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo correspondió a la población de adolescentes ≤ 15 años de la Comuna de Maipú, durante los años 2003 y 2004.

La selección de la muestra fue de tipo intencionada por la factibilidad de la obtención de la información.

Para la selección de los casos (*adolescentes embarazadas*) se tomó a todas las adolescentes embarazadas que se estaban atendiendo en los Consultorios Maipú y La Esperanza de la Comuna de Maipú, durante los años 2003 y 2004, que reunieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión de los casos:

- Estar cursando un embarazo a los 15 años o menos.
- Estar en control en los Consultorios Maipú o La Esperanza, de la Comuna de Maipú, durante el período de estudio.

Para la selección de los controles (*adolescentes no embarazadas*) se consideró aquella adolescente que estudiaba en el mismo nivel escolar y del mismo Colegio donde estudiaba o había estudiado el caso al momento de su embarazo.

Criterios de inclusión de los controles:

- Pertenecer al mismo grupo etario, más/menos un año.
- Estar cursando el mismo nivel escolar y Colegio de la Comuna de Maipú donde estudiaba o había estudiado el caso al momento de su embarazo.

Criterios de exclusión de los controles:

- Encontrarse embarazada al momento del estudio.
- Haber estado embarazada alguna vez.

4.3. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	CATEGORÍA
Embarazo en adolescente ≤ 15 años	Período de concepción de la adolescente ≤ 15 años	Presencia de embarazo en adolescentes ≤ 15 años	Dicotómica	1 = sí 2 = no

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Edad de la adolescente	Tiempo vivido de la adolescente hasta el momento del estudio	Número de años cumplidos hasta el momento del estudio	Cuantitativa, discreta	12 15 13 16 14
Estado Civil	Estado conyugal según las leyes del país	Estado civil de la adolescente	Cualitativa, nominal	1 = casada 2 = conviviente 3 = soltera 4 = otro
Nivel socioeconómico por hogar	Atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros	Nivel socioeconómico de un hogar según el nivel educacional del jefe de hogar y la tenencia de un conjunto de bienes	Categórica	1 = (ABC1) alta/media alta 2 = (C2) media 3 = (C3) media baja 4 = (D) baja 5 = (E) extrema pobreza
Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado en años	Último curso aprobado por la adolescente	Categórica	1=Básica Incompleta 2=Básica completa 3=Media Incompleta
Deserción escolar	Abandono del ingreso escolar	Deserción escolar de la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Rendimiento escolar	Promedio de notas alcanzado hasta el último año cursado de manera regular	Promedio de notas que obtiene la adolescente en su último año cursado de manera regular	Categórica	1= 1.0-3.9: insuficiente 2 = 4.0-4.9: suficiente 3 = 5.0-5.9: bueno 4 = 6.0-6.9: muy bueno 5 = 7.0: excelente
Repitencia escolar	Repetición de un año en el nivel educacional	Repite o no un año escolar	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Participación social	Dedicación a distintas actividades sociales en el tiempo que no usa para asistir al colegio	Si realiza actividades sociales realizadas fuera del horario escolar	Dicotómica	1 = sí 2 = no

Ocupación del tiempo libre	Actividades sociales que realiza la adolescente en el tiempo que no usa para asistir al colegio	En qué ocupa el tiempo libre la adolescente	Cualitativa, nominal	1 = deporte 2 = ver TV, leer, escuchar música 3 = pertenecer a algún grupo juvenil 4 = otro
Afiliación religiosa	Identificación personal de la adolescente con alguna religión	Con qué religión se identifica la adolescente	Cualitativa, nominal	1=Católica 2= Otras 3=Ninguna (ateo)
Religiosidad	Frecuencia con que asiste a la Iglesia donde profesa su religión dentro de una sociedad	Frecuencia con que asiste a los servicios religiosos	Categoría	1 = 1-2 veces al mes 2 = 3-4 veces al mes 3 = 5 o más veces al mes 4 = no asiste
Autoestima	Aprecio que tiene la persona de sí misma	Tipo de autoestima en la adolescente	Cualitativa, nominal	1 = baja autoestima 2 = en busca de autoestima 3 = grado de autoestima importante
Autoimagen	Imagen que se tiene de uno mismo tanto física como psicológicamente	Tipo de autoimagen en la adolescente	Cualitativa, nominal	1 = autoimagen negativa 2 = en busca de autoimagen 3 = autoimagen positiva
Proyectos de vida	Planes de vida que cubra necesidades personales	Presencia de proyectos de vida en la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Edad de menarquia de la adolescente	Edad de aparición de la primera menstruación	Edad de la menarquia en la adolescente	Cuantitativa, discreta	10 11 12 13 14 15
Consumo de alcohol	Consumo de alguna bebida alcohólica	Consume o no alcohol la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Consumo de cigarrillo	Consumo de cigarrillo	Consume o no cigarrillo la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Consumo de drogas ilícitas	Consumo de marihuana, cocaína y/o pasta base, etc.	Consume o no alguna droga ilícita la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Funcionalidad Familiar	Miembros que conforman una familia según jerarquía	Tipo de familia según miembros de ésta por jerarquía	Cualitativa, nominal	1 = Funcional 2 = Disfuncional
Estado civil de los padres	Estado conyugal según las leyes del país	Estado Civil de los padres	Cualitativa, nominal	1 = Casados 2 = Separados 3 = Convivientes 4 = Viudo/a

Nivel educacional del padre	Grado académico alcanzado en años	Último curso aprobado por el padre	Categorica	1=sin escolaridad 2= Ens. básica incompleta 3= Ens. básica completa 4= Ens. media incompleta 5= Ens. media completa 6 = Ens. Sup. incompleta 7=Ens. superior completa 8 = no sabe
Nivel educacional de la madre	Grado académico alcanzado en años	Último curso aprobado por la madre	Categorica	1=sin escolaridad 2= Ens. básica incompleta 3= Ens. básica completa 4= Ens. media incompleta 5= Ens. media completa 6 = Ens. Sup. incompleta 7=Ens. superior completa 8 = no sabe
Trabaja padre	Tarea u oficio que desempeña el padre	Trabaja o no trabaja el padre	Dicotómica	1 = sí 2 = no 3 = no sabe
Trabaja madre	Tarea u oficio que desempeña la madre	Trabaja o no trabaja la madre	Dicotómica	1 = sí 2 = no 3 = no sabe
Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Antecedente de embarazado adolescente en la familia	Presencia de antecedente de embarazo adolescente en la familia	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Actitud de los padres frente al incumplimiento del horario de salida de su hija	Reacción de los padres cuando su hija no cumple con el horario de salida	Actitud de los padres cuando su hija no cumple el horario de salida	Cualitativa, nominal	1 = no pasa nada 2 = conversan con ella 3 = la retan 4= la castigan 5 = le pegan
Relación de la adolescente con su padre	Apreciación de la relación de la adolescente con su padre	Tipo de relación de la adolescente con su padre	Cualitativa, ordinal	1 = muy buena 2 = buena 3 = regular 4 = mala 5 = muy mala 6 = no hay relación

Relación de la adolescente con su madre	Apreciación de la relación de la adolescente con su madre	Tipo de relación de la adolescente con su madre	Cualitativa, ordinal	1 = muy buena 2 = buena 3 = regular 4 = mala 5 = muy mala 6 = no hay relación
Percepción de la adolescente de la relación de pareja de sus padres	Apreciación de la adolescente de la situación de pareja de sus padres	Tipo de relación de pareja de los padres percibida por la adolescente	Cualitativa, ordinal	1 = muy buena 2 = buena 3 = regular 4 = mala 5 = muy mala 6 = no hay relación
Pareja actual	Pareja actual de la adolescente (pololo, conviviente o esposo)	Presencia de pareja actual de la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Edad de la pareja	Tiempo vivido de la pareja desde su nacimiento	Número de años cumplidos	Cuantitativa, discreta	12 13 17 21 14 18 22 15 19 23 16 20 etc.
Trabaja pareja	Tarea u oficio que desempeñe la pareja	Trabaja o no trabaja la pareja	Dicotómica	1 = sí 2 = no 3 = no sabe
Inicio de actividad sexual	Comienzo de las relaciones sexuales (relaciones penetrativas) con una pareja	Si comenzó a tener relaciones penetrativas con una pareja	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Edad de inicio de actividad sexual	Edad en que tuvo su primera relación sexual	Años cumplidos al inicio de la relación sexual	Cuantitativa, discreta	11 14 12 15 13
Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas con que ha tenido actividad sexual la adolescente	Número de parejas sexuales	Cuantitativa, discreta	1 = una 2 = dos 3 = tres 4 = más de tres
Edad de la adolescente al momento del embarazo	Tiempo vivido de la adolescente desde su nacimiento hasta el momento del embarazo	Número de años cumplidos al momento del embarazo	Cuantitativa, discreta	13 14 15
Embarazo deseado	Sentimiento de deseo o no de embarazarse	Presencia de embarazo deseado	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Actitud frente al embarazo	Reacción que tuvo la embarazada al conocer su estado	Actitud de la embarazada frente a su estado	Cualitativa, nominal	1 = Aceptación 2 = Rechazo
Sentimientos frente al embarazo	Sentimientos que tuvo la embarazada al conocer su estado	Sentimientos de la embarazada frente a su estado	Cualitativa, nominal	1 = Alegría 2 = Miedo 3 = Rabia 4 = Otro
Término del embarazo	Manera en que se dio fin al embarazo	Término del embarazo	Cualitativa, nominal	1 = parto 2 = aborto 3 = aún está embarazada

Apego de la pareja	Compañía de la pareja de la adolescente durante el embarazo y/o parto	Acompañó la pareja durante el embarazo y/o parto a la adolescente	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Actitud de los padres frente al embarazo	Reacción de los padres al conocer el estado de su hija	Actitud de los padres frente al embarazo de su hija	Cualitativa, nominal	1 = Aceptación 2 = Rechazo
Sentimiento de los padres frente al embarazo	Sentimiento de los padres al conocer el estado de su hija	Sentimiento de los padres frente al embarazo de su hija	Cualitativa, nominal	1 = Alegría 2 = Enojo 3 = Indiferencia 4 = Otro
Uso de algún método anticonceptivo en la actividad sexual	Uso de cualquier método para el control de natalidad por la adolescente o su pareja	Usó o no algún método anticonceptivo con su pareja durante su(s) actividad(es) sexual(es)	Cualitativa, nominal	1 = siempre 2 = a veces 3 = nunca
Recibió Información suficiente sobre educación sexual	Si la adolescente recibió o no información suficiente sobre educación sexual	La información que recibió de educación sexual es o no suficiente según su percepción	Dicotómica	1 = sí 2 = no
Apoyo social objetivo	Estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio, de su integración en la red social	Puntaje obtenido según la escala de Valux adaptada de Páez y cols.	Categórica	1 = Alto apoyo social objetivo 2 = Mediano apoyo social objetivo 3 = Bajo apoyo social objetivo
Apoyo social subjetivo	Satisfacción o disponibilidad percibido del apoyo instrumental, cognitivo y emocional del entorno social, específicamente familiar y de amistad	Puntaje obtenido por cada individuo según la escala de Valux adaptada por Páez y cols.	Categórica	1 = Alto apoyo social subjetivo familiar y de amistad 2 = Mediano apoyo social subjetivo familiar y de amistad 3 = Bajo apoyo social subjetivo familiar y de amistad

4.4. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las *adolescentes embarazadas* (casos) fueron seleccionadas de los Consultorios Maipú y La Esperanza de la Comuna de Maipú, durante los años 2003 y 2004.

Luego de ubicar a las *adolescentes embarazadas* que reunían los criterios de inclusión, se les invitó a participar por teléfono, donde se les explicó el estudio a realizar, sus objetivos y finalmente, si es que aceptaban, se las citó al Consultorio donde se atendía en una fecha programada. Cuando una adolescente embarazada comentaba que no podía ir al Consultorio, pero aceptaba realizar la encuesta, se realizó visita domiciliaria.

También se realizó visita domiciliaria a aquellas adolescentes embarazadas que tenían teléfono cortado o mal registrado en su ficha clínica.

Las *adolescentes no embarazadas* (controles) fueron seleccionadas de los mismos Colegios donde las adolescentes embarazadas habían estudiado o estudiaban actualmente y se les invitó a participar a través de contacto con el Director del Colegio de la Comuna de Maipú. Al Director se le explicó el tipo de estudio que se realizaría y sus objetivos por medio de una carta de autorización (*Anexo 1*).

Una vez que la adolescente invitada (caso o control) aceptó realizar la encuesta, se le entregó una carta de consentimiento informado, donde se explica el estudio y sus objetivos, y se les pidió su autorización a través de la firma de este documento (*Anexo*

2). Posterior a este proceso, el cuestionario fue aplicado. Ésta fue una encuesta auto administrada y con facilitador.

4.5. INSTRUMENTOS USADOS

El instrumento utilizado (*Anexo 3*) se confeccionó a partir de encuestas validadas en diferentes estudios y de algunos realizados por el Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA) ^(50,68,69). El cuestionario consta de preguntas de tipo generales como antecedentes sociodemográficos, socioeconómicos, hábitos, sexualidad y también aspectos psicosociales.

Para determinar el nivel socioeconómico, se utilizó la Encuesta de ADIMARK ⁽⁷⁰⁾, un modelo simple de estimación del nivel socioeconómico de los hogares, basado en las pautas de ESOMAR. Las variables que permiten estimar adecuadamente el nivel socioeconómico de un hogar son: “nivel de escolaridad del jefe de hogar” y “tenencia de un conjunto de bienes”. Estas variables, conceptualmente, se relacionan con los ingresos, con el nivel cultural y con el stock de riqueza acumulada por un grupo familiar, es decir, corresponden al concepto tradicional de nivel socioeconómico. Una vez obtenidos los puntajes de estas dos variables medidas, se categorizaron los puntajes en 5 grupos: 1=alta-media alta; 2=media; 3=media baja; 4=baja; 5=extrema pobreza.

Para poder medir el apoyo social objetivo y subjetivo se utilizaron las siguientes escalas de apoyo:

Escala de apoyo social objetivo de Páez y cols. (1986) ^(36,37): busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto, es decir, la dimensión objetiva de la integración social. Constituida por seis ítems, cada uno de cuatro respuestas posibles y el puntaje de cada respuesta tienen puntajes diferenciados de acuerdo a la magnitud de ésta. La puntuación total varía entre 0 y 18 puntos.

En este estudio se obtuvo una puntuación media de 7.49 puntos con una D.E de 3.08. La clasificación se presentó de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- 1° tercil (por debajo de 4.41 puntos): Bajo Apoyo Social Objetivo.
- 2° tercil (entre 4.42 y 10.56 puntos): Mediano Apoyo Social Objetivo.
- 3° tercil (por encima de 10.57 puntos): Alto Apoyo Social Objetivo.

Escala de apoyo social subjetivo de Vaux adaptada de Páez y cols. (1999) ^(36,37): ésta permite obtener una estimación del soporte o apoyo social percibido por el sujeto en relación con su grupo de amigos y familia. Se constituye de nueve ítems, de los cuales cuatro apuntan a evaluar el apoyo social percibido en relación con los amigos (N° 2, 4, 6 y 8) y los restantes ítems evalúan el apoyo social percibido con relación a la familia (N° 1, 3, 5, 7 y 9). Cada ítem tiene cuatro categorías de respuesta, que va desde “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo”.

En este estudio se obtuvo una puntuación media de 11.78 y D.E. de 2.38 de apoyo social subjetivo con relación a la familia. La clasificación se presentó de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- 1° tercil (por debajo de 9.4 puntos): Bajo Apoyo Social Subjetivo Familiar.

- 2° tercil (entre 9.5 y 14.15 puntos): Mediano Apoyo Social Subjetivo Familiar.
- 3° tercil (por encima de 14.16 puntos): Alto Apoyo Social Subjetivo Familiar.

Además se obtuvo una puntuación media de 16.34 y D.E. 3.46 de apoyo social subjetivo con relación a los amigos. La clasificación se presentó de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- 1° tercil (por debajo de 12.88 puntos): Bajo Apoyo Social Subjetivo de Amistad.
- 2° tercil (entre 12.89 y 19.7 puntos): Mediano Apoyo Social Subjetivo de Amistad.
- 3° tercil (por encima de 19.8 puntos): Alto Apoyo Social Subjetivo de Amistad.

Una vez confeccionado el cuestionario, se realizó una Prueba Piloto en un grupo de Adolescentes que se atendían en CEMERA, del mismo nivel socioeconómico que las adolescentes en estudio. Además fue evaluada por expertos del Área Reproductiva en Adolescentes (Dra. Fresia Caba B, Sr. Temístocles Molina, Sra. Electra González).

4.6. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al tipo de estudio y a los objetivos planteados se realizó:

Análisis estadístico:

a.- Se realizó un análisis descriptivo con las medidas de tendencia central (media, promedio, desviación estándar, frecuencia) de cada variable, para evaluar la calidad de la información y determinar las distribuciones.

b.- Se realizaron categorías de algunas variables de acuerdo a los objetivos, estratificando alguna de ellas como escolaridad, edad de inicio de actividad sexual, entre otras variables, para el análisis de la muestra.

c.- Se realizó un análisis inferencial en el cual la variable dependiente se analizó individualmente con cada una de las variables independientes. Se calcularon las diferencias de medias en ambos grupos con la **Prueba de Chi² y Prueba Exacta de Fisher** para las variables categóricas y dicotómicas. Para las variables continuas se usó la **Prueba Test de Student**. Se utilizó un ***p-value* <0.05** como probabilidad de error máximo, por lo que se consideró *estadísticamente significativo un $p < 0.05$* .

Para dar respuesta al último objetivo de nuestro estudio, en relación a la construcción del modelo predictivo, se utilizó **Regresión Logística**.

4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante todas las etapas del estudio aparecieron las siguientes limitaciones:

- Se contó con los teléfonos registrados en los Consultorios para contactar a las embarazadas, pero ocurrió que algunos de éstos no eran fidedignos o se encontraban fuera de servicio (25% de los casos). Por medio de las direcciones registradas en sus fichas clínicas, me dirigí a sus domicilios para ver la posibilidad de que participaran del estudio, sin embargo, no siempre se encontraban en casa (33,3%), por lo que tuve que volver en más de una oportunidad, ampliando el período de estudio estipulado.

- En este estudio no se pudo utilizar la variable *uso de métodos anticonceptivos* debido a que fue mal planteada en la encuesta, ya que se acotó esta pregunta sólo para aquellas adolescentes que tenían o habían tenido pareja alguna vez, lo cual llevó a que se entendiera *pareja* como una relación duradera y/o seria, dejando de lado las relaciones casuales en donde pudo haber existido un contacto sexual.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS (Consentimiento Informado)

El instrumento utilizado para la recolección de los datos no consideró la identidad de las personas, obviando la individualización de las mismas. Esto permitió mantener la privacidad y confidencialidad de las participantes.

Previo a usarse este instrumento, se pidió autorización para su realización a la Dirección de los Consultorios en estudio (Maipú y La Esperanza), en el caso de las adolescentes embarazadas, y a los Directores de los Colegios en el caso de las adolescentes no embarazadas.

Una vez que la adolescente invitada (caso o control) aceptó realizar la encuesta, se le entregó una carta de **consentimiento informado**, explicando el estudio y sus objetivos, donde la información personal que la adolescente entregara sería guardada en una base de datos de manera confidencial y anónima. También se les explicó que no existe remuneración ni exámenes que pudieran atentar contra su salud. Finalmente se les pidió su autorización a través de la firma de este documento (*Anexo 2*).

CAPÍTULO V: RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos planteados, se obtienen los siguientes resultados:

La población de estudio correspondió a 180 adolescentes pertenecientes a la Comuna de Maipú. De esta población, 60 adolescentes fueron casos (embarazadas al momento del estudio: 33.3%) y 120 fueron controles, es decir, adolescentes no embarazadas (66.7%), con diferencias de edad de más/menos 1 año y pareadas por nivel escolar y colegio.

El 43,9% de la población en estudio tenía entre 12 - 14 años; 36,7% 15 años y 19,4% 16 años, al momento de la encuesta.

Respecto al estado civil al momento de la encuesta, un 7.8% convive y 92,2% es soltera.

En relación al nivel socioeconómico, un 8,9% era de clase alta-media alta (ABC1); 19,5% de clase media (C2); 29,6% de clase media baja (C3); 35,5% de clase baja (D); y un 6,5% de extrema pobreza (E).

En cuanto a la escolaridad, un 13,9% tenía enseñanza básica incompleta, 46,1% enseñanza básica completa y 40% enseñanza media incompleta. Además, un 86,1% de las adolescentes estudia al momento de la encuesta. El 13,9% de las adolescentes que no estudia, son adolescentes embarazadas que refieren, en un 88%, que es debido a su embarazo, y el resto, 12%, por repetir de curso. El 68% de las adolescentes que no estudia, llegó hasta la enseñanza básica, y el resto, 32%, hasta la enseñanza media. El 16% de las adolescentes que no estudiaban, permaneció en el colegio hasta el año 2002, 60% hasta el año 2003 y 24% hasta el año 2004. El 92% de ellas obtuvo un buen rendimiento escolar (entre 5.0 y 5.9), y el resto, 8%, obtuvo rendimiento escolar suficiente (entre 4.0 y 4.9).

El 28.9% de los colegios era de tipo religioso y 71.1% laicos. 47.8% de éstos son municipalizados y 52.2% particular subvencionados.

A continuación se presentan las variables que tuvieron diferencias estadísticamente significativas al realizar el análisis bivariado (las demás variables en estudio que no fueron estadísticamente significativas se presentan en Anexo 4):

Variable	Categorías	Caso		Control		Valor prueba	p-value
		n	(%)	n	(%)		
Edad de la menarquia (años)	9	4	6.7	0	0	t-student= 3.77	p=0.0001
	10	9	15	8	6.8		
	11	23	38.3	30	25.4		
	12	12	20	43	36.4		
	13	11	18.3	32	27.1		
	14	1	1.7	4	3.4		
	15	0	0	1	0.9		
Edad de inicio de actividad sexual (años)	No ha iniciado actividad sexual	0	0	101	84.1	t-student=-14.60	p =0.0000
	11 – 12	3	5	2	1.7		
	13	11	18.3	2	1.7		
	14	37	61.7	9	7.5		
	15	9	15	6	5		

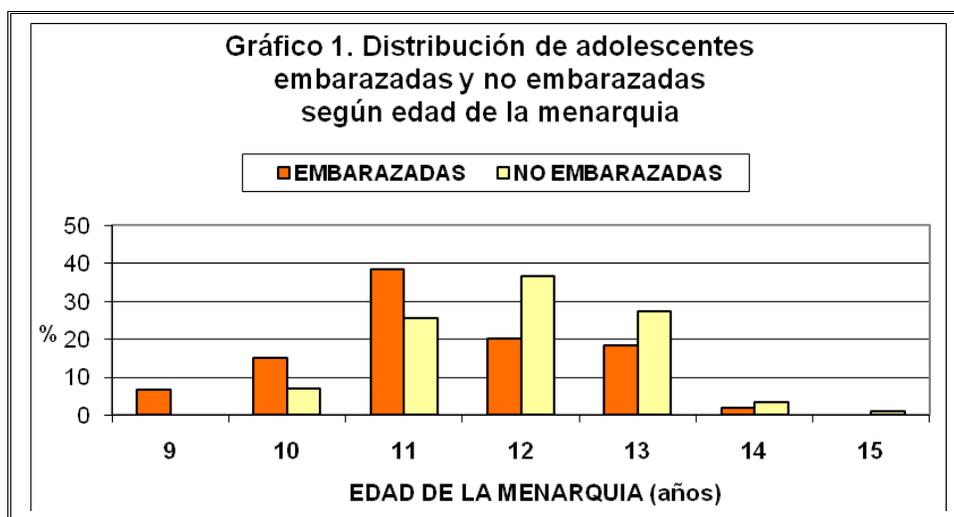
Autoestima	Baja	2	3.3	0	0	P.chi2(2)=28.82	Fisher's exact=0.000
	En busca	43	71.7	41	34.2		
	Grado importante	15	25	79	65.8		
Apoyo social subjetivo familiar	Alto	5	8.3	1	0.8	P.chi2(2)=7.40	Fisher's exact=0.027
	Mediano	45	75	102	85		
	Bajo	10	16.7	17	14.2		
Apoyo social subjetivo de amistad	Alto	15	25	26	21.6	P.chi2(2)=14.79	p =0.001
	Mediano	27	45	83	69.2		
	Bajo	18	30	11	9.2		
Variable	Categorías	Caso		Control		Valor prueba	p-value
		n	%	n	%		
Participación social	Sí	17	28.3	63	52.5	P.chi2(1)=9.46	p =0.002
	No	43	71.7	57	47.5		
Edad de la adolescente (años)	12	0	0	2	1.7	t-student=-6.02	p =0.0000
	13	1	1.7	14	11.6		
	14	7	11.7	54	45		
	15	32	53.3	35	29.2		
	16	20	33.3	15	12.5		
Edad de la pareja (años)	12 a 15	2	3.3	26	42.6	t-student=-6.46	p =0.0000
	16 a 19	30	50	28	45.9		
	20 a 23	21	35	7	11.5		
	26 a 29	4	6.7	0	0		
	30 a 35	3	5	0	0		
Consumo de alcohol	Sí	45	75	65	54.2	P.chi2(1)=7.30	p =0.007
	No	15	25	55	45.8		
Consumo de cigarrillo alguna vez	Sí	49	81.7	73	60.8	P.chi2(1)=7.94	Fisher's exact=0.006
	No	11	18.3	47	39.2		
Frecuencia de consumo actual de cigarrillo	<3 al día	8	34.8	31	77.5	P.chi2(1)=11.29	Fisher's exact=0.001
	>3 al día	15	65.2	9	22.5		
Probado droga alguna vez	Sí	29	48.3	12	10	P.chi2(1)=33.41	p =0.000
	No	31	51.7	108	90		
Escolaridad	Básica incompleta	9	15	16	13.3	P.chi2(2)=6.32	Fisher's exact=0.043
	Básica completa	20	33.3	63	52.5		
	Media incompleta	31	51.7	41	34.2		
Rendimiento escolar	Insuficiente (1.0 - 3.9)	2	3.3	1	0.8	P.chi2(3)=29.50	Fisher's exact=0.000
	Suficiente(4.0 – 4.9)	8	13.3	9	7.5		
	Bueno(5.0 – 5.9)	49	81.7	63	52.5		
	Muy bueno(6.0 – 6.9)	1	1.7	47	39.2		
Deserción escolar	Sí	25	41.7	0	0	P.chi2(1)=58.06	Fisher's exact=0.000
	No	35	58.3	120	100		
Escolaridad del padre	Sin escolaridad	1	1.6	1	0.8	P.chi2(7)=17.26	Fisher's exact=0.016
	E.B. Incompleta	12	20	15	12.5		
	E.B. Completa	10	16.7	10	8.3		
	E.M. Incompleta	7	11.7	21	17.5		
	E.M. Completa	19	31.7	25	20.8		
	E.S. Incompleta	1	1.6	8	6.7		
	E.S. Completa	1	1.7	21	17.5		
Funcionalidad familiar	No sabe	9	15	19	15.9	P.chi2(1)=6.55	p =0.010
	Funcional	32	53.3	87	72.5		
	Disfuncional	28	46.7	33	27.5		
	Sí	43	71.7	49	40.8		

Antecedente de embarazo	No	17	28.3	71	59.2	P.chi2(1)=15.21	p =0.000
Nivel socioeconómico	Alta - media alta	2	3.7	13	11.3	P.chi2(4)=16.21	Fisher's exact=0.003
	Media	5	9.3	28	24.4		
	Media baja	16	29.6	34	29.5		
	Baja	23	42.6	37	32.2		
	Extrema pobreza	8	14.8	3	2.6		

Tabla N°1. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *edad de la menarquia*

EMBARAZO	9 años		10 años		11 años		12 años		13 años		14 años		15 años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	6.7	9	15	23	38.3	12	20	11	18.3	1	1.7	0	0	60	100
NO	0	0	8	6.8	30	25.4	43	36.4	32	27.1	4	3.4	1	0.9	118	100
TOTAL	4	2.3	17	9.5	53	29.8	55	30.9	43	24.1	5	2.8	1	0.6	178	100

t-student=
3.77
p=0.0001



Como se puede observar en *Tabla y Gráfico N° 1*, el 60% de las adolescentes embarazadas tuvieron su menarquia entre los 9 y 11 años de edad, y sólo un 32,2% de

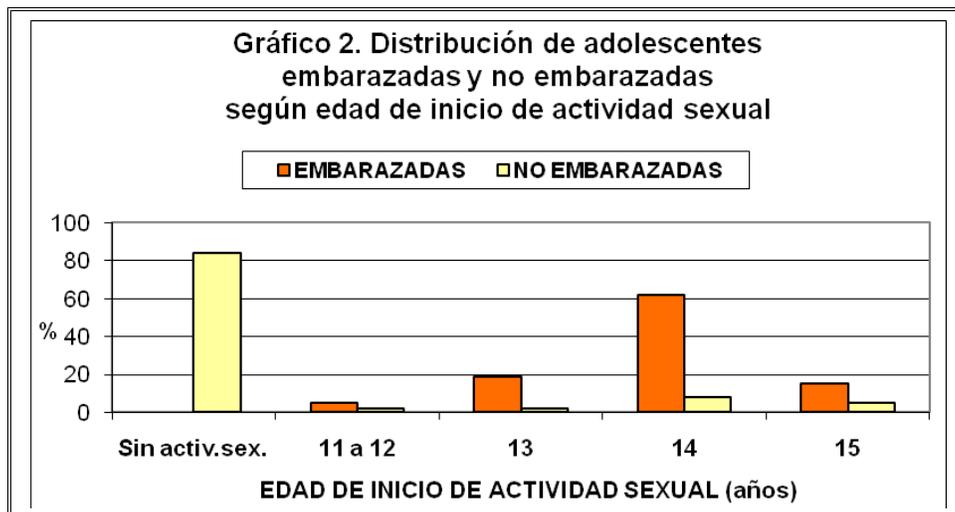
las adolescentes no embarazadas la tuvieron en esa misma edad. Diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

Es importante mencionar que dos adolescentes del grupo de control, no han tenido aún su menarquia al momento del estudio.

Tabla N°2. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según edad de inicio de actividad sexual

EMBARAZO	No han iniciado actividad sexual		11 – 12 años		13 años		14 años		15 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	0	0	3	5	11	18.3	3	61.7	9	15	60	100
NO	101	84.1	2	1.7	2	1.7	9	7.5	6	5	120	100
TOTAL	101	56.1	5	2.8	13	7.2	4	25.6	15	8.3	180	100

t-student=-14.60
p = 0.000

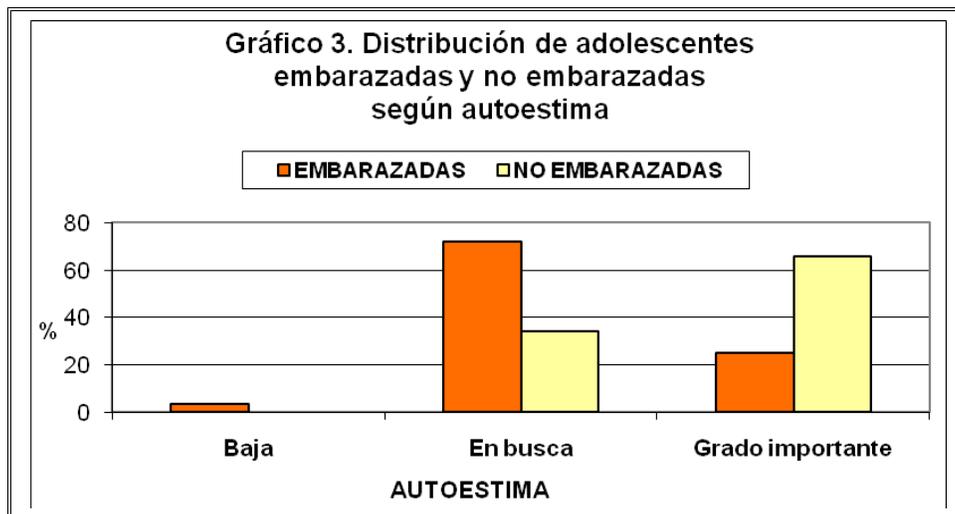


Se puede observar en *Tabla y Gráfico N° 2*, que 84,1% de las adolescentes no embarazadas aún no ha iniciado actividad sexual. Además, un 23,3% de las adolescentes embarazadas inició actividad sexual entre los 11 y 13 años, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que iniciaron en un 3,4% en esas mismas edades. La diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.000$). La mayoría de las adolescentes embarazadas iniciaron actividad sexual a los 14 años (61,7%).

Tabla N°3. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *autoestima*

EMBARAZO	BAJA		EN BUSCA		GRADO IMPORTANTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	2	3.3	43	71.7	15	25	60	100
NO	0	0	41	34.2	79	65.8	120	100
TOTAL	2	1.1	84	46.7	94	52.2	180	100

P.chi2(2)=28.82
Fisher's exact=0.000

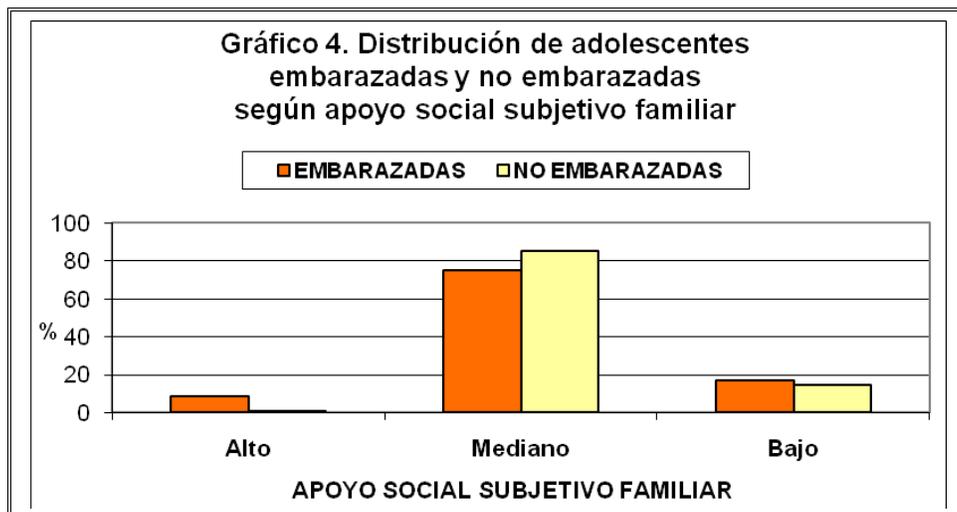


Se observa en *Tabla y Gráfico N° 3*, que un 75% de las adolescentes embarazadas presenta autoestima baja o en busca de ella, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que presentan un 65,8% de grado importante de autoestima, observándose diferencias significativas entre los grupos ($p=0.000$).

Tabla N°4. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *apoyo social subjetivo familiar*

EMBARAZO	ALTO		MEDIANO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	5	8.3	45	75	10	16.7	60	100
NO	1	0.8	102	85	17	14.2	120	100
TOTAL	6	3.3	147	81.7	27	15	180	100

P.chi2(2)=7.40
Fisher's exact=0.027

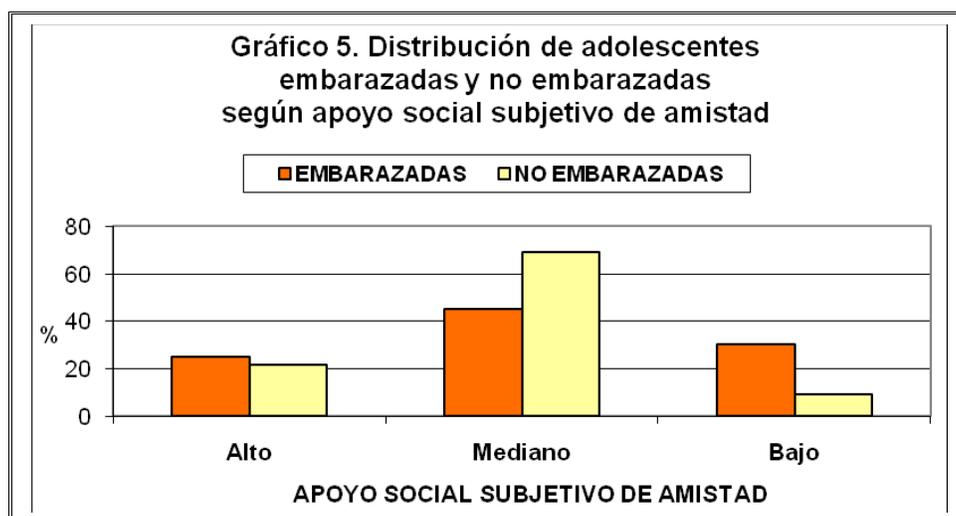


Respecto al apoyo social subjetivo familiar, es decir, la satisfacción percibida de la adolescente con relación a la familia, según como se observa en *Tabla y Gráfico N° 4*, un 16,7% de las adolescentes embarazadas presenta apoyo social subjetivo familiar bajo, en cambio, las adolescentes no embarazadas lo presentan en un 14,2%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.027$).

Tabla N°5. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *apoyo social subjetivo de amistad*

EMBARAZO	ALTO		MEDIANO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	15	25	27	45	18	30	60	100
NO	26	21.6	83	69.2	11	9.2	120	100
TOTAL	41	22.8	110	61.1	29	16.1	180	100

P.chi2(2)=14.79
p =0.001

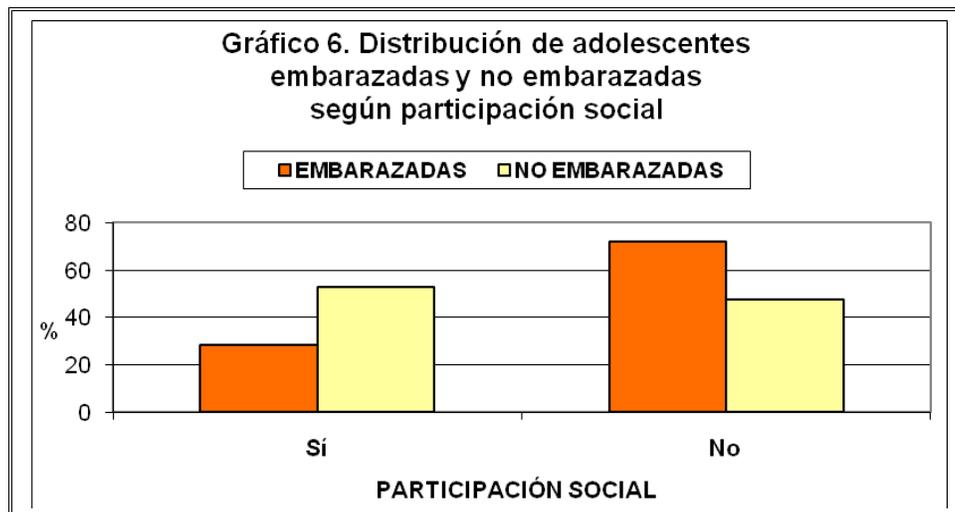


Respecto al apoyo social subjetivo de amistad, es decir, la satisfacción percibida de la adolescente en relación con los amigos, según como se observa en *Tabla y Gráfico N° 5*, un 30% de las adolescentes embarazadas presenta apoyo social subjetivo de amistad bajo, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que presentan sólo un 9,2%, habiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.001$).

Tabla N°6. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *participación social*

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	17	28.3	43	71.7	60	100
NO	63	52.5	57	47.5	120	100
TOTAL	80	44.4	100	55.6	180	100

**P.chi2(1)=9.46
p =0.002**

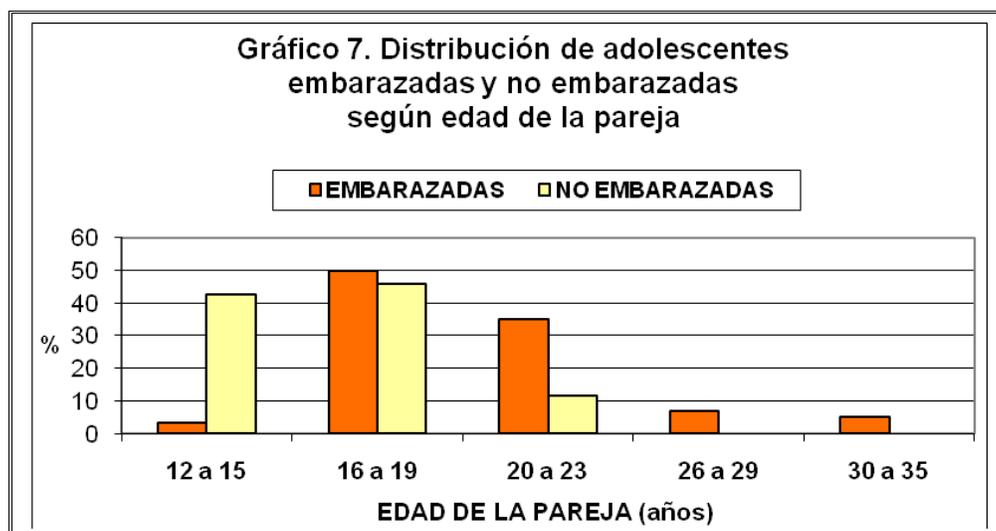


Como se observa en *Tabla y Gráfico N° 6*, sólo un 28,3% de las adolescentes embarazadas posee algún grado de participación social, en cambio, un 52,5% de las adolescentes no embarazadas lo poseen, con diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.002$).

Tabla N°7. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *edad de la pareja*

EMBARAZO	12 a 15 años		16 a 19 años		20 a 23 años		26 a 29 años		30 a 35 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	2	3.3	30	50	21	35	4	6.7	3	5	60	100
NO	26	42.6	28	45.9	7	11.5	0	0	0	0	61	100
TOTAL	28	23.1	58	48	28	23.1	4	3.3	3	2.5	121	100

t-student=-6.46
p =0.0000

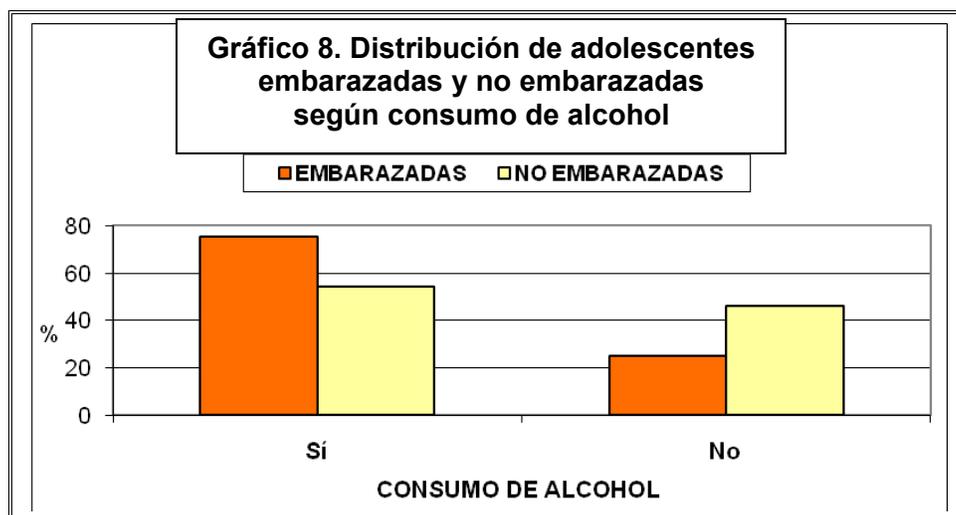


Como se observa en *Tabla y Gráfico N° 7*, un 46,7% de las adolescentes embarazadas tiene parejas mayores de 20 años, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que tiene un 11,5% de parejas con esas edades, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$).

Tabla N°8. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *consumo de alcohol*

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	45	75	15	25	60	100
NO	65	54.2	55	45.8	120	100
TOTAL	110	61.1	70	38.9	180	100

P.chi2(1)=7.30
p = 0.007

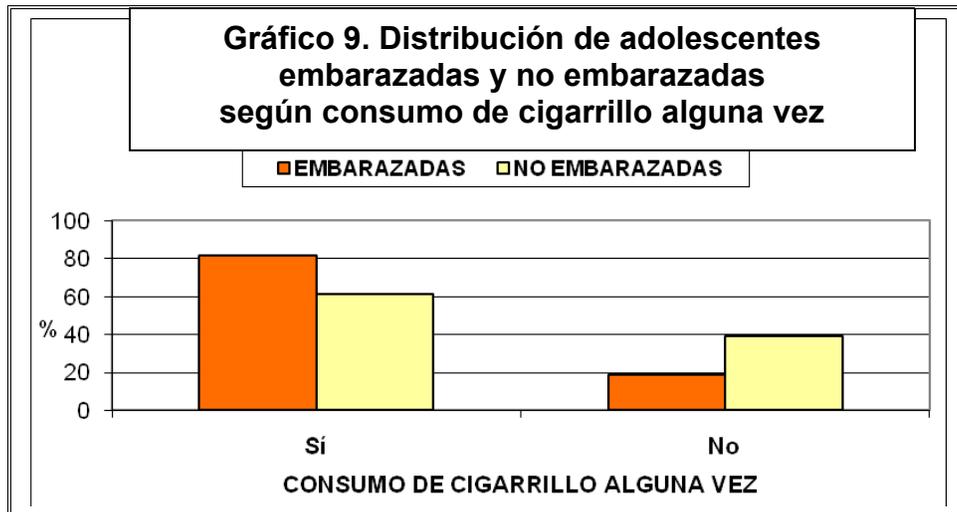


Se observa en *Tabla y Gráfico N° 8*, que un 75% de las adolescentes embarazadas ha consumido alcohol alguna vez, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que sólo lo han hecho en un 54,2%, observándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.007$).

Tabla N°9. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según consumo de cigarrillo alguna vez

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	49	81.7	11	18.3	60	100
NO	73	60.8	47	39.2	120	100
TOTAL	122	67.8	58	32.2	180	100

P.chi2(1)=7.94
Fisher's exact = 0.006

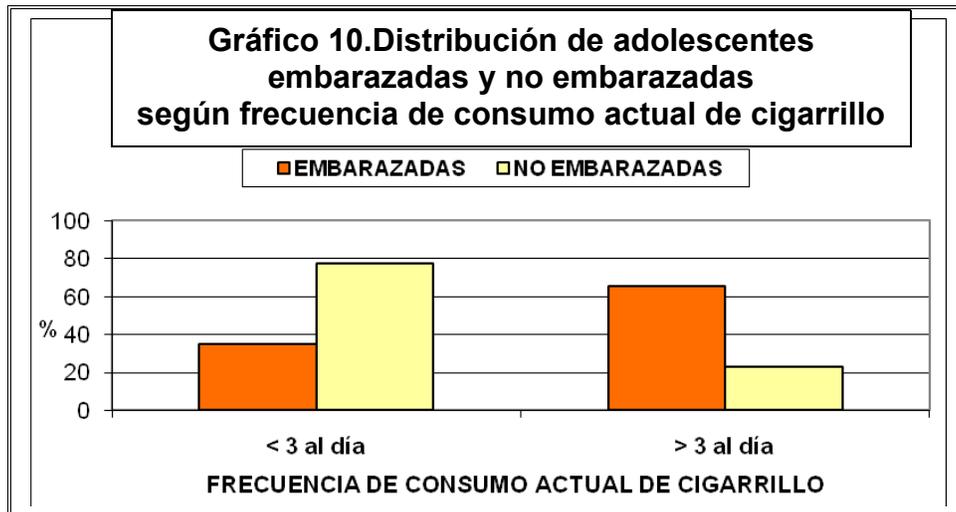


La Tabla y Gráfico N° 9, muestra que un 81,7% de las adolescentes embarazadas ha consumido cigarrillo alguna vez, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que lo hicieron en un 60,8%, siendo esta diferencia entre los grupos estadísticamente significativa ($p=0.006$).

Tabla N°10. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según frecuencia de consumo actual de cigarrillo

EMBARAZO	< 3 al día		> 3 al día		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	8	34.8	15	65.2	23	100
NO	31	77.5	9	22.5	40	100
TOTAL	39	61.9	24	38.1	63	100

P.chi2(1)=11.29
Fisher's exact= 0.001

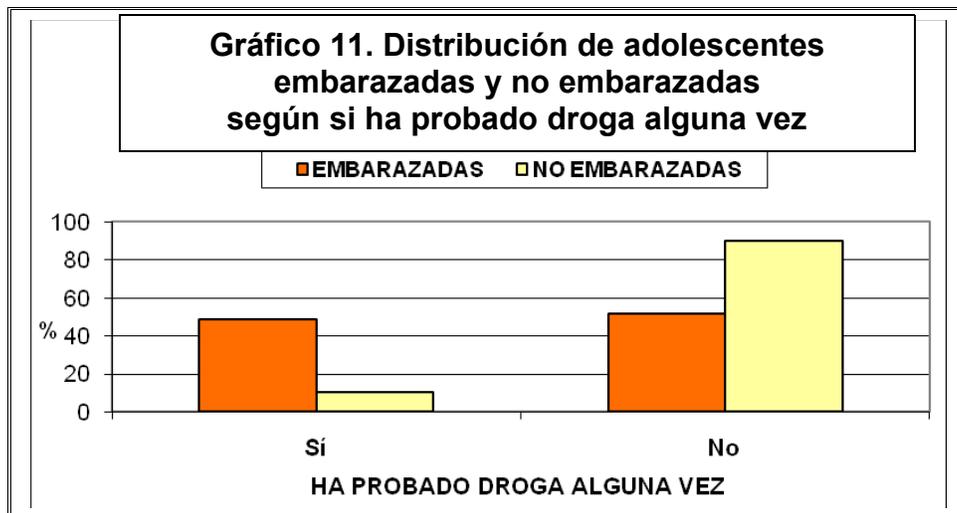


Según Tabla y Gráfico N° 10, un 65,2% de las adolescentes embarazadas consume más de 3 cigarrillos al día, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que lo hacen en un 22,5%, con diferencias significativas entre los grupos ($p=0.001$). Esto, a pesar de no ser significativo su consumo actual.

Tabla N°11. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según si ha probado droga alguna vez

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	29	48.3	31	51.7	60	100
NO	12	10	108	90	120	100
TOTAL	41	22.8	139	77.2	180	100

P.chi2(1)=33.41
p = 0.000

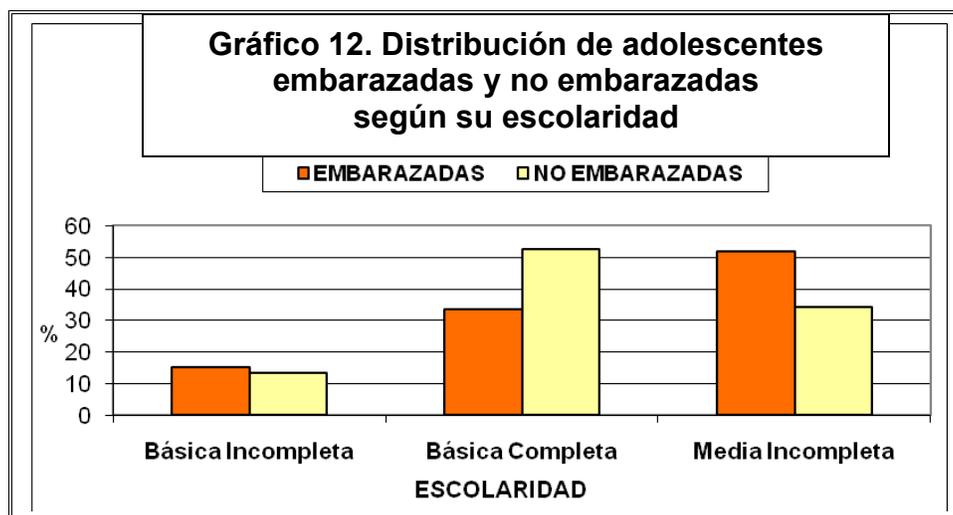


Según como se observa en *Tabla y Gráfico N° 11*, un 48,3% de las adolescentes embarazadas ha probado droga alguna vez, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que sólo la han probado en un 10%, observándose diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($p=0.000$).

Tabla N° 12. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según su *escolaridad*

EMBARAZO	BÁSICA INCOMPLETA		BÁSICA COMPLETA		MEDIA INCOMPLETA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	9	15	20	33.3	31	51.7	60	100
NO	16	13.3	63	52.5	41	34.2	120	100
TOTAL	25	13.9	83	46.1	72	40	180	100

P.chi2(2)=6.32
p = 0.043

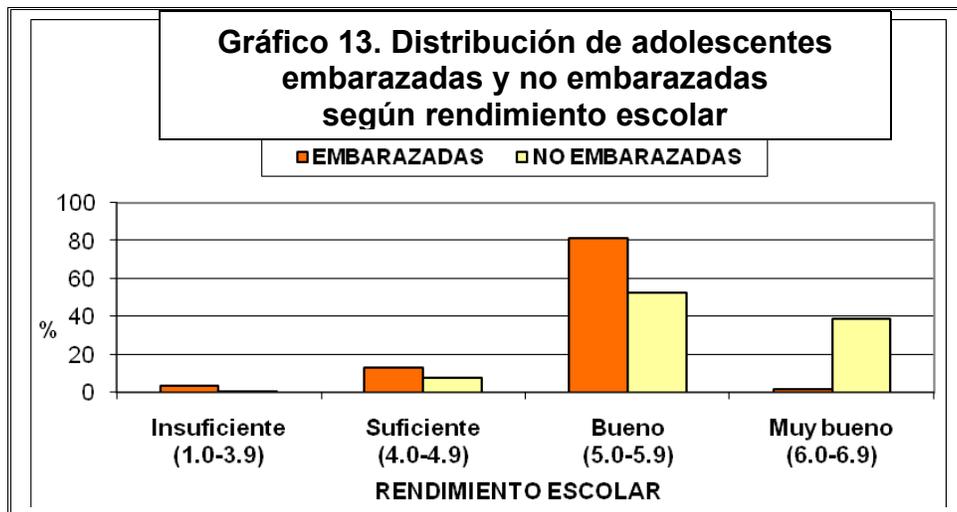


Según como se observa en *Tabla y Gráfico N° 12*, un 33,3% de las adolescentes embarazadas tiene enseñanza básica completa, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que tienen un 52,5% de esta enseñanza completa, observándose diferencias estadísticas levemente significativas ($p=0.043$).

Tabla N°13. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *rendimiento escolar*

EMBARAZO	INSUFICIENTE 1.0-3.9		SUFICIENTE 4.0-4.9		BUENO 5.0-5.9		MUY BUENO 6.0-6.9		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	2	3.3	8	13.3	49	81.7	1	1.7	60	100
NO	1	0.8	9	7.5	63	52.5	47	39.2	120	100
TOTAL	3	1.7	17	9.4	112	62.2	48	26.7	180	100

P.chi2(3)=29.50
Fisher's exact= 0.000

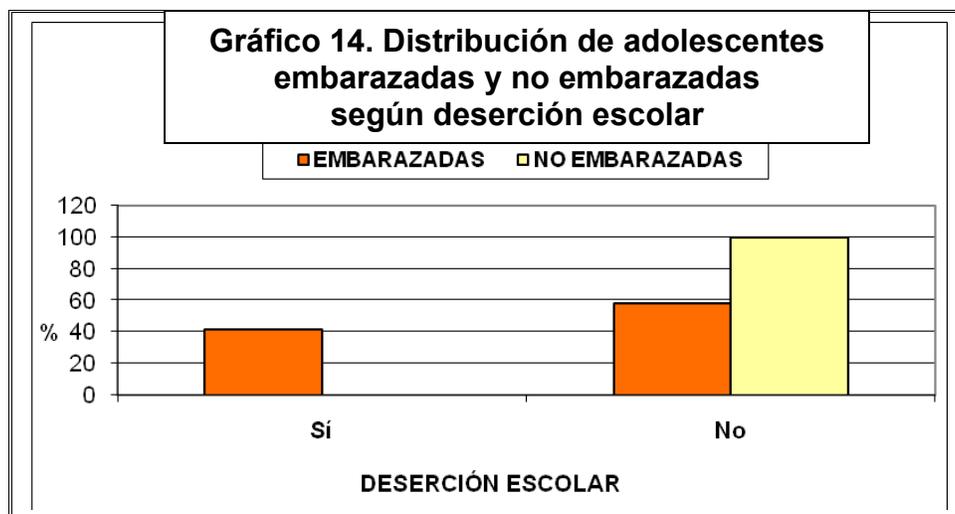


Como se observa en *Tabla y Gráfico N° 13*, un 1,7% de las adolescentes embarazadas tiene un rendimiento escolar muy bueno, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que lo tiene en un 39,2%, diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0.000$).

Tabla N°14. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *deserción escolar*

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	25	41.7	35	58.3	60	100
NO	0	0	120	100	120	100
TOTAL	25	13.9	155	86.1	180	100

P.chi2(1)=58.06
Fisher's exact= 0.000



Como podemos observar en *Tabla y Gráfico N° 14*, un 41,7% de las adolescentes embarazadas presenta deserción escolar, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que ninguna lo ha presentado, diferencia claramente significativa entre ambos grupos ($p=0.000$).

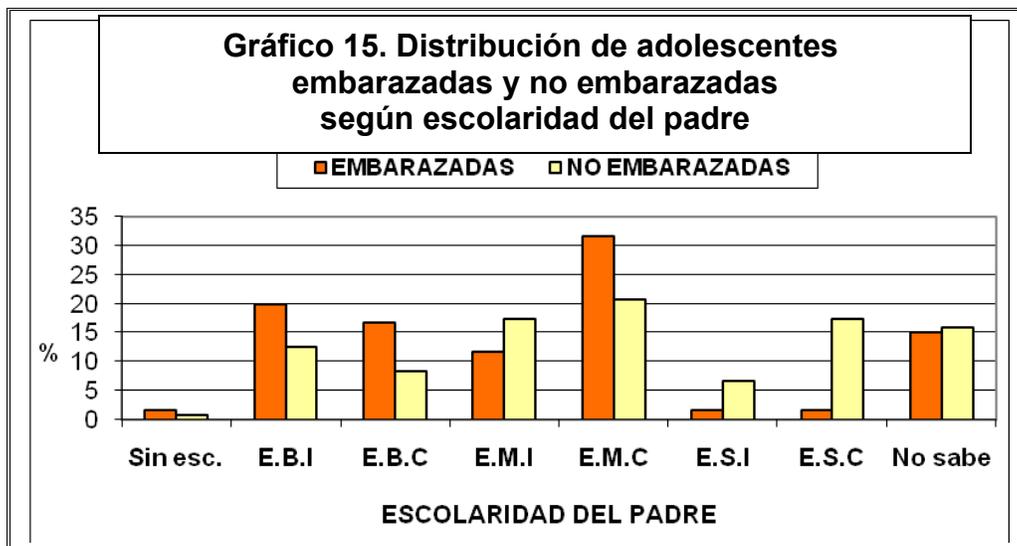
Tabla N°15. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *escolaridad del padre*

EMBARAZO	SIN ESCOL.		E.B. INCOMP.		E.B. COMP.		E.M. INCOMP.		E.M. COMP.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	1	1.6	12	20	10	16.7	7	11.7	19	31.7
NO	1	0.8	15	12.5	10	8.3	21	17.5	25	20.8
TOTAL	2	1.1	27	15	20	11.1	28	15.6	44	24.4

EMBARAZO	E.S.INCOMP.		E.S.COMP.		NO SABE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	1	1.6	1	1.7	9	15	60	100
NO	8	6.7	21	17.5	19	15.9	120	100
TOTAL	9	5	22	12.2	28	15.6	180	100

P.chi2(7)=17.26

Fisher's exact= 0.016

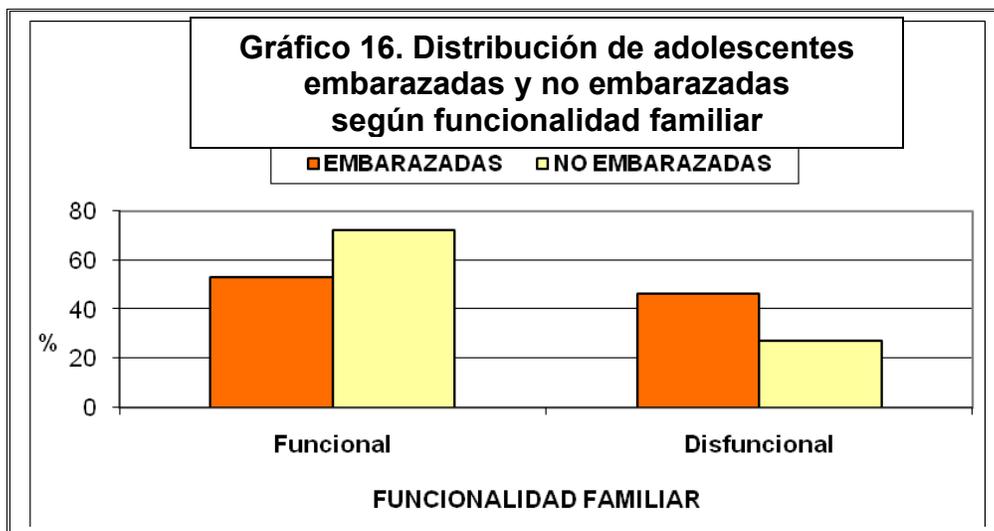


Como se observa en *Tabla y Gráfico N° 15*, un 35% de las adolescentes embarazadas tienen padres con escolaridad media completa y superior, en cambio, un 45% de las adolescentes no embarazadas tienen padres con enseñanza media completa y superior, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.016$).

Tabla N°16. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según *funcionalidad familiar*

EMBARAZO	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	32	53.3	28	46.7	60	100
NO	87	72.5	33	27.5	120	100
TOTAL	119	66.1	61	33.9	180	100

P.chi2(1)=6.55
p = 0.010



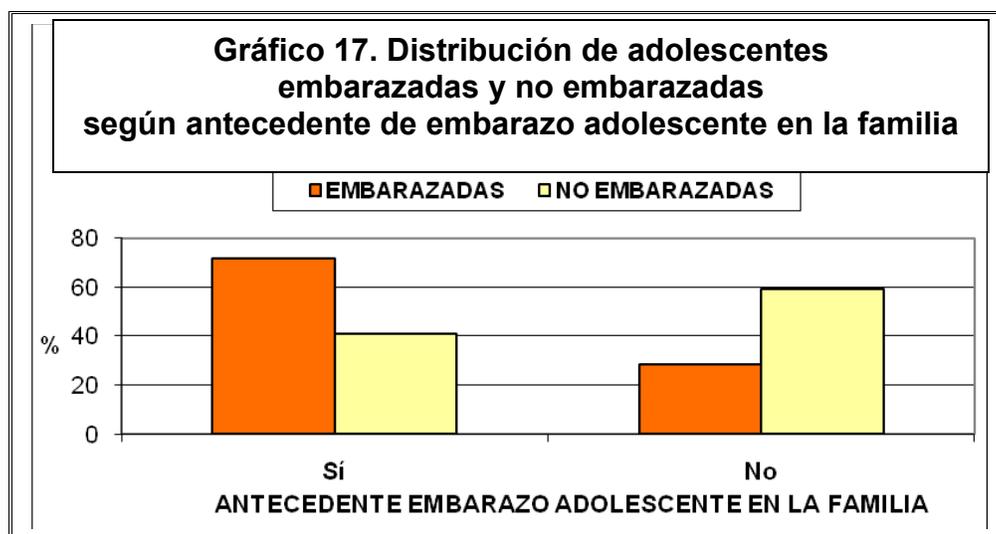
Al observar *Tabla y Gráfico N° 16*, vemos que un 46,7% de las adolescentes embarazadas vive en un núcleo familiar disfuncional, a diferencia de las adolescentes

no embarazadas que lo hace sólo en un 27,5%. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.010$).

Tabla N°17. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según antecedente de embarazo adolescente en la familia

EMBARAZO	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	43	71.7	17	28.3	60	100
NO	49	40.8	71	59.2	120	100
TOTAL	92	51.1	88	48.9	180	100

$P.chi2(1)=15.21$
 $p = 0.000$



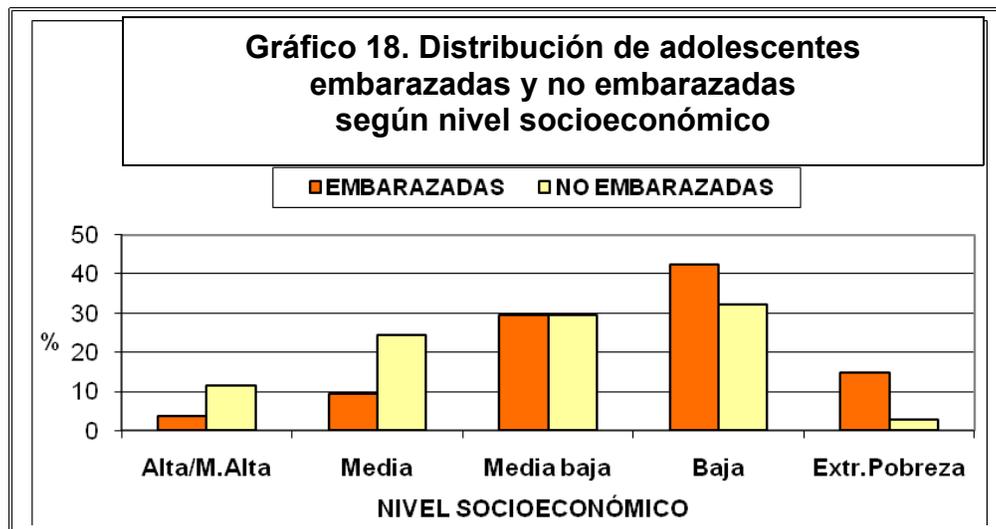
Según *Tabla y Gráfico N° 17*, un 71,7% de las adolescentes embarazadas posee antecedente de embarazo adolescente en la familia, en cambio, un 40,8% de las

adolescentes no embarazadas posee este mismo antecedente, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$).

Tabla N° 18. Distribución de adolescentes embarazadas y no embarazadas según nivel socioeconómico

EMBARAZO	ALTA-MEDIA ALTA		MEDIA		MEDIA BAJA		BAJA		EXTREMA POBREZA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SÍ	2	3.7	5	9.3	16	29.6	23	42.6	8	14.8	54	100
NO	13	11.3	28	24.4	34	29.5	37	32.2	3	2.6	115	100
TOTAL	15	8.9	33	19.5	50	29.6	60	35.5	11	6.5	169	100

P.chi2(4)=16.21
p = 0.003



Según como se observa en *Tabla y Gráfico N° 18*, un 57,4% de las adolescentes embarazadas tiene nivel socioeconómico bajo y extrema pobreza, a diferencia de las adolescentes no embarazadas, las cuales un 34,8% tienen un nivel socioeconómico bajo y extrema pobreza, con diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($p=0.003$).

Al realizar regresión logística con las variables significativas, el modelo predictivo final es el siguiente:

Tabla N° 19. Modelo final de regresión logística para factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes ≤ 15 años, 2003-2004.

Variable	OR	P> z 	[95% Conf. Interval]
Menarquia tardía	0.47	0.044	0.22 – 0.97
Antecedente de embarazo adolescente en la familia	7.96	0.014	1.51 – 41.87
Pareja con edad mayor de 20 años	1.82	0.001	1.28 – 2.59
Rendimiento escolar muy bueno	0.00	0.000	0.00 – 0.08
Grado de autoestima importante	0.20	0.017	0.05 – 0.74
Participación social	0.14	0.012	0.03 – 0.64
Escolaridad del padre: Nivel Superior	0.03	0.032	0.00 – 0.73

Se puede observar que en el grupo de estudio de adolescentes \leq de 15 años, el modelo predice que:

1. Los **factores de riesgo** están dados por:

- Tener antecedente de embarazo adolescente en la familia es 7.9 veces mayor riesgo de embarazo que quienes no la tienen.
- Existe 1.8 veces más riesgo de embarazo en adolescentes que tienen parejas mayores de 20 años que aquellas que tienen parejas menores de esa edad.

2. Los **factores protectores** están dados por:

- Tener menarquia a edades más tardías protege en 0.4 veces del riesgo de embarazo que a edades más precoces.
- Tener rendimiento escolar muy bueno (6.0-6.9) protege a la adolescente en 0.003 veces del riesgo de embarazo que las que tienen menor rendimiento escolar.
- Tener un grado importante de autoestima protege en 0.2 veces del riesgo de embarazo que las que tienen autoestima baja o en busca de ella.
- Tener participación social protege en 0.1 veces de embarazo que las que no participan socialmente.

- Que el padre de la adolescente tenga nivel educacional superior, protege en 0.03 veces del riesgo de embarazo que quienes tienen padres con enseñanza básico o media.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los hallazgos del presente estudio, para el grupo de adolescentes ≤ 15 años, señalan como factores de riesgo el tener antecedente de embarazo adolescente en la familia y tener parejas varones mayores de 20 años. Como factores protectores, tener menarquia tardía, rendimiento escolar muy bueno, grado importante de autoestima, participación social y escolaridad del padre con nivel educacional superior. Esta información es de utilidad para conocer los factores que tienen más peso en el embarazo de este grupo de adolescentes y en el contexto sociodemográfico estudiado, intentando buscar alternativas de intervención en función de la prevención y protección de estas adolescentes.

Según un estudio realizado en la Comuna de Monte Patria, IV región de Chile, se encontró que un 81,8% de las adolescentes embarazadas (entre 15 y 19 años) tenía el antecedente en su madre de embarazo adolescente ⁽⁶¹⁾. Los resultados de este estudio revelan que un 71,7% de las adolescentes embarazadas (menor o igual a 15 años) poseía este antecedente de embarazo adolescente en su madre.

Además, en una encuesta realizada en El Salvador, un 66% de las adolescentes que estuvieron embarazadas (entre 15 y 19 años) tenía parejas con al menos 4 años mayor que ellas; con una menarquia promedio de 12,75 \pm 1,30 años; promedio de edad de inicio de actividad sexual de 15,32 \pm 1,46 años, con un 29% que las iniciaron antes de los 15 años; y 2% antes de los 13 años ⁽⁶²⁾. En el presente estudio se obtuvo que un

66,7% de las adolescentes embarazadas (menor o igual a 15 años) tiene parejas de al menos 4 años mayor que ellas; una menarquia promedio de 11 años; promedio de edad de inicio de actividad sexual de 14,2 años, con 85% que las iniciaron antes de los 15 años; y un 5% antes de los 13 años.

En cuanto a la edad de la menarquia, el presente estudio demostró que la población de adolescentes ≤ 15 años presentó menarquias menores a 12.2 años como lo presenta la literatura ^(14,15,16), pues un 60% de las adolescentes embarazadas y un 32,2% de las adolescentes no embarazadas, presentó menarquia entre los 9 y 11 años de edad, siendo un total de 41,6% de adolescentes en el estudio que presentaron menarquia menor a los 12 años.

En el presente estudio, la edad de inicio de actividad sexual tuvo significancia estadística por sí sola como variable de riesgo para embarazo adolescente ≤ 15 años, pero al ajustarla con otras variables en el modelo de regresión, perdió esta significancia, por lo que se sugiere estudiar este factor en una población ≤ 15 años donde TODAS hayan iniciado actividad sexual.

Las variables apoyo social subjetivo familiar y de amistad tampoco se incluyeron en el modelo predictivo, pues al ajustarse con otras variables perdieron su significancia. Se sugiere considerarla de todas maneras en estos tipos de estudios, pues el apoyo social tiene efectos positivos al inhibir conductas de riesgo como es el embarazo precoz, consumo de tabaco, alcohol y drogas. Además, tiene efectos positivos en el

manejo ante acontecimientos negativos, pues la presencia de redes sociales proveería de consejos, servicios y nuevos contactos sociales ^(8, 33, 35).

En cuanto a las variables de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas y frecuencia de consumo actual de cigarrillo, no son incluidas en el modelo por perder su significancia estadística al ajustarse con otras variables. Tal vez al aumentar el tamaño de la muestra podría demostrarse si juegan o no un rol importante de riesgo en este grupo de estudio.

La variable escolaridad básica completa y deserción escolar por sí solas eran factores protector y de riesgo de embarazo, respectivamente, en este grupo de estudio, y también pierden significancia al asociarse con otras variables del modelo. Un 41,7% de las adolescentes embarazadas había desertado del colegio. Quizás habría que realizar un estudio entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, donde el grupo de control no fueran estudiantes de un colegio, sino adolescentes elegidas aleatoriamente por casa o familia en una población abierta, por ejemplo, y así podría analizarse de mejor manera la deserción escolar.

En cuanto a la escolaridad, estudios señalan que sólo un 28% de las adolescentes embarazadas estudian ⁽²⁷⁾, lo que no concuerda en su totalidad con el presente estudio en adolescentes embarazadas menores o igual a 15 años, pues un 58,3% estudia, siendo mayor el porcentaje de estudio en esta investigación.

Si bien tener una familia disfuncional en cuanto a composición, fue predictora de riesgo de embarazo en este grupo por sí sola, pierde su significancia estadística al ajustarse con otras variables. Se sugiere aumentar el tamaño de la muestra para observar si está asociada como factor de riesgo.

El nivel socioeconómico no fue incluido en el modelo, a pesar de que vivir en extrema pobreza era significativo como factor de riesgo por sí solo, pero que al ajustarse con otras variables pierde esta significancia, dándole más peso a otras variables. Tal vez en este grupo de estudio no existían muchas diferencias de nivel socioeconómico dentro de la misma comuna. Se sugieren estudios futuros con este grupo de adolescentes ≤ 15 años y comparar entre dos o más comunas donde pueda observarse la diferencia del nivel socioeconómico y si es de mayor peso o igual que otras variables incluidas en el mismo estudio.

Una de las principales características de la madre adolescente menor de 19 años es que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel socioeconómico bajo, donde se observa que un 77% de estas madres proviene de un nivel socioeconómico medio y bajo ⁽²⁷⁾. Esta tendencia se dio en el presente estudio, incluso se observa en un 87% de las adolescentes embarazadas menor o igual a 15 años.

La literatura revisada indica que el 35% de las adolescentes embarazadas vivían con ambos padres al momento de su embarazo; 34% con uno de sus padres; y el 25% con amistades u otros familiares ^(3,52). Dentro de esta población en estudio, se observa

que un 53,3% vivía con ambos padres al momento de su embarazo; 41,7% con uno de sus padres; y un 5% con amistades, pareja u otros familiares.

Según una encuesta realizada por la Academia de Medicina en el área poniente de Santiago, se encontró que un 88% de las adolescentes embarazadas tenía algún proyecto de vida ⁽⁴⁾. Los resultados de este estudio revelan que un 90% de las adolescentes embarazadas menores o igual de 15 años tenía algún proyecto de vida.

Se demostró en este estudio, que no existe asociación entre embarazo adolescente ≤ 15 años con autoimagen, proyectos de vida, apoyo social objetivo, religiosidad, escolaridad de la madre y educación sexual en colegios, a pesar de que en la literatura son citados como factores de riesgo o protectores de embarazo adolescente. Se sugieren estudios con estos factores en poblaciones con estas características, agregando diferentes niveles socioeconómicos y población aleatoria, y no desde los colegios.

Si bien según la literatura, el uso de métodos anticonceptivos en la relación sexual puede ser factor predictivo de riesgo o protector de embarazo, según se use o no algún método en la relación sexual, en esta investigación no era objetivo de estudio. En futuros estudios podría incluirse y preguntárseles a todas las adolescentes que iniciaron actividad sexual si es que usaron algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales y ver si existe diferencia estadística significativa entre el grupo de embarazadas y el de no embarazadas.

Dada la escasa información existente en este grupo de estudio de adolescentes ≤ 15 años, estos resultados debieran ser considerados como un apoyo a posteriores estudios más acabados en esta área y en este grupo etáreo.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

La población de estudio consistió en 180 adolescentes, de las cuales el 33,3% correspondió a adolescentes embarazadas (grupo caso) y el 66,7% correspondió a adolescentes no embarazadas (grupo controles).

Las adolescentes embarazadas presentaron menarquia a edades más tempranas que las adolescentes no embarazadas, pues un 60% del primer grupo tuvo su menarquia entre los 9 y 11 años de edad, a diferencia del 32,2% de las adolescentes no embarazadas. Incluso dos adolescentes del grupo de control, aún no había presentado su menarquia al momento del estudio.

De las 79 adolescentes en estudio que iniciaron actividad sexual (43,9% del total de la muestra, n=180), un 33,3% eran adolescentes embarazadas y un 10,6% adolescentes no embarazadas. De éstas, las adolescentes embarazadas presentaron inicio de actividad sexual más precoz que las adolescentes no embarazadas, pues un 23,3% de las primeras, inició su actividad sexual entre los 11 y 13 años, a diferencia del 3,4% de las adolescentes no embarazadas.

Las adolescentes embarazadas presentan mayor baja autoestima o en busca de ella (75%) que las adolescentes no embarazadas (34,2%).

Las adolescentes embarazadas presentan mayor apoyo social subjetivo bajo con relación a la familia (16,7%) que las adolescentes no embarazadas (14,2%); y

presentan mayor apoyo social subjetivo bajo con relación a los amigos (30%) que las adolescentes no embarazadas (9,2%).

Las adolescentes embarazadas poseen menor grado de participación social (28,3%), que las adolescentes no embarazadas (52,5%).

Existe un mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas con 15 años (53,3%) que las adolescentes no embarazadas (28,3%).

Las adolescentes embarazadas tienen mayor porcentaje de parejas con edades mayores de 20 años (46,7%) que las adolescentes no embarazadas (11,5%).

Un mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas ha consumido alcohol alguna vez (75%) que las adolescentes no embarazadas (54,2%).

Un mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas ha consumido cigarrillo alguna vez (81,7%), que las adolescentes no embarazadas (60,8%).

Las adolescentes embarazadas consumen más de 3 cigarrillos al día al momento del estudio (65,2%), que las adolescentes no embarazadas (22,5%).

Un mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas ha probado droga ilícita alguna vez (48,3%), que las adolescentes no embarazadas (10%).

Un menor porcentaje de adolescentes embarazadas ha completado la enseñanza básica (33,3%) que las adolescentes no embarazadas (52,5%).

Las adolescentes embarazadas tienen menor rendimiento escolar que las adolescentes no embarazadas, incluso sólo un 1,7% del primer grupo tiene un rendimiento escolar muy bueno (nota entre 6.0 y 6.9), a diferencia del segundo grupo que lo tiene en un 39,2%.

Sólo el 41,7% de las adolescentes embarazadas presenta deserción escolar, a diferencia de las adolescentes no embarazadas que ninguna lo ha presentado.

Las adolescentes embarazadas tienen menos padres (varones) que han llegado a la enseñanza superior (35%) que las adolescentes no embarazadas (45%).

Las adolescentes embarazadas viven en una composición familiar más disfuncional (46,7%) que las adolescentes no embarazadas (27,5%).

Las adolescentes embarazadas poseen mayor antecedente de embarazo adolescente en la familia (71,7%), que las adolescentes no embarazadas (40,8%).

En cuanto al nivel socioeconómico, un mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tiene nivel socioeconómico bajo y extrema pobreza (57,4%) que las adolescentes no embarazadas (34,8%).

En las variables autoimagen, proyectos de vida, apoyo social objetivo religiosidad, escolaridad de la madre y educación sexual en colegios, no se comprobó su asociación con embarazo adolescente ≤ 15 años en esta población de estudio.

En las variables edad de inicio de actividad sexual, apoyo social subjetivo familiar y de amistad, hábitos de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, escolaridad, deserción escolar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico, a pesar de ser significativas estadísticamente en el modelo predictivo, ya sea como factor de riesgo o protector de embarazo adolescente en el grupo de estudio por sí solas, al ajustarlas con otras variables del modelo, no fueron de mayor peso y perdieron su significancia.

Según el modelo predictivo encontrado en el presente estudio, los factores de riesgo de embarazo adolescente ≤ 15 años son: ser de mayor edad dentro de este grupo etario en estudio, tener un antecedente de embarazo adolescente en la familia y tener parejas varones mayores de 20 años; y los factores protectores son: menarquia tardía, rendimiento escolar muy bueno, grado importante de autoestima, participación social y padre con nivel educacional superior.

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA

- 1.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuario de Estadísticas Vitales. 2003.
- 2.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Fecundidad en Chile: Situación reciente. Noviembre, 2006.
- 3.- MOLINA R., SANDOVAL J., GONZÁLEZ E. “Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia”. Editorial Mediterráneo, 2003.
- 4.- UNICEF, SERNAM. “Seminario: Embarazo en adolescentes”, 1992.
- 5.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Boletín Informativo: Enfoques Estadísticos. N° 9, Octubre 2000.
- 6.-- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Adolescent Health and Development”
http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm.
2000-2004.
- 7.-- OMS/OPS. “La salud del adolescente y el joven en las Américas”. Ginebra: Publicación Científica N° 489, 1985.
- 8.- FLORENZANO R. “El adolescente y sus conductas de riesgo”. Ediciones Universidad Católica de Chile. Noviembre, 1999. 1° Edición.

9.- ZUBAREW T. “Sexualidad del Adolescente”. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Universidad Católica de Chile.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/IntroModulos/IntroModulo3.html>

10.- FLORENZANO R, MADDALENO M; BOBADILLA E. “La salud del adolescente en Chile”. Editorial Corporación de Promoción Universitaria (CPU); Chile. 1ª edición; Año 1988.

11.- GREBE, M. P. “El desarrollo durante la edad juvenil”. Apuntes para la docencia, n° 24. Escuela de Psicología, Universidad Nacional Andrés Bello; Chile. Año 1995.

12.- PAPALIA DIANE E; WENKOS OLDS S. “Desarrollo humano”. Editorial Mc Graw Hill; México. 5ª edición; Año 1992.

13.- JARA A. “Crecimiento y desarrollo biológico. Maduración endocrino sexual”. En: R. Molina, Sandoval J., González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo, 2003.

14.- ROMERO M.I. “Embarazo en la Adolescencia”. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Universidad Católica de Chile.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.h>

[tml - 40k](#)

- 15.-** GAETE V, CODNER D. “Adelanto de la pubertad en Chile y el mundo”. *Rev. chil. pediatr.* [online]. oct. 2006, vol.77, no.5 [citado 28 Octubre 2007], p.456-465. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370-4106
- 16.-** MOLINA R., MOLINA T., GONZÁLEZ E. “Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de Salud Pública no resuelto en Chile”. *Rev. Méd. Chile* 2007; 135: 79-86.
- 17.-** ELKIND D. “Niños y Adolescentes (Ensayos interpretativos sobre Jean Piaget)”. Barcelona: Oikos- tau S.A. Ediciones, 1978.
- 18.-** MADUEÑO, C.”Conoce a tus hijos. Test para adolescentes”. Edición Equipo Editorial Libsa, 2004. Alcobendas. Madrid, España.
- 19.-** HURLOCK, E. “Psicología de la Adolescencia”. Editorial Paidós; España. 4ª Edición; Año 1980 (1973).
- 20.-** BLOS P. “La transición adolescente”. Amorrortu Editores; Argentina. 1ª edición; Año 1991 (1979).
- 21.-** ROSSETTI J. Sexualidad adolescente: un desafío para la sociedad chilena. Biblioteca Nacional, Centro de Investigación Diego Barros Arana, 1997.

- 22.-** INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD. Segunda Encuesta Nacional de Juventud, 1997.
- 23.-** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Síntesis de resultados, Censo 2002. Marzo, 2003.
- 24.-** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Chile: Estimaciones y Proyecciones de Población. Total País, 1950-2050.
- 25.-** PALMA I. “Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes en el contexto de la Reforma de Salud en Chile”. Ministerio de Salud, 2001.
- 26.-** MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Publicación de CONASIDA. Ministerio de Salud. Chile, 2000.
- 27.-** INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD. Programa Observatorio de Juventud. Departamento de Estudios. Análisis de la Sexualidad y Maternidad Adolescente en Chile. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud 2003 y Censo 2002. Agosto, 2005.
- 28.-** DONOSO J., BECKER L., VILLARROEL. “Embarazo en la Adolescente Chilena menor de 15 años”. Análisis de la última década del Siglo XX. Rev. Ch. Obs. Gin. 2001: LXVI, 391 – 396.

- 29.-** SILVA M. B. “Síndrome de Abstinencia Neonatal”. Centro de Información Toxicológica y de Medicamentos. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2002.
- 30.-** INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD. Departamento de Estudios y Evaluación. “Temas de Juventud *La salud de las y los Jóvenes y la Sexualidad Juvenil*”. Noviembre, 2001.
- 31.-** PROYECTO INTERJOVEN. Tercer Ciclo de Café Diálogo. “Sexualidad Juvenil”. Marzo, 2001. Resultados Tercera Encuesta Nacional de Juventud (INJUV) y Estudio sobre el comportamiento sexual de los Chilenos (MINSAL, CONASIDA).
- 32.-** ALVARO JL., GARRIDO A., TORREGROSA JR. Psicosocial aplicada. Madrid. Editorial Mc Graw Hill, 1996.
- 33.-** BARRÓN A., LOZANO P., CHACÓN F. “Autoayuda y Apoyo Social”. En: Vera A., Word P. Un modelo explicativo de la Salud Mental basado en categorías psicosociales: Descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Santiago, Chile, 1994. Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Psicología.

- 34.-**TURNER Rj. “Direct, indirect and moderating effect of social support on psychological distress and associated conditions. En: Páez D. Editorial Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid: Fundamentos, 1996.
- 35.-** ALVARADO R., MEDINA E., ARANDA W. “El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido”. Revista Médica Chile v. 130 n.5, Santiago, 2002.
- 36.-** PAEZ D. Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid. Fundamentos, 1986.
- 37.-** PAEZ D. Emociones: Perspectivas psicosociales. Madrid. Fundamentos, 1989.
- 38.-** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuario de Demografía. Chile, 2003.
- 39.-** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Enfoque Estadístico: Maternidad, tendencias y variables influyentes. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Mayo, 2007.
- 40.-** LUENGO X., ZEPEDA A., DIAZ S. “Embarazos en adolescentes: últimos datos disponibles”. ICIMER, 2006.
- 41.-** SERNAM, CORSAPS, ICIMER, Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Editores, Icmcr/Corsaps, Santiago, 2003.

- 42.-** STERN CLAUDIO. “El embarazo en la adolescencia como un problema público: una visión crítica”. Revista de Salud Pública, N°39, 137-143, México, 1997.
- 43.-** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Boletín Informativo. Enfoque Estadístico: Niños de Chile. Agosto, 2006.
- 44.-** SERNAM, UNICEF. “Embarazo en adolescentes. Diagnóstico 1991”. Un estudio realizado para el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), con el patrocinio de la UNICEF, Informe Técnico. 1991.
- 45.-** Estudios del INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD. Fuentes: Censo 2002. Prácticas y estilos de vida de los jóvenes del siglo XXI. Vol. 3, 2005. Corpa, estudios de mercado, 2006-2007, en El Mercurio 15-10-06.
- 46.-** BRAVO V. “Factores de riesgo asociados al Embarazo adolescente”. Tesis para optar al grado de Magíster de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2003.
- 47.-** ASSEF V., TRAVERSO A. “Embarazo Adolescente: Una realidad nacional”. Serie documentos de trabajo N°5. CEANIM (Centro de Estudios y Atención del niño y la Mujer), 1996.
- 48.-** HARDY J, ZABIN L. “Adolescent pregnancy in an urban environment. Issues, programs, and evaluation”. Baltimore, MD, USA: Urban & Schwarzenberg, 1991.

- 49.-** CARO L. NELLY. “Imágenes sobre sexualidad en Chile a fines del Siglo XX (a partir de un balance de las políticas públicas acerca de la prevención del embarazo adolescente)”. Tesis para optar al grado de Magíster de Salud Pública de la Universidad de Chile, 1999.
- 50.-** GONZALEZ ELECTRA. “Aspectos sociales en la adolescente embarazada”. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo. Pág. 501-511. Chile, 2001.
- 51.-** ROBERT B., MD, PhD, LINDA H., PhD, MPH, ET AL. « Adolescent Health in the Caribbean : Risk and Protective Factors ». American Journal of Public Health, Vol.93, N°3, pág 456-460, March, 2003.
- 52.-** MINSAL/OPS/OMS/ASDI. Bases Programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, “Marco Conceptual de la Adolescencia en Nicaragua”. Ministerio de Salud, 2da. Edición, Nicaragua, Agosto 2000.
- 53.-** BURROWS R., ROSALES M.E., ALAYO M., MUZZO S. “Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes”. Rev. Méd. Chile 1994; 122: 510-516.
- 54.-** WANG RUEY-HSIA MS., WANG HSIU-HUNG RN, Ph. D.R.N. “Factors associated with Adolescent Pregnancy – A simple of Taiwanese Female Adolescents”. Public Health Nursing, Vol.20, N° 1, January/February 1996, pp 33-41.

- 55.-** JACCARD J., HELBIG D.W, WAN C.K., GUTMAN M.A., & KRITZ-SILVERSTEIN, D.C. "The prediction of accurate contraceptive use from attitudes and knowledge". Health Education Quarterly, 23 (1), 1996, pp 17-33.
- 56.-** MOLINA R., LUENGO X, ET AL. "Adolescencia, Sexualidad y Embarazo". Serie científica Médica N° 2, Centro de Extensión Biomédica, Universidad de Chile, pág 30-33, 1991.
- 57.-** NUÑEZ H., ROJAS A. "Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanos pobres". Revista Costarricense de Salud Pública N° 7, Vol 13, pág 38-54. Costa Rica, Dic., 1998.
- 58.-** SOYIBO K., LEE MG. "Use of alcohol, tobacco and non-prescription drugs among Jamaican High School students". West Indian Med J, 16; 111-114, 1997.
- 59.-** INEC, Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. Nicaragua.
- 60.-** TOLEDO V., LUENGO X., SIRAQYAN X., VILLEGAS R. Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) Facultad de Medicina. Universidad de Chile."Relaciones sexuales: composición del grupo familiar y percepción de los adolescentes de la relación familiar". REV SOGIA 1996; 3(2): 36-37).

- 61.-** FUENTES C., LOMBARDO V. Lombardo V. “Embarazo en adolescentes rurales, historia familiar repetida”. REV SOGIA 1999; 6(Extraordinario):8.
- 62.-** PADILLA DE GIL M. Programa de Salud Reproductiva y Atención Infantil. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. “Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia”. REV SOGIA 2000;7(1): 16-25).
- 63.-** PADILLA DE GIL M. Programa de Salud Reproductiva y Atención Infantil. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. ”Salud Sexual en la adolescencia en el Salvador”. REV SOGIA 2001; 8(3):85-94.
- 64.-** SOTOMAYOR K., GÁLVEZ A., SANTANA G., ALARCÓN M J., PODESTÁ L. Centro de Docencia de Atención Integral Ambulatoria, Universidad Austral de Chile. “Determinación de factores de riesgo en embarazo en adolescente”. REV SOGIA 2006; 13(2): 45-46.
- 65.-** SOTOMAYOR K., GÁLVEZ A., SANTANA G., ALARCÓN M J., PODESTÁ L. Centro de Docencia de Atención Integral Ambulatoria, Universidad Austral de Chile. “Características Biopsicosociales del embarazo y parto en adolescentes de la ciudad de Valdivia y zonas urbanas aledañas”. REV SOGIA 2006; 13(2): 46-47.
- 66.-** LEAL I., GONZÁLEZ E., DÍAZ A., MOLINA T. “Factores psicosociales asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de 11 a 15 años”. Centro de Medicina

Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (CEMERA). REV SOGIA REV SOGIA 2006; 13(2): 51-52.

67.- VERGES V., ARIAS A., CARRASCO O., SCHILLING A. "Edad de consentimiento sexual en un grupo de adolescentes de la comuna de estación central". Santiago. Chile. REV SOGIA 2006; 13(2): 54-55.

68.- MOLINA R., LUENGO X., SANDOVAL J., GONZÁLEZ E., CASTRO R., MOLINA T. "Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas". Santiago. Chile. REV SOGIA 1998, Vol. 5 (1): 17-28.

69.- GONZÁLEZ E., LUENGO X., SANDOVAL J., MOLINA T., CABA F. "Estudio comparativo de factores familiares y personales en adolescentes consultantes por embarazo y anticoncepción". REV SOGIA 1998. Vol 5 (2): 42-48.

70.- ADIMARK, INVESTIGACIONES DE MERCADO Y OPINIÓN PÚBLICA. "Mapa socioeconómico de Chile. Modelo estimativo del nivel socioeconómico en los hogares de Chile". 1999.

www.adimark.cl/medios/estudios/informe_mapa_socioeconomico_de_chile.pdf

ANEXOS:

ANEXO 1



Señor (a)
Director (a)
LICEO XX
PRESENTE

FECHA.

La Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, realiza en su programa de Magíster, trabajos de investigación conducentes a la obtención del grado académico, actividad que se realiza generalmente en la comunidad. Por ello, y a través de la presente, informamos que uno de estos trabajos corresponde a “Factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes ≤ 15 años, 2003-2004” en la comuna de Maipú”.

En esta ocasión, su colegio fue seleccionado dentro de los de la Comuna para la realización de esta investigación. Para este propósito, es necesaria su autorización para encuestar a alumnas de los cursos 8° básico, I° y II° medio, las que serán elegidas al azar para contestar una encuesta.

Una vez finalizado este proyecto, le haremos llegar los resultados obtenidos, para así poder contribuir a prevenir futuras conductas de riesgo de embarazo adolescente de su comuna.

Esperando contar con su ayuda y colaboración, saludan muy atentamente,

Dra. Fresia Caba Burgos.
Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente
Universidad de Chile
Profesor Guía de Tesis

Matrona Alejandra Maldonado G.
Estudiante Magíster Salud Pública
Universidad de Chile

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ acepto participar en el estudio “Factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes \leq 15 años de la Comuna de Maipú, 2003-2004”, en el cual se me ha invitado a participar. Se me ha explicado que la participación era contestar una encuesta sobre mis datos personales y otros aplicada por la Matrona capacitada Alejandra Maldonado G., la cual guardará la información recolectada en una base de datos computacional a la cuál sólo podrá acceder la misma, dejando en claro que el manejo será confidencial y anónimo. Se me ha explicado también que no hay remuneración ni exámenes que atenten contra mi salud y que puedo contestar lo que yo quiera y puedo interrumpir la entrevista en el momento en que yo desee.

Autoriza,

Nombre y Firma Participante

Agradeciéndole sinceramente su colaboración,

Nombre y Firma de la Investigadora
Tesisista Magíster Salud Pública
Universidad de Chile

FECHA

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE “FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ≤ DE 15 AÑOS”

La presente encuesta ha sido confeccionada para poder llevar a cabo un estudio sobre factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes ≤ 15 años de la Comuna de Maipú.

Esta encuesta consta de preguntas abiertas y cerradas, donde se solicita seriedad y honestidad en tus respuestas, pues los datos entregados son de gran importancia. Tus respuestas serán mantenidas de manera confidencial.

No existen respuestas buenas o malas. Cualquier duda ante una pregunta, consúltalo con la encuestadora.
¡Muchas Gracias!

INSTRUCCIONES:

Marca con una “x” la alternativa correcta y llena en los espacios en blanco cuando sea una pregunta abierta:

I. IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES PERSONALES

1. NOMBRE: _____ 2. EDAD: ____ AÑOS 3. FECHA DE NACIMIENTO: _____
(DÍA/MES/AÑO)

4. ESTADO CIVIL: 2() CONVIVIENTE
1() CASADA 4() OTRO. ESPECIFICA: _____
3() SOLTERA

5. ¿ESTUDIAS ACTUALMENTE?
1() SÍ 2() NO (Pasa a la pregunta N° 13)
3() NUNCA HAS ESTUDIADO (Pasa a la pregunta N° 22)

6. ¿QUÉ TIPO DE COLEGIO O LICEO ES DONDE ESTUDIAS?
1() MIXTO 2() SÓLO MUJERES

7. TU COLEGIO O LICEO ES:
1() RELIGIOSO 2() LAICO (NO RELIGIOSO)

8. Y:
1() MUNICIPALIZADO 2() PARTICULAR SUBVENCIONADO
3() PRIVADO

9. ¿ESTUVISTE SIEMPRE EN EL MISMO COLEGIO O LICEO?
1() SÍ 2() NO. ¿POR QUÉ? _____

10. ¿QUÉ AÑO CURSAS? _____

11. ¿CUÁL ES EL PROMEDIO DE NOTAS QUE OBTUVISTE EN EL ÚLTIMO AÑO CURSADO? _____

12. ¿REPETISTE ALGÚN CURSO?
1() SÍ. ¿POR QUÉ? _____ 2() NO
PASA A LA PREGUNTA N° 25

13. ¿POR QUÉ RAZÓN NO ESTUDIAS?
1() POR ESTAR EMBARAZADA 2() REPETISTE DE CURSO
3() TUVISTE PROBLEMAS CON TUS COMPAÑERAS/OS 4() OTRO. ESPECIFICA: _____

14. ¿QUÉ TIPO DE COLEGIO O LICEO ERA DONDE ESTUDIABAS?

1() MIXTO 2() SÓLO MUJERES

15. TU COLEGIO O LICEO ERA:

1() RELIGIOSO 2() LAICO (NO RELIGIOSO)

16. Y:

1() MUNICIPALIZADO 2() PARTICULAR SUBVENCIONADO

3() PRIVADO

17. ¿ESTUVISTE SIEMPRE EN EL MISMO COLEGIO O LICEO?

1() SÍ 2() NO. ¿POR QUÉ? _____

18. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO CURSO QUE RENDISTE? _____ 19. ¿EN QUÉ AÑO? _____

20. ¿CUÁL ES EL PROMEDIO DE NOTAS QUE OBTUVISTE EN EL ÚLTIMO AÑO CURSADO? _____

21. ¿REPETISTE ALGÚN CURSO?

1() SÍ. ¿POR QUÉ? _____ 2() NO

22. ¿TRABAJAS?

1() SÍ. ¿EN QUÉ TRABAJAS? _____ 2() NO (Pasa a la pregunta **Nº 25**)

23. ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A TRABAJAR?: _____ AÑOS 24. ¿POR QUÉ? _____

25. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAS EN TU TIEMPO LIBRE (Marca todas las que sean necesarias)?

1() DEPORTE

2() VER TELEVISIÓN, LEER, ESCUCHAR MÚSICA

3() PERTENECES A ALGÚN GRUPO JUVENIL. ESPECIFICA CUÁL: _____

4() OTRO. ESPECIFICA: _____

26. ¿CON CUÁL RELIGIÓN TE DEFINES?

1() CRISTIANA 2() EVANGÉLICA

3() CATÓLICA 4() NO CREYENTE (Pasa al **ITEM II**)

5() ADVENTISTA 6() MORMONA

7() TESTIGO DE JEHOVÁ 8() OTRA. ESPECIFICA: _____

27. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ASISTES A TU IGLESIA?

1() 1-2 VECES AL MES 2() 3-4 VECES AL MES

3() 5 O MÁS VECES AL MES 4() NO ASISTES

II. AUTOESTIMA, AUTOIMAGEN Y PROYECTOS DE VIDA

1. CUANDO SACAS BUENAS NOTAS O EN CASA HACES ALGO DE TU PROPIA INICIATIVA, POR EJEMPLO, SACAR LA BASURA SIN QUE TE MANDEN, NECESITAS:

1() QUE TE DIGAN TODOS LO BIEN QUE LO HAS HECHO, ¡Y NO SÓLO UNA VEZ!

2() DEPENDE DEL ASUNTO QUE SE TRATE

3() TE GUSTA QUE TE LO RECONOZCAN PERO TE BASTA CON VER QUE ESTÁN SATISFECHOS

2. SI TUVIERAS QUE DEFINIRTE DIRÍAS DE TI MISMA QUE:

1() ERES UN FRACASO COMO PERSONA

2() ERES NORMAL, UNAS VECES TIENES ÉXITO Y OTRAS FRACASO

3() ESTÁS SATISFECHA CONTIGO MISMA PORQUE HACES LO QUE ESTÁ EN TUS MANOS

3. EN CUANTO A TU RELACIÓN CON EL SEXO OPUESTO GENERALMENTE SIENTES QUE:

9. ¿CONSUMES MARIHUANA, PASTA BASE, COCAÍNA O ALGUNA DROGA ILEGAL?

(antes de embarazarte)

1() SÍ 2() NO (PASA AL **ITEM V**)

10. ¿CUÁL?

1() MARIHUANA 2() COCAÍNA

3() PASTA BASE 4() OTRA. ESPECIFICA: _____

11. ¿A QUÉ EDAD INICIASTE EL CONSUMO? _____ AÑOS

12. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMES DROGAS?

Nº DE VECES A LA SEMANA O AL MES: _____

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ¿CON QUIÉN VIVES EN TU CASA?

(antes de embarazarte)

1() CON AMBOS PADRES (PASA A LA PREGUNTA **Nº 3**) 2() SÓLO CON TU MADRE
3() SÓLO CON TU PADRE 4() OTRO. ESPECIFICA: _____

2. ¿POR QUÉ NO VIVES CON UNO DE TUS PADRES? _____

3. ¿CUÁL ES EL ESTADO CIVIL DE TUS PADRES?

1() CASADOS 2() SEPARADOS

3() SOLTEROS (CONVIVIENTES) 4() VIUDO/A

4. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS DE TU MADRE?

1() SIN ESCOLARIDAD
2() ENSEÑANZA BÁSICA INCOMPLETA
3() ENSEÑANZA BÁSICA COMPLETA
4() ENSEÑANZA MEDIA INCOMPLETA
5() ENSEÑANZA MEDIA COMPLETA
6() ENSEÑANZA SUPERIOR INCOMPLETA
7() ENSEÑANZA SUPERIOR COMPLETA
8() NO SABES

5. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS DE TU PADRE?

1() SIN ESCOLARIDAD
2() ENSEÑANZA BÁSICA INCOMPLETA
3() ENSEÑANZA BÁSICA COMPLETA
4() ENSEÑANZA MEDIA INCOMPLETA
5() ENSEÑANZA MEDIA COMPLETA
6() ENSEÑANZA SUPERIOR INCOMPLETA
7() ENSEÑANZA SUPERIOR COMPLETA
8() NO SABES

6. ¿TU PADRE TRABAJA?

1() SÍ. ¿EN QUÉ TRABAJA? _____ 2() NO 3() NO SABES

7. ¿TU MADRE TRABAJA?

1() SÍ. ¿EN QUÉ TRABAJA? _____ 2() NO 3() NO SABES

8. ¿CON QUIÉN TE QUEDAS CUANDO TU MAMÁ Y/O PAPÁ SALE(N) A TRABAJAR?

9. ¿CUÁNTOS HERMANOS SON? ____ **10. ¿QUÉ LUGAR OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS?** ____

11. ¿EXISTE ALGUIEN DE TU FAMILIA QUE SE EMBARAZÓ O ESTÁ EMBARAZADA ANTES DE LOS 19 AÑOS?

1() SÍ. ESPECIFICA QUIÉN Y LA EDAD DE EMBARAZO: _____ 2() NO

12. ¿EXISTE ALGUIEN DE TU FAMILIA QUE CONSUMA ALCOHOL EN EXCESO?

(Que se embriaga con frecuencia)

1() SÍ. ESPECIFICA QUIÉN: _____ 2() NO

VI. DINÁMICA FAMILIAR

1. ¿A QUIÉN LE PIDES PERMISO PARA SALIR? _____

2. ¿HASTA QUÉ HORA TIENES PERMISO EN LA SEMANA: _____
PARA SALIR?

LOS FINES DE SEMANA: _____

3. ¿CUMPLES ESE HORARIO?

1() SIEMPRE 2() A VECES. ¿POR QUÉ? _____

3() NUNCA. ¿POR QUÉ? _____

4. ¿QUÉ SUCEDE CUANDO NO CUMPLES ESE HORARIO?

1() NO PASA NADA 2() CONVERSAN CONTIGO
3() TE RETAN 4() TE CASTIGAN
5() TE PEGAN

5. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TU PADRE?

1() MUY BUENA 2() BUENA
3() REGULAR 4() MALA
5() MUY MALA 6() NO HAY RELACIÓN CON ÉL

6. ¿SOBRE QUÉ TEMA TE CUESTA CONVERSAR MÁS CON ÉL? _____

7. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TU MADRE?

1() MUY BUENA 2() BUENA
3() REGULAR 4() MALA
5() MUY MALA 6() NO HAY RELACIÓN CON ELLA

8. ¿SOBRE QUÉ TEMA TE CUESTA CONVERSAR MÁS CON ELLA? _____

9. ¿EN QUIÉN CONFÍAS MÁS?

1() EN TU PADRE, ¿POR QUÉ? _____ 2() EN TU MADRE. ¿POR QUÉ? _____
3() EN NINGUNO DE LOS DOS 4() EN LOS DOS

10. ¿CÓMO SE LLEVAN TUS PADRES?

1() MUY BIEN 2() BIEN
3() REGULAR 4() MAL
5() MUY MAL 6() NO HAY RELACIÓN

11. SI TIENES HERMANOS, ¿CÓMO TE RELACIONAS CON ELLOS?

1() MUY BIEN 2() BIEN
3() REGULAR 4() MAL
5() MUY MAL 6() NO HAY RELACIÓN

12. ¿CONVERSAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA, POLOLO Y/O AMIGOS(AS) SOBRE TU PROPIA SEXUALIDAD?

(Por ejemplo de cuando iniciar actividad sexual o de amor de pareja, embarazo, etc.)

1() SÍ. ESPECIFICA CON QUIÉN: _____

2() NO. ¿POR QUÉ? _____

VII. APGAR FAMILIAR

RESPONDE 3 (CASI NUNCA), 2 (A VECES) O 1 (CASI SIEMPRE) A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1. ¿ESTÁS SATISFECHA CON LA AYUDA QUE RECIBES DE TU FAMILIA CUANDO TIENES UN PROBLEMA? _____
- 2. ¿CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA? _____
- 3. ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA? _____
- 4. ¿ESTÁS SATISFECHA CON EL TIEMPO QUE TU FAMILIA Y TÚ PASAN JUNTOS? _____
- 5. ¿SIENTES QUE TU FAMILIA TE QUIERE? _____

VIII. ALGUNOS DATOS GENERALES DEL HOGAR

1. ¿POSEE LA FAMILIA ALGUNO DE ESTOS BIENES? RESPONDE SI O NO EN LA LÍNEA:

- 1. DUCHA _____
- 2. MICROONDAS _____
- 3. AUTOMÓVIL _____
- 4. TV CABLE O SATELITAL _____
- 5. COMPUTADOR _____
- 6. INTERNET _____
- 7. TV COLOR _____
- 8. REFRIGERADOR _____
- 9. LAVADORA _____
- 10. CALEFONT _____

IX. ANTECEDENTES DE POLOLEO Y ACTIVIDAD SEXUAL

1. ¿HAS TENIDO ALGUNA VEZ UNA PAREJA (POLOLO, ANDANTE, ETC)?
1() SÍ 2() NO (Pasa a la pregunta N° 11)

2. ¿TU SITUACIÓN ACTUAL ES?

- 1() POLOLEAS 5() SÓLO TIENES PAREJAS OCASIONALES
- 2() ANDAS 6() AMANTE
- 3() CONVIVES 7() ESTÁS SOLA
- 4() ESTÁS CASADA

SI RESPONDES N° 5 O 7 PASAR A PREGUNTA N° 7

3. ¿DESDE CUÁNDO TIENES ESTA RELACIÓN CON TU PAREJA? _____ MES(ES)

4. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE TU PAREJA? _____ AÑOS

5. ¿TRABAJA TU PAREJA?

- 1() SÍ. ¿EN QUÉ?: _____ 2() NO

6. ¿CÓMO TE SIENTES CON LA RELACIÓN DE TU PAREJA ACTUAL?

- 1() MUY SATISFECHA 2() SATISFECHA
- 3() INSATISFECHA 4() MUY INSATISFECHA

7. ¿CUÁNTAS VECES HAS ANDADO? N°: _____ 8. ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A ANDAR? _____

9. ¿CUÁNTAS VECES HAS POLOLEADO? N°: _____ 10. ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE? _____

11. ¿HAS INICIADO ACTIVIDAD SEXUAL (RELACIONES SEXUALES)?

1() SÍ (PASA A LA PREGUNTA N° 12)

2() NO → MARCA A CONTINUACIÓN CON UNA "X" EN EL NIVEL DE EXPERIENCIA SEXUAL QUE TE ENCUENTRAS:

a() NO HE TENIDO NINGUNA EXPERIENCIA SEXUAL.

b() HE BESADO EN LOS LABIOS Y ABRAZADO A UN HOMBRE CON CARICIAS EN LAS MANOS Y POR ENCIMA DE LA ROPA.

c() HE TENIDO INTIMIDADES SEXUALES, PRÓXIMAS AL COITO PERO SIN LLEGAR A ÉL. ESTO INCLUYE HABER ACARICIADO DIRECTAMENTE Y HABER SIDO ACARICIADA DIRECTAMENTE EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO, INCLUIDO LOS GENITALES, CON O SIN ORGASMOS.

d() HE TENIDO EXPERIENCIA DE HABER LLEGADO AL COITO, ES DECIR, A LA INTRODUCCIÓN DEL PENE DENTRO DE LA VAGINA, CON UNA SOLA PERSONA A LO LARGO DE MI VIDA.

e() HE TENIDO RELACIONES COITALES CON MÁS DE UNA PERSONA A LO LARGO DE MI VIDA.

→ LUEGO PASA AL ITEM X

12. ¿A QUÉ EDAD INICIASTE ACTIVIDAD SEXUAL (RELACIONES SEXUALES)? _____ AÑOS

13. ¿POR QUÉ RAZÓN (Marca todas las que sean necesarias)?

1 () PRESIÓN DE TUS AMIGOS

2 () POR CURIOSIDAD

3 () PARA SENTIRTE QUERIDA

4 () PARA TENER RELACIÓN CERCANA

5 () ESTABAS ENAMORADA

6 () QUERÍAS TENER UN HIJO

7 () PERDISTE EL CONTROL DE LA SITUACIÓN

8 () INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

9 () POR QUERER INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA

10() TODOS TUS AMIGOS LA TIENEN

11() ABUSO SEXUAL

12() OTRO. ESPECIFICA: _____

14. ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HAS TENIDO?

1() 1

2() 2

3() 3

4() MÁS DE 3

15. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVABAS CON LA PRIMERA PAREJA AL INICIAR ACTIVIDAD SEXUAL?

_____ MES(ES)

16. ¿TE CUIDASTE?

1() SÍ. ¿CÓMO TE CUIDASTE? _____

2() NO

17. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVABAS CON LA SEGUNDA PAREJA AL INICIAR ACTIVIDAD SEXUAL?

_____ MES(ES)

18. ¿TE CUIDASTE?

1() SÍ. ¿CÓMO TE CUIDASTE? _____

2() NO

19. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVABAS CON LA TERCERA PAREJA AL INICIAR ACTIVIDAD SEXUAL?

_____ MES(ES)

20. ¿TE CUIDASTE?

1() SÍ. ¿CÓMO TE CUIDASTE? _____

2() NO

21. ¿TE HAS EMBARAZADO ANTES?

(Sin contar si es que estás embarazada ahora o el año pasado)?

1() SÍ. CUÁNTAS VECES: _____

2() NO (Pasa a la pregunta **N° 33**)

22. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍAS? _____ AÑOS

23. ¿DESEABAS ESE EMBARAZO?

1() SÍ (PASA A LA PREGUNTA **N° 26**)

2() NO. ¿POR QUÉ? _____

24. ¿OCULTASTE EL EMBARAZO?

1() SÍ. ¿HASTA QUÉ MES? _____

2() NO (PASA A LA PREGUNTA **N° 26**)

25. ¿POR QUÉ OCULTASTE EL EMBARAZO? _____

26. ¿QUÉ ACTITUD TUVISTE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA?

1() ACEPTACIÓN

2() RECHAZO

27. ¿QUÉ SENTISTE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA (Marca las que sean necesarias)?

1() ALEGRÍA

2() MIEDO, TEMOR

3() RABIA

4() OTRO. ESPECIFICA: _____

28. ¿CÓMO TERMINÓ ESE O ESOS EMBARAZO(S)?

1() EN PARTO

2() EN ABORTO

SI ES MÁS DE UN EMBARAZO EXPLICA CADA UNO: _____

29. ¿CÓMO CREES HABER PODIDO EVITAR EL EMBARAZO? _____

30. ¿TU PAREJA TE ACOMPAÑÓ EN EL EMBARAZO, PARTO Y/O CON LOS CUIDADOS DE TU HIJO?

1() SÍ

2() NO. ¿POR QUÉ? _____

31. ¿QUÉ REACCIÓN TUVO TU PADRE Y TU MADRE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA?

1() ACEPTACIÓN

2() RECHAZO

32. ¿QUÉ SINTIERON AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA (marca las que sean necesarias)?

1() ALEGRÍA

2() ENOJO

3() INDIFERENCIA

4() OTRO. ESPECIFICA: _____

33. ¿ESTÁS EMBARAZADA AHORA O LO ESTUVISTE ESTE AÑO O EL AÑO PASADO?

1() SÍ. ¿A QUÉ EDAD? _____

2() NO (PASA AL **ITEM X**)

34. ¿DESEABAS ESTE EMBARAZO?

1() SÍ (PASA A LA PREGUNTA **N° 37**)

2() NO. ¿POR QUÉ? _____

35. ¿OCULTASTE EL EMBARAZO?

1() SÍ. ¿HASTA QUÉ MES? _____

2() NO (PASA A LA PREGUNTA **N° 37**)

36. ¿POR QUÉ OCULTASTE EL EMBARAZO? _____

37. ¿QUÉ ACTITUD TUVISTE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA?

1() ACEPTACIÓN

2() RECHAZO

38. ¿QUÉ SENTISTE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA (Marca las que sean necesarias)?

1() ALEGRÍA

2() MIEDO, TEMOR

3() RABIA

4() OTRO. ESPECIFICA: _____

39. ¿CÓMO TERMINÓ TU EMBARAZO?

1() EN PARTO 2() EN ABORTO 3() AÚN ESTÁS EMBARAZADA

40. ¿CÓMO CREES QUE HUBIERAS EVITADO EL EMBARAZO? _____

41. ¿TU PAREJA TE ACOMPAÑÓ EN EL EMBARAZO, PARTO Y/O CON LOS CUIDADOS DE TU HIJO?

1() SÍ 2() NO. ¿POR QUÉ? _____

42. ¿QUÉ REACCIÓN TUVO TU PADRE Y TU MADRE AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA?

1() ACEPTACIÓN 2() RECHAZO

43. ¿QUÉ SINTIERON AL SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA (marca las que sean necesarias)?

1() ALEGRÍA 2() ENOJO
3() INDIFERENCIA 4() OTRO. ESPECIFICA: _____

X. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA

1. SÓLO PARA LAS QUE TIENEN O HAN TENIDO PAREJA ALGUNA VEZ:

¿USAS O HAS USADO CON TU PAREJA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

1() SIEMPRE 2() A VECES 3() NO. ¿POR QUÉ? _____

¿CUÁL/ES (Marca todas las que sean necesarias)?

1() COITO INTERRUMPIDO (TU PAREJA EYACULA AFUERA)
2() PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS (PASTILLAS)
3() DISPOSITIVO INTRAUTERINO O LA "T" (TRATAMIENTO)
4() PRESERVATIVO O CONDONES
5() DIAFRAGMA
6() MÉTODOS NATURALES (MÉTODO CALENDARIO)
7() OTRO. ESPECIFICA: _____

¿DE DÓNDE HAS OBTENIDO INFORMACIÓN SOBRE ELLOS?

(Marca todas las que sean necesarias)

1() DE TUS AMIGOS 2() DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
3() DE TUS PADRES 4() DE TUS PROFESORES
5() DEL SECTOR DE LA SALUD 6() OTROS. ESPECIFICA: _____

2. PONIÉNDOTE EN EL CASO DE QUE TUVIERAS RELACIONES SEXUALES Y PUDIERAS QUEDAR EMBARAZADA: RESPONDE A (NINGUNA POSIBILIDAD), B (ALGUNA POSIBILIDAD), C (MEDIANA POSIBILIDAD) O D (MUCHA POSIBILIDAD) A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿QUÉ POSIBILIDAD CREES QUE TIENES DE QUEDAR EMBARAZADA UTILIZANDO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? _____

¿QUÉ POSIBILIDAD CREES QUE TIENES DE QUEDAR EMBARAZADA SIN UTILIZAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? _____

3. ¿RECIBISTE EDUCACIÓN SEXUAL EN TU COLEGIO O LICEO?

1() SÍ 2() NO (PASA AL **ITEM XI**)

4. LA INFORMACIÓN QUE RECIBISTE CREES QUE ES O FUE:

1() SUFICIENTE 2() INSUFICIENTE

XI. ESCALA DE APOYO SOCIAL OBJETIVO

1. LA DISCUSIÓN O PROBLEMA QUE HAS TENIDO EN TU TRABAJO, ESTUDIOS O EN TU CASA DURANTE UN DÍA, ¿A CUÁNTAS PERSONAS SE LAS CUENTAS?

1() NINGUNA 2() UNA O DOS
3() DOS O TRES 4() CUATRO O MÁS

ANEXO 4

VARIABLES QUE NO FUERON ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL REALIZAR ANÁLISIS BIVARIADO.

Variable	Categorías	Caso		Control		Valor prueba	p-value
		n	(%)	n	(%)		
Autoimagen corporal	Negativa	8	13.3	8	6.6	P.chi2(2)=2.26	Fisher's exact=0.337
	En busca	13	21.7	26	21.7		
	Positiva	39	65	86	71.7		
Proyecto de vida	Sí	54	90	110	91.7	P.chi2(1)=0.13	Fisher's exact=0.783
	No	6	10	10	8.3		
Apoyo social objetivo	Alto	14	23.3	19	15.8	P.chi2(2)=2.46	Fisher's exact=0.308
	Mediano	40	66.7	81	67.5		
	Bajo	6	10	20	16.7		
Consumo de cigarrillo actual	Sí	23	46.9	40	54.8	P.chi2(1)=0.72	p =0.395
	No	26	53.1	33	45.2		
Consumo de drogas ilícitas	Sí	5	17.2	3	25	P.chi2(1)=0.32	Fisher's exact=0.672
	No	24	82.8	9	75		
Frecuencia asistencia a iglesia donde profesa su religión (religiosidad)	1 - 2 veces al mes	8	14.8	19	17.6	P.chi2(3)=1.97	Fisher's exact=0.598
	3 - 4 veces al mes	8	14.8	9	8.3		
	5 o + veces al mes	6	11.1	16	14.8		
	No asiste	32	59.3	64	59.3		
Escolaridad de la madre	Sin escolaridad	1	1.7	0	0	P.chi2(7)=11.55	Fisher's exact=0.107
	E.B. Incompleta	15	25	19	15.8		
	E.B. Completa	8	13.3	9	7.5		
	E.M. Incompleta	16	26.7	33	27.5		
	E.M. Completa	13	21.7	32	26.7		
	E.S. Incompleta	0	0	4	3.3		
	E.S. Completa	3	5	18	15		
Recibió información suficiente sobre educación sexual	Sí	22	56.4	40	46	P.chi2(1)=1.17	p =0.279
	No	17	43.6	47	54		