

Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile

ADELA MONTERO⁽¹⁾, ELECTRA GONZÁLEZ⁽¹⁾ y TEMÍSTOCLES MOLINA⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Actualmente observamos que los/las adolescentes están iniciando actividad sexual a edades más precoces con mayor probabilidad de relaciones sexuales no protegidas, con importantes consecuencias biopsicosociales, observándose diferencias por género toda vez que existe mayor vulnerabilidad en adolescentes mujeres. Las principales consecuencias de este inicio precoz serían una mayor probabilidad de tener más parejas sexuales a lo largo de la vida con menores niveles de protección, lo que conlleva a una mayor tasa de embarazos no deseados y un aumento en el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o por VIH/SIDA, además de contribuir a la asociación con otros comportamientos de riesgo como deserción escolar, consumo de alcohol y drogas entre otros.

El propósito de esta comunicación es conocer y evaluar las cifras de las principales características del inicio y comportamiento sexual, las

principales consecuencias de la actividad sexual no protegida y analizar los pilares fundamentales en relación a las estrategias de prevención en los/las adolescentes de nuestro país.

Inicio y comportamiento sexual

En Chile, según el censo de población del año 2002, la población de adolescentes es el 17,8 % de la población total, con un 9,2 % de adolescentes entre 10 a 14 años y un 8,6 % de adolescentes entre 15 a 19 años. Los adolescentes varones constituyen un 9 % y las mujeres un 8,7 % de nuestra población (Tabla 1)¹.

Al considerar la edad de inicio de la actividad sexual, se observan importantes diferencias por género y nivel socioeconómico (NSE). En la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, realizada el 2003, se entrevistaron 7.189 jóvenes entre 15 y 29 años siendo la mediana de inicio de actividad sexual de 16 años para los varones y 17 años para las mujeres. En este informe, el 33 % de los jóvenes había iniciado actividad sexual entre los 15 y 18 años y un 82% entre

Tabla 1. Población de adolescentes en Chile. INE 2003

Edad (años)	Hombres N° (%)	Mujeres N° (%)	Total N° (%)
10 - 14	734.838 4.7	709.489 4.5	1.444.327 9.2
15 - 19	693.052 4.4	670.444 4.2	1.363.496 8.6
Total	1.427.890 9.05	1.379.933 8.7	2.807.823 17.8

⁽¹⁾ Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Cembra. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Prof. Zañartu 1030. Independencia. Santiago. Chile. cembra@med.uchile.cl

Tabla 2. Indicadores de desigualdad fecundidad adolescente según nivel socioeconómico, América Latina. Tasa de fecundidad por 1000, según percentil de ingreso económico. CEPAL, 2003

País	Quintil de ingreso socioeconómico				
	1 (inf)	2	3	4	5 (Sup.)
Chile (2002)	93,5	76,9	68,7	49,8	22,2
Brasil (2000)	147,2	113,5	91,4	79,7	31,4
Panamá (2000)	155	114	89,8	68,5	29
Honduras (2001)	150,9	139,1	112,2	119	48,1
Paraguay (2002)	159,7	82,4	116,2	80	39,2
República Bolivariana de Venezuela (2001)	173,5	133,2	92,7	85,3	32,8

los 19 y 24 años. Sin embargo, el 31 % se había iniciado sexualmente a los 15 años o menos². La Quinta Encuesta Nacional de la Juventud del 2006, en la que se entrevistó a 6.345 jóvenes de 15 a 29 años, muestra que el 74,8% de los hombres y el 68,8% de las mujeres han tenido actividad sexual penetrativa, con un 39,5% entre los adolescentes de 15 a 19 años³. Es preocupante observar los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en Chile el 2004. Se entrevistaron 8.131 escolares entre 13 a 15 años de 7°, 8° básico y 1° de enseñanza media, de las regiones I, V, Metropolitana y VIII. Se observó que entre el 14 y 17% de los escolares manifestó haber tenido relaciones sexuales, sin embargo, al analizar por sexo hubo diferencias significativas. El porcentaje de adolescentes que se había iniciado sexualmente era de 16,8 a 24,4 % en varones y de 7,8 a 11,6% en mujeres (Figura 1). Además, un 7 a 12 % de los varones refirió haber tenido su primera relación sexual antes de los 13 años, muy superior a lo reportado por las mujeres (1 a 3 %)⁴.

Al analizar por NSE, los jóvenes de menor nivel se inician sexualmente a edades más precoces. El año 2003 se observó que la mediana de inicio en el NSE alto fue de 17 años para los varones y 18 para las mujeres, mientras que en el NSE bajo la mediana fue de 16 y 17 años respectivamente², esta realidad también se mantiene en el informe del 2006³. En Cembra ana-

lizamos los datos obtenidos en 4971 adolescentes consultantes entre los años 1990 y 2005, observándose una disminución progresiva en la edad de inicio de la vida sexual en las mujeres de 2,3% por año, mientras que en los varones no se evidenció una tendencia clara. El promedio de edad de inicio fue de 15,7 y 15,5 años respectivamente⁵.

En relación al número de parejas sexuales, la Cuarta Encuesta muestra que casi un tercio de las mujeres y más de dos tercios de los varones entre 18 y 29 años declaran haber tenido 2 o más parejas sexuales en los últimos 5 años. En Cembra observamos que el número de parejas sexuales en las adolescentes presenta un aumento progresivo a través del tiempo de 1,7 % por año, sin clara tendencia en los varones²⁻⁵.

Al considerar el uso de anticoncepción en el primer coito, se observa que el año 2003 un 70% de los varones y el 63% de las mujeres no se protegieron en su primera relación sexual lo que se mantiene en el 2006, en que menos de la mitad de los jóvenes usó anticoncepción, con menor índice de protección en NSE más bajos (Figura 2 y 3)²⁻³. Con respecto a la última relación sexual, hay importantes diferencias por edad. El 2003 entre los jóvenes de 15 y 18 años el 41% no usó protección y entre los 19 y 24 años sólo un 35% declaró utilizarla. El uso de protección es mayor a mayor NSE, 77% en nivel alto y 64% y 59% en NSE medio y bajo, esta

Figura 1. Porcentaje de alumnos 13 - 15 años que ha tenido actividad sexual según sexo y región. Encuesta mundial salud escolar, Chile 2004

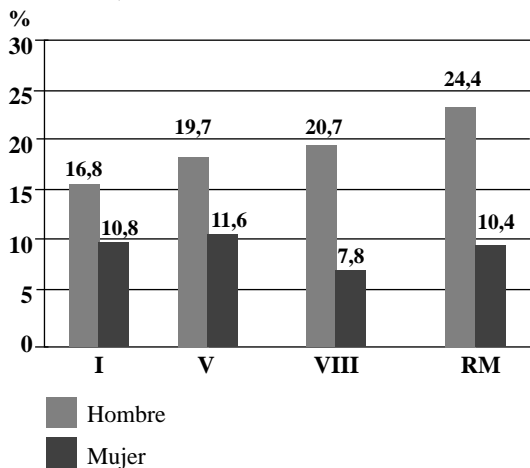
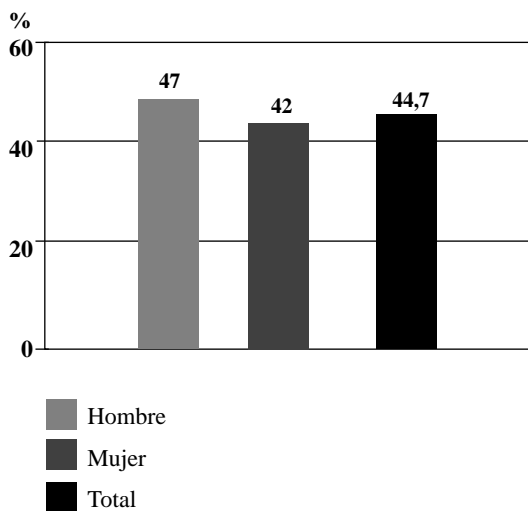


Figura 2. Porcentaje de jóvenes que usó anticoncepción en primera relación sexual según sexo. Injuv, Chile 2006



tendencia es válida en el 2006, con menor uso de anticoncepción en los jóvenes de menor edad y de menor NSE (Figura 4)²⁻³. Lo anterior impacta directamente en el riesgo de embarazo y en el riesgo de adquirir una ITS/VIH.

Cabe preguntarse cuáles serían las razones de no uso de anticonceptivos en este grupo etáreo. En Cembra un estudio en adolescentes

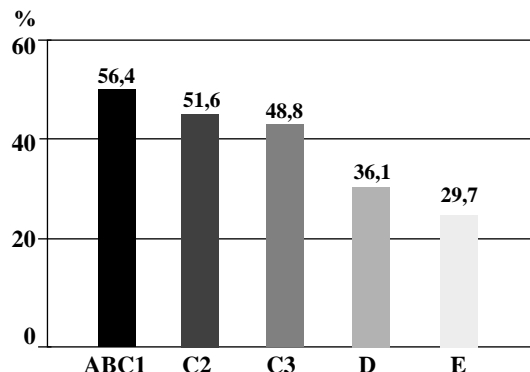
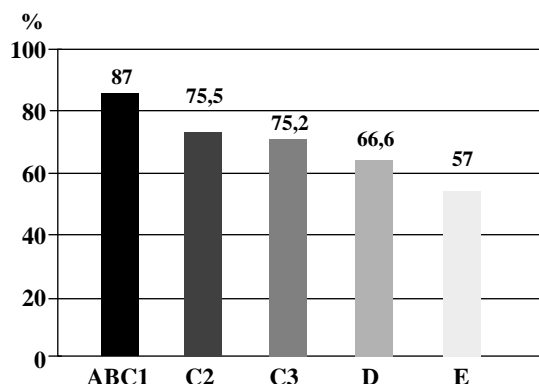
embarazadas mostró que las principales fueron: porque no pensó en el riesgo de embarazo (37%); porque deseaban el embarazo (22%), y por falta de conocimientos en anticoncepción (15%). Por otra parte, las principales razones de abandono de anticoncepción fueron: término de relación de pareja (27%), cefalea, náuseas y percepción de aumento de peso (16%), por presión de los padres (12%) y deseo de embarazo (10%)⁷. Otro estudio evaluó el uso del condón en 205 adolescentes consultantes por anticoncepción, sólo el 7,3% lo usaba siempre, un 42,9% lo usaba a veces y un 49,7% no lo utilizaba. Al consultar por las razones de uso en el último mes, el 28,7% respondió que era para prevención de embarazo, un 31% para prevención de embarazo e ITS, el 22,9% por “seguridad” y sólo un 17% lo utilizaba para prevenir específicamente ITS. En el grupo de adolescentes que reconocía el uso del condón como método de prevención de ITS, el 6,7% lo utilizaba siempre y el 93,3% sólo a veces, lo que nos muestra la discordancia existente entre lo que se sabe en relación a la prevención y la aplicabilidad de ésta. Al preguntar por las razones de no uso del preservativo, el 25,8% responde que era por estar utilizando otro método anticonceptivo; el 14,4% por incomodidad; el 17,5% por tener pareja única, y sólo un 3% por no tener acceso a la adquisición⁸. Más alarmante son los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, en que el uso de condón en escolares de 13 a 15 años durante la primera relación sexual no excede el 7%, aún cuando el 70% pensaban que podrían prevenir el SIDA con uso de condón y pareja única⁴.

Principales consecuencias de la actividad sexual no protegida

Nos referiremos a la magnitud del problema del embarazo en adolescentes y al riesgo de adquirir una ITS o VIH/SIDA.

Embarazo en la adolescencia

Chile en el 2002 presentaba una de las menores tasas de fecundidad adolescente en América Latina y El Caribe, de 22,2 x 1000 en el quintil de ingreso superior a 93,5 x 1000 en el

Figura 3. Porcentaje de jóvenes que usó anticoncepción en primera relación sexual según NSE. Injuv, Chile 2006**Figura 4.** Porcentaje de jóvenes que usó anticoncepción en la última relación sexual según NSE. Injuv, Chile 2006

quintil de ingreso inferior. Se observa una importante desigualdad en relación al NSE con mayores tasas de fecundidad en los quintiles inferiores. Brasil, Panamá, Honduras, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela presentan tasas de 147,2 a 173,5 x 1000 en el quintil inferior y de 29 a 48,1 x 1000 en el quintil de ingreso superior (Tabla 2)⁹. Sin embargo, en Chile persiste el embarazo y maternidad en la adolescencia con descenso muy moderado en las tasas de fecundidad en las menores de 20 años. En diciembre del 2005 existían en control prenatal un 23% de embarazadas menores de 19 años. Al analizar el porcentaje de embarazos en adolescentes observamos una tendencia al

aumento. En 1990 se reportó un 13,8%; en 1995 un 14,6%, cifra que aumenta a 16% a partir del año 1998 hasta el 2002 en que se observa una leve disminución (15,7 %). En el año 2003 el porcentaje de madres adolescentes de 15 a 20 años era de 14% con un 6% entre los 15 y 17 años. Una vez más hay diferencias según NSE con un 25% de embarazos en el nivel bajo, un 10 % en el nivel medio y sólo un 3% en el NSE alto²⁻¹⁰.

La Quinta Encuesta informa una frecuencia de 15,9 % de embarazo en el grupo de 15 a 19 años con tendencia al aumento a menor NSE³. Fundamentalmente la disminución en las tasas de fecundidad global ha estado determinada por disminución de la fecundidad en las mujeres de mayor edad. Al comparar el año 1998 con el 2003 observamos que en el grupo de 20-24 años la tasa disminuyó de 142 a 94 NV x 1000, entre los 25-29 años disminuyó de 138 a 100 NV x 1000 mientras que en las adolescentes de 15 a 19 años la tasa fue de 61 y 54 NV x 1000 respectivamente. Al intentar analizar más detalladamente la fecundidad en adolescentes observamos que esta leve disminución se da principalmente en el grupo de 16-19 años de 77,2 NV x 1000 en 1995, disminuyendo el 2000 a 71 y 57,2 el 2003. Sin embargo, es importante conocer qué sucede con las adolescentes de menor edad y es así como para los mismos años, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 15 años disminuyó levemente de 21,1 a 16,9 NV x 1000^{2,10}. Un tema preocupante es el embarazo en menores de 14 años, el promedio anual de nacidos vivos (NV) de adolescentes de 11 a 14 años correspondería al 2,7% de los NV de adolescentes de 11 a 19 años. En el año 2003 se registraron 994 NV en este grupo¹¹.

Otra consecuencia del embarazo no planificado es la interrupción voluntaria, por lo que cabe preguntarse si las adolescentes tienen mayor probabilidad de interrupción que las adultas. Como en Chile el aborto es ilegal por cualquier causa, no es posible obtener estadísticas confiables. Al analizar los egresos hospitalarios por aborto según edad y año de ocurrencia (1988, 1996 y 2001) podemos observar que los mayores egresos por esta causa se observan en las

mujeres mayores de 20 años. Por otra parte en las menores de 19 años los egresos tienden a permanecer constantes entre un 10 y 11%, en las mujeres de 20 - 24 años y 25 - 34 disminuyen de 24 a 17,3% y 47,5 a 42,5% respectivamente mientras que en las mayores de 35 años se observa un aumento de 18,4 a 28,9% para los años mencionados. Aún cuando estos datos no serían representativos por las razones ya mencionadas, avalan la hipótesis de que el embarazo en las adolescentes termina habitualmente en parto y no en interrupción voluntaria^{1,10}.

Infecciones de transmisión sexual (ITS) e infección por VIH/SIDA

La sexualidad no protegida implica un mayor riesgo de adquirir una ITS o infección por VIH/SIDA con mayor vulnerabilidad en adolescentes mujeres. En Chile, la Vigilancia Centinela ha permitido disponer de información más confiable. Las tasas de ITS son mayores en el sexo femenino, con cifras de 7,7 x 10.000 hbts. en mujeres y de 5,5 x 10.000 en los varones. Al evaluar la tasa global de ITS por edad, se observa que el grupo con más notificaciones se encuentra entre los 15 y 34 años, con una tasa en adolescentes de 15 a 19 años de 5,2 x 10.000 para los varones y de 13,7 x 10.000 para las mujeres, lo que demuestra claramente la mayor vulnerabilidad de éstas¹².

La infección por VIH/SIDA constituye la 5^o causa de muerte en hombres de 20 a 44 años. Se presenta tanto en zonas urbanas como rurales, tiende a aumentar en personas con menor nivel educacional y ocupacional con disminución en la razón hombre mujer estabilizándose a partir del año 1996 en 1:5, es decir, por cada 5 varones hay una mujer infectada^{10,14}. Al calcular la tasa de VIH/SIDA según edad al diagnóstico, la tasa más alta corresponde al grupo de 20 a 39 años. Si consideramos que habitualmente el tiempo de progresión desde el inicio de la infección al desarrollo de la enfermedad es de aproximadamente 7 años, es posible deducir que el contagio ocurre en la adolescencia o juventud. No es menos preocupante observar el comportamiento de la tasa de VIH/SIDA por edad, es así como desde 1984 el grupo de 20 - 39 años tiene una

proyección mantenida en ascenso con una tasa para el período 1999 - 2003 de 88,9 x 100.000 habitantes¹⁴. A pesar de esto, la Quinta Encuesta reveló que sólo el 28,4% de los jóvenes encuestados se ha realizado el test del SIDA, alcanzando sólo 8,2 % entre los 15 a 19 años. La realización del test aumenta a edades mayores y a mayor NSE³.

CONCLUSIONES

Es importante considerar los mecanismos a través de los cuales podemos prevenir las consecuencias de la actividad sexual precoz y no protegida en adolescentes. Para ello es necesario crear real conciencia sobre la problemática ya descrita a nivel de la sociedad en general, con cambios importantes a nivel político para poder implementar eficazmente los programas destinados a producir este cambio.

Un pilar fundamental es la denominada “prevención primaria” que se refiere a la promoción de Programas de Educación Sexual a desarrollarse en forma transversal en los establecimientos escolares¹⁵. Contrariamente a los mitos existentes, la educación sexual no fomenta la práctica sexual. Al contrario, como lo demuestra la evaluación de impacto de un programa de estas características desarrollado por Cemera y aplicado en una cohorte de casos y controles en alumnos de establecimientos escolares de la Región Metropolitana durante los años 1994 - 1995. Se estableció que en los escolares que recibieron el programa hubo aumento significativo de conocimientos sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción e ITS/SIDA, hubo retraso en el inicio de la actividad sexual, mayor proporción de actividad sexual protegida en los adolescentes que decidieron continuar su vida sexual y disminución significativa en el número de embarazos¹⁶.

El segundo pilar es la “prevención secundaria”, que se refiere a la creación y mantención de servicios amigables con atención integral para adolescentes, proporcionando asesoría y consejería en salud adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, orientados a la prevención de las principales consecuencias

biopsicosociales como son el embarazo no deseado y las ITS/SIDA¹⁷.

REFERENCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Anuario de Estadísticas Vitales 2003, pág 29, 2005. www.ine.cl
2. CUARTA ENCUESTA NACIONAL DE LA JUVENTUD 2003. Resultados preliminares, documento de trabajo N° 5. Instituto Nacional de la Juventud. Gobierno de Chile. www.injuv.cl
3. QUINTA ENCUESTA NACIONAL DE LA JUVENTUD, 2006. Gobierno de Chile. Instituto Nacional de la Juventud. www.injuv.cl
4. ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR - CHILE 2004. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile, pp: 1 – 30
5. GONZÁLEZ E., MOLINA T., MONTERO A., MARTÍNEZ V., LEYTON C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1261-1269
6. 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; 5 (2):42 – 48
7. GONZÁLEZ E., MOLINA T., MOLINA R., CABA F., MENESES R. “Factors that are associated to the contraceptive method abandonment in Chilean adolescents”. Contribución al IX European Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology. Florencia, Italia. 2 al 5 de diciembre del 2002.
8. LEYTON C., BARDI L., GONZÁLEZ E., MOLINA T., ONETO C. “Uso del preservativo en Adolescentes nuligestas con uso de anticonceptivos hormonales”. *Rev SOGIA* 2006; 13 (1): 16 - 24
9. PANORAMA SOCIAL DE AMÉRICA LATINA 2005. Capítulo III: Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política: pp 173 – 214. www.cepal.cl
10. www.minsal.cl
11. 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
12. PERFIL DE SALUD DE MUJERES Y HOMBRES EN CHILE 2003. OPS/OMS; 2004; 52 – 54.
13. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO VIH/SIDA. CONASIDA, diciembre 2003.
14. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN CHILE 1984 - 2004. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud de Chile, julio 2006.
15. MOLINA R. “La Educación Sexual, un concepto evolutivo y la realidad chilena”. En texto salud sexual y reproductiva en la adolescencia; Molina, Sandoval, González (eds), 1ª ed; 2003: 683 – 695.
16. TOLEDO V., LUENGO X., MOLINA R., MURRAY N., MOLINA T., VILLEGAS R. “Impacto del programa de educación sexual: adolescencia, tiempo de decisiones”. En texto salud sexual y reproductiva en la adolescencia; Molina, Sandoval, González (eds), 1ª ed; 2003: 735 – 750.
17. MOLINA R. “Sistemas de atención integral para adolescentes”. En texto salud sexual y reproductiva en la adolescencia; Molina, Sandoval, González (eds), 1ª ed; 2003: 536 – 544.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl