

Factores asociados a la intención de usar anticonceptivos artificiales entre adolescentes embarazadas de estrato social bajo

CRISTINA DI SILVESTRE⁽¹⁾ y DAVID STREINER⁽²⁾

RESUMEN

Se presentan algunos de los resultados de la etapa cuantitativa de un estudio mixto en el cual se combinó la metodología cualitativa y la cuantitativa. La etapa cuantitativa consistió en un diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo fue establecer la asociación entre la intención de usar anticonceptivos artificiales (modernos) y algunas variables psicosociales: metas personales futuras, percepción del rol de género, severidad atribuida al embarazo en la adolescencia, vulnerabilidad de llegar a embarazarse, barreras percibidas para acercarse al consultorio; riesgo social atribuible a la condición de embarazo durante la adolescencia, uso de anticonceptivos artificiales (A.A.) entre las amigas, consejo otorgado por las amigas, y número de parejas. Se administró una encuesta a un total de 260 adolescentes embarazadas de estrato social bajo asistentes a control de embarazo. Los datos muestran asociación significativa entre la intención de usar A.A. y las metas a mediano plazo, el consejo otorgado por las amigas en relación al uso de A.A. y orientación femenina en el rol de género. Contrario a lo esperado, el uso de A.A. por parte de las amigas no se encuentra asociado a la intención que expresan de usarlos, tampoco en las adolescentes la percepción de las barreras para acercarse al consultorio constituye un impedimento en su intención de usar A.A. Aun cuando las adolescentes reconocen que existe un riesgo social al embarazarse atribuible a la reacción social ante un embarazo, esta variable no es lo suficientemente importante en su intención de usar A.A.

Palabras clave: embarazo adolescente, uso de anticonceptivos.

ABSTRACT

FACTORS RELATED TO THE INTENTION TO USE ARTIFICIAL CONTRACEPTIVES AMONG PREGNANT ADOLESCENTS FROM LOW SOCIAL STRATUM

In the present work some of the results from the quantitative stage of a combined study merging quantitative and qualitative methodologies are presented. The quantitative stage consisted of a correlational descriptive design aiming at establishing the association between the intention to use artificial contraceptives (modern) and some psychosocial variables: future individual goals, gender role perception, the stressfulness and severity attributed to the situation of pregnancy during adolescence, the vulnerability derived of becoming pregnant, the perceived barriers to attend

⁽¹⁾ Unidad de Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 1027. Santiago. Chile cparadizo@yahoo.es

⁽²⁾ Pediatrics Research Institute. Mc Master University. Profesor de Psiquiatría. Universidad de Toronto. Ontario. Canadá.

outpatient clinics, social risk attributed to the condition of being pregnant during adolescence, use of artificial contraceptives (AA) among friends, friend counseling and partner number. A survey was implemented among 260 pregnant adolescents from a low social stratum that were under pregnancy follow up. Data showed a significant association between the intent to use contraceptives and the medium term goals, friend counseling with regard to the use of contraceptives and female orientation in gender role. Unlike the expected, the use of AA by friends did not correlate to the intention to use they expressed. The perception of barriers to attend outpatient clinics by adolescents did not represent an impediment to their intention to use AA. Although adolescents acknowledge there is a social risk upon becoming pregnant that can be attributed to the social reaction before a pregnancy, such variable is not significant enough for their intention to use AA.

Keywords: *adolescent pregnancy, contraceptive use.*

INTRODUCCIÓN

Como fue establecido por la Organización Mundial de la Salud¹ la sexualidad adolescente continúa siendo un desafío en la mayoría de las sociedades.

El embarazo antes de los 18 años de edad implica ciertos riesgos tanto para la madre como para el niño; si la pelvis de la madre tiene un tamaño pequeño debido a su incompleto desarrollo esquelético, ella puede sufrir un parto prolongado y complicado. Comparando el riesgo de muerte durante el parto, en madres menores de 17 años, éste es 2 a 4 veces más alto que en madres de 20 años y más^{1,2}. Más aún las tasas de mortalidad y de morbilidad son más altas entre infantes nacidos de madres más jóvenes; el riesgo de morir es cercano a un 30% o más entre recién nacidos cuyas madres están entre los 15 y 19 años de edad que entre aquellas de 20 años y más^{1,2}.

En América Latina siete de diez nacimientos son no planificados por madres adolescentes. Algunas de quienes enfrentan un embarazo no deseado intentan el aborto³. Dado que el aborto en este contexto es llevado a cabo por personas no entrenadas o bajo condiciones no sanitarias puede derivar en infecciones, infertilidad, enfermedad e incluso muerte. El riesgo de abortos inseguros entre las adolescentes aumenta debido a que dilatan la decisión.

En Chile los siguientes datos muestran la

magnitud del problema de la sexualidad temprana: más de la mitad inicia su vida sexual antes de los 16 años^{4,5}; el 13% de los abortos ocurre en mujeres menores de 20 años⁶; entre 1990 y 2005 aumentó el número de nacidos vivos de madres adolescentes de 13.8 a 15.6⁷; la cifra anual de hijos de madres adolescentes alcanza a 40.000 y el 80% son embarazos no deseados⁸; el 85.7% de los hijos de madres solteras corresponden a adolescentes entre 14 y 19 años, y el 63.7% de estas madres jóvenes pertenecen a sectores de bajos ingresos⁸. Mientras más bajo es el estrato social de pertenencia, menor es el uso de anticonceptivos y, a su vez, mayor el número de adolescentes que declaran tener al menos un hijo⁹.

Un problema regular es que las adolescentes que han usado algún anticonceptivo lo abandonan o lo usa de manera discontinua, lo cual las expone a riesgo de un embarazo no deseado y a un aborto⁹.

Pareciera que uno de los factores responsables por esta alta proporción de embarazos no deseados en las mujeres jóvenes, es la falta de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y/o cómo usarlos¹⁰. Sin embargo, algunos estudios con adolescentes han mostrado una escasa asociación entre nivel de conocimiento sobre conductas preventivas y uso de anticonceptivos^{5,11,12}.

Según estadísticas del Ministerio de Salud¹³, alrededor de 23% de las mujeres en control de embarazo y 11% en planificación familiar son

menores de 19 años. Existe evidencia que sugiere que la tasa de mortalidad infantil es dos veces más alta en hijos de mujeres menores de 20 años, que en hijos de mujeres de más edad¹⁴. Entre adolescentes indigentes y pobres la segunda razón por no asistir a la escuela es la maternidad o paternidad¹⁵.

Por lo antes expuesto se elaboró un estudio con diseño metodológico mixto, con una etapa cuantitativa y una cualitativa, el cual se propuso comprender y explicar el proceso de decisión anticonceptiva en adolescentes embarazadas. El propósito del estudio fue contribuir con información para la elaboración de un programa de consejería orientado a las reales necesidades en un grupo de adolescentes de alto riesgo, el cual incluya los componentes culturales y psicosociales que influyen en la intención y decisión de usar A.A.

La hipótesis de trabajo del estudio fue: entre adolescentes de estrato social bajo que asisten a control de embarazo, la intención de usar métodos anticonceptivos artificiales está asociada a las metas personales a corto, mediano y largo plazo, a la percepción del rol de género, a la severidad atribuida al embarazo en la adolescencia, a la vulnerabilidad de llegar a embarazarse antes de seis meses de ocurrido el parto, a las barreras (distancia, costo y tiempo) percibidas para acercarse al consultorio, al riesgo social atribuido al embarazo durante la adolescencia, al uso de anticonceptivos artificiales entre las amigas, al consejo otorgado por las amigas y al número de parejas que ha tenido la adolescente.

MATERIAL Y MÉTODO

El método en su fase cuantitativa fue una encuesta transversal descriptiva de carácter correlacional en la cual un grupo de variables independientes fue usada para describir la intención y no intención de usar anticonceptivos artificiales (variable dependiente).

La población objetivo fue adolescentes embarazadas de estrato social bajo que asisten a con-

trol prenatal. El estudio se llevó a cabo en cuatro consultorios: Consultorio 1 (Santiago Centro), Félix de Amesti (Macul), La Faena (Peñalolén) y Dr. Scroggie (Independencia). Un total de 260 adolescentes fueron estudiadas.

Los criterios de inclusión de las jóvenes fueron:

1. Adolescentes embarazadas y asistiendo a controles prenatales.
2. Hasta 19 años.
3. De cualquier status marital (solteras, casadas, separadas o convivientes).
4. De estrato social bajo medido de acuerdo al nivel educacional y ocupación de los padres, ingreso y nivel educacional de las participantes.

La población objetivo fue elegida ya que se encuentra en un medio ambiente socioeconómico (bajos ingresos, alta densidad habitacional, inestabilidad laboral, abandono escolar), el cual aumenta su probabilidad de embarazo temprano.

Criterio de exclusión: adolescentes que no están seguras si desean llegar a embarazarse un año después del parto.

La recolección de los datos se realizó en los últimos controles prenatales (entre el sexto y octavo mes de embarazo).

Se utilizó una cédula de entrevista semi-estructurada para recolectar los datos, la cual contenía preguntas con alternativas de respuesta cerrada y abierta. Las variables a medir fueron: 1) características sociodemográficas de la adolescente: edad, nivel de educación, último curso al que asistió, número de personas viviendo en su hogar, ocupación del padre, ocupación de la madre, número de hermanos, nivel educacional de ambos padres, estructura familiar (intacta, separada, reestructurada); historia sexual y reproductiva (edad al primer embarazo, edad del primer coito, número de parejas sexuales antes de embarazarse, enfermedades de transmisión sexual, número de parejas sexuales a la fecha del embarazo y número de parejas sexuales en

el último año); 3) ítems para medir las variables independientes y 4) tres escalas tipo Likert para medir las siguientes variables: «percepción de vulnerabilidad atribuible al embarazo en la adolescencia», «percepción del riesgo social causado por el embarazo durante la adolescencia» y «efectos percibidos de los anticonceptivos artificiales» y 5) un índice para la medición de la variable «orientación femenina en la percepción de los roles de género».

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las adolescentes

El rango de edad de las adolescentes estudiadas varió entre los 12 y 19 años. La mayoría es soltera (67%) y 31% convive. Entre aquellas que viven con su pareja, sólo el 3% lleva conviviendo más de 18 meses. Un tercio de la muestra tiene ocho años de educación formal, un 33.8% tiene 10 años y 33% entre 11 o 12 años. De las adolescentes de 18 o 19 años (136 casos), el 63% estaba en los últimos años de educación formal (3er o 4to año de E.M.). Las parejas con quienes las adolescentes mantenían una relación estable (87 casos) tenían un nivel educacional más alto que las jóvenes. Considerando que 6 años es la edad de ingreso al sistema educacional formal y 18 años corresponde al último año escolar, 76% de las adolescentes del estudio debería estar actualmente estudiando. Sin embargo, sólo el 30% se encontraba en el colegio al momento del estudio, 27% era dueña de casa, un quinto estaba «en la casa», pero no como dueña de casa y 10% trabajaba.

En relación a las características familiares, casi la mitad de la muestra (44%) proviene de familias separadas y el resto de familias intactas (56%). En 19% de los casos, sus padres se habían separado hacía 11 o más años; en 10%, entre 6 y 10 años, en 6% entre tres y cinco años y en 9% dos años o menos. Un quinto de las adolescentes vive sólo con sus madres, 19% con su pareja y 1% sola.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE
ESTATUS LEGAL	
Soltera	67,0
Separada	1,9
Casada o conviviente	31,1
TIEMPO DE CASADA O CONVIVIENTE	
Hasta tres meses	23,3
4-6 meses	19,5
7-11 meses	18,2
12-17 meses	6,2
18 meses y más	19,5
ÚLTIMO CURSO AL QUE ASISTIÓ	
1° a 4° Básico	1,7
De 5° a 8° Básico	31,3
De 1° E.M. a 4° de E.M.	7,0
ACTIVIDAD	
Trabaja	9,6
Sin trabajo	12,3
Estudia	29,6
Está en la casa	21,6
ESTATUS DE LOS PADRES	
Separados (divorciados)	44,0
Juntos	56,0
COMPOSICIÓN DEL HOGAR	
Ambos padres	45,8
Un padre	22,7
Pareja	18,8
Familiares, sin los padres	10,7
En una institución	0,4
Sola	0,4
Sin respuesta	1,2
NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR	
De uno a tres	70,8
Cuatro o más	29,2
NÚMERO DE HERMANOS	
Hasta tres	61,1
4 - 5	21,6
6 o más	17,3

Intención de usar Anticonceptivos Artificiales

Se examinó si la intención de usar A.A. era diferente de acuerdo a algunas variables independientes: metas personales de vida, percepción del rol de género, percepción de daño atribuible al embarazo en la adolescencia, vulnerabilidad percibida de llegar a embarazarse seis meses después del parto, barreras percibidas para llegar al consultorio, riesgo social percibido atribuido al embarazo durante la adolescencia, opiniones acerca de los A.A., uso de A.A. por las amigas, consejo referido a los anticonceptivos otorgado por las amigas y el número de parejas que ha tenido la adolescente. Al respecto las hipótesis puestas a prueba empírica fueron los siguientes:

Hipótesis 1: Entre adolescentes embarazadas, la intención de usar A.A. diferirá de acuerdo a sus metas a corto, mediano y largo plazo.

Las metas personales de vida fueron medidas a través de tres preguntas, cada una refiriéndose a planes inmediatos (corto plazo), planes a mediano plazo y a largo plazo. La variable metas a corto plazo fue medida a través de la pregunta: Después del parto, ¿que haz planeado para tu vida? Los planes de mediano plazo se midieron mediante la pregunta: Durante este año, ¿qué haz planeado para tu vida?, y las metas a largo plazo se midieron de la siguiente forma: En cinco o diez años más, ¿que haz pensado que estarás haciendo?

Comparando las respuestas a las tres preguntas se encontró que tener «metas a mediano plazo» (planes futuros a un año plazo) está fuertemente asociado con la intención de usar A.A. ($X^2=6,693$, $df=1$, $p=0,05$); entre aquellas con planes para actividades «fuera de la casa» ($n=150$), es mayor el porcentaje (83%) de adolescentes que quiere usar A.A. que aquellas que no tiene la intención de usarlos (17%). También existe una asociación entre intención de usar A.A. y tener «planes a corto plazo» ($X^2=3,580$, $df=1$, $p=0,05$). La asociación desaparece en la variable «planes a largo plazo», por lo cual hipotéticamente podríamos pensar que la adolescente

se percibe a un futuro largo plazo formando una familia lo cual implica obviamente evitar el uso de anticonceptivos a fin de embarazarse.

Hipótesis 2: Entre adolescentes embarazadas, aquellas que tienen una orientación más femenina en la percepción del rol de género es más probable que tengan la intención de usar A.A. que aquellas con una orientación más masculina.

El dato muestra que la intención de usar A.A. fue significativamente mayor entre las adolescentes quienes tienen una tendencia femenina en la percepción del rol de género ($X^2=4,412$, $df=1$, $p=0,03$); el deseo de usar A.A. es cinco veces mayor entre las adolescentes con una orientación femenina que aquellas que tienen una orientación masculina.

Hipótesis 3: Entre adolescentes embarazadas la intención de usar A.A. está relacionada a la percepción de vulnerabilidad atribuida a la condición de embarazo.

No existen diferencias significativas en la intención de usar A.A. entre adolescentes quienes atribuyen una alta vulnerabilidad a la condición de embarazo ($CI=-1,014;1,257$, $p=0,081$), y aquellas quienes piensan que el embarazo no es una condición dañina para una mujer en la adolescencia. Con el propósito de corroborar si la relación original cambia dependiendo de si la adolescente está o no viviendo con su pareja, se dividió el grupo en dos: «adolescentes con pareja» y «adolescentes sin pareja». La presencia de una pareja como variable control no cambió la relación original verificada.

Hipótesis 4: Entre adolescentes embarazadas, aquellas quienes piensan que tienen una más alta probabilidad de quedar embarazadas seis meses después del parto en comparación con otras adolescentes, estarán más dispuestas a usar A.A.

La percepción de probabilidad de quedar embarazada muestra una tendencia contraria en relación a lo esperado. Existe un menor número de adolescentes quienes tienen la intención de usar anticonceptivos (16%) entre aquellas que se perciben «más» vulnerables que sus amigas a embarazarse que aquellas quienes se perciben con la

misma (39%) o «menor» probabilidad (45%). Pareciera que las variables presentan una tendencia inversa: mayor intención de uso/menos vulnerabilidad, menor intención de uso/mayor vulnerabilidad. Claramente las adolescentes que piensan usar anticonceptivos están al mismo tiempo percibiéndose menos vulnerables porque están en una posición de evitar el embarazo. También entre aquellas que dicen no tener la intención de usarlos (41 casos), la cantidad de quienes piensan que tienen «menor» riesgo de embarazarse es mayor (21) que aquellas quienes tienen la «misma» o «mayor» probabilidad (10 y 10, respectivamente).

Hipótesis 5: Entre adolescentes embarazadas, la menor cantidad de barreras (dinero, distancia del consultorio de sus hogares y tiempo que le toma en llegar hasta el consultorio) para el uso de anticonceptivos artificiales, está asociada con una mayor intención de usarlos.

El dato muestra que ni los costos, ni la distancia, ni el tiempo utilizado para llegar al consultorio están asociados con la intención de usar anticonceptivos artificiales. Sin embargo, entre adolescentes quienes saben que el consultorio otorga gratuitamente los anticonceptivos, mayor es el porcentaje que tiene la intención de usarlos (77%) que aquellas que no (23%). Pero también más adolescentes quieren usar A.A. a pesar de que ignoran que son gratis (81%) que aquellas que no quieren usarlos aún sabiendo que son otorgados sin costo alguno (19%).

Hipótesis 6: Entre adolescentes embarazadas, aquellas quienes perciben que se asume un alto riesgo social al estar embarazadas mostraron mayor intención de usar A.A. comparadas con aquellas quienes le atribuyen menos riesgo social al embarazo.

Un test T para muestras independientes mostró muy poca diferencia en el promedio de intención de uso de A.A. entre adolescentes quienes piensan que el embarazo las coloca en una situación de riesgo social comparadas con aquellas que piensan lo contrario (SI=18.6; NO=18.1). No existen diferencias significativas en la intención

de usar A.A. entre aquellas adolescentes quienes se perciben en alto riesgo social y aquellas que no tiene la misma percepción.

Hipótesis 7: Entre adolescentes embarazadas, la percepción de los efectos de los A.A. está asociada a la intención de usar A.A.

El t-test demostró que aquellas quienes intentan usar A.A. y aquellas que no tienen la misma intención, presentan similar puntaje en la escala de percepción de efectos de los A.A. Es decir, las que tienen la intención de usarlos y las que no sostienen similares opiniones acerca de los efectos que tienen los A.A.

Hipótesis 8: Entre adolescentes embarazadas, aquellas quienes tienen amigas que usan algún A.A. estarán más dispuestas a usar anticonceptivos que aquellas que no tienen amigas que usen A.A.

El uso de A.A. en amigas no está asociado con la intención de usar A.A. Entre aquellas adolescentes cuyas amigas usan anticonceptivos artificiales, el 85% tiene intención de usarlos; y entre aquellas cuyas amigas no usan, el 81% también tiene la intención de usar A.A. Esto significa que las adolescentes deciden usar A.A. independientemente de si son o no utilizados por sus amigas.

Hipótesis 9: Las adolescentes embarazadas tendrán una más alta intención de usar A.A. si sus amigas les han aconsejado que los usen.

El consejo de amigas está fuertemente asociado con la intención de usar A.A. ($X^2=10,750$, $df=1$, $p=0.001$). Entre adolescentes quienes han decidido usar A.A. ($n=153$), cerca de dos tercios (66%) ha recibido consejo de alguna amiga al respecto. Por otro lado, entre aquellas quienes no tienen la intención de usar A.A. ($n=40$) más de la mitad (63%) no ha recibido consejo de sus amigas. Esto pone en evidencia la importancia de la influencia de los pares en esta etapa de la vida.

Hipótesis 10: Entre adolescentes embarazadas, el número de parejas que ellas han tenido está asociado a la intención de usar A.A.

Contrario a lo esperado, el número de relacio-

nes de pareja (estables) no está asociado con la intención de usar A.A.; el número de adolescentes que está pensando en usar A.A. y ha tenido sólo una pareja es mayor (87%) que aquellas que también tienen la intención de usar, y han tenido dos o más relaciones estables (79%) en sus vidas.

CONCLUSIONES

El promedio de edad al primer embarazo entre las adolescentes del estudio, es similar al promedio de edad informado en otros estudios hechos en Chile¹⁶⁻¹⁹.

Un hallazgo común de otros estudios²⁰⁻²¹, es que los pares son una fuente primaria de influencia con respecto al uso de anticonceptivos. El «consejo» de amigas más que la «experiencia» en el uso de anticonceptivos está asociado con la intención de usarlos. En algunos estudios se ha comprobado que la percepción de conductas normadas de sus pares es un predictor de uso regular de condón²²⁻²⁴; el apoyo de los pares adolescentes contribuiría positivamente en el acceso a los servicios de planificación familiar. Esto muestra el impacto que puede tener el apoyo social sobre el uso de anticonceptivos y la necesidad de identificar cuáles tipos de información podrían influir a los adolescentes estimulando en ellos la decisión de usar anticonceptivos. Nuestros resultados muestran que para las adolescentes del estudio la madre es la fuente más útil de información acerca de los anticonceptivos.

Las adolescentes que tienen una tendencia feminista en la percepción del rol de género se mostraron más dispuestas a usar los A.A., lo cual corrobora lo constatado en otros estudios: mientras menos pasivas y conformadas con las conductas prescritas de su rol sexual es más probable que propongan a su pareja relaciones sexuales protegidas^{25,26}.

Las barreras tales como el dinero, la distancia y el tiempo requerido para llegar al consultorio no están asociadas con la intención de usar A.A., Pareciera que las barreras tienen que ver más

con los sentimientos de tener que solicitar anticonceptivos, percepción de falta vulnerabilidad de un nuevo embarazo o un deseo encubierto -no explorado en nuestro estudio- de llegar a embarazarse nuevamente.

Los hallazgos muestran que la percepción de los A.A. y las percepciones de la situación personal afectan la decisión A.A.; aquellas adolescentes quienes piensan que estarán «fuera de casa» y que tienen un más alto nivel de educación, es más probable que tengan la intención de usar A.A.

AGRADECIMIENTOS

A la International Clinical Epidemiology Network que apoyó con su financiamiento el desarrollo de este estudio (INCLIN GRANT Number 1004-98-52121). A Rodrigo Villegas, bioestadístico de la Escuela de Salud Pública, a los asistentes de investigación quienes colaboraron en el trabajo de recolección de los datos, a las adolescentes quienes confiaron sus experiencias al equipo y a los Consultorios que nos acogieron facilitando tanto sus dependencias para el trabajo en terreno como entregando información requerida por el equipo.

REFERENCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNFPA. Pregnant Adolescents. Delivering on Global Promises of Hope. 2006
Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784>
2. THE ALAN GUTMACHER INSTITUTE. Issues in Brief. Risk and realities of Early Child-bearing Worldwide. 2/97. 1997:1-11.
3. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) HIV Prevention on Young People. Grant:251031. 2007
Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-norad0207.pdf
4. KLEINCSEC M. ETS-SIDA: Discursos y Conductas Sexuales de las Chilenas y Chilenos. Edit. EDUK, Santiago, Chile; 1996.

5. ÓRDENES X, ÁVILA A. Estudio Comparativo sobre los Factores Psicosociales asociados a la Prevención del VIH/SIDA en Adolescentes de las Comunas de Santiago y Coyhaique. Tesis para optar al título de Sociólogo. Escuela de Sociología, Universidad La República 1999 .
6. SENDEROWITZ J, PAXMAN J. Adolescent Fertility: Worldwide Concerns. En *Population Bulletin*, Population Reference Bureau. Vol. 40:No. 2; 1985.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuario Estadísticas Vitales; 2007.
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (1998) citado por Servicio Nacional de la Mujer.
9. INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD. (INJUV) Quinta Encuesta Nacional de la Juventud 2006.
Disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/pdf/quintaencuestanacionaldejuventud.pdf>
10. KRAMAROSKY C, IGLESIAS J. Estudio sobre Aspectos Psicosexuales de la Adolescente Chilena. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1988; 16-23.
11. GERINGER WM, MARKS S, ALLEN W, ARMSTRONG. Knowledge, Attitudes, and Behavior Related to Condom Use and STDs in a High Risk Population. *Journal of Sex Research* 1993 Vol.30, No. 1:75-83. February.
12. HOWARD M, BLAMEY J. Helping Teenagers Postpone Sexual Involvement. *Family Planning Perspectives* 1990; 22 (1), January/February:21-26.
13. MINISTERIO DE SALUD. Situación Nutricional del Pre-escolar, Escolar y Adolescente. Dep. de Nutrición y Ciclo Vital 2003.
Disponible en:
www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/situacionnutricionldelpreescolar.ppt#348,3Diaspositiva3.
14. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Estadísticas Vitales, 2000.
15. MIDEPLAN, División Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2003.
16. DI SILVESTRE MC. Procesos y Estructura Familiar Asociados con el Embarazo y Conductas Sexuales de Alto Riesgo en Adolescentes. *Revisita Cuadernos de Investigación*. 2002 Serie Nro. 3 Universidad del Pacífico.
17. BURGOS P, CONTRERAS M, KLASSEN F. Embarazo en la Población Adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales Tipo IV de la Provincia de Bío-Bío. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infante-Juvenil 2002. Citado por León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica* 2008.
Disponible en: www.revistapediatria.cl/vol5-num1/pdf/5_RMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
18. TOLEDO DREVES V, ZABIN LS, EMERSON M. Durations of Adolescents Sexual Relationship Before and After Conception. *Journal of Adolescent Health* 1995;17:16--172.
19. GRIFFITHS EA, CORTÉS J, OLIVO A, ROMERO J, SALDIVIA J. Características Psicosociales de la Embarazada Adolescente en Valdivia. *Cuadernos Médico Sociales* 1994 XXXV (2):31-37.
20. REICHELT P, WERLEY H. Contraception, Abortion and Venereal Disease: Teenager Knowledge and The Effect of Education. *Family Planning Perspective* 1975; 7:83-88.
21. THOMPSON L, SPANIER GB. Influence of Parents, Peers, and Partners on the Contraceptive Use of College Men and Women. *Journal of Marriage and the Family*. 1978; August:481-492.
22. BIGLAN A, METZLEER CW, WIRT R, ARY D, NOELL J, OCHS L, et al Social and behavioral Factors Associated with High Risk Sexual Behavior among Adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 1990; 13:245-261.
23. DICLEMENTE RJ. Predictors of HIV-Preventive Sexual Behavior in a High-Risk Adolescent Population: The Influence of Perceived Peer Norms and Sexual Communication on Incarcerated Adolescents' Consistent Use of Condoms. *Journal of Adolescent Health*, 1991;12:385-390.
24. MURPHY JJ, BOGGESS S. Increased Condom Use Among Teenage Males, 1988-1995: The Role of Attitudes. *Family Planning Perspectives*, 1998; 30:276-280.

25. ROTHERAM-BORUS MJ, MAHLER KA, ROSARIO M. AIDS Prevention with Adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 1995; 7:320-336.
26. BARNETT B. Las Normas de Género influyen en los Adolescentes. *Network*, 1997; 17:1-8. Primavera.

Trabajo invitado.

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