

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS E INFORMACION SEXUAL EN RELACION CON LOS ANTECEDENTES DE ABORTO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13 A 18 AÑOS, ESCOLARIZADAS, DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES*

Lic. Marcelo Della Mora; Lic. Alejandra Landoni

Docentes de la Cátedra Psicología Evolutiva I y II del Departamento de Psicología, Universidad Argentina John F. Kennedy.

Resumen

Se estudiaron las características psicológicas y sociodemográficas en una muestra de adolescentes embarazadas, escolarizadas de 13 a 18 años de la ciudad de Buenos Aires. Se recolectaron datos primarios a través de la administración de una encuesta con el objetivo de analizar, relacionar y comparar la relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y la información y formación sexual recibidas. Los datos se analizaron con los estadísticos Chi-cuadrado (prueba de Mantel-Haenszel), Test de probabilidad exacta de Fisher y V de Cramer. La información recibida no incidiría en la utilización de métodos de control de la natalidad y cuidado de la salud en las jóvenes con antecedentes de aborto.

Palabras clave: adolescentes embarazadas, métodos anticonceptivos, información sexual, aborto.

Introducción

Si bien siempre ha habido embarazo precoz, recién en la década del '70 el tema comenzó a aparecer como preocupación social. En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a prestarle especial atención dentro de la temática general de la salubridad adolescente y lo planteó como problema creciente de alto riesgo y capital importancia (OPS, 1990). Mientras disminuye la tasa global de fecundidad en los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, aumenta en cambio la de las adolescentes, observándose una tendencia creciente a dar a luz por primera vez a edades tempranas (Torrado¹, 1993). Algunos autores (por ejemplo: Groisman et al., 1999; Casullo², 1998; Irwin³, 1990) sostienen que el embarazo y la maternidad, en cualquier situación adversa colocan a la madre y al niño en situación de alto riesgo personal y social, lo cual se ve agudizado sobre todo en la adolescencia temprana. Pantelides (1991) demuestra que el 14,9% de los nacimientos de nuestro país corresponde a madres menores de 20 años.⁴

La maternidad temprana suprime las etapas de maduración de la adolescente, trayendo consecuencias sociales como deserción escolar, dificultades

económicas, falta de paternidad responsable por parte del progenitor del bebé y frustraciones sociales (Rubarth, 1994⁵; Bianco, 1992).

El problema que se presenta para la niña-madre es que está transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia se le suma la crisis del embarazo, la que es una subcrisis provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a esta joven con una responsabilidad y madurez que no ha desarrollado totalmente (Elster y Lamb, 1987).⁶

Prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas (Pantelides y Bott, 2000),⁷ entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual; poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas; experimentan continuos cambios de pareja (promiscuidad); tienen poco conocimiento de la sexualidad; no se plantean el control del embarazo; demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos; y poseen insuficiente información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su prevención. Asimismo, tienen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación. Por otra parte, desconocen adónde

* Trabajo realizado en el marco del Programa de Investigación Científica de la Universidad J. F. Kennedy.

acudir para obtener orientación y ayuda, y en general vacilan en confiar en los adultos.⁸

La información sexual

Uno de los modos de prevenir es *informar*. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes: 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.

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 ideologías 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, la información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. La información debe producir conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también afectivo, convirtiéndose en formación, constitutiva de la personalidad (Piaget & Inhelder, 1977).⁹

¿Qué hechos pueden suscitarse cuando las adolescentes deben afrontar un embarazo? Entre los factores preocupantes se señala la ignorancia por parte de las jóvenes acerca de su fisiología (Videla, 1990¹⁰; Giberti et al., 1997¹¹). Trabajos anteriores sostienen que en un gran número de casos repiten la historia de sus madres y abuelas que también dieron a luz siendo adolescentes jóvenes (Jusid, 1986; Viladrich, 1991; Pantelides y Bott, 2000). 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 del desarrollo incompleto de la pelvis

materna; esto determina una 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, lo que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Esto implica lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno 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 presenta una amplia variedad y grado de severidad.

Entre los riesgos sociales se citan el *abandono o interrupción de los estudios*, el comienzo de la actividad laboral sin la debida preparación cultural, unirse en matrimonio o en concubinato sin suficiente maduración sobre lo que es la vida familiar, la crianza y educación de los hijos. El embarazo, deseado o no, desempeña un papel fundamental en la determinación de las oportunidades futuras de la joven, ya que puede desorganizar su vida, su educación y su relación familiar. Como riesgo psicológico está 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.

La problemática del aborto

No hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilícito, y mucho menos conocer qué proporción de

éstos se realiza en adolescentes. El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad. Las complicaciones producidas por abortos ilegales caen en dos categorías fundamentales: la primera está relacionada con heridas causadas por el procedimiento mismo, que incluye tanto la perforación uterina como heridas a otros órganos internos, laceraciones cervicales y hemorragia; la segunda categoría está dada por infecciones y pérdida de sangre asociadas al aborto incompleto, así como a la introducción de bacterias dentro de la cavidad uterina durante la práctica de éste. En muchas ocasiones el útero lesionado debe ser extirpado. Para las mujeres que sobreviven a las dificultades de un aborto se presenta toda una serie de complicaciones a largo plazo, entre las que sobresalen una mayor incidencia de embarazo ectópico,

Para las mujeres que sobreviven a las dificultades de un aborto se presenta toda una serie de complicaciones a largo plazo, entre las que sobresalen una mayor incidencia de embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad.

infección pélvica crónica e infertilidad.

Cuando las adolescentes se encuentran con su hijo en brazos, por lo general no tienen conciencia de lo que representa este ser. En ocasiones presentan síntomas depresivos y de ansiedad, son proclives al llanto, se ven asaltadas por sentimientos ambivalentes para con el bebé, que a veces provocan el rechazo.

Ante la importancia del embarazo para la estabilidad emocional de las madres y del bebé por nacer, nos preguntamos: ¿qué relación existe entre los antecedentes de aborto y el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en las adolescentes en las cuales se manifiesta o se manifestó el fenómeno del embarazo? ¿Qué relación existe entre los antecedentes de aborto y la información sexual recibida de los padres en las adolescentes en las cuales se manifiesta o se manifestó el fenómeno del embarazo?

Objetivos

Describir y analizar:

- La relación entre los antecedentes de aborto y el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes en las cuales se manifiesta o se manifestó el fenómeno del embarazo.
- La relación entre los antecedentes de aborto y la información sexual en las adolescentes en las cuales se manifiesta o se manifestó el fenómeno del embarazo.

Hipótesis

H_{1a} : Si las adolescentes manifiestan un episodio de aborto previo, tenderán a utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

H_{1b} : Si las adolescentes recibieron información sexual de sus padres, tenderán a evitar un episodio de aborto.

Material y método

I. Diseño

De acuerdo con la dimensión temporal, el diseño es transversal, ya que se centra en analizar la interrelación entre variables en un momento dado. A su vez, este diseño es correlacional, porque establece correlaciones entre las variables sin analizar sus causas. En síntesis, se trata de un *diseño observacional, transversal*.

II. Población

Criterios de inclusión

- Sexo: femenino; rango etario: 13 a 18 años, estudiante, con residencia en la Ciudad de Buenos Aires.
- Perteneciente a una familia cuya cabeza tiene actividad laboral, es decir, perteneciente a la pobla-

ción económicamente activa (PEA).

Cabe destacar que las jóvenes ya sabían que iban a ser contactadas, pues las personas que nos suministraban los datos les avisaban y les preguntaban previamente si querían participar; luego, se pedía el consentimiento de sus progenitores, a quienes se les aseguraba la protección de la identidad de las menores.

Participaron 200 adolescentes del sexo femenino (embarazadas, $n = 100$; con hijo, $n = 100$) de un rango de edad comprendido entre 13 y 18 años, estudiantes, con residencia en la ciudad de Buenos Aires (CBA), cuyo padre, pareja o cabeza de familia se encontraban en actividad laboral al momento de la administración de la encuesta, es decir, pertenecientes a la población económicamente activa (PEA).

La muestra se subdividió en:

- 100 jóvenes que se encontraban embarazadas (con distinta edad gestacional) al momento de la administración: Grupo *Gestando*.
- 100 jóvenes que ya habían dado a luz hasta 12 meses antes del momento de la administración de los instrumentos de medición: Grupo *Con Hijo*.
- De estos dos grupos se desprende un sub-conjunto de sujetos en las que se manifiesta un episodio de aborto previo: Grupo *Aborto* ($n = 30$), que son las que analizaremos en este estudio.

III. Muestreo

Para la selección de la muestra definitiva de 200 jóvenes se procedió a recolectar datos en:

- *Establecimientos educativos del ciclo medio de la CBA (muestreo no probabilístico por cuotas)*: Dos escuelas pertenecientes al Distrito Escolar II, una de ellas es estatal y otra privada; una escuela correspondiente al Distrito Escolar XIII, privada; una escuela correspondiente al Distrito Escolar XII, estatal; y finalmente dos colegios correspondientes al Distrito Escolar I, uno estatal y otro privado.
- *Establecimientos sanitarios (muestreo no probabilístico intencional)*: Unidad de Adolescencia de los hospitales Rivadavia y San Martín; Unidad de Ginecología de los hospitales Israelita y Pirovano. En estos casos el procedimiento consistió en permanecer en la sala de espera de los citados Servicios y preguntarles a las adolescentes que esperaban ser atendidas si querían colaborar contestando una encuesta sobre sexualidad, siempre y cuando se ajustaran a las características de la población.

Instrumentos

La Encuesta comprendió 50 elementos y fue administrada entre diciembre de 2000 y marzo de 2001.

Las preguntas exploran *variables biológicas*: edad cronológica, edad de la menarca, edad de la primera relación sexual, antecedentes de aborto; *variables sociológicas*: escolaridad, información sexual provista por los padres, ocupación de los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia; y, *variables psicológicas*: actitud frente al embarazo.

IV. Encuesta

La Encuesta fue administrada por los investigadores, aprovechando el horario de recreo. Cada sujeto recibió la Encuesta para responder en forma individual. Nos presentamos y les explicamos el objetivo de la investigación. Las alumnas mantuvieron una conversación informal con los investigadores durante unos minutos luego de lo cual se les entregó el material. Trabajamos con alumnas de segundo a quinto año del ciclo secundario. Recolectamos datos en los tres turnos: mañana, tarde y noche de los citados establecimientos. Nuestra intervención se hizo efectiva 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, identificando a la primera alumna de la lista de manera tal que cumpliera con los criterios de inclusión. Se les preguntó a las alumnas si querían participar y se informó a los padres sobre el estudio a realizar para solicitar su consentimiento.

Los datos fueron provistos tanto por las respondientes de los distintos Grupos como por profesionales conocidos de los investigadores. Estos Grupos fueron contactados telefónicamente antes del encuentro para completar la encuesta.

Análisis estadístico

1. Se describieron (media, SD y modo) las principales variables socio-demográficas: edad en años, edad de la menarca, edad de la primera relación y antecedentes de aborto.
2. En las adolescentes que registran aborto, se relacionó esta variable con el uso de MAC e información de los padres. Para evaluar el grado de asociación entre las variables se calculó el valor de Chi-cuadrado.¹²

Asimismo, se utilizaron los coeficiente V de Cramer y Phi (ϕ) como medidas de asociación basadas en el estadístico Chi-cuadrado, por tratarse de variables dicotómicas sin distribuciones continuas subyacentes, y para tratar de minimizar la influencia que sobre Chi-cuadrado tienen el tamaño de la muestra y los grados de libertad. La V de Cramer es igual a ϕ en una tabla donde K= 2. En los casos en que la frecuencia teórica de Chi-cuadrado resultó menor

a 5, se utilizó la prueba de probabilidad exacta de Fisher. Para el tratamiento de los datos se aplicaron los paquetes estadísticos STATISTIX y SPSS.

Resultados

La edad promedio del total de la muestra (n= 200) fue de 16.3 años (ver *Tabla 1*), distribuidas de la siguiente manera:

- Grupo *Gestando*: Media: 16.5 años; DE: 1.34; Modo: 17 años. La variable edad de la menarca para este grupo arrojó los siguientes valores: Media 12 años; DE: 0.57; Modo: 12 años. En cuanto a la edad de la primera relación sexual: Media 14.8 años; DE: 1.46; Modo: 14 años.
- Grupo *Con Hijo*: Media: 16.1 años; DE: 1.31; Modo: 16 años. La menarca para este grupo arrojó las siguientes medidas: Media: 12.3 años; DE: 0.96; Modo: 12 años. En cuanto a la edad de la primera relación sexual: Media: 14.5 años; DE: 1.14; Modo: 14 años.

El *nivel educacional* alcanzado fue secundario incompleto (*Con Hijo* 72%; *Gestando* 65%), ya que se encontraron cursando este ciclo escolar. La *actividad* del cabeza de familia (padre o pareja, de acuerdo a con quien vive) fue en su mayoría (40%) profesional y expresan que el nivel de ingresos es de \$1.500 por mes.

En cuanto al *grupo de convivencia*, viven con su familia, con padre y madre presentes (*Con Hijo* 42%; *Gestando* 49%), viven con un solo progenitor, o con otros familiares¹³ (*Con Hijo* 15%; *Gestando* 18%). Un amplio porcentaje comparte su hogar con su pareja (unión de hecho o concubinato): *Con Hijo* 34%; *Gestando* 29%.

Más de la mitad de las adolescentes (60%) declaró no haber practicado método alguno de contracepción en su primera relación sexual. El 22% del

Tabla 1: Edad, edad de la menarca y edad de la primera relación sexual (en años) según grupo de tipificación

Grupo		Edad	Edad	Edad 1ª
		Edad	menarca	relación
Con hijo	n	100	100	100
	Media	16,18	12,34	14,52
	Desvío est.	1,31	0,96	1,14
Gestando	n	100	100	100
	Media	16,55	12,00	14,82
	Desvío est.	1,34	0,57	1,46
Total	n	200	200	200
	Media	16,37	12,17	14,67
	Desvío est.	1,34	0,80	1,32

Grupo *Gestando* y el 36% del Grupo *Con Hijo* utilizaron métodos efectivos para prevenirse. La falta de conciencia del riesgo que corren es mayor aún entre las adolescentes del Grupo *Gestando* (78% no utilizó), que las del Grupo *Con Hijo* (64% no utilizó).

Análisis de los datos referidos al uso de métodos anticonceptivos (MAC) e información de los padres

En cuanto a la información sexual recibida de los padres, la *Tabla 2* muestra que en el Grupo *Con Hijo* el 67% de las jóvenes manifestó que sus padres les permitieron acercarse a ellos para evacuar sus dudas sobre la sexualidad; sin embargo, el 73% de las que recibieron información manifiesta no haber utilizado método anticonceptivo, mientras que el 50% de las que utilizaron MAC no recibió información de sus padres. El estadístico V de Cramer arroja un valor de .271 con una significación de .007, indicando que existe asociación negativa moderada ($\Phi = 0.271$) entre la comunicación sobre temas sexuales y la utilización de método anticonceptivo, pudiendo afirmar que el hecho de que las adolescentes hayan tenido acceso a la información sexual proveniente del núcleo familiar, no implica que hayan utilizado método anticonceptivo.

En el Grupo *Gestando* también el 67% (67/100) de las respondientes declara que sus padres les permi-

tieron acercarse a ellos; no obstante, el 88% de las que recibieron información no utilizó método anticonceptivo, mientras que el 63% de las que sí usaron no recibieron 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, se puede concluir que a mayor acceso a la comunicación sobre temas de la sexualidad con sus padres, menor utilización de MAC.

Análisis de los datos referidos al aborto

En cuanto a la decisión tomada respecto de la continuidad del embarazo, considerando a los Grupos *Gestando* y *Con Hijo* conjuntamente ($n = 200$), el 15% declara haberse practicado un aborto. El 21% corresponde al Grupo *Gestando*, y el 9% al Grupo *Con Hijo*. El 19% de las que abortaron manifestó no haber usado método anticonceptivo y tan sólo un 5.2% reconoce haberlo utilizado.

La relación entre las variables *Aborto* y *uso de MAC* (*Tabla 3*) muestra que el 90% (27/30) de las adolescentes que registran un episodio de aborto previo no usó método alguno de prevención. La prueba Chi-cuadrado muestra un valor de 6.16 ($p = 0,013$). Por su parte, la prueba V de Cramer muestra un valor de .176 con una significación de .013, indicando una asociación negativa débil entre las variables consideradas ($\Phi = -0.176$). Para estas jóvenes, el hecho de haber experimentado un aborto previo no provocaría una tendencia a utilizar MAC en sus relaciones.

La relación entre las variables *Aborto* e *Información de los padres* (*Tabla 4*) muestra que el 33% (10/30) de las adolescentes que recibieron información sexual de sus padres registran, sin embargo, un episodio de aborto. Por su parte, la prueba V de Cramer muestra un valor de .301 con una significación de .000, indicando una

asociación positiva moderada entre las variables consideradas ($\Phi = 0.301$) y estadísticamente muy significativas.

Tabla 2: El uso de métodos anticonceptivos y la información de los padres, según grupo de tipificación

	Grupo						
	Con hijo*			Gestando**			
	Info padres			Info padres			
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	
Uso de MAC	No	49 (73%)	15 (45%)	64	59 (38%)	19 (57%)	78
	Sí	18	18	36	8	14	22
Total		67	33	100	67	33	100

* Chi-cuadrado Mantel-Haenszel Grupo *Con Hijo*: 7,28 ($p < 0,001$)

** Chi-cuadrado Mantel-Haenszel Grupo *Gestando*: 11,85 ($p < 0,001$)

Tabla 3: El uso de métodos anticonceptivos en relación con el aborto*

	Aborto			
	Sí	No	Total	
Uso de MAC	No	27	115	142
	Sí	3 (10%)	55 (32%)	58
Total		30	170	200

* Chi-cuadrado Mantel-Haenszel: 6,16 ($p = 0,013$)

Discusión

El uso de MAC y la información de los padres

Se encontró una asociación negativa moderada entre la información de los padres y el uso de MAC en los Grupos *Gestando* y *Con Hijo*. Un primer comentario acerca de los resultados observados nos lleva a cuestionarnos por qué las adolescentes manifiestan

falta de uso de MAC aún cuando tuvieron acceso a la información sexual por parte de sus padres. Cabe preguntarnos si en el momento en que las adolescentes recibieron la información, sus intereses estaban acordes a la misma y si existieron la persuasión, la continuidad y el seguimiento necesarios para producir eficacia sobre las jóvenes, es decir, que se constituya en formación.

Vale mencionar que en el proceso de comunicación, tanto la fuente emisora como la receptora influyen considerablemente. Respecto de la emisión, ésta debe ser comprensible, utilizando un lenguaje y un contexto adecuados, adoptar una clara estructura argumental y, dependiendo de la complejidad del propio mensaje, deberá ser reiterativo para permitir que el otro extraiga conclusiones. En cuanto a la recepción, influye el interés y acuerdo con la información recibida. En este sentido, sabemos que hay factores intervinientes en los adolescentes de nuestra cultura que pueden hacer obstáculo a la recepción del mensaje o información, tal como la huida en el mundo interior, autismo positivo propio de este período evolutivo, utilizado por los adolescentes para el reajuste emocional. Cabe recordar que en virtud del proceso de separación y desidealización de la figura de los padres, éstos son vividos como figuras desacreditadas en sus palabras y acciones, interfiriendo en el interés y valor de la eventual información brindada.

Es importante señalar que no hemos formulado preguntas que aporten datos referidos a si la conversación con los padres se centró en lo ético o en lo técnico, ya que los adolescentes no están en las mismas condiciones receptivas para aceptar un consejo moral o una prescripción técnica. Cabe 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. Los adolescentes desde su egocen-

trismo construyen "fábulas personales"¹⁴ en las que no se autoperiben como expuestos a ningún 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 tanto podríamos suponer que las jóvenes pensaron que a ellas "no les iba a suceder".

El uso de MAC y los antecedentes de aborto

Encontramos una asociación débil y negativa entre las variables *uso de MAC* y *antecedentes de aborto*. Existen criterios relacionados con el uso de anticonceptivos, que favorecen el incremento de la promiscuidad sexual, lo que ocasiona un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de métodos contraceptivos. Quienes defienden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo, causada por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables, ha provocado un aumento en el número de adolescentes con relaciones sexuales activas, así como la promiscuidad de éstas, con el consiguiente incremento de las ETS.

Con respecto a esto podríamos decir que el acceso a los métodos anticonceptivos no necesariamente es causa del incremento de la mayor actividad sexual. En nuestro estudio detectamos un 15% de jóvenes con antecedentes de aborto que reincidieron en un nuevo embarazo. Si bien en nuestra Encuesta han faltado preguntas que aporten información sobre las causales de dicho comportamiento, otras investigaciones explican que esta conducta riesgosa se debería a componentes auto-destructivos en la personalidad de ciertos adolescentes. Asimismo, es necesario considerar la responsabilidad del mundo adulto que envía mensajes culturales agresivos y contradictorios y que estimulan a liberar los impulsos sexuales sin responsabilidad.

Los datos apoyan la idea de que las adolescentes cuentan con información sexual al alcance de la mano; sin embargo es evidente que les hace falta una correcta orientación de la información recibida, tal como concluyen otros investigadores (Thomas et al., 1996¹⁵; Méndez Ribas, 1995¹⁶). A pesar de que éste y otros estudios señalan la falta de una adecuada orientación (y no la mera información) en materia de educación sexual, no existen estudios dirigidos a contestar la pregunta de cuál sería la manera óptima de lograrlo. Los resultados expuestos evidencian que hay mucho por hacer aún con relación a la educación sexual de las nuevas generaciones, así

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.

Tabla 4: La información sexual recibida de los padres en relación con el aborto*

		Aborto		Total
		Sí	No	
Info	padres No	20	46	66
Info	padres Sí	10	124	134
Total		30	170	200

* Chi-cuadrado Mantel-Haenszel: 26,52 (p <0,001)

como la de sus padres. El mayor riesgo comparativo observado no parece ser causado por las condiciones fisiológicas, sino más bien por las variables psicológicas y socioculturales.

Consideramos que 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, ya que la información en sí misma no actúa en las estructuras psíquicas cognitivas, ni crea recursos, habilidades o mecanismos al servicio de la resolución de las diferentes situaciones que la realidad permanentemente convoca al individuo a resolver. 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 es un pilar fundamental y profundizar también en el conocimiento del arsenal anticonceptivo al alcance, así como en sus ventajas y desventajas de acuerdo con las características de las adolescentes. En este sentido, deberemos pensar en cuáles serían las nuevas políticas, estrategias y recursos para que en materia de educación sexual cumpla con la formación sexual y no la mera información, constituyéndose en conocimientos significativos capaces de sumarse a la experiencia vital. Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues lamentablemente los conocimientos en esta esfera los están adquiriendo de forma distorsionada y a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemáticos.

Bibliografía consultada

- Bianco M. Por una maternidad sin riesgos. Buenos Aires: FEIM; 1992.
- Casullo M. Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós; 1998.
- Elkind D. Egocentrism and adolescence. Child Development 1997; 38;1025-1034.
- Elster A, Lamb M. The effect of maternal age, parity and prenatal care of perinatal outcome in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol 1987; 149(4): 845-849.
- Giberti E, Chavanneau de Gore S, Taboada B. Madres excluidas. Buenos Aires: Norma; 1997.
- Groisman C, Rabinovich J, Imberti J. El desafío de la sexualidad. Buenos Aires: Sudamericana; 1999.
- Irwin CE. The theoretical concept of at-risk adolescents. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 1, 1-14; 1990.
- Jusid A. Las niñas mamás. Buenos Aires: Sudameri-

- cana; 1991.
- Keating DP. Adolescence thinking. En: Feldman S, Elliot G (comps.). At threshold: the developing adolescence. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
- Mendez Rivas JM. Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de la Organización Mundial de la Salud. OMS; 1995.
- Pantelides A. Las niñas madres: fecundidad en las adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: FCE; 1991.
- Pantelides A, Bott S. Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires: Biblós; 2000.
- Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. Madrid: Ediciones Morata; 1977.
- Rubarth G. La adolescente embarazada. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1994.
- Torrado S. Procreación en la Argentina. Hechos e ideas. Buenos Aires: Ediciones La Flor; 1993.
- Thomas E, Riskel A. Adolescent pregnancy and parenting. Journal of Primary Prevention 1996; 10: 195-206.
- Videla M. Maternidad. Mito y Realidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.
- Viladrich A. Madres solteras adolescentes. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1991.

Bibliografía

1. Procreación en la Argentina. Hechos e ideas. Buenos Aires: Ediciones La Flor.
Estudia el patrón de comportamiento reproductivo prevalente en la Argentina con base en datos secundarios y fuentes censales.
2. Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.
La adolescencia está considerada como población de riesgo por las decisiones que puede tomar en relación con la sexualidad, en una etapa evolutiva caracterizada por la crisis.
3. The theoretical concept of at-risk adolescents. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 1:1-14.
Cuando se habla de riesgo, se alude a factores vinculados a la estructuración de cierto tipo de comportamiento humano que se manifiesta de forma voluntaria, con resultados indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria.
4. Las niñas madres: fecundidad en las adolescentes en la Argentina. Buenos Aires; Fondo de Cultura Económica.
5. La adolescente embarazada. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
6. The effect of maternal age, parity and prenatal care of perinatal outcome in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol 1987; 149(4): 845-849.
7. Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires: Editorial Biblós.
8. Op. Cit.
9. Psicología del niño. Madrid: Ediciones Morata.

La idea rectora de Piaget es comprender la formación de los mecanismos mentales del niño para captar su naturaleza y funcionamiento en el adulto.

10. Maternidad. Mito y Realidad. Buenos Aires: Nueva Visión.
11. Giberti E, Chavanneau de Gore S, Taboada B. Madres Excluidas. Buenos Aires: Ed. Norma; 1997.
12. Reynolds H. Analysis of Nominal Data. Sage University Papers Series on QASS, Thousand Oaks. Sage. California, USA; 1984.
13. Cabe destacar que a esta categoría pertenecen las familias

ensambladas: padre o madre y compañero/a.

14. Elkind D. Egocentrism and adolescence. Child Development 1997; 38:1025-1034.
15. Thomas E, Riskel A, Butler C, Montgomery E. Adolescent pregnancy and parenting. Journal of Primary Prevention 1996; 10: 195-206.
16. Mendez Rivas JM. Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. Informe de la Organización Mundial de la Salud. OMS. 1995.

NOTICIAS NOTICIAS NOTICIAS NOTICIAS

Revista Sardá en la WEB:

www.sarda.org.ar/publicaciones

En el menú
Publicaciones/Rev. Sardá
se puede acceder a los artículos
completos y grabarlos o imprimirlos
en formato de texto (.pdf)
desde los años **2000 a 2002**
(Volúmenes 21, 22 y 23)

