

Psicología y Salud

Universidad Veracruzana

rbulle@uv.mx.

ISSN (Versión impresa): 1405-1109

MÉXICO

2005

Marcelo Della Mora

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN SEXUAL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 15, número 001

Universidad Veracruzana

Xalapa, México

pp. 45-56

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas¹

Use of sexual information and contraceptive methods among pregnant adolescents

Marcelo Della Mora²

RESUMEN

Se estudian las características psicológicas y sociodemográficas en una muestra de adolescentes embarazadas, escolarizadas, de 13 a 18 años de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se comparan con un grupo de jóvenes no embarazadas. Se recolectan datos primarios a través de la administración de una encuesta que permite analizar y comparar la relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y la información y formación sexual recibidas en los distintos ámbitos relacionales. Se analizan asimismo los datos estadísticos. Los hallazgos muestran que la información recibida no incide en la utilización de métodos de control de la natalidad y cuidado de la salud.

Indicadores: Embarazo adolescente; Métodos anticonceptivos; Información sexual; Enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

The relationship between sexual information and contraceptive methods in a sample of pregnant 13 to 18-year-old adolescents from Buenos Aires City is studied. The main objectives are to analyze the amount of sexual information received and its incidence in the use of contraceptive method; to explore the amount of sexual information and its incidence in adolescents' sexual behaviors; to relate the behavior of adolescents to the possibility of developing adequate health care. Primary information is gathered through a tool that enables evaluation of the different forms or ways that adolescents use to cope with pregnancy and sexual transmitted diseases. To that end, information was gathered through a survey with closed questions that could be enlarged as justified by arising indicators. The questionnaire was given to adolescents in the age range mentioned. Conclusions show clearly that sexual information is not directly related to the use of contraceptive methods or to sexual behaviors.

Key words: Adolescent pregnancy; Contraceptive methods; Sexual information; Sexuality transmitted diseases.

¹ Resultados de investigación llevada a cabo en el marco del Programa de Becas para Docentes del Gabinete de Investigación y Vinculación Tecnológica de la Universidad Argentina John F. Kennedy. El autor agradece cumplidamente la colaboración de la Lic. Alejandra Landoni en la realización de este trabajo.

² Departamento de Psicología, Universidad Argentina John F. Kennedy, Cerrito 390 (B1832KHH), Buenos Aires, Argentina, tel./fax (5411) 4245-3553, correo electrónico: mdellamora@unibo.edu.ar. Artículo recibido el 1 de diciembre de 2004 y aceptado el 3 de marzo de 2005.

INTRODUCCIÓN

Los problemas atinentes a la adolescencia han demostrado ser de una gran magnitud en términos de su extensión cuantitativa en la población y de las consecuencias sociales incapacitantes que acarrearán. No obstante, a menudo las intervenciones técnicas sobre estos problemas operan con una visión restrictiva de los fenómenos, las que se limitan a los aspectos de diagnóstico y tratamiento clínicos. De allí la importancia de que quienes realizan actividades preventivas y asistenciales en esta área puedan enriquecer su punto de vista con fundamentos teóricos que les permitan actuar mejor en programas que sean efectivos. En materia de políticas públicas para la adolescencia, uno de los ejes de preocupación es el tema de la educación sexual y la creación de conciencia en dicha población acerca de la utilización de métodos anticonceptivos (en adelante MAC) en cuanto a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS en lo sucesivo), el embarazo precoz no planeado y la maternidad adolescente, ya que sus consecuencias constituyen un problema mayor de la salud pública que amerita intervenciones no tradicionales.

Durante varias décadas los investigadores han tratado de identificar los factores que influyen en la adopción de prácticas anticonceptivas. Los esfuerzos que se han realizado para promover su uso se fundamentan en la noción de que las tasas de fecundidad se pueden reducir si se difunde más información al respecto y se facilita un mayor acceso a los servicios de planificación familiar (Moore, Blumenthal, Sugland y cols., 1994). Sin embargo, son relativamente pocos los estudios que han intentado explicar el efecto que tienen sobre la práctica anticonceptiva las variables relativas a la formación sexual. De hecho, la mayoría de los trabajos de investigación que tratan estos aspectos han intentado explicar la forma en que se interrelacionan. Este estudio se centra en el papel que desempeña la educación sexual en tanto orientación, y fundamentalmente la formación sexual en la decisión de usar o no MAC en el contexto de otras variables influyentes.

De hecho, toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales

riesgosas, entre las cuales se observan el inicio cada vez más precoz de la vida sexual, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas y su ocurrencia en lugares y situaciones inapropiadas, la experimentación continua de cambios de pareja (promiscuidad), el poco conocimiento de la sexualidad, la falta de control del embarazo, la escasa información, orientación y uso de MAC, y la insuficiente información sobre las ETS y su prevención (Della Mora y Landoni, 2003; Monroy, Morales y Velazco, 1998; Vázquez, Calandra y Berner, 1994). Asimismo, las adolescentes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación, y asimismo desconocen a dónde acudir para obtener orientación y ayuda y en general vacilan en confiar en los adultos.

El problema que se presenta para la niña-madre es que se encuentra transitando por el camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo, provocada por la presencia de una vida en el vientre que compromete a la joven con una responsabilidad y una madurez que no ha desarrollado totalmente (Elster y Lamb, 1987; Klerman, 1993; Miller, 1993). Estos cambios sumen a la joven en el más profundo ensimismamiento. La maternidad temprana suprime las etapas de maduración de la adolescente y tiene graves consecuencias sociales, como deserción escolar, dificultades económicas, falta de una paternidad responsable por parte del progenitor del bebé y frustraciones sociales.

Mucho se ha hablado de la influencia de la edad de la menarca en el inicio de las relaciones sexuales. Algunos estudios (Pantelides y Bott, 2000; Pantelides, Geldstein, Calandra y Vázquez, 1999) plantean que a medida que la edad de la menarca disminuye, aumenta la posibilidad del inicio precoz de las relaciones sexuales no protegidas, con la consecuente aparición de embarazos no deseados y ETS. El embarazo en la adolescencia es más vulnerable cuanto más próximo a la edad de la menarca se manifieste: recién después de los cinco años de la edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón, los embarazos que comienzan en los primeros cinco años de

la posmenarca adquieren especial prioridad ya que implican mayores riesgos maternos y perinatales.

Uno de los modos de prevenir es informar. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante, pero en el momento de tomar decisiones la información no es suficiente porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y de otros agentes, como los medios de comunicación social, la escuela, la Iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad. Cuando se tiene que reaccionar o tomar decisiones, se recurre a todo aquello que conformó las estructuras primarias, escalas de valores, creencias y costumbres, lo que estará presente durante toda la vida.

Para que la información tenga eficacia, debe constituirse en formación. Sin duda, la información sexual es uno de los aspectos de la educación sexual, pero es necesario remarcar que también incluye la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideología que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. La información permanece en el nivel intelectual y la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta. Para que esto suceda, dicha información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos, y relacionarla con los hechos actuales. La información debe producir en ellos conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también en el afectivo, convirtiéndose así en formación de la personalidad.

Las preguntas que formulan las adolescentes presuponen un cierto conocimiento sobre lo que preguntan y algunas hipótesis elaboradas sobre el tema (Gordon, 1990; Piaget y Inhelder, 1977). Es importante que al facilitar la información que la adolescente busca, se tome como punto de partida el conocimiento que ella ya organizó, con el fin de analizarlo, señalar las posibles contradicciones e incorporar datos que no había considerado. De este modo, la adolescente puede hacer una nueva elaboración cognitiva.

¿Qué hechos pueden ocurrir cuando las adolescentes deben afrontar un embarazo? Entre los factores preocupantes se señala la ignorancia de las jóvenes acerca de su fisiología (Aller, Atucha y Pailles, 1997; Calandra, Vázquez y Berner, 1996; Giberti, Chavanneau de Gore y Taboada, 1997; Gutiérrez, Gogna y Romero, 2001; Videla, 1990). Algunos trabajos anteriores sostienen que en un gran número de casos se repite la historia de sus madres y abuelas que dieron también a luz siendo adolescentes jóvenes.

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica de la adolescente. En el período de parto, el problema más común es la alteración de la presentación y la posición del feto, que se relaciona con la incapacidad propia derivada del desarrollo incompleto de la pelvis, lo que determina una considerable dificultad del canal del parto para permitir el paso del polo cefálico fetal. Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del canal blando, que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Ello implica lesiones anatómicas (desgarramientos), así como una mayor probabilidad de padecer hemorragias e infecciones en un ámbito materno que puede estar comprometido por la desnutrición y anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda) implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, y tiene una amplia variedad de formas y grados de dificultad.

Entre los riesgos sociales se citan el abandono o la interrupción de los estudios, el comienzo de la actividad laboral sin la debida preparación cultural (en ocasiones se dificulta continuar un trabajo o conseguirlo) y el matrimonio o concubinato sin la suficiente conciencia acerca de los problemas de la vida familiar y la crianza y educación de los hijos. El embarazo, deseado o no, desempeña un papel fundamental en las oportunidades futuras de la joven, toda vez que puede desorganizar su vida, su educación y su relación familiar.

Como riesgos psicológicos, están la posible separación del núcleo paterno y familiar, ya sea por inconformidad o por un matrimonio precoz y de poca estabilidad, condenado muchas veces al

fracaso (Cervera, 1993; Christopher, 1995; De Seta, Riccoli, Sartore y cols., 2000; East y Felice, 1992; Freeman y Rickels, 1993). Las embarazadas tienen que hacer frente a situaciones psicológicas particularmente difíciles, y muchas no cuentan con el apoyo emocional del padre de la criatura o, si lo tienen, es insuficiente. Deben además decidir si abortan (lo que puede producir angustias y sentimientos de culpa) o llevan su embarazo a término; esta última decisión incluye otro problema a resolver: si se quedan con el hijo o procuran su adopción (Atkin y Alatorre, 1992; Konniak-Griffin, Lominska y Brecht, 1993; Langer, Zimmerman y Katz, 1994).

Dada la importancia del embarazo para la estabilidad emocional de las madres y del bebé por nacer, es necesario averiguar qué relación existe entre el acceso a la información sobre temas de la sexualidad proveniente del núcleo parental y el uso de MAC en las adolescentes; entre el temor a quedar embarazadas y el uso de MAC, y entre el temor a contraer ETS y el empleo de MAC. Por ende, los objetivos del presente estudio fueron los de describir y analizar las cuestiones referidas, tanto en adolescentes embarazadas como no embarazadas, para lo cual se formularon las siguientes hipótesis:

H_1 : Si las adolescentes tuvieron la posibilidad de acercarse a sus padres para consultar dudas sobre temas relacionados con la sexualidad, tenderán a utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

H_2 : Si las adolescentes manifiestan temor a quedar embarazadas, tenderán a utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

H_3 : Si las adolescentes manifiestan temor a contraer ETS, tenderán a utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

H_4 : Si las adolescentes tuvieron la posibilidad de acercarse a sus padres para consultar dudas sobre temas relacionados con la sexualidad, tenderán a manifestar temor de quedar embarazadas.

H_5 : Si las adolescentes tuvieron la posibilidad de acercarse a sus padres para consultar dudas sobre temas relacionados con la sexualidad, tenderán a manifestar temor de contraer ETS.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 300 adolescentes que se encontraban cursando estudios secundarios (de primero a quinto año) en escuelas públicas y privadas de gestión oficial, en los tres turnos (mañana, tarde y noche), en cinco distritos escolares (sobre un total de 21 que hay en la ciudad referida), cuya población educacional presenta características socioeconómicas diferentes, a juicio de docentes con probada experiencia en la función.

En cada distrito escolar se seleccionaron entre ocho y diez escuelas, en cada una de las cuales se tomó una muestra estratificada de jóvenes según edad y año en curso. La muestra de adolescentes quedó conformada de la siguiente manera: 100 jóvenes que se encontraban embarazadas (con distinta edad gestacional) al momento de la administración de los instrumentos de medición (Grupo Embarazadas); 100 madres adolescentes (Grupo Madres) y 100 jóvenes no embarazadas. La pregunta "¿Tuviste relaciones sexuales?" dividió a este último en dos: las que ya habían tenido relaciones sexuales ($n = 58$) y las que no ($n = 42$). A los efectos del presente trabajo, se analizan los grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas con relaciones sexuales. Los datos primarios se obtuvieron a partir de una encuesta.

Diseño

El diseño se enmarca en la investigación no experimental o ex post facto puesto que no existe la manipulación deliberada de variables independientes ni asignación aleatoria de los participantes o condiciones, sino que se observa el fenómeno tal y como ocurre en su contexto natural (no provocado intencionalmente por el investigador), para después proceder a analizarlo. De acuerdo con la dimensión temporal, el diseño es transversal porque se centra en analizar la incidencia e interrelación entre las variables en un momento dado, y es asimismo correlacional porque establece correlaciones entre las variables sin analizar sus causas.

Marco muestral

Los criterios de inclusión fueron, a saber: adolescentes de sexo femenino, con un rango etario de 13 a 18 años, residentes en la ciudad de Buenos Aires, cuyos padres, parejas o cabezas de familia se encontraran desarrollando una actividad laboral, es decir, que pertenecieran a la población económicamente activa.

Instrumentos

La administración previa de un cuestionario a un grupo piloto de 50 adolescentes permitió establecer el orden de las preguntas que contenía, elaborarlas y reformular otras que explorasen con mayor exactitud los datos que se pretendía recabar, haciendo hincapié en la información, formación y orientación sexual recibidas en el entorno familiar, escolar y el grupo de pares. Las preguntas del cuestionario definitivo exploraron variables biológicas (edad cronológica, edad al tener la menarca y edad en la primera relación sexual), sociológicas (escolaridad, información acerca de la contracepción recibida de la escuela, información y orientación sexual provista por los padres, ocupación de estos y antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia) y psicológicas (actitud frente al embarazo).

Pareció oportuno averiguar en primer término los datos sociodemográficos, para después adentrarse en datos biológicos (información entorno a la sexualidad y la fertilidad), comunicación e información sexual recibida en los diferentes ámbitos relacionales (núcleo familiar, escolar, grupo de pares), para terminar con preguntas específicas sobre la problemática investigada. También fue importante averiguar directamente la mejor manera de formular las preguntas y, al mismo tiempo, su mejor comprensión por las encuestadas. El instrumento definitivo constó de 50 preguntas.

Procedimiento

Establecimientos escolares

Para la selección de la muestra definitiva de 200 jóvenes se procedió a recolectar datos en establecimientos educativos del ciclo medio (muestreo no probabilístico por cuotas): dos escuelas pertenecientes al distrito escolar II, una de ellas pública y

otra privada; una escuela correspondiente al distrito XIII, privada; una escuela del distrito XII, pública, y finalmente dos colegios correspondientes al distrito I, uno público y otro privado.

La encuesta se llevó a cabo aprovechando el horario de recreo. Cada participante recibió el cuestionario para que lo llenara en forma individual. La intervención pudo realizarse gracias a la colaboración de docentes y preceptores, preocupados por el gran número de casos de adolescentes embarazadas en la población.

Para la selección de las respondientes, se utilizó la lista de asistencia, tal como se hiciera oportunamente para la recolección de la muestra del grupo piloto, o sea, identificando a la primera alumna de la lista que cumpliera con los criterios de inclusión.

En todos los casos se preguntó a las alumnas si querían participar. Asimismo, se informó a los padres sobre el estudio que se iba a realizar y se solicitó su consentimiento.

Establecimientos sanitarios (muestreo no probabilístico intencional)

Se acudió a la Unidad de Adolescencia de los hospitales Rivadavia y San Martín, y a las unidades de Ginecología de los hospitales Israelita y Pirovano.

En este caso, el procedimiento consistió en permanecer en la sala de espera de los citados servicios y preguntar a las adolescentes que esperaban ser atendidas —siempre y cuando se ajustaran a las características de la población definida— si querían colaborar contestando una encuesta sobre sexualidad.

Muestreo no probabilístico bola de nieve (intencional)

Este método se utilizó para identificar a las jóvenes que se encontraban embarazadas; los datos fueron provistos tanto por las respondientes como por profesionales conocidos de los investigadores. Este grupo fue contactado telefónicamente antes del encuentro para completar la encuesta.

Cabe destacar que las jóvenes sabían con antelación que iban a ser llamadas, pues las personas que suministraron los datos les habían avisado previamente preguntándoles si querían participar; luego se pidió el consentimiento de sus

progenitores o tutores, a quienes se aseguró la protección de la identidad de las menores. La encuesta fue completada por las adolescentes en todos los casos.

Procedimiento estadístico

1. Se describieron (media, desviación estándar y modo) las principales variables sociodemográficas de la encuesta: edad cronológica, edad en la menarca y edad en la primera relación sexual.

2. Se estudió la asociación existente entre las variables Uso de MAC con Información de los padres, Temor a embarazarse y Temor a contraer ETS. Asimismo, se estudió la asociación existente entre las variables Información de los padres con Temor a embarazarse y Temor a contraer ETS. Para evaluar el grado de asociación entre las variables, se calculó el valor de Ji cuadrado. Se utilizó el Test de Mantel-Haenszel (asociación lineal por lineal) porque el valor de Ji cuadrado tiende a vol-

verse significativo cuando aumenta el número (Reynolds, 1984).

Asimismo, se utilizaron los coeficientes V de Cramer y Phi (ϕ) como medidas de asociación basadas en el estadístico Ji cuadrado por tratarse de variables dicotómicas sin distribuciones continuas subyacentes, y asimismo para tratar de minimizar la influencia que sobre Ji cuadrado tienen el tamaño de la muestra y los grados de libertad. En los casos en que la frecuencia teórica de Ji cuadrado resultó menor a 5, se utilizó la prueba de probabilidad exacta de Fisher.

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS de Windows.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los resultados cuantitativos correspondientes a la edad promedio cronológica, la edad en la menarca y la edad en la primera relación sexual.

Tabla 1. Media (M) y desviación estándar (D. E.) de la edad en años, edad en la menarca y edad en la primera relación sexual, según grupo de tipificación.

Grupo		Edad		
		Años	Menarca	Primera relación
Embarazadas (n=100)	M	16.55	12.00	14.82
	D.E.	1.34	.57	1.46
No embarazadas con relaciones (n = 58)	M	15.86	11.69	13.71
	D.E.	1.80	.90	.70
No embarazadas sin relaciones (n = 42)	M	15.40	12.57	.00
	D.E.	1.52	.94	.00
Total (N = 200)	M	15.93	12.03	14.25
	D.E.	1.59	.82	.72

La actividad de las cabezas de familia (padre o pareja, de acuerdo a con quién vivían las adolescentes) era mayoritariamente profesional (40%), y expresaron que su nivel de ingresos era de cinco veces el salario mínimo mensual.

En cuanto al grupo de convivencia, 49% de las embarazadas residía con su familia, con el padre y la madre presentes, así como 63% de las no embarazadas con relaciones. Un amplio porcentaje compartía el hogar con su pareja (unión de hecho o concubinato): 29% de las embarazadas y 15% de las no embarazadas con relaciones.

Análisis de los datos referidos al uso de MAC

En cuanto a la información sexual recibida por los padres, los datos se muestran en la Tabla 2. Como se aprecia, 67% del GE declaró que sus padres fueron sus informantes; no obstante, 88% de las que recibieron información no utilizó método anticonceptivo alguno, mientras que 63% de las que usaron MAC no recibieron tal información. La prueba V de Cramer muestra un valor de .346, con una significación de .001. Esta relación entre las variables es negativa y moderadamente fuerte

($\phi -0.346$). En las adolescentes de este grupo, a mayor acceso a la comunicación sobre temas de la sexualidad con sus padres, menor utilización de MAC. En el Grupo de no Embarazadas con Relaciones (GNECR), 56.9% de las jóvenes manifestó que sus padres aclararon sus dudas sobre la sexualidad; sin embargo, 63.6% de las que recibieron esa información manifestó no haber utilizado nin-

gún método anticonceptivo, mientras que 20% de las que usaron no tuvo tal información. El estadístico V de Cramer arroja un valor de .276, con una significación de .036, lo que indica que hay asociación positiva moderada ($\phi 0.276$) entre la comunicación sobre temas sexuales y la utilización de métodos anticonceptivos.

Tabla 2. Uso de métodos anticonceptivos e información de los padres según grupo de tipificación.

		GRUPO									
		Embarazadas (a)						No embarazadas con relaciones (b)			
		Información de los padres				Total	Información de los padres				Total
		Sí		No			Sí		No		
Uso de MAC	No	59	76%	19	24%	78	21	49%	22	51%	43
	Sí	8	36%	14	64%	22	12	80%	3	20%	15
Total		67	67%	33	33%	100	33	57%	25	43%	58
(a) Ji cuadrado Mantel-Haenszel GE:							11.85, p 0.0005755				
(b) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo No Embarazadas:							4.33, p 0.0374977				

La relación entre el uso de MAC y el temor a embarazarse (Tabla 3) muestra que 43.5% del GE no utilizó método alguno de prevención, mientras que 81.5% de las que dijeron haber utilizado MAC no experimentó ese temor. El coeficiente de correlación V de Cramer, arroja un valor de .217, cuya significación es de .03, indicando que existe relación negativa ($\phi -0.217$) entre el miedo a quedar embarazada y la utilización de MAC. En las ado-

lescentes de este grupo, a mayor miedo de quedar embarazadas, menor utilización de MAC.

Por su parte, en el GNECR se observa que 35% de las que respondieron que no utilizaron MAC manifestó haber sentido temor de embarazarse, en tanto que 20% de las que usaron respondieron que no sintieron miedo alguno. El coeficiente V de Cramer arroja un valor de .396, cuya significación es de .003, lo que denota una asociación positiva moderadamente fuerte ($\phi 0.396$).

Tabla 3. Uso de métodos anticonceptivos y temor al embarazo según grupo de tipificación.

		GRUPO									
		Embarazadas (a)					No embarazadas con relaciones (b)				
		Temor al embarazo				Total	Temor al embarazo				Total
		Sí		No			Sí		No		
Uso de MAC	No	34	44%	44	56%	78	15	35%	28	65%	43
	Sí	4	18%	18	82%	22	12	80%	3	20%	15
Total		38	38%	62	62%	100	27	47%	31	53%	58
(a) Ji cuadrado Mantel-Haenszel GE:							4.65, p 0.0309640				
(b) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo No Embarazadas:							8.94, p 0.0027887				

Al cruzar las variables Temor de contraer ETS y Uso de MAC (Tabla 4), se aprecia que en el GE el 10% de las que declararon haber tenido temor de contraer

alguna enfermedad sexual dijo no haber utilizado método alguno de prevención, mientras que 90% de las que sí usaron no tuvo temor. El resultado

de la prueba de probabilidad exacta de Fisher (1.000) no fue significativo. Del mismo modo, el coeficiente de correlación V de Cramer muestra un valor de .016; este resultado no es significativo (p -valor asociado 0.872). Para este grupo no hubo correlación alguna entre las variables Temor a contraer enfermedades sexuales y Uso de MAC.

En el GNECR, 9% de las que declararon haber tenido miedo de contraer ETS señaló no haber utilizado método alguno de prevención, en tanto que 40% de las que usaron no sintió temor. El estadístico de correlación V de Cramer arroja un valor de .532, con una significación de .000, lo que indica una asociación positiva considerable entre las variables (ϕ 0.532).

Tabla 4. El uso de MAC y el temor a contraer ETS según grupo de tipificación.

		GRUPO									
		Embarazadas (a)					No embarazadas con relaciones (b)				
		Temor a ETS				Total	Temor a ETS				Total
		Sí		No			Sí		No		
Uso de MAC	No	8	10%	70	90%	78	4	9%	39	91%	43
	Sí	2	9%	20	91%	22	9	60%	6	40%	15
Total		10	10%	90	90%	100	13	22%	45	78%	58
(a) Fisher exact 2-tailed GE:							p-value:			1.0000000	
(b) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo No Embarazadas:							16.15			p 0.0000584	

Análisis de los datos referidos a la información recibida de los padres

En cuanto a la relación entre el temor a quedar embarazada y la información de los padres (Tabla 5), 47% de las que recibieron información de los padres en el GE declaró no haber sentido temor a embarazarse. El estadístico V de Cramer arroja un valor de .549, con una significación de .000, indicando una asociación positiva considerable entre las variables (ϕ 0.549).

En el caso del GNECR, 58% de las que recibieron información de los padres manifestó no haber sentido temor a un posible embarazo, mientras que 44% de las que sintieron temor no recibió información. El coeficiente V de Cramer muestra un valor de .025, resultado no significativo (p -valor asociado 0.847). En este grupo no hay correlación alguna entre las variables Temor al embarazo e Información de los padres.

Tabla 5. El temor a quedar embarazada y la información de los padres según grupo de tipificación.

		GRUPO									
		Embarazadas (a)					No embarazadas con relaciones (b)				
		Información de los padres				Total	Información de los padres				Total
		Sí		No			Sí		No		
Temor a embarazarse	No	29	47%	33	53%	62	18	58%	13	42%	31
	Sí	38	100%	0	0%	38	15	56%	12	44%	27
Total		67	67%	33	33%	100	33	57%	25	43%	58
(a) Ji cuadrado Mantel-Haenszel GE:							29.89 <i>p</i> 0.0000000				
(b) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo No Embarazadas:							0.04 <i>p</i> 0.8486862				

En lo tocante a la relación entre el temor a contraer ETS y la información de los padres (Tabla 6), 69% de las que recibieron información de los padres del GE declaró no haber sentido temor a contraer ETS. El estadístico V de Cramer señala un va-

lor de 0.121, con una significación de .228, indicando que no hay asociación alguna entre estas variables.

En el caso del GNECR, 49% de las que recibieron información de los padres manifestó no haber sentido temor a contraer ETS, mientras que el 15%

de las que sintieron temor no recibió información. El coeficiente V de Cramer muestra un valor de .301 (p -valor asociado .022). En este grupo

hay una asociación positiva entre las variables Temor a contraer ETS e Información de los padres (ϕ 0.301).

Tabla 6. Temor a contraer ETS e información de los padres según grupo de tipificación.

		GRUPO									
		Embarazadas (a)					No embarazadas con relaciones (b)				
		Información de los padres				Total	Información de los padres				Total
		Sí		No			Sí		No		
Temor ETS	No	62	69%	28	31%	90	22	49%	23	51%	45
	Sí	5	50%	5	50%	10	11	85%	2	15%	13
Total		67	67%	33	33%	100	33	57%	25	43%	58
(a) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo GE:							1.44	p 0.2304939			
(b) Ji cuadrado Mantel-Haenszel Grupo No Embarazadas:							5.16	p 0.0231275			

DISCUSIÓN

Las jóvenes del presente estudio manifestaron temor a embarazarse y temor a contraer ETS, pero al mismo tiempo respondieron que no utilizaron métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, conducta que no parece referirse al desconocimiento de métodos anticonceptivos sino a la falta de concienciación en relación con esa necesidad. En este sentido, la falta de madurez respecto de dicha responsabilidad se hallaría posiblemente asociada a la escasa formación con respecto a la vida sexual. Si bien dijeron haber recibido información, los resultados obtenidos señalarían que ésta, por sí sola, no es suficiente porque permanece en un nivel intelectual, en tanto que la formación se inserta en la personalidad, manifestándose después en la conducta.

Se encontró una asociación negativa moderada entre la información proporcionada por los padres y el uso de MAC en el GE. Este hallazgo no apoya la hipótesis H_1 . Por otro lado, se encontró una asociación positiva entre estas variables en el GNECR; este último resultado apoyaría dicha hipótesis. Un primer comentario acerca de los resultados observados lleva a cuestionar las razones de que las adolescentes manifiesten la falta de uso de MAC aun cuando hayan tenido acceso a la información sexual por parte de sus padres. Cabe preguntarse si en el momento en que las adolescentes recibieron tal información sus intereses estaban acordes a ella, y si hubo la persuasión, la

continuidad y el seguimiento necesarios para tener eficacia sobre las jóvenes, es decir, que se constituyera en formación. Vale mencionar que en el proceso de comunicación, tanto la fuente emisora como la receptora influyen considerablemente. Respecto de la emisión, debe ser comprensible utilizando el lenguaje y el contexto adecuados, adoptar una clara estructura argumental y, dependiendo de la complejidad del propio mensaje, ser reiterativa para permitir que el otro extraiga conclusiones. En cuanto a la recepción, influye el interés y el acuerdo con la información recibida. En este sentido, hay factores interventores en los adolescentes de nuestra cultura que pueden poner obstáculos a la recepción del mensaje o información, tal como la huida al mundo interior —una forma de autismo positivo propio de este período evolutivo—, utilizada por los adolescentes para su reajuste emocional. En virtud del proceso de separación y desidealización de la figura de los padres, estos son vividos como figuras desacreditadas en sus palabras y acciones, lo que interfiere en el interés y valor de la eventual información brindada. Es importante señalar que no se formularon preguntas que aportasen datos referidos a si la conversación con los padres se centró en lo ético o en lo técnico, ya que las adolescentes no se hallaban en las mismas condiciones receptivas para aceptar un consejo moral o una prescripción técnica.

En relación al uso de MAC y el temor a embarazarse, se encontró una asociación negativa moderada entre ambos en el GE. Este hallazgo

no apoya la hipótesis H₂. Por otro lado, se halló una asociación positiva entre estas variables en el GNECR. Este resultado apoyaría esa misma hipótesis. La relación entre el temor y el no uso de MAC señala las sucesivas contradicciones en la conducta y la personalidad de los adolescentes. La emergencia pulsional, junto con la de los caracteres sexuales primarios y secundarios, colocan a los púberes en un estado de indefensión con respecto a su nuevo cuerpo y sus productos. Ambos funcionan como un nuevo espacio al que tienen necesidad de reinscribirse y resignificarse debido a las nuevas sensaciones corporales que han desestructurado el sentimiento de sí. En este sentido, la reinscripción de su cuerpo es buscada a través del contacto con otros. Los jóvenes buscan el contacto corporal como manera de buscar su identidad ya que la adolescencia es una etapa de crisis en el cuerpo, en los valores y en el mundo interno del individuo. Los adolescentes se encuentran en una total transformación que produce permanentes contradicciones, y a la vez aprenden a acercarse a sí mismos a través de acercarse a los otros, y mientras la mujer busca su identidad femenina a través de ser penetrada, el varón lo hace a través de sus genitales en el acto de penetración.

Los adolescentes habitan dos espacios al mismo tiempo: la infancia y el pasaje hacia la adultez. Este fenómeno produce continuas contradicciones en sus conductas: piden libertades y las ejercen, pero al mismo tiempo necesitan ser cuidados; suelen delegar en otras figuras la protección ya que no aceptan la de sus padres porque en su búsqueda de identidad y de ser reconocidos como adultos producen un distanciamiento con sus progenitores. Ante esto, sustituyen la dependencia con nuevas figuras, como amigos y pareja. Así, el ejercicio de la sexualidad los pone en riesgo; desde lo consciente, parece que reconocen el temor al embarazo, pero en el momento en que debiera articularse con la protección mediante el uso de métodos anticonceptivos, el temor queda excluido en la práctica. La práctica corresponde a las libertades y al mundo de los adultos, y el uso de anticonceptivos también debiera incluirse en este mundo; sin embargo, la escisión entre cuerpo y mente, un fenómeno de despersonalización, deja excluida la posibilidad de ejercer el dominio sobre sus acciones. Además, es necesario tener en cuenta que los

adolescentes tienen menos experiencias de vida, pueden estar más presionados por sus pares y suelen comportarse de manera más transgresora. Numerosos estudios muestran el enorme efecto que tiene el grupo de pares sobre los comportamientos de riesgo; por ende, el adolescente tiende a comportarse de la manera requerida por los líderes de su grupo de pares (Keating, 1990).

En lo concerniente al uso de MAC y el temor a contraer ETS, se halló una falta de asociación entre ambos factores en el GE. Este hallazgo no apoya la hipótesis H₃. Es importante destacar que, en líneas generales, los métodos anticonceptivos se asocian directamente con el control de la natalidad, y pocas veces se los relaciona con un método de prevención de contagio de enfermedades transmisibles sexualmente. En otras palabras, no se asocian el uso de métodos anticonceptivos como tales y el cuidado de la salud. La ausencia de temor a contraer enfermedades de transmisión sexual se podría relacionar a la personalidad egocéntrica y omnipotente propia de los adolescentes. Desde su egocentrismo, los adolescentes construyen "fábulas personales" (Elkind, 1997) en las que se perciben a sí mismos como inmunes a cualquier riesgo en particular. Estas historias personales fabuladas anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si ésta no existiera o no importara, por lo que podría suponerse que las jóvenes piensan que a ellas "no les va a suceder".

Se encontró una asociación positiva moderada entre el temor de quedar embarazada y la información de los padres en el GE. Este resultado apoya la hipótesis H₄. Asimismo, se encontró falta de asociación entre estas variables en el GNECR, lo que no favorece a dicha hipótesis. Teniendo en cuenta lo expresado antes, podría decirse que las adolescentes embarazadas de este estudio quedaron embarazadas a una edad promedio de dieciséis años, por lo cual es evidente que una maduración sexual más precoz permite relaciones más tempranas y aumenta los riesgos al carecer ellas de la preparación, formación y maduración psicológica necesarias para la asunción de tal responsabilidad.

Hubo una asociación positiva moderada entre el temor a contraer ETS y la información de los padres en el GNECR. Este hallazgo valida la hipótesis H₅. Por otra parte, hubo falta de asociación entre estas variables en el GE. Este resultado

no apoya la antedicha hipótesis. Evidentemente, el no usar MAC y el no temer a las ETS explica lo anterior. En esta etapa evolutiva se produce el tránsito del pensamiento operatorio concreto al operatorio formal; tal tipo de pensamiento posibilita la formulación de hipótesis probables acerca de la consecuencia de una acción; no obstante, algunas investigaciones revelan que sólo la mitad de los adultos logra alcanzar ese tipo de pensamiento formal, y que entre los catorce y dieciséis años se actúa más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que de distantes o mediatas. Así, por ejemplo, la percepción que se tiene sobre la necesidad del uso del preservativo está más vinculada a su popularidad que a una verdadera comprensión de su valor protector. Otro factor a tener en cuenta, que podría estar presente en este grupo, sería la exposición al riesgo.

En conclusión, los datos apoyan la idea de que las adolescentes cuentan con información sexual al alcance de la mano, pero evidentemente carecen de un correcto manejo de la información recibida, tal como concluyen Méndez (1995) y Thomas, Riskel, Buttler y Montgomery (1996). A pesar de que éste y otros estudios señalan la falta de una adecuada orientación (y no mera información) en materia de educación sexual, no hay estudios dirigidos a contestar la pregunta acerca de la manera óptima de lograrlo. Los resultados expuestos evidencian que hay aún mucho por hacer con relación a la educación sexual de las nuevas generaciones y la de sus padres. El mayor riesgo comparativo observado no parece ser causado por las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien por las variables psicológicas y socioculturales.

Para que la información sexual pueda ser un agente aliado de la prevención, deberá formar parte de la permanente educación formativa y estructurante de la personalidad de cada individuo, puesto que la información en sí misma no actúa en las estructuras psíquicas cognitivas, ni crea recursos, habilidades y mecanismos al servicio de la resolución de las diferentes situaciones que la realidad permanentemente impone al individuo. Por lo tanto, se debe enfrentar el reto de asumir la anticoncepción en ese grupo poblacional como una política en la que la educación sexual integral sea un pilar fundamental, y profundizar también en el conocimiento de las ventajas y desventajas del arsenal anticonceptivo que se halla a su alcance, de acuerdo con las características de las adolescentes. Deberá pensarse en cuáles políticas, estrategias y recursos serán necesarios para que se cumpla con la formación sexual y no con la mera información, con el propósito de que tales conocimientos significativos se sumen a la experiencia.

En lo referente a las fábulas personales ya mencionadas, es necesario considerar las intervenciones del mundo adulto, que permanentemente envía mensajes culturales agresivos y contradictorios que incitan al ejercicio de libertades sexuales sin responsabilidad. Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen una escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos, lo que lleva a reflexionar sobre la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues lamentablemente están adquiriendo conocimientos en esta esfera de forma distorsionada, y fundamentalmente a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informales y no sistemáticos.

REFERENCIAS

- Aller, J., Atucha, L.M. y Pailles, J. (1997). La práctica del aborto en Argentina. *Revista de Ginecología Reproductiva*, 5, 241.
- Atkin, L. y Alatorre, R. (1992). Pregnant again? Psychosocial predictors of short- interval repeat pregnancy among adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 13, 700-706.
- Calandra, N., Vázquez, S. y Berner, E. (1996). Embarazo adolescente. Investigación sobre los aspectos biopsicosociales. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infantil y Juvenil*, 3(2), 35-46.
- Cervera, N. (1993). Decision making for pregnant adolescents: Applying reasoned action theory to research and treatment. *Families in Society*, 74, 355-365.
- Christopher, F. (1995). Adolescent pregnancy prevention. *Family Relation*, 44, 384-391.
- De Seta, F., Riccoli, M., Sartore, A., De Santo, D., Grimaldi, E. y Ricci, G. (2000). Sexual behavior and adolescence. *Minerva Ginecology*, 52(9), 339-344.

- Della Mora, M. y Landoni, A. (2003). Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, 22(1), 3-10.
- East, P. y Felice, M. (1992). Pregnancy risk among the younger sisters of pregnant and childbearing adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 128-136.
- Elkind, D. (1997). Egocentrism and adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Elster, A. y M. Lamb. (1987). The effect of maternal age, parity, and prenatal care of perinatal outcome in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics*, 149(4), 845-849.
- Freeman, E. y Rickels, K. (1993). *Early childbearing: Perspectives of adolescents on pregnancy, abortion and contraception*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Giberti, E., Chavanneau de Gore, S. y Taboada, B. (1997). *Madres excluidas*. Buenos Aires: Norma.
- Gordon, D. (1990). Formal operational thinking: The role of cognitive developmental processes in adolescent decision-making about pregnancy and contraception. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 346-356.
- Gutiérrez, M., Gogna, M. y Romero, M. (2001). *Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Keating, D.P. (1990). Adolescent thinking. En S. Feldman y G. Elliot (Eds.): *At threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klerman, L. (1993). Adolescent pregnancy and parenting: Controversies of the past and lessons for the future. *Journal of Adolescent Health*, 14, 553-561.
- Koniak-Griffin, D., Lominska, S. y Brecht, M. (1993). Social support during adolescent pregnancy: A comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 16, 43-56.
- Langer, L., Zimmerman, R. y Katz, J. (1994). Which is more important to high school students: preventing pregnancy or preventing AIDS? *Family Planning Perspectives*, 26, 154-59.
- Méndez R., J.M. (1995). *Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Miller, B. (1993). Families, science and values: Alternative views of parenting effects and adolescent pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 7-21.
- Monroy, A., Morales, N. y Velazco, L. (1998). *Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos, opciones* (Cuaderno técnico N° 12). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Moore, K., Blumenthal, C., Sugland, B., Hyatt, B., Snyder, N. y Morrison, D.S (1994). *Variation in rates of adolescent pregnancy and childbearing*. Washington, D.C.: Child Trends, Inc.
- Pantelides, E.A., Geldstein, R., Calandra, N. y Vázquez, S. (1999). Iniciación sexual bajo coerción. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infantil y Juvenil*, 6(3), 109.
- Pantelides, A. y S. Bott (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblós.
- Piaget, J. y B. Inhelder (1977). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.
- Reynolds, H. (1984). *Analysis of nominal data*. Thousand Oaks, CA: Sage University Papers Series on QASS.
- Thomas, E., Riskel, A., Butler, C. y Montgomery, E. (1996). Adolescent pregnancy and parenting. *Journal of Primary Prevention*, 10, 195-206.
- Vázquez, S., Calandra, N. y Berner, E. (1994). Grado de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes hospitalarias. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infantil y Juvenil*, 1(2), 50-57.
- Videla, M. (1990). *Maternidad. Mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.