



pa' pasarla bien

KIT PARA PROMOVER LA PREVENCIÓN
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE

CAROLINA MUÑOZ SOTO
PROYECTO PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE DISEÑADORA GRÁFICA

pa'
pasarla
bien



Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Escuela de Pregrado
Carrera de Diseño - Mención Gráfico

Proyecto de título de Carolina Muñoz S.
Profesor guía: Erik Ciravegna

Septiembre, 2016.



**KIT PARA PROMOVER Y CONCIENTIZAR SOBRE
LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE**

PROYECTO PARA OPTAR AL
TÍTULO PROFESIONAL DE DISEÑADOR GRÁFICO

ABSTRACT

El embarazo adolescente es un fenómeno que presenta diversos aspectos problemáticos para la vida de las personas debido a las consecuencias físicas y psicológicas que se pueden presentar tanto en los niños o niñas que nacen como en sus jóvenes padres. En Chile, este tema ha sido reconocido y tratado como un problema-país, sin embargo, los programas existentes abarcan el cuidado y la protección sexual en su sentido más amplio y general, dejando de lado las problemáticas específicas asociadas al embarazo en jóvenes.

Debido a esto, el proyecto está enfocado en la adecuada difusión de métodos preventivos del embarazo adolescente, analizando las estrategias que puedan representar la forma más eficaz de transmitir mensajes a este grupo a través del diseño en su rol comunicador y de responsabilidad social, capaz de sensibilizar sobre el tema que estamos tratando. Con este objetivo, se plantea la creación de una propuesta que diseñe que propicie la entrega óptima de información a los usuarios sobre dos aspectos principales para la prevención: la diversidad de métodos anticonceptivos existentes al día de hoy y las formas de acceso a ellos.

Palabras clave: embarazo adolescente, comunicación social, diseño de comunicación, prevención, sensibilización, anticoncepción.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.3. OBJETIVOS

PARTE I. INVESTIGACIÓN: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

2.2. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

2.3. RECOPIACIÓN, CATALOGACIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN

2.3.1. Material bibliográfico

2.3.2. Campañas de comunicación

2.3.3. Cine y TV

2.3.4. Programas, iniciativas y organizaciones

2.3.5. Estudio de campo

3. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1. ADOLESCENCIA E INICIACIÓN SEXUAL

3.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

3.2.1. Características físicas, psicológicas y sociales

3.2.2. Factores de riesgo

3.2.3. Consecuencias del embarazo adolescente

4. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

4.1. ANTICONCEPCIÓN

4.2. PANORAMA INTERNACIONAL

4.3. PANORAMA EN CHILE

4.3.1. Actores involucrados

4.3.2. Estrategias de prevención: Programas y acciones

4.3.3. Espacios Amigables para adolescentes

5. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. PROBLEMAS DETECTADOS

5.2. OPORTUNIDADES DE DISEÑO

PARTE II. PROYECTO

6. DEFINICIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

6.2. METODOLOGÍA DE DISEÑO

6.2.1. Estudio de usuarios

6.2.2. Definición de estrategia

6.2.3. Propuesta de diseño

6.2.4. Conceptualización

7. REFERENTES

7.1. REFERENTES CONCEPTUALES

7.2. REFERENTES PROYECTUALES

7.3. REFERENTES ESTÉTICOS

8. DESARROLLO DEL PROYECTO: KIT PARA PROMOVER EL USO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

8.1. GENERACIÓN DE CONTENIDOS

8.1.1. Grupo de expertos

8.1.2. Elaboración, organización y revisión de contenido

8.2. PROCESO DE DISEÑO

8.2.1. Criterios de diseño

8.2.2. Flujograma de uso: Kit "en acción"

8.3. EVALUACIÓN Y TESTEO

8.3.1. Decisiones finales

8.4. PLAN DE PRODUCCIÓN

8.5. PRESENTACIÓN FINAL DEL PROYECTO

CONCLUSIONES Y PROYECCIONES DEL PROYECTO

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

“El diseño de comunicación visual puede ser un medio importante para encarar problemas sociales. Ciertamente, por sí mismo no puede erradicar el crimen, la toxicomanía, los accidentes viales o la discriminación racial; sin embargo, como parte de estrategias coordinadas, puede contribuir de manera significativa a la reducción de la intensidad de estos problemas.” (Frascara, 2008, p. 15)

Actualmente en el mundo es posible acceder a grandes cantidades de información de forma rápida, e incluso instantánea. La inmediatez generada por el acceso a los avances tecnológicos ha logrado acortar distancias y generar comunicaciones de forma más clara. Sin embargo, aún existen problemáticas sociales que se mantienen estables en el tiempo, y han resultado ser independientes del amplio espectro de información disponible hoy en día para las personas y de las acciones ejercidas por distintos organismos nacionales e internacionales para prevenirlas.

El embarazo adolescente es uno de estos fenómenos problemáticos presente en gran parte del mundo, y que ha demostrado estabilidad a pesar de toda la información a la que puede acceder este grupo etario a través de los distintos medios disponibles.

Por lo tanto, este proceso de trabajo, pretende identificar e indagar en las causas y en las consecuencias de esta problemática a nivel mundial y nacional, y así, tener la capacidad de plantear una

propuesta desde el diseño que permita enfocarse en una solución óptima que aporte a la realidad que los adolescentes experimentan hoy en día.

De este modo, la prevención del embarazo genera preocupación debido a diversos aspectos que resultan relevantes para la población: en términos sociales, las cifras se han mantenido estables a lo largo de los años, y además, evidencian un alto nivel de desigualdad en las tasas de fecundidad (éstas indican que la mayor cantidad de embarazos no planificados se producen en sectores socioeconómicos bajos); en cuanto a la calidad de vida de las personas, es posible constatar las diversas consecuencias físicas y psicológicas que pueden experimentar tanto los niños o niñas que nacen como sus jóvenes padres.

A nivel nacional, este tema ha sido reconocido y tratado como un problema que afecta a la población, sin embargo, los programas existentes abarcan el cuidado y la protección sexual de las personas en un sentido amplio o desde otras perspectivas del tema, no dirigiéndose totalmente

hacia las problemáticas específicas que pueden estar asociadas al embarazo en adolescentes.

A pesar de la existencia de numerosos estudios que tratan sobre los factores de riesgo como causas para un embarazo y las consecuencias de éste en distintos niveles, las acciones ejercidas no han sido completamente eficientes o visibilizadas por la población y, por lo tanto, el problema no muestra disminución. Es a partir de ahí donde el Diseño, en su rol social activo, tiene la capacidad de interactuar con otras disciplinas y estudiar el problema en profundidad, para analizar elementos que permitan aportar en la reducción de la intensidad de éste, como planteaba Frascara.

Dicho esto, el proceso de trabajo a presentar está organizado en este documento a partir de dos partes principales. La primera, corresponde al proceso de investigación desarrollado, profundizando en conceptos relevantes sobre la sexualidad en adolescentes y contextualizando la forma en que el tema del embarazo adolescente ha sido tratado en Chile y en el mundo. Este análisis abarca diversos tópicos de relevancia para el tema como los conceptos generales, la realidad estudiada, formas de tratamiento, información preventiva actual utilizada en distintos medios, además de las políticas existentes enfocadas en el apoyo posterior al embarazo. Con este propósito, ha sido recabada información que data desde el año 2000 en adelante en distintos soportes que serán detallados más adelante, principalmente debido al mayor nivel de estudio que se ha realizado sobre el tema, además de la representatividad que puedan tener los datos desde esa fecha en adelante con respecto a la realidad que se vive actualmente.

La segunda parte de este proceso corresponde al desarrollo de un proyecto de diseño que pretende responder a la detección de oportunidades identificadas en la parte de investigación de esta problemática. Esto a partir de la creación de un kit como sistema de elementos comunicativos que tenga la capacidad de aportar a la prevención del embarazo adolescente en Chile a partir de un acercamiento de oportunidades a ellos en términos de la realidad que experimentan a diario. Es decir, que la propuesta de diseño realizada forme parte de su realidad, permitiéndoles tener información y cercanía con las oportunidades que están disponibles para ellos. Todo esto, con el objetivo de mejorar su calidad de vida a partir de la concientización en materia de prevención a partir del uso y acceso a diversos métodos anticonceptivos.

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En materia de salud es alarmante que nuestro país, a pesar de haber experimentado una notoria disminución en las tasas de mortalidad en los últimos 50 años en la población general¹, ésta sea menor en adolescentes y jóvenes que en otros grupos de edad. Muchas de las conductas de riesgo que provocan enfermedades -sexo desprotegido, consumo de alcohol, drogas y tabaco, alimentación poco saludable- se inician en la adolescencia y, por lo tanto, tienen un importante impacto en la salud de este grupo etario. De este modo, estas conductas pueden ser causantes de embarazo adolescente, fenómeno que puede resultar problemático en esta etapa, y por lo tanto es necesario prevenirlo con estrategias eficientes y de forma masiva.

En Chile y muchos países del mundo, actualmente las tasas de embarazo en adolescentes aumentan considerablemente, a pesar de la existencia de organizaciones que realizan diversas iniciativas para prevenir este fenómeno. Específicamente en Chile, los programas y campañas de Gobierno existentes se enfocan en la salud sexual de las personas desde un sentido muy amplio, desatendiendo las necesidades específicas de los jóvenes en esta área indispensable en el desarrollo integral de su vida. Dentro de las iniciativas existentes hay, por ejemplo, estrategias de apoyo a la maternidad

y paternidad responsables, pero éstas se enfocan en asistir a los jóvenes en un hecho ya ocurrido en lugar de abordarlo desde la prevención en temas de educación sexual y métodos anticonceptivos. Por otra parte, las iniciativas que particularmente abordan el tema del embarazo adolescente desde todas sus problemáticas y necesidades, tienen poca visibilidad a nivel nacional, presentando un alto nivel de desinformación en la población a la que está dirigida y, por ende, una baja utilización de los servicios disponibles.

De acuerdo a los tópicos declarados, este proceso de trabajo estará delineado a partir de la hipótesis de que existe un **alto nivel de desinformación en los jóvenes sobre diversidad de métodos anticonceptivos y las formas de acceso a ellos en los servicios públicos del país**. Esta hipótesis será abordada más adelante a partir de los resultados obtenidos durante el proceso de investigación.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La prevención del embarazo en adolescentes cobra relevancia y se establece como un fenómeno problemático que requiere fuertes acciones a considerar debido a que el crecimiento y desarrollo integral de las personas es un factor fundamental para que las sociedades puedan progresar adecuadamente, tal como plantean diversos organismos

¹ Dato de Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2008. Citado en Santander, 2012.

mundiales y nacionales como UNICEF, OMS y el Ministerio de Salud. Son los jóvenes quienes en el futuro deberán enfrentarse a las consecuencias de la crisis que vive el mundo actual, como la degradación del medio ambiente, el cambio climático, el envejecimiento de las sociedades, entre otros. Por lo tanto, resulta necesario que, como sociedad nos hagamos cargo de la entrega de esa preparación integral.

Con este propósito, es fundamental trabajar con adolescentes como un método para consolidar importantes logros en materia de desarrollo humano, considerando herramientas capaces de brindar la oportunidad de lograr este crecimiento en términos de acceso a educación, a servicios de salud de calidad, a oportunidades de trabajo decentes, a contar con el respaldo de otros y a tener derecho a expresar opiniones.

Desde esta perspectiva, el enfoque dado a un tema permitirá articular parámetros que aporten en una mejor toma de decisiones a la hora de proponer soluciones desde distintas disciplinas. Los tres conceptos que determinan el enfoque son: **pertinencia, relevancia y factibilidad**. Y el problema planteado en este proceso de trabajo se caracteriza de la siguiente manera:

El problema presentado es **pertinente** porque, al existir desinformación con respecto a métodos de prevención del embarazo adolescente, el Diseño, en un trabajo multidisciplinario, puede desempeñar una tarea importante a la hora de decir algo frente a esta problemática social. Esto quiere decir que, como disciplina, es posible actuar a través de propuestas que permitan solucionar aspectos que afecten tanto a la sociedad en general como a grupos en particular.

La **relevancia** del tema se evidencia a través de los beneficios que los adolescentes, como grupo social afectado, pueden experimentar si la propuesta de una solución se lleva a cabo y obtiene resultados eficientes en materia prevención del embarazo. Una solución adecuada puede adquirir relevancia en la medida que los resultados obtenidos afecten en mejorar la calidad de vida de este grupo a mediano y largo plazo.

Por último, la **factibilidad** del proyecto propuesto está determinada gracias al trabajo realizado en conjunto con el Departamento de Ciclo Vital del Ministerio de Salud como contraparte. A partir de esto, el proyecto final es el resultado de un largo proceso de trabajo realizado en conjunto gracias a un equipo conformado por Carolina Muñoz Soto, estudiante de Diseño Gráfico de la Universidad de Chile, creadora y coordinadora del proyecto; Erik Ciravegna, Diseñador, docente del Departamento de Diseño de la Universidad de Chile y profesor guía de este proyecto de título; y Eduardo Soto Fernández, matrócn, asesor técnico del Programa de Salud de la Mujer del Departamento de Ciclo Vital del Ministerio de Salud y co-guía de este proyecto como experto en el área clínica. Además, fue posible contar con la participación de Lorena Ramírez y Juan Herrera, ambos expertos en Espacios Amigables para Adolescentes² al interior del Ministerio de Salud, quienes colaboraron en la etapa de profundización de este tema.

Este equipo forma parte de un proyecto que, en su resultado, encuentra la factibilidad al ser planteado como una solución que tendría como emisor al Ministerio de Salud y, por lo tanto, el proceso de producción y difusión estaría enfocado a nivel nacional en la población chilena.

² Ver página 97

1.3. OBJETIVOS

General:

Promover y concientizar sobre la prevención del embarazo adolescente en Chile, a través del diseño de un sistema de elementos comunicativos (kit) que incentive a los adolescentes a acceder y utilizar métodos anticonceptivos entregados en la red de salud pública nacional.

Específicos:

1. Definir un marco teórico relacionado con el embarazo adolescente en Chile a partir de revisión de literatura y documentación existente.
2. Identificar fortalezas y debilidades presentes en iniciativas y campañas de comunicación a nivel nacional e internacional a través de un estudio de casos ejemplares.
3. Explorar las motivaciones de los adolescentes en relación con el uso de métodos anticonceptivos a través de un estudio de usuario realizado mediante entrevistas, encuestas y focus groups en establecimientos municipales de estratos socioeconómicos vulnerables.
4. Desarrollar una solución de diseño coherente con el marco teórico definido, apropiada para los usuarios estudiados y que resuelva las necesidades identificadas.



PARTE I

INVESTIGACIÓN: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Todo proceso de investigación necesita una estructura que permita delinear los aspectos en los que se enfocará y el modo a través del cual se podrán cumplir con los objetivos propuestos previamente. Para llevar a cabo esta tarea, se determinó el tipo de investigación a seguir y, además, se realizó una metodología que determina una serie de pasos estratégicos para organizar el proceso de obtención de la información, desde la detección de ella hasta el análisis y catalogación, evitando perderse en la inmensa gama de posibilidades que existen a la hora de realizar esta búsqueda. La utilización de esta metodología permitirá la construcción del marco teórico y conceptual.

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Como etapa preliminar del proceso, resulta pertinente determinar el tipo de investigación que se llevará a cabo de acuerdo a la relevancia del tema a tratar, además de la cantidad de estudios y literatura existente al respecto.

Debido a esto, la investigación será definida inicialmente como **correlacional** (Hernández Sampieri, 1994), puesto que las nociones sobre el estudio actual del tema indican la existencia de varias relaciones entre conceptos o variables que nos pueden llevar a una indagación sobre las causas de la problemática a tratar.

Sin embargo, más avanzado este proceso de trabajo, será posible determinar si el fenómeno del embarazo adolescente en Chile es consecuencia de la conjugación de distintas variables o de alguna problemática específica. Esta identificación aportará en la elaboración de una propuesta de diseño enfocada en las necesidades del usuario estudiado.

2.2. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dentro de la metodología establecida para esta investigación, este proceso estuvo conformado por 8 pasos que propician la obtención eficiente de datos priorizando las fuentes que se enfoquen de manera clara en los temas a tratar.

De los pasos determinados, 5 corresponden a recopilación y análisis de las fuentes obtenidas y 3 a la elaboración de fichas para clasificar la información. Éstos pasos son:

Paso 1. Identificación de los temas a tratar en la investigación.

Al identificar el tema tratado se delimitan los tópicos sobre los cuales se necesita recabar información. Los temas principales a tratar en este proceso son: embarazo adolescente y sus características, formas de prevención del embarazo adolescente, diseño de comunicación, diseño social, campañas de prevención del embarazo en Chile y el mundo.

En base a estos temas como palabras clave, se da comienzo a una búsqueda en distintos medios indicada en el siguiente paso.

Paso 2. Detección de fuentes.

Identificación de ámbitos posibles para encontrar información como: bibliotecas, internet, congresos o seminarios, y estudio de campo: entrevistas, encuestas, focus groups, entre otros.

Para acotar esta búsqueda de información, se generó una lista con las opciones detectadas que pudieran resultar relevantes para la investigación.

La mayor cantidad de información fue obtenida a través de bibliotecas y revistas científicas en sus versiones análogas y digital. Por otra parte, fue posible encontrar campañas realizadas a nivel mundial y nacional, material audiovisual, organizaciones e iniciativas enfocadas en el tema, entre otros.

Paso 3. Estudio o lectura de las fuentes adquiridas.

Esta etapa es una de las más largas de realizar, puesto que es necesario revisar todo el material recopilado para abrir paso a un primer filtro de selección con los datos que puedan resultar más relevantes para la investigación.

Paso 4. Selección de material.

Se determinan las fuentes más importantes de acuerdo al nivel de utilidad para la investigación y para enfocarse en los objetivos propuestos en primera instancia. En esta etapa se privilegiaron dos aspectos importantes: primero, que el tema fuera tratado de manera transversal, es decir, que

entregara información útil para la mayor cantidad de realidades posibles y no abordara situaciones particulares de regiones específicas del mundo, a excepción de Latinoamérica y Chile, consideradas como realidades cercanas para este proceso; segundo, que las fuentes no fueran previas al año 2000 puesto, que hay mayor concentración de trabajo enfocado en el tema y sobre una realidad bastante similar a la actual.

Paso 5. Análisis en profundidad del material recopilado.

Las fuentes seleccionadas en el paso anterior se analizan en profundidad para poder extraer la información más importante de cada una, y así dar forma y relevancia a la investigación realizada. En este paso, los datos obtenidos son los que irán dando cuerpo al marco teórico y conceptual.

Paso 6. Determinación de parámetros de elaboración de ficha.

Una vez obtenida y analizada toda la información, se elabora un primer listado formando grupos de acuerdo a las características generales de cada fuente. Estos parámetros de organización permitirán clasificar el material recopilado de acuerdo a cuatro tipologías:

1. Material bibliográfico
2. Campañas de Comunicación
3. Cine y TV
4. Estudio de campo (Entrevistas, encuestas y focus group)

Posteriormente, se elabora un segundo listado de clasificación que permitirá puntualizar cada fuente

de acuerdo a los datos básicos del material consultado. De esta forma, la enumeración secuencial de las fichas³ estará determinada en orden alfabético del autor de la fuente. Esto genera un segundo listado, que detalla la información básica de cada material: título de la fuente, nombre del autor, lugar y año de edición (en el caso de los libros) o lugar, año, número y volumen (en el caso de las revistas).

Luego de la información básica se establece un tercer listado de análisis más profundo, vinculado principalmente al mensaje entregado al usuario/receptor, como: retórica, tono utilizado y público

Figura 1. Retícula fichas grandes

al que está dirigido. Para las fuentes con contenido visual, también se analizan: paleta cromática, tipografía y predominancia de imagen: ilustración o fotografía. La información particular obtenida, al ser reunida, permite identificar rasgos comunes en el material recopilado, y visualizar si existe predominancia de elementos que puedan influir en la eficiencia en la transmisión de mensajes.

Paso 7. Construcción de fichas.

En esta etapa, la información recabada se organiza a partir de la construcción de fichas que permitan visualizar cada dato individualmente y los posibles patrones que puedan generar en su conjunto.

Figura 2. Retícula fichas pequeñas

³ Ver figura 1 y 2 en la parte superior izquierda

Con este objetivo, se realizan dos tipos de ficha, cada una enfocada en el tipo y la extensión de las fuentes consultadas:

Las **fichas grandes** (figura 1), utilizadas principalmente en materiales con contenido visual, están construidas sobre una retícula de 3 columnas y 12 filas que permiten aplicar fácilmente toda la información determinada en los 3 listados de clasificación.

Por otra parte, las **fichas pequeñas** (figura 2) se encargan de organizar el material bibliográfico o de contenido menos visual, y están diagramadas en base a 4 columnas y 6 filas.

En la parte superior de ambos tipos de fichas se encuentra el título de la fuente y sus características principales determinadas de acuerdo al código cromático que caracteriza cada tipología (revisar ítem 2.3).

En las dos filas inferiores, para las fuentes bibliográficas, se ubica el resumen del documento y el enfoque del tema de la información contenida en él. En el caso de los otros tipos de fuente, en estas filas se ubica la imagen principal de cada una de ellas. En las 3 filas restantes se encuentra la información de 3er nivel determinada en el paso 6.

Paso 8. Aplicación de datos a las fichas.

Incluir los datos de cada material en las fichas de acuerdo al tema y a los parámetros determinados previamente. Es necesario catalogar cada material en las 4 tipologías que a continuación se muestran, tanto con su indicador cromático como con la letra de apoyo a la numeración correlativa, que permitirá organizar este proceso de manera más ordenada.

A Material bibliográfico

B Campañas de Comunicación

C Cine y TV

D Material de estudio de campo

2.3. RECOPIACIÓN, CATALOGACIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN

Luego de cumplir todos los pasos, se presenta el proceso de investigación aplicado a las fichas, catalogando cada material en las 5 tipologías que a continuación se muestran, tanto con su indicador cromático como con la letra de apoyo a la numeración correlativa, que permitirá organizar este proceso de manera más ordenada. (ver anexo Fichas)

3. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1. ADOLESCENCIA E INICIACIÓN SEXUAL

Actualmente en el mundo viven más de mil millones de adolescentes, es decir, aproximadamente 1 de cada 7 personas que habitan el mundo, corresponde a alguien de este grupo⁴. Acercando estas cifras a la realidad local, la cantidad de adolescentes en Chile corresponde al 15,6% de la población total⁵, es decir, una proporción cercana a la que se experimenta a nivel mundial (1 de cada 6 personas aproximadamente).

En términos etarios, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha consensuado que la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad de una persona. Esto corresponde a una etapa llena de cambios y muy difícil de definir debido a la gran diversidad que existe en el mundo.

A partir de ahí, pero más allá de las cifras recabadas, ¿qué significa ser adolescente?

En este momento de transición entre la niñez y la adultez, se concentran diversos cambios necesarios de puntualizar. La definición de González y Ramírez (2011) plantea la adolescencia como una etapa de la vida en que se producen procesos de maduración biológica, psíquica y social en un individuo. Los cambios producidos en esta etapa pueden determinar un conjunto de fortalezas para

la vida. De lo contrario, es posible que las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud aumenten.

En esta etapa es posible identificar 3 fases de desarrollo que la organizan de forma general según sus distintas características:

- **Adolescencia temprana o inicial:** Entre 10 y 13 años. Esta etapa se evidencia principalmente por cambios físicos puberales, descoordinación motora, inseguridad de la apariencia física, menarquia en el caso de las mujeres, poco desarrollo de control de impulsos, impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, puede haber deterioro del rendimiento escolar y demás se evidencia un inicio del interés del desarrollo psicosexual, las fantasías y la exploración sexual. En términos de relaciones con sus pares y familia, hay mayor vínculo con los amigos del mismo sexo, menor interés en actividades familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad.
- **Adolescencia media:** Entre 14 y 16 años. Comienza la aceptación del cuerpo y se reestablece la coordinación motora, hay mayor preocupación por ser físicamente atractivo/a, aumento de vello corporal y cambio de la voz en el caso de los hombres. Con respecto al desarrollo intelectual, hay una evolución del pensamiento hipotético deductivo. También egocentrismo, sensación de omnipotencia, desarrollo moral convencional, mayor

⁴ Población mundial a 2015: 7.349.472.000 de personas.

Fuente: *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision*

⁵ Datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) al 2012

aislamiento y reflexión, además de un aumento en la preocupación por la religión.

▪ **Adolescencia tardía:** Entre 17 y 19 años. En esta fase, el desarrollo puberal está completo, hay mayor control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas. Hay mayor habilidad de comprometerse con ideas y establecer límites propios, mayor capacidad de intimar, autoimagen realista, y se consolida el proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. En esta fase disminuye la influencia del grupo de pares y hay mayor aceptación de consejos y valores parentales.

La información anterior puede ser referencial, sin embargo, es posible que exista amplia variabilidad debido a los distintos factores biológicos, emocionales y culturales que se presentan en este grupo, puesto que este no es una etapa donde las personas presenten características homogéneas.

INICIACIÓN SEXUAL

La iniciación sexual en adolescentes ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas, principalmente gracias al notorio aumento en el acceso a la tecnología y, por lo tanto, a información de todo tipo, a toda hora y en distintos dispositivos.

A nivel mundial, los datos obtenidos impactan porque hay un alto nivel de adolescentes que están comenzando a mantener relaciones sexuales en la etapa de adolescencia temprana. Según datos recabados en diversos países (excluyendo China), UNICEF en el Estado Mundial de la infancia de 2011, plantea que aproximadamente el 11% de las mujeres y un 6% en hombres de 15 a 19 años

declararon haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años.

Dentro de las cifras que se revelaron, América Latina y el Caribe son las regiones con mayor cantidad de mujeres adolescentes que han iniciado su vida sexual antes de los 15 años (un 22%)⁵. No hay registro equivalente sobre la iniciación en hombres adolescentes.

En Chile, el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), realiza encuestas anuales que revelan cifras sobre distintos aspectos en la vida de los jóvenes. La 6ª versión de la Encuesta Nacional de Juventud (2010) en materia de sexualidad, evidenció que el 48% de los adolescentes entre 15 y 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con una edad promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 en mujeres. La 7ª versión de esta encuesta, realizada en 2012, aportó nuevos datos con respecto a la sexualidad adolescente:

- Los adolescentes, a menor nivel socioeconómico, se inician sexualmente a más temprana edad. Es decir, mientras que en el sector ABC1, el 37% de los adolescentes entre 15 y 19 años encuestados declaran haber iniciado su vida sexual, en el sector E la cifra aumenta a un 63%. (Sector C2: 45% - C3: 50% - D: 50%)
- Las personas iniciadas sexualmente tenían en promedio 1,6 parejas sexuales en los últimos 12 meses. La media de los hombres alcanza 1,8 parejas sexuales; en mujeres, 1,3 parejas.

Se cree que en la actualidad el promedio de edad ha disminuido debido a los cambios que ha experimentado la sociedad principalmente debido a la tecnologización y el alto nivel de acceso a la información. Sin embargo, la encuesta INJUV considera

⁵ Asia, por el contrario, es la región que registra los niveles más bajos con respecto a la actividad sexual

⁶ Columna "Embarazo en adolescentes: ¿una opción?" en Serie Comunidad Mujer, julio 2013.

a jóvenes entre 15 y 29. Por lo tanto, actualmente en Chile no es posible visibilizar la realidad que experimentan adolescentes entre 10 y 14 años.

CAUSAS DE INICIACIÓN SEXUAL

Con respecto a las causas que llevan a los adolescentes a iniciar su vida sexual, éstas pueden ser de distinta índole. Según José Olavarría (2013) los adolescentes son conscientes de que intimar sexualmente puede ocasionar un embarazo; algunos lo desean e incluso lo buscan; la mayoría trata de evitarlo. En alguna medida, perciben sus vulnerabilidades y riesgos. Este autor plantea que el inicio en la sexualidad no sólo tiene que ver con el deseo, sino con la incorporación al mundo adulto. Tanto mujeres como hombres sienten que comienza su incorporación a la adultez sin pedir permiso. Ya no se sienten niñas o niños y, por lo tanto, es una expresión de su creciente autonomía. De este modo, la búsqueda de una relación afectiva es indicada como la compañía necesaria para compartir, acompañarse, divertirse, sentirse querido. Así, los adolescentes van apropiándose de su sexualidad como no lo habían hecho las generaciones anteriores y se plantean los riesgos a los que se exponen en su tránsito hacia la adultez.

Por otra parte, Verónica Schiappacasse⁶ plantea que la afirmación de que las adolescentes se embarazan por opción o porque es su proyecto de vida, está analizada desde una mirada muy simplista o superficial. La desigualdad evidenciada en las tasas de embarazo adolescente, también contextualiza lo que ocurre en términos de iniciación sexual y en el uso de métodos anticonceptivos: No es una decisión, es que no les ofrecen otras opciones. Crecen en un contexto sociocultural con

altos niveles de desigualdad de género, violencia, falta de acceso a educación de calidad, además de servicios públicos de salud muchas veces inadecuados para ellas puesto que existen muchas barreras para acceder a métodos. Todas las variables de inequidad presentes en Chile juegan un rol muy importante en las causas de iniciación sexual y, por lo tanto, de embarazo adolescente.

Las razones para la iniciación temprana en la sexualidad pueden ser muy diversas -tanto como el grupo etéreo del que estamos hablando- sin embargo, están íntimamente vinculadas con un posible resultado de embarazo no planificado y, por lo tanto, es el antecedente más claro del problema que estamos tratando.

3.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

Desde la perspectiva epidemiológica, el embarazo adolescente se clasifica en dos grandes grupos según la edad de la madre: adolescentes menores de 15 años, y adolescentes entre 15 y 19 años.

La tasa de fecundidad nacional en adolescentes entre 15 y 19 años es de 54,52 por cada 1000 mujeres (en cifras de 2009). En adolescentes de entre 10 y 14 años es de 1,57 por cada 1000 mujeres.

Aunque las tasas de fecundidad en el grupo de entre 15 y 19 años son mayores, el grupo de menores de 15 merece mayor atención porque una alta proporción corresponde a embarazos no deseados (Santander, et.al., 2012).

Esta es una realidad que causa preocupación a nivel mundial. Sin embargo, Latinoamérica se presenta como la segunda tasa de fecundidad adolescente son más alta del mundo, luego de una de las zonas más pobres del mundo, el África

subsahariana (Cuadro 1)⁷.

A partir de estas tasas, Chile se observa como un país con cifras promedio dentro de la zona (60 nacimientos por cada mil adolescentes).

Cuadro 1: Fecundidad adolescente en el mundo.

Nacimientos cada mil adolescentes	
África Subsahariana	105,6
Latinoamérica	71,1
Sud Asia	70,8
Mundo Árabe	40,2
Medioeste y Norte de África	34,6
Norteamérica	28,4
Este Asiático y Pacífico	17,9
Europa	7,7

Fuente: ComunidadMujer. Datos de Banco Mundial, 2011

Según datos entregados por el Ministerio de Salud, (Burdiles y Santander, 2013) entre 2005 y 2008, las cifras totales de embarazos en adolescentes a nivel país tuvieron un incremento anual de cerca de mil embarazos por año, siendo estos embarazos en su mayoría de adolescentes de más de 15 años. Al analizar entre 2007 y 2009, en las adolescentes menores de 15 años se produjo un aumento en los dos últimos años de 7,3% y 5,2% respectivamente. Sin embargo, desde el año 2010, esta situación se revierte, observándose una disminución de un 10,4% respecto del año anterior. Esta tendencia continua en descenso observándose para el periodo 2009-2012 una disminución del 19%. Olavarría (2013) plantea la existencia de falencias con respecto a las cifras entregadas puesto que, al hablar de tasas de embarazo adolescente se utiliza

información de hijos nacidos vivos de madres menores de 20 años. Por lo tanto, esta información sobre mujeres embarazadas, tiene debilidades al registrar información sólo de embarazos que llegan a término y con un recién nacido vivo. Los embarazos que no llegan a término no están en esas estadísticas.

Además de la posición que tiene Chile frente a otros países del mundo en esta materia, hay dos aspectos que enfatizan en la importancia y la gravedad del tema a nivel nacional. Primero, las tasas muestran una estabilidad a lo largo de los años que preocupa enormemente. Segundo, es posible observar una notoria desigualdad socioeconómica reflejada en las tasas de fecundidad adolescente promedio (Cuadro 2).

Cuadro 2: Mujeres de 19 años, según cantidad de hijos nacidos vivos de acuerdo a quintiles socioeconómicos en Chile.

Quintil I		
0	72,3%	27.653
1	20,0%	7.637
Más de 1	7,7%	2.952
Quintil II		
0	72,8%	21.294
1	22,5%	6.580
Más de 1	4,7%	1.377
Quintil III		
0	74%	20.915
1	25,4%	7.164
Más de 1	0,6	--/1

⁷ Es necesario destacar que Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Venezuela y Ecuador presentan tasas similares a las que se pueden reconocer en África.

Quintil IV		
0	88,3%	20.483
1	11,0%	2.559
Más de 1	0,7%	--/1
Quintil V		
0	96,6%	19.237
1	3,3%	662
Más de 1	0,1%	--/1

--/1 = número muy pequeño

Fuente: ComunidadMujer. Datos de Banco Mundial, 2011

Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo (Rodríguez, 2008), principalmente porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación. Sin embargo, la desigualdad evidenciada en el cuadro 2, confirma que la problemática también tiene implicaciones sociales y psicológicas de la gestación, que afectan a la joven madre y también al padre adolescente, a sus familiares y a la sociedad en general.

3.2.1. FACTORES DE RIESGO

El embarazo en adolescentes se puede ver propiciado por una serie de características de las cuales los adolescentes no siempre son conscientes, por lo tanto, estar activos sexualmente puede conllevar a un embarazo no deseado de acuerdo a los distintos factores de riesgo que puedan experimentar.

Éstos se pueden categorizar en 2 grandes grupos: factores de riesgo individuales y factores de riesgo familiares (Baeza, et.al, 2007).

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

- **“Amor romántico”**: se refiere a la justificación de la actividad sexual e incluso el embarazo, con la existencia de un sentimiento de amor idealizado.

- **No uso de métodos anticonceptivos**: olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitarlo o para utilizarlo.

- **Baja autoestima**: temor al rechazo de las amistades al manifestar discrepancias con el grupo que tiene conductas de riesgo.

- **Concepto de “irresponsabilidad masculina”**: corresponde a una atribución externa de las adolescentes (y la sociedad), señalando que los varones no asumen responsabilidad en la sexualidad.

- **Falta de conocimiento en sexualidad**: existe información, pero es escasa frente a sus necesidades respecto de cómo prevenir un embarazo, cómo usar los métodos anticonceptivos. Este factor guarda relación con padres de bajo nivel educacional, sin conocimientos o tabús respecto del tema.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- **Límite estrecho familiar**: se refiere a límite impuesto por la familia percibido por los adolescentes con gran restricción para los permisos. Falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social. Este límite estrecho favorecería la necesidad impulsiva de liberarse.

- **Negligencia paterna**: corresponde a aquella dinámica establecida por los padres donde hay ausencia de límites hacia los hijos. Los adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo o

insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes. Existe una falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se exponen, manifestándose esto en el discurso y conducta de los jóvenes.

- **Padres ausentes del hogar:** Se produce principalmente en aquellas familias donde ambos padres trabajan o en época de vacaciones, donde los padres se ausentan y otorgan a los jóvenes la posibilidad de permanecer solos.

- **Familia poco acogedora:** Hace referencia a una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas de los jóvenes, y provoca en ellos un sentimiento de soledad. Esto también se genera en familias donde existe conflicto entre ambos padres, lo que genera incomodidad en los hijos.

3.2.3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes presenta problemas biomédicos, debido al elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas mortalidad materna, perinatal y neonatal⁸ (Molina, et.al., 2004). Por otra parte, León (et.al., 2008) plantea que los resultados somáticos y psicosociales adversos se vinculan principalmente con los factores de riesgo individuales descritos previamente.

En el caso de los factores somáticos, esto quiere decir que es posible que se generen problemas físicos como: retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. En términos de consecuencias psicosociales, las encontradas

fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos.

Desde una perspectiva sociocultural (Molina, et.al., 2004), la adolescente embarazada ve limitadas sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que en la mayoría de los casos ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando la con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Cifras de CASEN (Cuadro 3), muestran un alto porcentaje de adolescentes que, al ser madres, interrumpen su proceso formativo, ya sea a nivel de estudios como el proceso de formación obtenido en el mundo laboral. El fenómeno de los adolescentes que “Ni estudia Ni trabaja” se conoce como “NINI”, y destaca por sus altas tasas a nivel nacional, principalmente entre mujeres.

Cuadro 3: Porcentaje de adolescentes de 19 años, mujeres y hombres, que ni estudian ni trabajan.

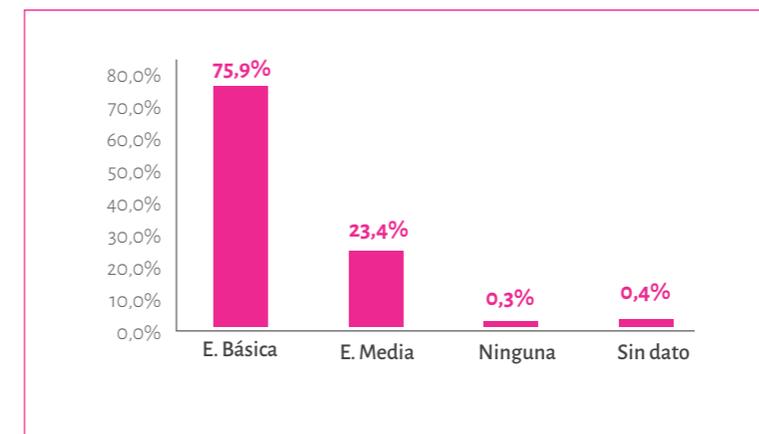
	Mujeres de 19 años (% NINI)			Hombres de 19 años (% NINI)
	Todas	Madres	No madres	
	36,4	68,7	28,3	22,6
QI	50,8	77,7	41,4	39,9
QII	38,2	61,0	29,8	30,1
QIII	37,5	67,7	26,9	14,7
QIV	26,7	-./1	23,6	20,7
QV	16,5	-./1	14,3	11,0
/1 porcentaje calculado sobre número muy pequeño				

Fuente: ComunidadMujer. Cálculos en base a CASEN 2011.

⁸ Perinatal hace referencia al feto entre el período de las 28 semanas de gestación hasta los 7 primeros días de vida. Neonatal, en cambio, corresponde a un bebé recién nacido y hasta las 27 semanas de vida.

El siguiente gráfico muestra el nivel de escolaridad alcanzado por adolescentes embarazadas menores de 15 años al momento del nacimiento de su recién nacido. El 75,9% se encontraba cursando enseñanza básica.

Figura 3. Nivel educacional de adolescentes embarazadas menores de 15 años, 2010.



Fuente: Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2011.

Con respecto a las embarazadas de 15 a 19 años, la mayoría cursaba enseñanza media al momento del parto (79,3%), y un porcentaje no menor (16,9%) se encuentra cursando enseñanza básica, por lo que se puede inferir un retraso en la escolaridad de éstas (Burdiles y Santander, 2013)

Los embarazos de adolescentes se pueden presentar independientemente de la condición de pobreza o no pobreza del(la) adolescente. Sin embargo, la desigualdad previamente señalada indica que es mayor la proporción en condición de indigencia y pobreza que en ausencia de ellas. Las mujeres embarazadas o amamantando en condición de indigentes duplican, en términos relativos, a las no embarazadas (11% y 5% respectivamente), son proporcionalmente más numerosas entre las pobres (21% y 16% respectivamente) y tienen un peso relativo menor entre las no pobres (68% y 79%).

Esta situación revela que las mujeres indigentes y pobres tienen menos recursos para gestionar su anti-concepción que sus pares no pobres (Olavarría, 2013). De este modo, el embarazo de las adolescentes está asociado al nivel de ingresos que tengan; a menor ingreso mayor proporción de embarazadas o amamantando. Una característica del conjunto de las mujeres entre 13 y 19 años es que se concentran en quintiles de menores ingresos.

4. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

A nivel mundial se han realizado distintas acciones para poder prevenir el embarazo en adolescentes, y se han utilizado distintos métodos en la búsqueda de soluciones. Con este objetivo, han surgido una serie de programas para trabajar en el tema. Según la OMS, *“los programas para impartir educación sexual y reproductiva a los adolescentes deben ir combinados con otros programas que los inciten a aplicar lo aprendido en su vida cotidiana, y también con medidas para que accedan fácilmente a cualquier servicio de salud preventiva o curativa que necesiten y sean atendidos por personal sanitario competente y comprensivo”*⁹.

Por otra parte, para prevenir embarazos precoces se pueden tomar distintos tipos de medidas a nivel de políticas públicas. En el caso de Chile, se han generado distintas instancias de prevención que serán abordadas más adelante, sin embargo, el foco principal se encuentra en la anticoncepción a partir de los distintos métodos existentes. Por esto, profundizaremos en el marco legal y las **Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad** aplicadas hoy en día a nivel nacional para la población.

4.1. ANTICONCEPCIÓN

Actualmente en Chile, la distribución de métodos anticonceptivos está legislado bajo la ley 20.418¹⁰ pero, además, hay una serie de regulaciones indicadas en las Normas Nacionales de Regula-

ción de la Fertilidad. Este documento -presente desde 2006 y actualizado en 2016- se generó por el Ministerio de Salud (MINSAL) en conjunto con el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Tiene como objetivo prevenir embarazos no planificados, favoreciendo la toma de decisiones y promoviendo la información, orientación y servicios en regulación de la fertilidad principalmente en la población con estas necesidades insatisfechas. Por lo tanto, en este capítulo nos enfocaremos en la anticoncepción a partir de este documento para especificar aspectos que atañen a nuestra realidad nacional.

En términos de su definición, los anticonceptivos son métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida. (Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, 2016. p.39)

Estos métodos, tienen una serie de propiedades que los hace elegibles a la hora de ser adquiridos para distribución a la población. Éstas son: **eficacia, seguridad, aceptabilidad, forma de uso, disponibilidad, reversibilidad y costo.**

⁹ Declarado en el sitio web oficial www.who.int, 2016
¹⁰ Ver cap. legislación

La **eficacia** corresponde a la capacidad que tiene el método de alcanzar el efecto deseado en determinada acción. Puede ser evaluada de dos formas: La primera es durante el uso ideal o perfecto, refiriéndose a los embarazos producidos durante el uso correcto y consistente del método, atribuyéndose a una falla intrínseca de éste; La segunda, durante el uso típico o habitual, es decir, que incluye a todos los embarazos producidos durante el uso del método, incluyendo el uso incorrecto, el uso no sistemático y las fallas técnicas del método. En general, la eficacia se expresa como el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

La **seguridad** de los métodos es indispensable para la salud de los usuarios. Esto quiere decir, que el uso del método no debe tener efectos adversos que sean riesgosos para la salud de las personas.

La **aceptabilidad** hace referencia a que los(as) usuarios(as) deben estar informados sobre todos los aspectos del método a utilizar, ya que cada persona percibe de manera distinta las características y efectos que este pueda tener. De este modo, serán capaces de escoger el más adecuado para sus necesidades.

La **forma de uso** del método debe ser fácil para que pueda ser utilizado por una mayor cantidad de personas. La información entregada debe ser clara y con indicaciones precisas. En el caso de métodos más complejos de utilizar -como el diafragma, por ejemplo- las usuarias requieren de capacitación, además de comprobar que han comprendido las instrucciones de uso a cabalidad.

La **disponibilidad** de los métodos hace referencia a que deben ser accesibles para todo el que lo

requiera, y a su vez, que el/la usuario(a) o la pareja tenga el mayor abanico de posibilidades en términos de diversidad de métodos a los cuales acceder.

La **reversibilidad** trata de la recuperación de la fertilidad luego de la suspensión del método como un elemento clave para quienes desean postergar el primer embarazo. Para aquellas personas o parejas que deseen lo contrario, pueden acceder a métodos más permanentes.

Por último, el costo del método anticonceptivo no debe ser un impedimento para su uso puesto que, el sistema público de salud garantiza el acceso gratuito a la población con menores recursos. Frente a opciones anticonceptivas similares en cuanto a características, debe considerarse siempre la opción más conveniente desde el punto de vista económico.

En Chile actualmente, la diversidad de métodos existentes para distribución a la población es alta. Podemos considerar una amplia lista de ellos organizada en las Normas de Regulación de fertilidad.

Esta lista los define de la siguiente manera:

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Existen diferentes métodos anticonceptivos hormonales pero todos ellos actúan por vía sistémica, por lo tanto, tienen efectos sobre otros órganos de distinta magnitud según los esteroides usados, la dosis, y la vía de administración. Tienen similar nivel de eficacia. Su mecanismo de acción se basa en inhibir la ovulación. Cada uno de estos métodos tiene características y efectos secundarios diferentes.

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS DE ESTRÓGENO Y PROGESTÁGENO

▪ **Anticoncepción combinada oral:** Píldoras diarias. Contienen un estrógeno y un progestágeno (o progestina). Pueden ser monofásicas (la cantidad de estrógeno y progestágeno es igual para todas las píldoras) o multifásicas (contienen distintas cantidades de estrógeno y progestágeno durante los 21 días de administración)

Este tipo de anticonceptivos está disponible en envases de 21 píldoras que se toman en días consecutivos, con un descanso de 7 días entre cada envase (28 días en total) y en otros de 28 pastillas, que contienen 21 píldoras con hormonas y 7 píldoras con placebo, hierro o vitaminas, que se toman en lo que correspondería a la semana de descanso.

La omisión de una píldora es la causa más común de embarazo no deseado.

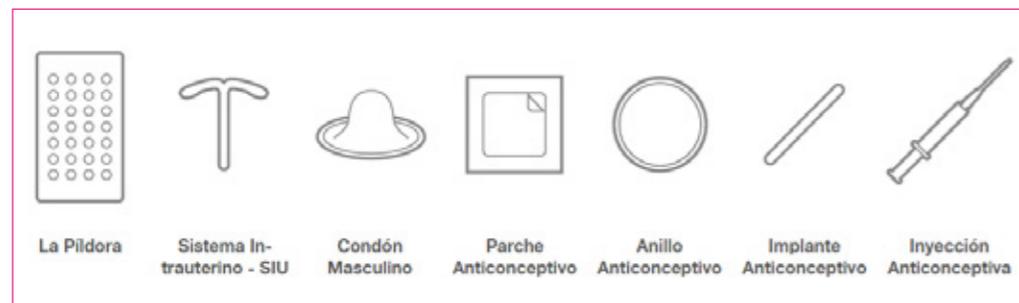
▪ **Anticoncepción combinada inyectable mensual:** Consiste en preparados inyectables sintéticos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno (o progestina) y, como su nombre lo indica, se administran en intervalos mensuales.

Estos métodos evitan el primer paso de los esteroides por el hígado, por lo tanto, son menos restrictivos que otros anticonceptivos combinados para condiciones que afectan la función hepática.

▪ **Anticoncepción combinada en anillo vaginal:** Es un dispositivo flexible hecho de evatane, que mide 54 mm de diámetro externo y 4 mm de sección transversal. El anillo en uso libera por día 15 mcg de etinil estradiol (EE) y 120 mcg de etonogestrel (ENG).

Está diseñado para ser insertado y retirado fácilmente por la propia usuaria, dentro de un ciclo de 3 semanas de uso continuo y un período de una semana sin anillo.

▪ **Anticoncepción combinada en parche transdérmico:** Es un sistema anticonceptivo que, a través de la piel, libera 20 mcg de etinil estradiol (EE) y 150 mcg de norelgestromin (NGM) al día. Su utilización debe comenzar durante el primer día de menstruación. A partir de ahí, debe cambiarse cada 7 días durante 3 semanas consecutivas hasta completar los 21 días. En la cuarta semana no se debe aplicar parche.



Métodos anticonceptivos.
Imagen de your-life
www.your-life.com/es/

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTÁGENO SOLO

▪ **Anticoncepción oral:** Esteroides usados por vía oral (o mini-píldoras). Este método es el que menos problemas de salud puede traer debido a la baja dosis de esteroides que contienen

▪ **Anticoncepción inyectable de acción prolongada:** Esteroides usados por vía intramuscular cada 3 meses. La primera inyección puede aplicarse los primeros 7 días de iniciada la menstruación, después del 7° día si se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada. Además, en este caso, debe utilizar protección adicional durante 7 días.

El uso prolongado disminuye la pérdida de sangre menstrual y, por lo tanto, previene la anemia por deficiencia de hierro.

▪ **Implantes sub-dérmicos de acción prolongada:** Son implantes que se insertan bajo la piel del antebrazo o el brazo con anestesia local a través de una insición de 3 mm. Liberan esteroides a un ritmo constante en pequeñas dosis diarias. Los esteroides usados por esta vía son levonorgestrel o etonogestrel.

La inserción de estos implantes se puede hacer durante los primeros 7 días de iniciada la menstruación; después del 7° día si se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada. Además, en este caso, debe utilizar protección adicional durante 7 días.

Dentro de sus beneficios cuenta que estos métodos no alteran las funciones hepática ni tiroidea.

▪ **Anillo vaginal de progesterona:** Consiste en un anillo de 58 mm de diámetro que contiene alrededor 2 g de progesterona. Liberan diariamente

10 mg de progesterona durante un período de 4 meses, la que se absorbe a través de la pared de la vagina.

Este método fue diseñado como un anticonceptivo para el período de lactancia, como alternativa a los progestágenos sintéticos.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

Consisten en métodos hormonales que pueden ser utilizados en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva. Su eficacia es más alta cuanto antes se usen. Como su nombre lo indica, deben usarse como método de emergencia y no de forma regular. Este método también ha sido conocido como “anticoncepción post-coital” o “la píldora del día después”, lo que puede llevar a confusión ya que este método puede ser utilizado varios días después del coito no protegido.

▪ **Píldoras de levonorgestrel:** Puede ser una dosis única de 1500 mcg de levonorgestrel (existe un producto registrado para este fin con una pastilla con la dosis requerida) o bien, dos píldoras de 750 mcg cada una tomada con un intervalo de 12 horas (aunque pueden tomarse juntas de forma segura).

▪ **Píldoras combinadas (Método de Yuzpe):** Se utilizan dos dosis de 100 mcg de etinil-estradiol + 500 mcg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas.

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN NO HORMONAL

Este tipo de métodos se caracterizan por carecer efectos sistémicos. Su eficacia varía, siendo muy efectivos los de uso prologando, y menos efectivos aquellos que dependen de la conducta de los usuarios y usuarias como los métodos de barrera y abstinencia periódica. Estos métodos se pueden organizar en reversibles y permanentes:

REVERSIBLES:

- **Dispositivos intrauterinos:** Elemento pequeño y flexible, de plástico solo o con liberadores de cobre (DIU de cobre) o esteroides (DIU con levonorgestrel) que se introduce en la cavidad uterina. Son anticonceptivos efectivos y seguros para la mayoría

de las mujeres. Son altamente eficaces desde la inserción, son de acción de largo plazo, no interfieren con el coito, hay un rápido retorno a la fertilidad después de la extracción y no afectan la lactancia. Este método puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual, si la mujer está usando otro método anticonceptivo eficaz y si no está embarazada

DIU con cobre: El más utilizado y estudiado es la T con Cobre 380^a (T-Cu 380A) cuya barra longitudinal con filamentos de cobre mide 36 mm y la barra horizontal con manguitos de cobre mide 32 mm.

Por su elevada eficacia anticonceptiva, los DIU con cobre disminuyen el riesgo de embarazo ectópico o extrauterino, es decir, cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, usualmente en las trompas de Falopio.

DIU con levonorgestrel: El primer dispositivo con levonorgestrel registrado en Chile tiene forma de T, mide 32 x 32 mm y cuya porción vertical es un cilindro sólido que contiene 52 mg de levonorgestrel. Libera 20 mcg diarios de este esteroide. Este método disminuye el volumen y la duración del sangrado menstrual.

ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

La eficacia de estos métodos depende del usuario o usuaria, y del uso correcto que dé al método en todos los actos sexuales. Se recomienda utilizar de forma complementaria a otro método anticonceptivo. Actualmente en Chile, los métodos de barrera disponible son:

- **Métodos masculinos.** Dentro de estos métodos es posible encontrar condón de látex y condón sin látex.

Imagen de New Zealand AIDS Foundation
<http://www.nzaf.org.nz/hiv-aids-stis/hiv-prevention/condoms/>

El **condón masculino** es una funda o cubierta delgada que se coloca en el pene erecto antes de la penetración. La mayoría de ellos están hechos de un látex delgado y existen en diferentes tamaños, grosores, formas, colores, sabores y texturas. Sin embargo, y como alternativa a aquellas personas alérgicas o más sensibles al látex, a inicios de los 90, se desarrollaron condones masculinos sin látex, elaborados con poliuretano o elastómeros sintéticos. El condón de poliuretano puede transmitir el calor corporal, no provoca alergia, no se daña con los lubricantes oleosos, es más resistente y menos susceptible a deteriorarse durante su almacenamiento.

Además de prevenir el embarazo, el condón es el método más efectivo para prevenir el VIH y algunas ITS.

• Métodos femeninos

Condón femenino: Los condones femeninos de primera generación (CF1) están elaborados con poliuretano, un material delgado, inodoro, hipoalergénico, capaz de conducir el calor y más resistente que el látex natural. La funda mide 17 cm de longitud y 7.8 cm de diámetro y tiene un anillo flexible en cada uno de sus extremos.

El anillo en el extremo cerrado es flexible y móvil, y se usa para insertar el condón en la vagina y mantenerlo dentro de ella. El anillo en el extremo abierto es fijo y flexible, y queda afuera de la vagina cubriendo parte de los genitales externos.

Los condones femeninos de segunda generación (CF2) son de una funda delgada y suave de nitrilo, lubricada con silicona y hay otros nuevos modelos de condones femeninos hechos de látex natural o de poliuretano.

Este método ofrece una opción más para la prevención del embarazo, y posiblemente de las ITS, particularmente cuando la mujer tiene dificultades para negociar el uso del condón masculino.

- **Espermicidas:** Los espermicidas son el método de barrera vaginal más ampliamente usado en el mundo debido a que su uso es fácil y a veces se puede aplicar sin que el compañero sexual lo sepa. No produce efectos secundarios sistémicos, y los efectos locales son leves. Dentro de sus desventajas está la poca eficacia para prevenir embarazos. Además, su uso prolongado puede aumentar el riesgo de VIH y estudios recientes han demostrado que no protegen contra la transmisión de ITS bacterianas como la gonorrea y la clamidia.

Existen otros métodos femeninos, como el **diafragma** por ejemplo, pero este tiene muy baja utilización debido a diversas razones: disponibilidad limitada, el alto costo inicial, el desconocimiento de las potenciales usuarias acerca de su forma de uso, la baja efectividad cuando no se usa correcta y consistentemente, entre otros.

- **Método de la amenorrea de lactancia:** Este método consiste en un conjunto de condiciones que permiten alcanzar un nivel elevado de eficacia anticonceptiva mediante la lactancia exclusiva. Esto se debe a que las mujeres que lactan presentan un período de infertilidad que puede durar desde dos meses a dos o más años. Para que este método sea eficiente, se deben cumplir las siguientes condiciones: Estar en amenorrea de lactancia, es decir, sin menstruación; estar en lactancia exclusiva sin agregar suplementos a la dieta del/la lactante; estar en los primeros seis meses después del parto.



MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Estos son métodos naturales basados en el conocimiento de síntomas fisiológicos relacionados con el período fértil en el ciclo menstrual. Estos métodos son:

Métodos basados en síntomas:

Método Billings: También conocido como método de la ovulación o del moco cervical. Considera las características del moco cervical para detectar el período fértil.

Método de la temperatura basal: Este método consiste en determinar el período fértil basándose en las variaciones de la temperatura corporal que provocan los cambios hormonales durante el ciclo.

Método Sintotérmico: Este método combina señales como el moco cervical, la temperatura basal y, además, el cálculo del primer día fértil restando 20 días a la duración del ciclo, la palpación del cuello del útero y otros síntomas preovulatorios como dolor abdominal, tensión mamaria, etc.

Métodos basados en el calendario:

Método del ritmo calendario (Ogino–Knauss): Este método consiste en calcular el primer y último día fértil a partir de la duración de los ciclos previos para predecir la duración de los ciclos futuros. Para esto se deben considerar entre 6 y 12 ciclos previos

Método de los días estándar: Este método es similar al anterior y puede ser utilizado por una mujer si sus ciclos duran de forma estándar entre 26 y 32 días. Si tiene 2 ciclos más largos o más cortos dentro de un año, este método pierde efectividad y debe utilizar otro método.

NO REVERSIBLES

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina (AQV): Estos métodos consisten en esterilización femenina y masculina de forma irreversible y con alta eficacia a través de procedimientos quirúrgicos previa anestesia general, regional o local.

Todos los métodos anticonceptivos mencionados están clasificados en las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad de acuerdo a su nivel de eficacia. Éstos están definidos como altamente eficaces, eficaces y poco eficaces, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 4: Clasificación de métodos anticonceptivos según nivel de eficacia

Altamente eficaces	Eficaces	Poco eficaces
Implantes subdérmicos: <ul style="list-style-type: none"> Implante de una varilla Implante de dos varillas 	<ul style="list-style-type: none"> Píldoras anticonceptivas Anillo vaginal Inyección mensual Inyección trimestral Parche 	<ul style="list-style-type: none"> Del calendario (Ogino) Billings Temperatura basal Método sintotérmico (combina los tres anteriores)
Dispositivo Intrauterino (DIU): <ul style="list-style-type: none"> DIU con cobre DIU con levonorgestrel 	De barrera <ul style="list-style-type: none"> Condón masculino 	

Fuente: Elaboración propia a partir de *Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad*, 2016.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Si tomamos en consideración que en Chile el 48% de los adolescentes declara haber iniciado su vida sexual (INJUV, 2010), es necesario analizar también cuántos de ellos utilizan algún método para protegerse, previniendo no sólo un embarazo, sino también infecciones de transmisión sexual (ITS).

En materia de comportamiento y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, según lo planteado por UNICEF (2011), existe una enorme diferencia entre adolescentes hombres y mujeres. De acuerdo a los 19 países en desarrollo sobre los que este organismo dispone de datos, los hombres entre 15 y 19 años tienen mayores probabilidades que las mujeres de haberse involucrado en comportamientos sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses con alguien distinto a su pareja estable. A pesar de eso, presentan mayores probabilidades que las mujeres de utilizar preservativo en estas relaciones y, por lo tanto, corren menor riesgo de contraer alguna ITS que ellas.

En términos de acceso a métodos anticonceptivos, el MINSAL declara que, a diciembre del 2012, la población bajo control según método de regulación de la fecundidad correspondió a 1.339.444 personas entre 0 y 54 años. De éstas, un 1% corresponden a adolescentes menores de 15 años (12.767), y un 12,9% a adolescentes de 15 a 19 años (172.850) que accedieron a ellos a través del sistema público de salud.

Con respecto del tipo de método utilizado para regulación de la fertilidad, el cuadro N°5 muestra que, en adolescentes de ambos grupos etarios, (menor de 15 años, y 15 a 19 años), los métodos más utilizados corresponden a Oral Combinado (42,1% y 43,9% respectivamente), seguido del Inyectable Combinado (19,8% y 20,1% respectivamente) e Implante con un 7,8% y 8,7% respectivamente (Burdiles y Santander, 2013).

Cuadro 5: Uso de métodos anticonceptivos por adolescentes de acuerdo a rango etario.

métodos		población bajo control menor de 15 años	% bajo control menor de 15 años	población bajo control 15-19 años	% bajo control 15-19 años
DIU		1.782	14,0	19.275	11,2
Hormonal	Oral combinado	5.380	42,1	75.904	43,9
	Oral progestágeno	516	4,0	7.800	4,5
	Inyectable combinado	2.525	19,8	34.770	20,1
	Inyectable progestágeno	455	3,6	10.499	6,1
	Implante	991	7,8	15.051	8,7
Condomes	Mujeres	779	6,1	5.904	3,4
	Hombres	339	2,7	3.647	2,1
Total		12.767	100,0	172.850	100,0

Fuente: Elaboración Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, MINSAL, 2012.

Respecto al uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), su provisión por los establecimientos de salud está normado desde enero de 2010 a partir de la vigencia la Ley N° 20.418. Si el acceso es solicitado por sea una persona menor de 14 años, posterior a la entrega se deberá informar al padre, madre o adulto responsable que el menor refiera. Si se presumiera la existencia de un delito sexual en la persona solicitante de un método de anticoncepción de emergencia, los facultativos deberán poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público. (Burdiles y Santander, 2013)

En términos del acceso a la PAE, como se puede observar en el cuadro 6, entre 2010 y 2012, según Burdiles y Santander (2013) se ha observado un aumento de acceso a ella y este se explicaría por la flexibilización de los mecanismos de entrega y por la mayor disponibilidad de la píldora en los establecimientos de salud del país.

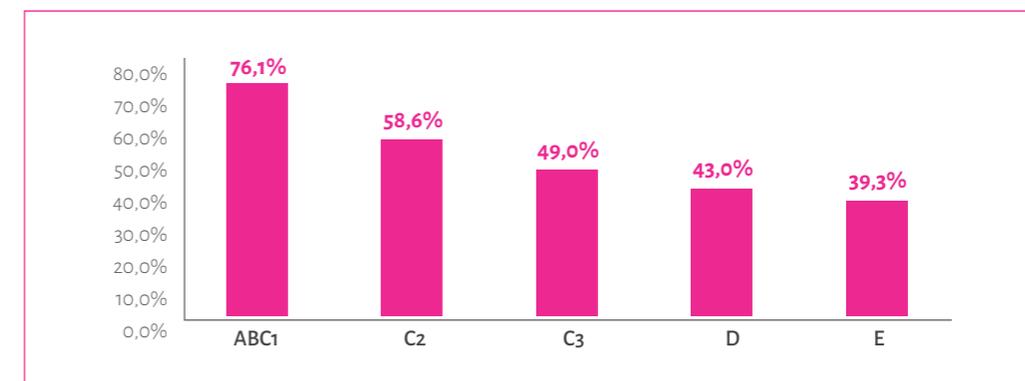
La información correspondiente al año 2009, al no estar en vigencia la Ley N° 20.418, registra sólo las consultas realizadas por anticoncepción de emergencia, pero sin especificar la entrega de la píldora.

Cuadro 6: Consultas por anticoncepción de emergencia

Año	Total	Con entrega anticoncepción de emergencia		Sin entrega anticoncepción de emergencia		Consultas por anticoncepción de emergencia (sin especificar entrega de PAE)	
		Hasta 19 años	20 y más años	Hasta 19 años	20 y más años	Hasta 19 años	20 y más años
2012	8868	3024	5199	238	407	-	-
2011	7398	2260	3949	459	730	-	-
2010	4367	1151	2062	336	818	-	-
2009	7561	-	-	-	-	2436	5125

Fuente: Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto Ciclo Vital, según datos DEIS, Minsal, 2009 - 2012.

El acceso y uso de métodos anticonceptivos guarda relación con el nivel socioeconómico al que pertenecen los adolescentes. Como es posible apreciar en la figura 4, mientras que el nivel ABC1 tiene un porcentaje de uso en la primera relación sexual de un 76,1%, el nivel socioeconómico E, sólo presenta un 39,3%.

Figura 4: Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, por nivel socioeconómico (%)

Fuente: 6ta Encuesta de la Juventud, INJUUV, 2010.

Estos datos resultan alarmantes en materia de prevención: en promedio, sólo uno(a) de cada dos adolescentes aproximadamente utiliza algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Esto

podría estar causado por la inequidad en el acceso, y además por razones culturales para no usarlos en grupos menos favorecidos (MINSAL, 2012). A pesar de la información entregada por estas cifras, MINSAL (2011) plantea que el uso consistente de preservativo también ha aumentado de forma considerable, desde un 23% en 1998, a un 43,8% en el 2006. Cabe destacar, que en el caso de los o las adolescentes que no utilizaron ningún método anticonceptivo, las razones para esto pueden ser diversas, sin embargo, en el Cuadro 4 es posible notar que el deseo de tener hijo(a) es minoritario, tal como se planteó anteriormente.

Cuadro 7: Razones para el no uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, entre los que no usaron (%)

	15 a 19 años
Por irresponsabilidad	30,3
No le gusta usar ninguno	16,7
Quería/quiero tener un hijo(a)	3,1
No pudo conseguir un método	12,9
Su pareja no quería	5,9
No se atrevió a sugerirlo	7,1
No tuvo dinero para comprarlo	7,5
No se atrevió a preguntar si su pareja usaba	3,5
No supo dónde conseguirlos	4,0
No conoce, no sabe usarlos	3,1
Otra razón	20,4
No responde	7,7

Fuente: 6ta Encuesta de la Juventud, INJUV. 2010.

En síntesis, las razones para que los adolescentes no utilicen métodos anticonceptivos son diversas, y eso acentúa la preocupación en las tasas que muestra este fenómeno, de acuerdo a la desigualdad de acceso e información sobre los métodos y las formas de acceso.

4.2. PANORAMA INTERNACIONAL

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que afecta a gran parte del mundo. Con el objetivo de prevenirlo, organizaciones e iniciativas internacionales han estado enfocadas en tratar este tema de distintas formas.

Una de ellas es la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como organismo internacional encargado de temas preventivos, trata el embarazo adolescente desde distintas perspectivas (educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos, entre otros). Este organismo también plantea la posibilidad de tomar medidas que actúen como intervenciones políticas en estos casos como una de las formas de prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos. Por ejemplo, limitar el matrimonio antes de los 18 años. Esto se debe a que, en países en desarrollo, más del 30% de las niñas se casan antes de los 18 años, y casi el 14% lo hace antes de los 15. Por lo tanto, **OMS** recomienda a los responsables de las políticas prohibir el matrimonio a temprana edad¹¹.

Otro organismo internacional enfocado en prevención es la **UNICEF** (United Nations International Children's Emergency Fund, en español El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

¹¹ Basada en 21 estudios e informes de proyectos, además de las conclusiones de un panel de expertos

Arriba: Día Mundial del embarazo no planificado (World Contraception Day) en América. your-life-com



Este programa de las Naciones Unidas (ONU) se encarga de acciones humanitarias centradas en el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes de todo el mundo, principalmente en lugares con extrema pobreza. En materia de embarazo no planificado y otros temas vinculados a la adolescencia, UNICEF desarrolló un programa con material denominado "Participación adolescente ahora". Este consta de una serie de 6 cuadernillos utilizados para que adultos que trabajan con adolescentes, ya sea desde programas o proyectos estatales, puedan contar con herramientas para promover y fortalecer la participación juvenil. Cada cuadernillo se enfoca en algún tema relevante para el desarrollo de los jóvenes, como participación, liderazgo, capacidades individuales y grupales, conocimiento de sus derechos, su relación con los adultos, entre otros.

En términos de iniciativas, la más grande y con más actores participantes hoy en día es el **Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes** (En inglés, World Contraception Day). Esta iniciativa se celebra el 26 de septiembre de cada año desde 2003, y está patrocinada por 12 importantes organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, interesadas

en la salud sexual y reproductiva de las personas. Estas organizaciones son:

- **Asia Pacific Council on Contraception (APCOC)** que reúne a profesionales expertos en anticoncepción del área Asia-Pacífico, y desarrolla programas y estudios muy avanzados sobre el tema de la planificación familiar.
- **Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CEL-SAM)**. Organismo internacional sin fines de lucro enfocado en la prevención, principalmente tomando acciones e informando a mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Marie Stopes Internacional (MSI)**. Orientada principalmente a promover métodos anticonceptivos y abortos seguros en países donde esta práctica esté legalizada. MSI es conocida por su slogan "el derecho de tener hijos por elección, no por azar"
- **Women Deliver**. Organización enfocada en mejorar la salud y el bienestar de niñas y mujeres. Se especializa principalmente en la realización de conferencias en las que reúnen a defensores, investigadores, formuladores de políticas y líderes globales de todo el mundo para conseguir inversión en materia de salud para mujeres.

- **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).** Se dedica a mejorar la salud reproductiva de las personas a nivel mundial.

- **Consejo de Población (Population Council).** Organismo internacional sin fines de lucro, que pretende mejorar la salud reproductiva de las personas a través de la investigación biomédica, en ciencias sociales y en salud pública en 50 países alrededor del mundo.

- **International Planned Parenthood Federation (IPPF).** Promueve la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y se enfoca principalmente en los jóvenes del mundo, trabajando en más de 170 países.

- **Population Service International (PSI).** Esta organización se dedica principalmente a mejorar la salud de las personas en países en desarrollo enfocándose en dificultades como la falta de planificación familiar, el VIH/SIDA, la salud materna, entre otras problemáticas.

- **Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva (European Society of Contraception and Reproductive Health - ESC).** Este organismo se enfoca en el conocimiento y el uso de anticonceptivos, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y la atención de la salud reproductiva en países de Europa, además de compartir conocimientos y experiencias sobre anticoncepción con otros países fuera de ese continente.

- **Fundación Alemana para la Población Mundial (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung – DSW).** Es una organización internacional que pretende crear consciencia en la población promoviendo el diálogo sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

- **Federación Internacional de Ginecología Pediátrica y Adolescente (Federation Internationale de Gynecologie Infantile et Juvenile - FIGIJ).** Esta Federación se encarga de promover la investigación y mejorar las capacidades científicas en materia de salud para las personas. Trabaja en todo el mundo, y se especializan en Investigación, enseñanza, organización de congresos, reuniones y talleres.

- **Engender Health.** Esta organización colabora con más de 20 países para capacitar a profesionales médicos y, así, mejorar la salud de las mujeres en el mundo.

Todas ellas se encargan de organizar una campaña educativa enfocada principalmente en métodos anticonceptivos e información sobre educación sexual y salud reproductiva. Esta campaña se denomina “**Tu vida**”¹² (Your life, en inglés), y cuenta con una gran cantidad de material enfocada principalmente en la diversidad de métodos anticonceptivos que existe hoy en el mundo.

Además de ambas iniciativas, cada organización por su parte trata el tema de diversas maneras, principalmente a través de publicaciones y estudios sobre los conceptos que atañen al embarazo en adolescentes.

4.3. PANORAMA EN CHILE

La realidad en nuestro país no dista demasiado de la que se experimenta en otros países de Latinoamérica y el mundo. Debido a esto, surge la necesidad de contar con organismos nacionales que presten atención a las problemáticas locales que se viven constantemente con respecto al embarazo no deseado.

¹² Sitio web www.your-life.com/es

4.3.1. ACTORES INVOLUCRADOS

INSTITUCIONES PÚBLICAS

Dentro del trabajo activo en materia de prevención en Chile, existen algunas organizaciones públicas encargadas de la salud de la población en este tema, además de brindar apoyo en otras áreas relacionadas. Éstas pueden ser entidades de gobierno u organizaciones públicas, y dentro de ellas destacan principalmente:

- **Ministerio de Salud (MINSAL).** Esta entidad de gobierno, al estar encargada de la normativa y regulación sanitaria de la población chilena, cuenta con un área encargada de la salud sexual y reproductiva de las personas. A pesar de no realizar campañas específicas enfocadas en la prevención del embarazo adolescente, el Departamento de Ciclo Vital de este Ministerio trabaja en temas que se vinculan íntimamente como la anticoncepción, el aborto, los derechos sexuales y reproductivos de la población, entre otros.

- **Ministerio de Educación (MINEDUC).** Se enfoca principalmente en el análisis de las distintas áreas de comportamiento de los jóvenes. No sólo realizando estudios, sino también generando material informativo para profesionales que trabajan a diario con jóvenes.

- **Instituto Nacional de la Juventud (INJUV).** Este organismo se vincula con el gobierno a través del Ministerio de Desarrollo Social, y está encargado de generar, planificar y coordinar políticas nacionales que se enfoquen en la juventud (entre 15 y 29 años). En materia de sexualidad, el INJUV realiza encuestas periódicas a los jóvenes de Chile, a través de las cuales se recaba información relevante sobre

la realidad que experimenta este grupo etario en materia de sexualidad y otros ámbitos.

- **Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA).** Es una unidad académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile enfocada principalmente en el desarrollo de programas e investigaciones que permitan mejorar la calidad de conocimientos para profesionales médicos, y a su vez, los servicios que reciben los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

- **Rucahueche.** Es un centro de salud integral para el adolescente ubicado en la comuna de San Bernardo. Depende principalmente de la Universidad de Santiago y además recibe colaboración de la Municipalidad de San Bernardo a través de su Corporación de Salud. Este centro cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales encargados de enfocarse en las necesidades de los adolescentes a partir de 5 programas: Programa de Promoción, Prevención y de Atención Integral de Salud Ambulatorio; Programa Educación para la salud y Consejería; Programa Comunitario, prioriza acciones promocionales, preventivas y enfoques género y de derechos e incorpora en trabajo en la escuela y organizaciones comunitarias; Programa capacitación docente de pre-grado y post-título; Programa Investigación en el ámbito juvenil.



ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Actualmente en Chile existen organismos autónomos que se encargan del tema del embarazo adolescente, principalmente para brindar apoyo a las madres jóvenes. Algunas de estas instituciones son capaces de llegar a distintos grupos de personas a pesar de no contar con altos niveles de recursos para difundir su trabajo. Entre estos organismos podemos contar con:

- **APROFA, (Asociación Chilena de Protección de la Familia)** es uno de los organismos independientes más importantes en Chile con respecto a la educación sobre salud sexual y reproductiva. En APROFA declaran que su “quehacer está inserto en esfuerzos por la equidad y la no discriminación con perspectiva de género y enfoque de derechos, se orienta a brindar acceso a métodos seguros, efectivos, y legales, priorizando a los adolescentes y jóvenes en situaciones de pobreza y de mayor vulnerabilidad, especialmente los más susceptibles al embarazo no planeado, e infección de VIH”.
- **PROSALUD**, es un organismo independiente con difusión sobre distintos temas relacionados con la sexualidad de las personas. PROSALUD cuenta con un blog donde es posible encontrar información sobre distintos tópicos sobre la sexualidad



responsable. Por otra parte, realizan campañas de difusión donde entregan información al público general a través como folletos o volantes entregados en distintos lugares de la ciudad.

- **ICMER** Un programa dirigido a la maternidad adolescente (ejecutado por Asociación Damas Salesianas). *Emprende Mamá se gestó en 1999 como una iniciativa para colaborar en la superación de la pobreza en Chile a través de la promoción del desarrollo de potencialidades en las adolescentes embarazadas, acompañándolas psico-afectiva, y formativamente en este proceso.*

4.3.2. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: PROGRAMAS Y ACCIONES

LEGISLACIÓN

En enero de 2010 en Chile, se promulga la Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Es ley plantea que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.

Arriba: A la izquierda, logo de APROFA.
A la derecha, logo de Prosalud

La ley contempla aspectos sobre sexualidad que atañen a la prevención del embarazo en adolescentes, y serán puntualizados de la siguiente forma:

- **Educación sexual:** Los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir en Enseñanza Media un programa de educación sexual enfocado en contenidos que promuevan la sexualidad responsable y entreguen de manera completa información sobre métodos anticonceptivos existentes y autorizados. Este tipo de contenidos deberá transmitirse de acuerdo a las convicciones y creencias del establecimiento, en conjunto con los centros de padres y apoderados.

- **Acceso a métodos anticonceptivos:** La ley establece que todas las personas tienen derecho a elegir libremente los métodos de regulación de la fertilidad femenina o masculina a los cuales acceder, siempre que cuenten con la debida autorización. Asimismo, tienen derecho a la confidencialidad y privacidad sobre opciones y conductas sexuales.

- **Establecimientos de salud:** Los establecimientos de salud públicos deberán entregar información completa y sin sesgo sobre todas las alternativas autorizadas en Chile sobre métodos para regulación de la fertilidad, prevención del embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y de violencia sexual. También se debe aclarar el grado y porcentaje de efectividad de cada alternativa. Este derecho incluye el acceso libre de orientaciones para la vida afectiva y sexual, de acuerdo a las creencias o formación de cada persona.

- **Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE):** Los órganos del Estado con competencia en la materia (Red Asistencia del Sistema Nacional de Servicios

de Salud: postas, hospitales públicos y consultorios municipales, etc., tanto médicos como matronas) deben poner a disposición de la población métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales, que cuenten con la debida autorización. Esto incluye la entrega gratuita de métodos anticonceptivos de emergencia si así se requiere.

Con respecto a la entrega de PAE a menores de 14 años, el decreto N°49 del Ministerio establece que, si el método es solicitado por éste, el facultativo o funcionario de salud procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar de este hecho con posterioridad, al padre, madre o adulto responsable que la menor señale, para lo cual consignará los datos que sean precisos para dar cumplimiento a esta obligación.

- **Métodos abortivos:** El Estado de Chile no considera métodos anticonceptivos cuyo objetivo o efecto directo sea provocar un aborto. En el caso de que algún facultativo (médico o matrona) atienda a una persona que requiera anticoncepción de emergencia y exista sospecha de delito sexual, éste tendrá la obligación de denunciar el hecho al Ministerio Público con el fin de dar inicio a una investigación penal.

PROGRAMAS

• Chile Crece Contigo

Este Programa es un Sistema de Promoción y Protección Social, creado a partir de la ley 20.379 y coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social. Si bien, este sistema no se enfoca en la prevención del embarazo adolescente, se hace cargo del embarazo una vez ocurrido. Entrega información sobre este proceso, además de cuidado, estimulación y crianza del hijo o hija durante la primera infancia.

“Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”.¹³



Imagen Chile Crece Contigo
www.crececontigo.gob.cl

• Programa de Salud de la Mujer

Este programa fue creado en 1997, y está inserto en el Depto. de Ciclo Vital del Ministerio de Salud.

En este programa se abordan aspectos sobre el desarrollo físico, mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo de vida, incluyendo tópicos sobre salud sexual y reproductiva, y otros no reproductivos de las mujeres como salud mental, nutrición, el vínculo de la salud de la mujer en el trabajo, entre otros.

• Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes

Este programa tiene como objetivo el mejoramiento al acceso y oferta de servicio en distintos niveles de atención en el sistema de salud. Estas mejoras deben estar enfocadas en responder a las necesidades de los adolescentes y jóvenes en términos de género, pertinencia cultural, y en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación.

• Control joven sano

Es una estrategia propuesta por el Ministerio de Salud (MINSAL) durante el gobierno de Sebastián Piñera con el objetivo de desarrollar un control preventivo para adolescentes y así de brindar una puerta de entrada a este grupo al sistema de salud. Este plan comenzó a actuar de forma paralela a los Espacios Amigables para Adolescentes, aunque durante el gobierno actual de Michelle Bachelet se ha estancado, dando prioridad al fortalecimiento de los EAA.

4.3.3. ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES (EAA O EA).

Esta iniciativa forma parte de los programas y acciones planteadas previamente en este capítulo. Sin embargo, merece un análisis más detallado puesto que en esta etapa del proceso de trabajo, fue posible realizar una entrevista¹⁴ a Lorena Ramírez y a Juan Herrera¹⁵ quienes, desde su rol en el Ministerio de Salud (MINSAL), profundizaron en información que permitió recabar datos sobre los EAA que previamente eran desconocidos en esta investigación. Debido a estos nuevos datos, la estrategia cobró mayor relevancia y reforzó el trabajo realizado con el Ministerio de Salud como contraparte en este proyecto.

Los EAA son una estrategia creada por el Ministerio de Salud en 2008 -durante el primer gobierno de Michelle Bachelet- al interior del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes como respuesta a la distancia que mantenían los adolescentes con el sistema de salud pública.

Debido a esto, y con el objetivo de acercarlos, se generan 58 Espacios Amigables al interior de Centros

de Salud Familiar (en adelante, CESFAM) de 54 comunas del país. Trata temas integrales para los adolescentes como: consejería en temas sexuales y reproductivos, salud mental, alimentación, entre otros. Cada uno de ellos abordado con características enfocadas en las necesidades de los adolescentes para que se pudieran sentir cómodos en un espacio pensado exclusivamente para ellos.

Para poder identificar estas necesidades, se reunieron opiniones de adolescentes de todo el país a través de los Consejos Consultivos de Jóvenes y Adolescentes. En términos generales, estos Consejos Consultivos corresponden a instancias de participación que permiten a los adolescentes hacer saber sus necesidades y requerimientos sobre distintos temas relevantes, en este caso, en materia de salud. Esta retroalimentación permite que los programas para adolescentes consideren sus necesidades a la hora de generar políticas públicas.

A partir de los resultados obtenidos en estas instancias, se definieron características que definen a los EAA, y serán detalladas a continuación.

CREACIÓN DE LOS EAA Y LA DIFERENCIA CON LA ATENCIÓN ENTREGADA EN EL CESFAM

Para estructurar los EAA, se coordinó un equipo de 32 expertos, quienes desarrollaron un Informe Preliminar que definía los requerimientos que debían cumplir estos espacios en términos de características y prestaciones ofrecidas para satisfacer las necesidades de los adolescentes. A partir de ese informe, el acercamiento a los adolescentes se realizó en 3 ciudades del país -La Serena, Santiago y Temuco- donde grupos focales opinaron sobre

¹⁴ Ver ficha

¹⁵ Matrona encargada del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud; Matrón parte de este mismo programa, enfocado particularmente en temas relacionados con los EAA, respectivamente.

el informe preliminar realizado por los expertos. En términos globales, fue posible concluir que los jóvenes concordaban con las características propuestas, dentro de las cuales destacaban: Servicios diferenciados con salas de espera únicas, donde no pudieran mezclarse con los adultos; acceso diferenciado; flexibilidad en los horarios (se privilegió el horario vespertino por tener menor atención de público general); atención de calidad, principalmente enfocada en que pudieran resolver sus requerimientos con toda la tecnología disponible. También destacaron aspectos cromáticos como, por ejemplo, evitar el blanco porque era asociado a “hospital” y, por lo tanto, a enfermedad. Por eso se privilegió el uso de afiches (y elementos que pudieran ser aplicados con los recursos de ese momento) además de una gran mesa central con material sobre cultura, recreación, deporte e información que abordara temas integrales para los jóvenes.

Dentro del estudio también se interpretó desconfianza por parte de los adolescentes en cuanto a la accesibilidad que los EAA podrían tener. Es decir, al estar insertos en un CESFAM, generaba desconfianza que pudiera ser lo mismo. Si bien es cierto, los EAA están insertos en CESFAM de distintas regiones del país, las características mencionadas hacen que estos espacios brinden atención exclusiva, enfocada en adolescentes entre 10 y 19 años.

Como resultado, se aplicaron los requerimientos realizados por los jóvenes y, además del EA en

CESFAM se crearon Espacios amigables itinerantes dirigidos a algunos establecimientos de la comuna con el objetivo de acercarse a los jóvenes que no acuden a la primera instancia.

FORMAS DE REGISTRO O ACCESO A LOS SERVICIOS ENTREGADOS POR LOS EAA

Para acceder a los servicios entregados por los EAA, los adolescentes deben acudir con su cédula de identidad o Tarjeta Nacional Estudiantil (TNE) sin pedir hora previa. A pesar de que debe existir un registro en SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico) como puerta de entrada al registro de cualquier servicio público de salud, es más flexible ya que no debe existir hora previa. En algunos casos, incluso el registro en SOME se puede realizar luego de la atención. En el caso de acceso a métodos anticonceptivos, la entrega se realiza previa consejería sobre temas vinculados al tema. Esto incluye, desde 2010 a todos los adolescentes entre 10 y 19 años, sin la necesidad de acceder a los servicios de salud con un adulto a cargo.

FORMAS DE DIFUSIÓN DE LOS EAA

Los adolescentes conocen sobre los EA de 2 formas principales: Con los Espacios amigables itinerantes que se dirigen a sus establecimientos educacionales o por recomendación de alguna persona conocida, generalmente un adulto funcionario del

mismo establecimiento como los profesores o inspectores. Esto convierte a los EAA en una instancia que, al no tener difusión masiva al público que está dirigida, la desinformación sobre la existencia de ellos es alta. Es decir, la población que utiliza este servicio no es mayoritaria puesto que lo conoce sólo de la forma mencionada previamente.

A pesar de que durante el gobierno de Sebastián Piñera se estancó este proceso y se impulsó el “Control Joven sano”, en 2014 -durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet- se retomó la estrategia de los Espacios Amigables para Adolescentes que actualmente está en proceso de reestructuración y mejoría de ciertos aspectos relevantes para el programa. El énfasis actual de estos espacios, está la promoción del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, además de la disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos.

Lorena Ramírez plantea que hoy en día, el rediseño de los EAA tiene contemplada la realización de una campaña masiva de difusión. Sin embargo, los lineamientos no están definidos aún, principalmente en materia de recursos económicos.

5. CONCLUSIONES

5.1. PROBLEMAS DETECTADOS

El proceso de investigación permitió profundizar en distintos aspectos de la problemática del embarazo adolescente en Chile, y a partir de esa profundización fue posible identificar algunas problemáticas en los datos declarados sobre la realidad actual en materia de fecundidad en Chile.

Una debilidad detectada guarda relación con la iniciación sexual de los adolescentes. Se cree que, en la actualidad, la edad promedio ha disminuido considerablemente. Sin embargo, los estudios realizados sobre este tema se basan sólo en adolescentes mayores de 15 años. Los adolescentes entre 10 y 14 años no son considerados en este tipo de estudios y, por tanto, no están declarados en estas cifras.

Por otra parte, las tasas de embarazo han ido en disminución desde 2010, según lo planteado por el Ministerio de Salud. Eso se puede observar en los datos duros, no obstante, éstos guardan íntima relación también con la promulgación de la ley 20.418 y, por lo tanto, con el acceso a la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE). Por lo tanto, es posible observar que el aumento en el acceso también puede formar parte de la disminución de las tasas. Este aspecto puede resultar problemático puesto que la PAE es un método anticonceptivo que no debe ser utilizado de forma consistente en el tiempo debido a los distintos riesgos e ineficien-

cias que puede traer consigo. Como su nombre lo indica, es un método de emergencia y no debe ser considerado como un método estable y efectivo a la hora de prevenir el embarazo en adolescentes.

Otra debilidad fue observada en la información investigada sobre las tasas, a partir de lo mencionado por Olavarría (2013): Éstas sólo consideran los embarazos que llegan a término y con hijos nacidos vivos. Esto quiere decir que, aunque exista la posibilidad de un mayor número de embarazos en adolescentes, si estos no llegan a término, no figuran dentro de las tasas. Por lo tanto, hay un margen de error no identificado en esa ausencia en los datos.

Dentro de las fortalezas observada en la realidad investigada es la existencia de políticas públicas enfocadas en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. De forma preliminar en esta investigación, se declaró como hipótesis la ausencia de acciones exclusivas para adolescentes, sin embargo, fue posible profundizar en este tema y rectificar dicha hipótesis. Esta fortaleza a su vez se puede mostrar como una debilidad, debido a la baja difusión de estas acciones a nivel nacional y, por lo tanto, la población a la que está dirigida presenta un alto nivel de desinformación. A pesar de eso, la fortaleza radica en la existencia de acciones que se están ejerciendo en materia de prevención del embarazo adolescente en Chile.

5.2. OPORTUNIDADES DE DISEÑO

Las oportunidades de diseño de este proyecto surgen a partir de las principales problemáticas detectadas: En primera instancia, el alto nivel de desinformación en la población adolescente con respecto a los Espacios Amigables como instancia de acceso a servicios públicos de salud enfocados exclusivamente en sus necesidades; Por otra parte, la necesidad de reestructuración de este programa, principalmente en materia de difusión enfocada en buscar la mejor forma de acercar a la población adolescente a este servicio exclusivo para ellos.

El vínculo entre ambas problemáticas se traduce en una oportunidad de diseño, mediante el desarrollo de una propuesta que facilite el acercamiento de los adolescentes a estos servicios de salud gratuitos que ofrece el Estado para ellos.



PARTE II

PROYECTO

6. DEFINICIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

“*Pa' pasarla bien*” es un proyecto de diseño que pretende promover y concientizar a los adolescentes sobre el acceso y uso de los distintos métodos anticonceptivos que hoy en día ofrece el sistema público de salud. Con este objetivo, se propone la creación de un sistema de elementos comunicativos, que les permita acercarse a los Espacios Amigables para Adolescentes (EAA) de forma permanente, utilizando este servicio como una instancia de prevención enfocada exclusivamente en las necesidades de este grupo etario.

El proyecto, en términos generales, consiste en una campaña organizada en 2 etapas: La primera consiste en el diseño de un kit entregado en los EAA; La segunda, contempla una fase de difusión de los EAA que permita acercar a una mayor cantidad de población adolescente a nivel nacional a este. Ambas etapas serán detalladas en términos de sus lineamientos más adelante, sin embargo, para efectos de este proceso, el enfoque de trabajo está dirigido a realizar la primera etapa de la campaña.

6.2. METODOLOGÍA

6.2.1. USUARIOS

Los **usuarios directos** de este proyecto son todos aquellos hombres y mujeres en etapa adolescente, es decir, que tengan entre 10 y 19 años de edad.

A pesar de ser un rango etario muy heterogéneo, el usuario estándar será acotado entre los 12 y 16 años de edad, principalmente para focalizar la información entregada entre el comienzo de los cambios físicos, psicológicos e inicio del interés sexual y el período previo al promedio de edad de iniciación sexual.

Con respecto a su contexto geográfico y social, que los usuarios vivan en Chile es un factor determinante para el acceso a los servicios públicos de salud. En términos sociales, la pertenencia a un nivel socioeconómico vulnerable es un elemento relevante a considerar, principalmente debido a la desigualdad evidenciada en las tasas uso de métodos anticonceptivos y, por lo tanto, de embarazo en adolescentes. Sin embargo, no es un requisito excluyente debido a que no son el único sector socioeconómico que tiene acceso a los servicios de salud entregados por el Estado.

La disponibilidad de acceso a los soportes de la campaña es un aspecto relevante a considerar. La primera etapa de la campaña consiste en la entrega de un kit, por lo tanto, los adolescentes deben dirigirse hacia el Espacio Amigable para poder adquirirlo. La segunda etapa, en cambio, considera difusión digital -mediante sitio web y redes sociales- por lo tanto, el acceso a internet es necesario para lograr este objetivo. A partir de esto, es posible determinar que hoy en día el 70% de los chilenos es usuario de internet¹³. En promedio, de

¹³ Encuesta Nacional de Acceso y Usos de Internet, Subsecretaría de Telecomunicaciones, (SUBTEL), 2015.

los 3 primeros quintiles socioeconómicos, casi el 60% de los hogares declara tener acceso a internet. Por lo tanto, el acceso a la información desde distintos dispositivos se ha convertido en un tema transversal en la población, independiente del nivel socioeconómico al que pertenecen.

La **contraparte** del proyecto es el Ministerio de Salud como organismo encargado de velar por la regulación de la fertilidad de la población. Esta entidad de gobierno, como financiadora del proyecto, será el emisor de la campaña a nivel nacional enfocada en la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

6.2.2. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA

El plan de trabajo desarrollado para este proyecto permite organizar las etapas y actividades a realizar, delimitándolas en un plazo determinado para obtener los resultados esperados. A continuación, se presenta una Carta Gantt donde destacan los pasos más relevantes del proceso de diseño de la propuesta.

Etapa del proyecto	Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Investigación	Recopilación y revisión de información	■					
	Análisis de información	■					
	Definición de parámetros	■					
	Organización de temáticas a abordar	■					
Desarrollo primera etapa de la campaña	Definición de usuario	■					
	Conceptualización	■	■				
	Generación de contenidos		■				
	Decisiones de formato		■				
	Búsqueda de referentes conceptuales, proyectuales y estilísticos		■				
	Desarrollo de propuestas: Bocetaje		■				
	Decisiones gráficas. Tipo de ilustración, tipografía, color.		■	■			
	Pruebas de materiales			■			
	Desarrollo de prototipo			■			

Etapa del proyecto	Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Testo	Prueba con usuarios			■			
	Correcciones			■			
Resultado primera etapa	Desarrollo de prototipo final			■	■		
	Cotización				■		
	Desarrollo de producto final				■	■	
	<hr/>						
Desarrollo segunda etapa de la campaña	Generación de contenidos					■	
	Decisiones de formato					■	
	Búsqueda de referentes					■	
	Desarrollo de propuestas					■	
	Decisiones gráficas. Tipo de ilustración, tipografía, color.					■	■
	Desarrollo primera propuesta de difusión digital						■
	Testeo con usuarios						■
	Correcciones						■
	Desarrollo de la propuesta final de difusión						■

6.2.3. PROPUESTA DE DISEÑO

"Pa' pasarla bien" es una propuesta de diseño que consiste en la creación de un sistema de elementos enfocados en la prevención del embarazo en adolescentes a través del uso y acceso de métodos anticonceptivos entregados en la red pública de salud, específicamente en los Espacios Amigables para Adolescentes.

Esta propuesta está organizada en 2 etapas:

1° ETAPA. DISEÑO DE KIT.

Consiste en el desarrollo de un kit que será entregado a adolescentes en los EAA con el objetivo de que se informen sobre la prevención del embarazo adolescente, accedan a métodos de anticoncepción y a su vez, se acerquen y conozcan este espacio.

El kit cuenta con una instancia inicial de entrega -previa consejería sobre salud sexual y reproductiva con una matrona- en la que el/la adolescente recibe el producto completo. A partir de ese momento, puede acceder a recargas mensuales (y/o bimensuales), en las que podrá acudir al EAA a retirar material para reponer elementos del kit.

Desde este punto de vista, la creación del kit está enfocada en generar un vínculo entre los jóvenes y el Espacio Amigable, pues la obtención de éste no sólo llevará a que el o la adolescente acuda a este espacio, sino que además, se apela a la intención de volver por la recarga mensual o bimensual.

EL KIT INICIAL INCLUYE:

- **1 folleto informativo** sobre las opciones de métodos anticonceptivos a los que pueden acceder en los EAA, y que no es posible de repartir al interior del kit.

- **1 portacondomes** + 3 condones en su interior, lo que les permitirá transportar este método anticonceptivo de barrera en todo momento, sin la necesidad de tener el kit completo a mano.
- **9 condones** de respuesto
- **1 cuponera de eventos**, utilizada como parte de la estrategia de comunicación para el vínculo entre los adolescentes y los EAA. Además, de este modo, los eventos culturales, deportivos o recreativos propuestos en la cuponera se integran como otra forma de pasarla bien en diversos aspectos de la vida cotidiana.

LA RECARGA MENSUAL INCLUYE:

- **12 condones** de respuesto. (La opción de recarga de condones puede ser solicitada dos veces por mes.)
- **1 cuponera** de eventos

2° ETAPA. DIFUSIÓN.

Esta segunda etapa, no será desarrollada dentro de este proceso de trabajo, sin embargo, se contempla como una línea de proyección de la campaña, sobre la cual se dejarán establecidos los lineamientos principales para continuar a futuro.

La fase de difusión de los EAA busca acercar a una mayor cantidad de población adolescente a nivel nacional a estos espacios. Esta etapa considera 2 tipos de material digital, a través del cual los usuarios podrán acceder desde distintos dispositivos:

- **Diseño de sitio web de EAA.** Éste sitio contará con información complementaria que los adolescentes deben conocer sobre los EAA. En éste se podrá encontrar información sobre los servicios que entregan los EAA, la ubicación del EAA más

cercano al usuario que está buscando, información sobre el kit y las recargas, entre otros.

- **Diseño de spots para redes sociales.** En esta etapa se propone la creación de spots que serán viralizados a través de redes sociales. Cada spot, en 30 segundos entregará algún dato de forma rápida y simple sobre los EAA.

6.2.3. CONCEPTUALIZACIÓN

De acuerdo a las necesidades identificadas en el usuario, la creación de los elementos comunicativos debe enfocarse en los siguientes conceptos:

- **cercanía:** que el usuario se sienta identificado
- **confidencialidad:** que sienta protegida su privacidad
- **seguridad:** a pesar de la cercanía, debe entregar confianza en términos de la calidad de la información brindada por profesionales
- **claridad:** la información debe ser clara y precisa para ser entendida de forma eficiente por los y las adolescentes.
- **atractivo:** debe ser deseable, y que siga la línea de elementos que tendrían cotidianamente

7. REFERENTES

7.1. REFERENTES CONCEPTUALES



Arriba: Kit enfocado en principiantes en la tenencia de perros.

Abajo: izquierda, kit para superar una pena

STARTER KITS, O KIT PARA PRINCIPIANTES

Estos referentes brindan una mirada diferente a situaciones cotidianas, principalmente a partir de una retórica un poco más irónica y no con una propuesta convencional



7.2. REFERENTES TEMÁTICOS

CONTRACEPTIVE KIT

Estos kit anticonceptivo están desarrollados para que profesionales del tema brinden charlas sobre sexualidad. Es este proyecto se utiliza como referente temático principalmente por el contenido del kit, a pesar de estar enfocado en un usuario diferente.



CONTRACEPTIVE KIT

Este kit entrega anticonceptivos mediante una estrategia diferente: a través de servicios para niñas como: manicure, peluquería, etc.

7.3. REFERENTES ESTILÍSTICOS



8. DESARROLLO DEL PROYECTO

8.1. GENERACIÓN DE CONTENIDOS

Para determinar los contenidos entregados en el kit, se realizaron diversas reuniones con el equipo de trabajo multidisciplinario.

Durante estas instancias fue posible analizar la oferta existente de métodos en el sistema público de salud para adolescentes en materia de regulación de la fertilidad. Para esto, fue necesario enfocarse en las necesidades de este grupo, privilegiando las estrategias que aporten al proyecto y lo hacen más interesante para el público al que está dirigido. De este modo, se organizó una línea de acción que enfatiza en las necesidades de los adolescentes, de una forma funcional y de calidad.

8.1.1. GRUPO DE EXPERTOS

El equipo de profesionales encargado de la elaboración y corrección de contenidos estuvo conformado por: Carolina Muñoz como diseñadora y coordinadora del proyecto; Erik Ciravegna como experto en Diseño de Comunicación y guía durante el proceso; y Eduardo Soto como asesor clínico del Programa de Salud de la Mujer del MINSAL. Además, se realizaron instancias colaborativas con los profesionales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Lorena Ramírez y Juan Herrea, ambos como expertos de los Espacios Amigables para Adolescentes.

8.1.2. ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN Y REVISIÓN DE CONTENIDOS.

Según las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, no existen razones médicas para restringir el uso de métodos anticonceptivos a los adolescentes. A partir de esta premisa se inicia la generación de contenidos a entregar mediante los elementos del kit.

La oferta de métodos disponible hoy en día para la población es muy amplia, sin embargo, no todos los métodos responden a las necesidades específicas de los adolescentes, quienes buscan métodos con alta efectividad, aceptabilidad y adherencia.

Para trabajar de acuerdo a estos lineamientos, fue necesario ordenar y jerarquizar la información, para posteriormente ser simplificada.

Con este propósito se realiza un **primer filtro de la información**: En el serán considerados sólo aquellos métodos anticonceptivos efectivos y altamente efectivos. Por lo tanto, los métodos considerados son: DIU, implantes, píldoras, condón masculino, anillos y parches.

Acá surge la aplicación de segundo filtro, que descarta los anillos y parches por dos razones: No se encuentran disponibles en los servicios públicos de salud y además tienen baja aceptabilidad por parte de los adolescentes.

Cabe mencionar que, al no existir restricción para el uso de la PAE por edad, en Chile los adolescentes tienen acceso confidencial sin la presencia inmediata de un adulto. Esto lo convierte en un método a utilizar, y por lo tanto, a ser entregada la información relevante sobre su uso y acceso. También es importante destacar que este método no es de uso regular, sino sólo de emergencia.

Ambos filtros permitieron elaborar un listado de métodos sobre los cuales informar a los adolescentes. Debido a su efectividad y a la aceptabilidad por parte de los adolescentes, los métodos a seleccionados para ser incluidos en el material fueron:

- Implantes
- Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- Píldoras combinadas
- Condón masculino
- Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)

La elaboración de contenidos en base a los parámetros mencionados previamente, se realizó en conjunto con el equipo de expertos. Para este efecto, las decisiones tomadas con respecto a la información a transmitir fueron:

- Cada método debía ser explicado de forma clara y precisa.
- La información entregada debe ser complementaria a la charla sobre salud sexual y reproductiva entregada en el EAA, por lo tanto, debe abordar elementos claves de cada método como: **definición simple, mecanismo de acción, forma de uso, y duración.**

En conjunto con el equipo de expertos se definió también la cantidad y el tipo de material a entregar al interior del kit.

Las decisiones determinadas fueron:

- **Folleto informativo** con el contenido sobre métodos anticonceptivos seleccionados previamente.
- **Portacondones** como una manera simplificada de transportar este método, sin la necesidad de contar en todo momento con el kit completo. Además, se determinó que la materialidad debía ser resistente para la protección necesaria que los condones requieren.
- **12 condones por kit** (y por recarga) determinado bajo los siguientes parámetros: Actualmente los adolescentes reciben 8 condones mensuales. Según un cálculo realizado por los profesionales del MINSAL, la cantidad de acuerdo a un promedio de relaciones sexuales por mes considerando la ruptura o prueba con algunos, debería ser de al menos 20 condones. Con este objetivo, se entregan 12 en el kit, con la posibilidad de acceder hasta a 24 condones a través de la recarga bimensual.
- **Cuponera de eventos** vinculadas a la estrategia de acercar a los jóvenes a los Espacios Amigables, además de ser consideradas estas instancias como elementos que también forman parte de la vida y por lo tanto, deben ser considerados dentro de la atención de los jóvenes.

8.2. PROCESO DE DISEÑO

Para desarrollar el kit inicial, sus componentes y el material de recarga, se definieron una serie de lineamientos de diseño para generar estos elementos de forma organizada.



8.2.1. CRITERIOS DE DISEÑO

FORMATO

Las decisiones de formato del kit, en primera instancia, están determinadas de acuerdo a las necesidades identificadas, y contemplan los siguientes requerimientos:

- **Transportable.** Debe ser un packaging de tamaño de pequeño a mediano, para facilitar el transporte y guardado. Esto permite que no llame demasiado la atención dentro de las pertenencias cotidianas de los adolescentes.
- **Durabilidad.** La materialidad debe ser de mediana resistencia para mantener de forma adecuada los elementos en su interior sin que estos se deterioren.
- **Funcionalidad.** Debe ser fácil de utilizar por los usuarios en términos de la disposición de los elementos y el funcionamiento de packaging en sí mismo.

Además, se debe considerar la **apilabilidad** o la **forma de almacenamiento** más eficiente para su posterior distribución.

Luego de ordenar los criterios necesarios para el packaging, se analizaron las posibilidades dentro de los tipos de envase existentes y que se acercaran al cumplimiento de estos criterios.

De acuerdo a los requerimientos establecidos previamente, las pruebas del formato del packaging se basaron en que este permitiera acceder de forma simple al contenido, pudiera ser funcional en términos de armado, de uso, de guardado, etc.

Para observar de mejor manera las posibilidades existentes se generó una tabla con las opciones que serían potenciales formatos, y de este modo comparar sus pro y contras.

Imágenes elaboración propia: Pruebas realizadas con formas de packaging.

Arriba a la izquierda, primera prueba con el formato de las cajas de fósforos

Arriba a la derecha, prueba con formato libro falso

TABLA COMPARATIVA DE FORMATOS DE CAJAS.

Tipo de caja	Fácil de abrir	Apta para contenido	Apilable	Cómodo de utilizar	Otras observaciones
A. 	✓	■	✓	✓	El contenido no sería visible por completo si las proporciones son las más pequeñas para transportabilidad y guardado
B. 	✓	■	✓	✓	La apertura lateral, y por lo tanto, más angosta, la hace menos cómoda para visibilizar el contenido
C. 	✓	✓	✓	■	Al estar compuesta por dos partes, es menos cómoda de utilizar puesto que una parte se debe dejar a un lado
D. 	✓	✓	✓	✓	Buena muestra del contenido, abierta, más simple al ser de una sola pieza.
E. 	✓	✓	✓	✓	Cuenta con los beneficios de D, sin embargo, la producción es un poco más compleja porque implica otras terminaciones
F. 	✓	✓	✓	■	Al igual que C, tener 2 componentes la hace menos cómoda en t

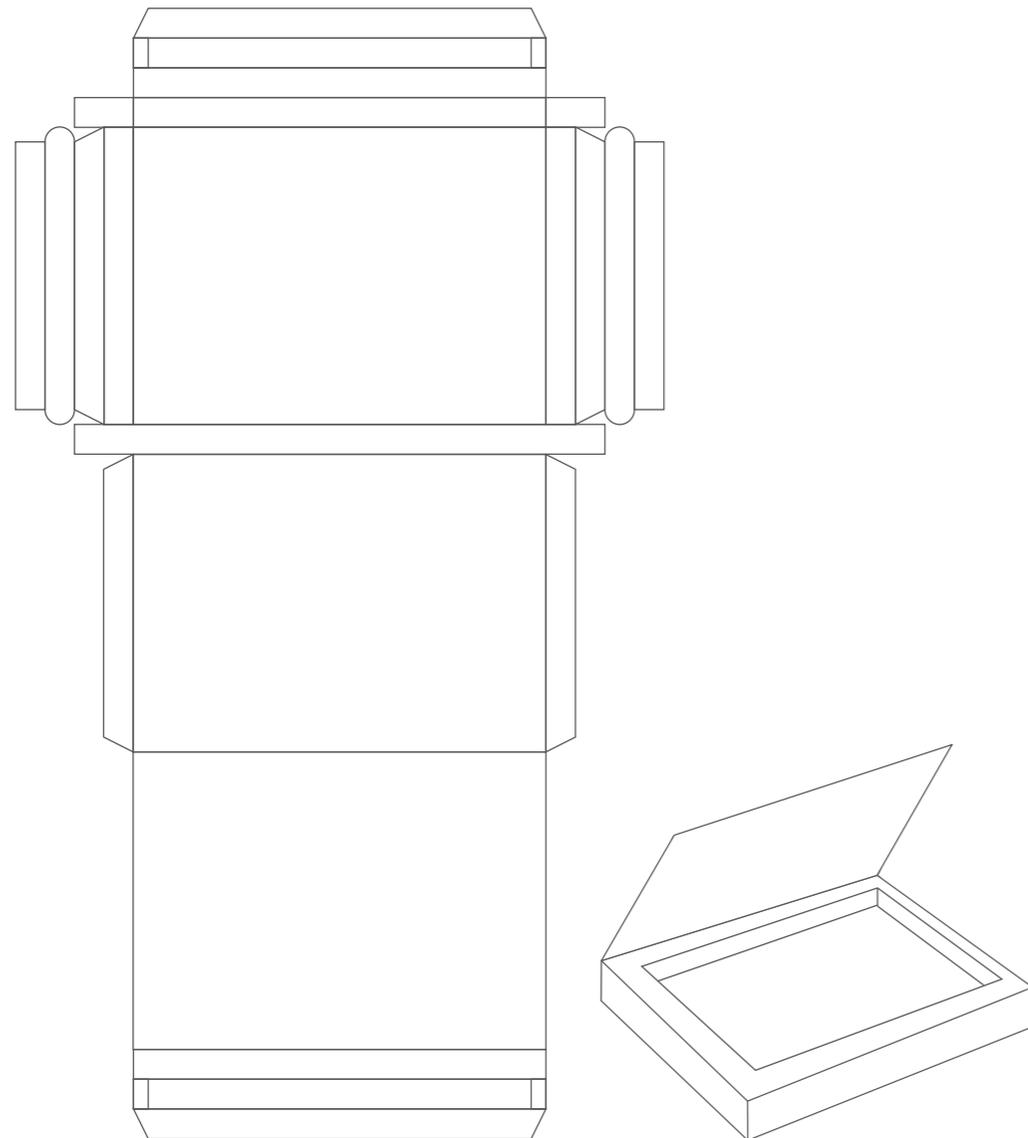


La tabla permitió optimizar las pruebas, y por lo mismo, el enfoque estuvo en los D y E, debido a que cumplían a mayor cabalidad con los requerimientos establecidos para el diseño del kit. Por lo mismo, fue más fácil probar en conjunto la aplicación de los elementos al interior del envase. Finalmente, el formato escogido fue una caja de una sola pieza, para mayor facilidad y optimización del proceso producción.

La plantilla es de 57 x 33 cms aprox, y forma una caja que, cerrada, simula ser una agenda de 15x21 cms. Esta decisión responde a una necesidad de que el kit no llame demasiado la atención, y por lo tanto, pueda incorporarse al resto de las pertenencias cotidianas que utilizan los adolescentes.

Imágenes elaboración propia: Pruebas realizadas de packaging con la aplicación de contenidos





Imágenes elaboración propia: Plantilla del packaging y una versión vectorizada de la plantilla armada

IDENTIDAD

La creación de una identidad para la marca se hizo indispensable en el proceso de diseño.

De acuerdo a todos los requerimientos que ya han sido planteados, la identidad de la campaña estaba definida bajo los siguientes parámetros: El nombre de la campaña debía estar representado de una manera cercana a los adolescentes. La forma debía ser espontánea y dinámica, parte de la caracterización del rango etario al que se dirige.

Debido a esto, se pensó en una propuesta basada en un lettering, en el que las letras fueran expresivas, curvas e identificables con rasgos juveniles.

Dentro de los primeros bocetos se consideraron letras manuscritas de distintas características. Sin embargo, se fueron simplificando las variantes dentro de la misma frase hasta convertirse en una misma forma de letra expresiva que completa la frase "pa' pasarla bien".

Los primeros bocetos también consideraban aplicar la palabra "kit" dentro del nombre. Esto se eliminó por 3 razones principales: La forma del kit pretende no ser evidente respecto a su contenido, por lo tanto, declararlo no cumpliría con ese objetivo. Por otra parte, la campaña tiene más de una etapa, y por lo tanto, encasillarla sólo en la creación del kit no aportaría a lo que se pretende lograr.



pa' pasarla bien

pa' pasarla bien

pa' pasarla bien

pa' pasarla bien

Una vez definido el lettering a utilizar, del contorno se pasa al relleno de las letras, y se considera la aplicación de un contorno que permita unificar el logo con la gráfica del packaging, y además, resaltar la frase por sobre los otros elementos.

Otra decisión fue dinamizar el logo para que de este modo, cambie en la aplicación de cada elemento de acuerdo a su objetivo.

En el caso del **folleto**, al entregar información el logo cambia por la frase "pa' saber", mientras que en la **cuponera** la frase aplicada es "pa' compartir" de acuerdo a los distintos eventos a los que pueden asistir los adolescentes.

pa' saber

pa' compartir

ILUSTRACIÓN

Dinamismo, energía, vitalidad, juventud son conceptos claves en la caracterización de la adolescencia. Por lo mismo, se abordaron estos términos con la intención de ser vinculados con los conceptos de la campaña.

Con este objetivo se planteó la creación de una ilustración que funcionara como un "momento detenido" de la realidad cotidiana de los adolescentes donde, en cada detalle, pudieran encontrarse identificados con los elementos dispuestos.

Para este tipo de ilustración se encontró inspiración en el trabajo realizado en patrones por Nate Williams; la sencillez del trazo en las ilustraciones de la chilena Catalina Bu; los detalles de Jim Flora, entre otros.



Ilustración
Nate Williams
www.n8w.com

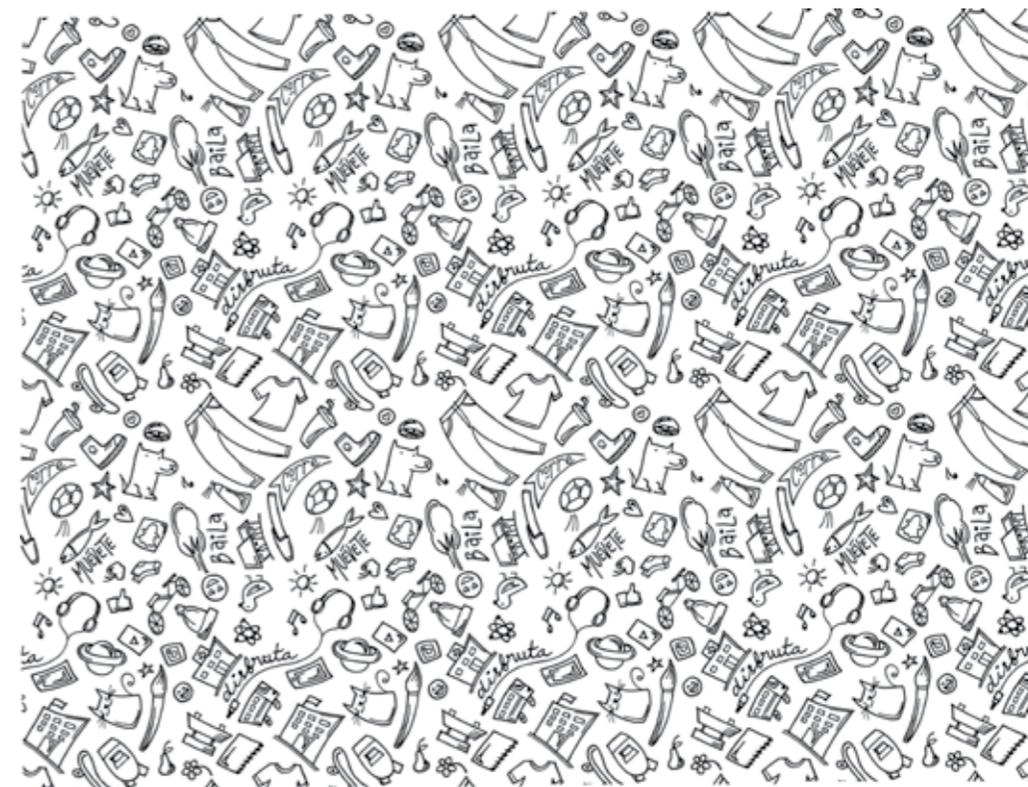
Bocetaje



Finalmente, con el objetivo de unificar la ilustración y el formato del packaging, se decidió crear un patrón ilustrado que trabaje y se adapte de forma envolvente con el formato del kit. De este modo, la gráfica aplicada aporta vitalidad y energía al packaging, y se mimetiza perfectamente con las cosas cotidianas de



Imágenes elaboración propia.
Patrón digitalizado y aplicado en una repetición de 8 veces (4 horizontales x 2 verticales)



COLOR

La paleta cromática de este proyecto se definió en base a conceptos relacionados con la adolescencia (como grupo de usuarios al que está dirigido). Por tanto, conceptos como dinamismo, energía, juventud, vitalidad, rebeldía y movimiento, permitieron crear una paleta sustentada en una matriz¹⁴ para la elección de color en base a conceptos de la siguiente forma:

Tipo de concepto	Matiz	Luminosidad	Saturación
Positivo	Primario o secundario	Media-alta	Alta
Negativo	Terciario, 4to orden, 5to orden. Principalmente cromático gris o acromático	Baja	Baja
Activo (intenso)	Cualquiera	Media	Alta
Pasivo (débil)	Cualquiera	Alta o baja	Baja

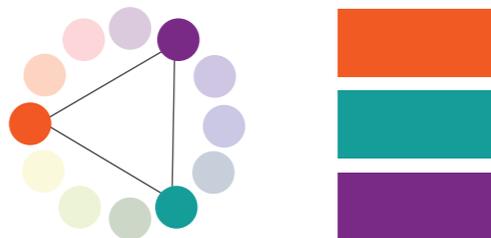
El proyecto está dirigido tanto a hombres como mujeres, por lo tanto, esta diversidad, representada en los colores se traduce a la elección de la armonía de **triada complementaria**.

Los colores equidistantes escogidos fueron el anaranjado, violeta y turquesa. Cada uno de ellos se encuentra a un ángulo de 120° de distancia del otro dentro del círculo cromático (o rueda de color).

Estos colores son saturados y principalmente cálidos (a pesar del matiz frío que tiene el turquesa, por ser combinación de azul con verde). El violeta tiene un matiz más cálido, es decir, se acerca más al rojo que al azul para aportar en lo mencionado previamente.

La luminosidad de estos colores entrega relación con los conceptos energía, vitalidad, juventud. Por lo tanto, la elección de colores está basada principalmente en esta aplicación conceptual.

La simpleza buscada en la gráfica a realizar, determinó que en la paleta de colores no se consideraran tonos intermedios o variantes de luminosidad y saturación.



Metodología para la elección de colores, Ingrid Calvo. U. Chile, 2016

TIPOGRAFÍA

Debido a la expresividad del lettering, la elección tipográfica para los contenidos se basó en aspectos simples que no compitieran con el peso y la forma de los títulos (realizados con el mismo criterio de la marca).

A partir de esto, la fuente tipográfica escogida fue **Fira Sans**, una familia tipográfica diseñada por Mozilla Foundation con el objetivo de cubrir la legibilidad en distintos soportes. Esta familia cuenta con más de 32 variantes, dentro de las cuáles destacan 6 pesos (light, book, regular, medium, bold y extrabold) además de cada uno de ellos con su versión itálica. Su simpleza aporta en la legibilidad de la información a transmitir.

Fira Sans, light

Fira Sans, light italic

Fira Sans, book

Fira Sans, book italic

Fira Sans, regular

Fira Sans, italic

Fira Sans, medium

Fira Sans, medium italic

Fira Sans, bold

Fira Sans, bold italic

Fira Sans, extra bold

Fira Sans, extra bold italic

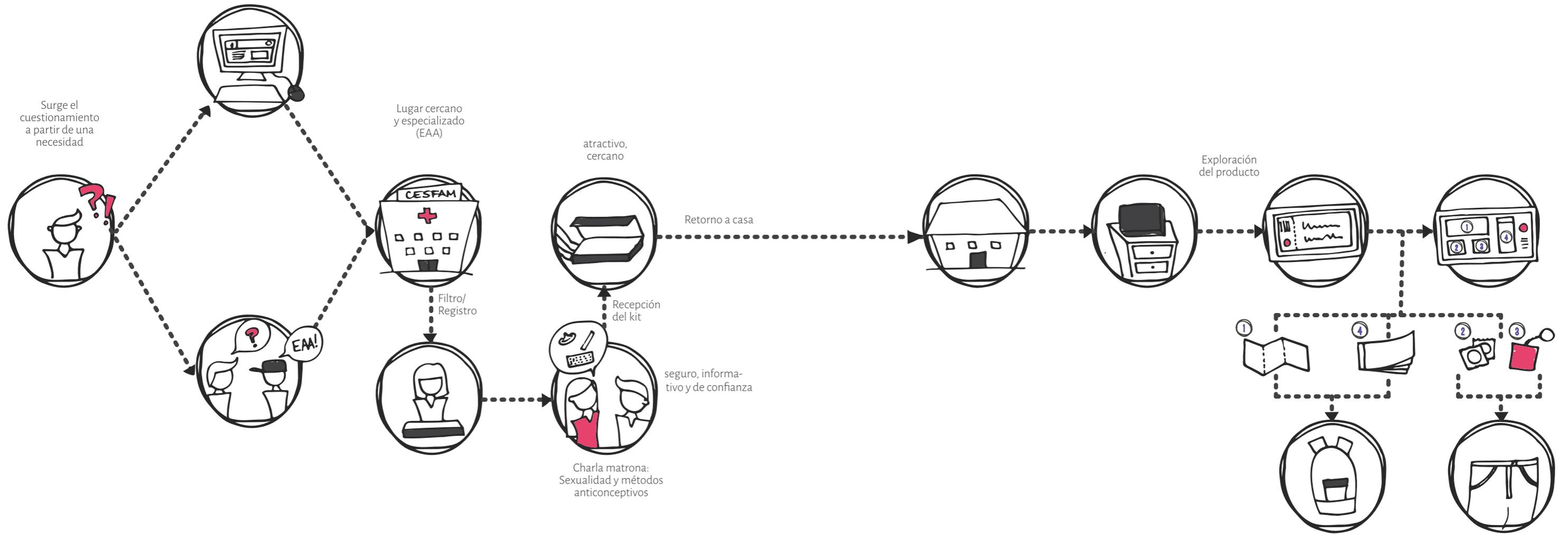
Muestra de las variantes de Fira Sans en cuerpo 12.

CRITERIOS DE DISEÑO APLICADOS

Luego de aplicar todas las decisiones de diseño, se hicieron algunas pruebas que aportaron a modificar ciertos parámetros para mejorar el resultado. Uno de ellos fue la aplicación de una banda elástica como forma de cierre del packaging, con el objetivo de contener los elementos interiores y además, aportar en la idea de mimetizarse con elementos cotidianos de los adolescentes. En este caso, kuciendo como una agenda o un cuaderno.



8.2.2. FLUJOGRAMA DE USO: "KIT EN ACCIÓN"



8.3. EVALUACIÓN Y TESTEO

El proceso de testeo del proyecto se realizó durante la impresión de este documento, por lo tanto, los resultados se anexarán posteriormente.

8.4. PLAN DE PRODUCCIÓN

	ITEM	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	TOTAL (\$)
1	Honorarios profesionales	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	6.600.000
1.1	- Coordinadora del proyecto. Creación y gestión del proyecto - 80 horas mensuales.	400.000	400.000	400.000	400.000	400.000	400.000	2.400.000
	- Asesor clínico. Creación y corrección de contenido – 80 horas mensuales.	400.000	400.000	400.000	400.000	400.000	400.000	2.400.000
	- Asesor externo. Diseño y corrección de contenido – 60 horas mensuales	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	1.800.000
2	Gastos de operación	10.000	10.000	40.000	20.000	25.000	10.000	13.304.000
2.1	Transporte salidas a terreno (cinco comunas de la Región Metropolitana).	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	60.000
2.2	Materiales para pruebas del kit			30.000				30.000
2.3	Pruebas de impresión				10.000			10.000
2.4	Impresión de una maqueta					15.000		15.000
2.5	Impresión de 2.000 cajas para kit + 2.000 folletos + 2.000 cuponeras							3.144.000
2.6	Presupuesto para portacondones							6.000.000
	Subtotal gastos	1.110.000	1.110.000	1.140.000	1.120.000	1.125.000	1.110.000	19.904.000
	Imprevistos 5%							995.200
	Total de gastos	1.110.000	1.110.000	1.140.000	1.120.000	1.125.000	1.110.000	20.899.200

CONCLUSIONES Y PROYECCIONES DEL PROYECTO

A partir de la investigación realizada, el proyecto propuesto pretende contribuir en materia de prevención del embarazo adolescente a través del vínculo que se puede generar entre este grupo etario y los Espacios Amigables para Adolescentes. A pesar de que en Chile no existen campañas de gobierno enfocadas en la prevención, existen distintas iniciativas, programas y acciones que se han encargado de estudiar, analizar y tratar el tema como un problema de relevancia mundial.

En Chile falta mucho aún por avanzar en la disminución de las tasas de embarazo. Existe un alto nivel de desinformación en las formas de acceso, sobre todo, en servicios públicos de salud. La población adolescente, por lo mismo, no tiene un sentimiento de pertenencia o relación con los servicios que el Estado le provee, y por lo tanto, hay una desconfianza implantada en las posibilidades de acceso. A pesar de eso, el desarrollo de este proyecto permitió indagar en la información existente y puntualizar en ideas que desde el Diseño pueden plantearse desde una nueva perspectiva. De este modo surgió la intención de generar una propuesta distinta a las existentes mediante las posibilidades del Diseñador como un actor social capaz de proponer nuevas ideas y explorar con ellas distintos caminos que converjan en una mejora en la calidad de vida de las personas, tanto a nivel individual como social y cultural.

En base a lo anteriormente mencionado, "Pa' pasarla bien" es una campaña que pretende aportar en la prevención del embarazo pero desde una perspectiva diferente: Plantear la sexualidad como una forma de disfrutar la vida, como uno de muchos aspectos positivos que se pueden experimentar en la vida, pero siempre mientras se haga de forma informada, responsable y consciente.

Si consideramos que los adolescentes privilegian adherencia, aceptabilidad y gratuidad en el acceso a métodos, este proyecto pretendió abarcar cada uno de esos elementos y detalles para plantear una propuesta que pueda resultar óptima en su posible implementación.

En términos de proyecciones futuras, la posibilidad de desarrollar la segunda etapa de difusión del proyecto, como robustecimiento del proceso de la campaña resuelto hasta el momento, resulta interesante de acuerdo a los lineamientos que ya se han definido. Además, involucra una profundización en nuevos aspectos a considerar, como por ejemplo los dispositivos multimediales, y la relación de los adolescentes con el acceso a la información.

Por otra parte, sería una proyección interesante explorar en distintas propuestas posibles de generar en una tercera etapa, como por ejemplo, la incorporación de otros temas relevantes en la salud integral de los jóvenes como salud mental, nutricional, consejería y apoyo en distintos aspectos. Además de, con ellas, incorporar variaciones en el contenido del kit a través de la incorporación de productos nuevos vinculados con las temáticas referidas.

Para finalizar, cabe mencionar que, este proceso además de resultar enriquecedor en materia de acceso a una gran información sobre el tema, fue un proceso de trabajo arduo que culmina (como primera etapa) lleno de muchas experiencias interesantes. Es de suma relevancia para mí, mencionar que este proceso como una etapa que abre las puertas al comienzo de la vida profesional, fue muy importante, no sólo por haber trabajado con un equipo profesional experto en el tema, sino porque también fueron de aporte gigante en que el fin de esta etapa sea una experiencia de gran crecimiento y desarrollo tanto personal como profesional.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este proyecto no dura sólo la cantidad de semestres que toma la investigación y todo el proceso hasta ver el resultado. Tampoco la cantidad de años que demoramos en terminar una carrera.

Es el resultado de toda una vida. De los talleres a los que mi mamá me llevó desde pequeña. De todo el esfuerzo que siempre ha hecho por ser salir adelante con tres hijos. De todas las decisiones que me ayudó a tomar, y que me enseñó luego a tomar sola. Es cada una de las palabras de aliento que siempre me dio, y cada café que me preparó para ayudar en el traspase.

De las alegrías que mis hermanos siempre me han dado. El masajito en la espalda cuando te cansas. La compañía y burla simpaticona.

De los silencios, los abrazos, y las palabras de apoyo. De padrinos, aprendices, actrices y más.

De los 9 años llenos de todo compartidos con Jose. Esas palabras de confianza que siempre fueron un incentivo a seguir porque no hay imposibles. Esos viajes en metro y largas conversaciones siempre reconfortantes. Esos viajes por el mundo en sólo 2 minutos. Esa familia llena de amor. Esa vida llena de cambios, crecimiento y mucha compañía alegre.

De los amigos encontrados en la vida. Los hermanos y hermanas de la vida. Las anécdotas, las risas y los llantos.

De esos momentos exactos que lo cambian todo. Ese hombre de Europa que decide cruzar el océano para brindar apoyo en este cambio sin saberlo. O aquel que sólo cruzó algunas regiones, pero sin embargo su viaje aportó en muchos aspectos.

Incluso aquellos que ya no están, y que sus presencias y ausencias fueron indispensables.

Por ese y cada cosa que no cabe en estas letras, muchísimas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baeza, B., Póo, A.M., Vásquez, O., Muñoz, S. & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2). <Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v72n2/arto2.pdf>>
2. Burdiles, P. & Santander, S. (2013). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Santiago, Chile: [s.n].
3. Chaves, N. (2001). El oficio de diseñar: propuestas a la conciencia crítica de los que comienzan. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili.
4. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, citado en: Burdiles, P. & Santander, S. (2013). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Santiago, Chile: [s.n].
5. Frascara, J. (2000). Diseño gráfico y comunicación. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Infinito.
6. Frascara, J. (2008, 4a. edición). Diseño gráfico para la gente. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Infinito.
7. González, M. & Ramírez, L. (2011). Consejería para adolescentes y jóvenes. Santiago, Chile: [s.n].
8. INJUV 2010, citada en: Santander, S., Zubarew, T., Ramírez, L., Narváez, P., Caprile, M.A., Burdiles, P. & Meneses, P. (2012). Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Santiago, Chile: [s.n].
9. Instituto Nacional de Estadísticas – INE, 2012, citada en: Burdiles, P. & Santander, S. (2013). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Santiago, Chile: [s.n].
10. Lupton, E. (2012). Intuición, acción, creación, *Graphic Design Thinking*. Editorial Gustavo Gili

ANEXOS

11. Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V. & García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista Médica de Chile, 132. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000100010>
12. Navarrete, L. (2013). Una nueva mirada a la participación adolescente. Cuadernillo UNICEF, 1, 4.
13. Olavarría, J. (2013). Sexualidad adolescente: embarazos...maternidad, paternidad. La larga espera para un abordaje en serio. Revista docencia, 49, 67. <Disponible en <http://www.revistadocencia.cl/pdf/20130626220111.pdf>>
14. Organización Mundial de la Salud, OMS (s.f.). ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? Salud del adolescente. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
15. Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en los países en desarrollo: las evidencias. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
16. Peninou, G. (1976). Semiótica de la publicidad. Barcelona, España. Editorial Gustavo Gili.
17. Santander et. al., 2008; Florenzano, Valdés, Santander, Calderón, Cassasus, et. al. 2009.
18. Santander, S., Zubarew, T., Ramírez, L., Narváez, P., Caprile, M.A., Burdiles, P. & Meneses, P. (2012). Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Santiago, Chile: [s.n].



Santiago, 12 de septiembre de 2016

Sres.
CAROLINA MUÑOZ S.

Presente

Tenemos el agrado de cotizarle(s) lo siguiente:

1. CAJA

N° 134.171

TAMAÑO EXTENDIDO 32 X 63 CMS
IMPRESAS A 4/0 COLOR MAS POLIMATE
CARTULINA REVERSO BLANCO 300 GRS
TROQUELADO,PLISADO,PEGADO

Cantidad	Unitario	Total
1.000	780,00	\$ 780.000
2.000	572,50	\$ 1.145.000

2. CAJA

Ref: 134.172

TAMAÑO EXTENDIDO 32 X 63 CMS
IMPRESAS A 3/0 COLOR MAS POLIMATE
CARTULINA REVERSO BLANCO 300 GRS
TROQUELADO,PLISADO,PEGADO

Cantidad	Unitario	Total
1.000	756,00	\$ 756.000
2.000	567,00	\$ 1.134.000

Valores más IVA

Forma de Pago: Contado

Plazo de Entrega: A convenir.

Validez del Presupuesto: 10 días.

Quedamos a la espera de su respuesta y le saludamos atentamente.

Sin Firmante
O'Print Impresores S.A.

Acepto Presupuesto