

CARACTERISTICAS DE ADOLESCENTES SOLTERAS ACEPTANTES DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL POSTPARTO

Dr. Ramiro Molina C.(1)
Dr. Hernán Sanhueza H.(2)
Dra. Gloria Alarcón O.(3)
Dra. María Inés Romero S.(4)

ABSTRACT: 1.- *Biomedical issues concerning acceptability in 200 single adolescents eligible for family planning are analyzed.*
2.- *Characteristics of age, methods of family planning, morbidity during pregnancy, type of delivery and birthweight are compared. Statistically significant differences were found for morbidity during pregnancy and acceptability.*
3.- *A high rate of acceptability and a low rate of discontinuity was found. Discontinuity rate was lower for intrauterine devices than for oral and other contraceptives.*

Key Words: ADOLESCENCE, FAMILY PLANNING, PREGNANCY .

INTRODUCCION

Según la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1974 desarrollada por el Programa de Extensión de Servicios Materno Infantiles y Bienestar Familiar (PESMIB) del Ministerio de Salud Pública (1), el 7,2 0/o de la población femenina entre 15 y 19 años era sexualmente activa. Un 69 0/o de este mismo grupo conocía los métodos anticonceptivos modernos y un 16 0/o los había usado. De las usuarias, la cuarta parte lo era de dispositivo intrauterino.

Una investigación desarrollada en 1978 en alumnos de la Sede Arica de la Universidad de Chile (2) reveló que el 78 0/o de los varones y el 18 0/o de las mujeres había iniciado su actividad sexual antes de los 19 años. El 35 0/o de los varones y el 10 0/o de esas mujeres había usado algún anticonceptivo siendo el más frecuente en los varones el preservativo y en las mujeres, los hormonales.

Bachler y cols. (3) encontró en 1982 en una población escolar entre 12 y 18 años del Area Norte de Santiago que el 26 0/o de los hombres y el 3,4 0/o de las mujeres había iniciado sus relaciones sexuales. De este conjunto 33 0/o había usado anticonceptivos, la mitad de ellos, hormonales.

Esta información, aún cuando parcial, hace sospechar una tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales y al uso de anticonceptivos.

En Estados Unidos, la mitad de los embarazos prematrimoniales ocurre en los 6 meses siguientes

al comienzo de las relaciones sexuales (4). A su vez, las relaciones sexuales se inician entre los 15 y 19 años en el 500/o de las mujeres y entre los 17 y 21 años en el 700/o de los varones. El 750/o de las mujeres y algo menos del 500/o de los varones que planificaron el inicio de sus relaciones sexuales hizo uso de algún método anticonceptivo (5).

Los Servicios de Planificación Familiar para adolescentes han estado sujetos a políticas controvertidas tanto en países desarrollados (6, 7, 8, 9) como en países en vías de desarrollo (10) ya que el tema tiene múltiples y sensitivas connotaciones culturales, morales, religiosas así como también biológicas y médicas.

La tecnología anticonceptiva no está exenta de riesgos y estos la hacen de más difícil indicación en la adolescente que aún no ha demostrado la indemnidad de su eje hipotálamo-hipofiso-ovárico, o la madurez del mismo a través de un embarazo. Es por ello que el uso de anticonceptivos hormonales orales está contraindicado hasta por lo menos 2 años de menstruaciones regulares (11), permitiendo

- 1) Médico Director Depto. Obstetricia y Ginecología Hosp. Clínico Universidad de Chile.
- 2) Médico Jefe Sección Planificación Familiar. Depto. Obstetricia y Ginecología, Hosp. Clínico, Univ. de Chile.
- 3) Jefe Sección Adolescencia. Depto. Obstetricia y Ginecología Hosp. Clínico, Univ. de Chile.
- 4) Pediatra Sección de Adolescencia. Depto. de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

su uso solamente en aquella adolescente con vida sexual activa y permanente, capaz de manejar la medicación y que tenga un adecuado control médico.

El uso de anticonceptivo hormonal oral con progestágeno puro, junto con tener menos efectividad, con cierta frecuencia provoca sangrado intermenstrual por lo cual su uso es limitado. El uso de inyectables está contraindicado en la adolescente nulípara por su frecuente efecto de amenorrea.

El dispositivo intrauterino que en una época pareció promisorio para adolescentes con vida sexual irregular ha sido seriamente cuestionado por el alto riesgo relativo de proceso inflamatorio pélvico en nulíparas adolescentes encontrado en un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (12), riesgo relativo que alcanzó a 15. Este fenómeno es muy importante para el futuro de una adolescente tanto en términos de su fertilidad como del riesgo asociado de embarazo ectópico.

Los métodos de barrera, si bien más inocuos, tienen menor eficacia y sobre todo son menos aceptados.

Con el objetivo de contribuir al conocimiento de las características de adolescentes usuarias de métodos de planificación familiar se presenta el siguiente trabajo.

El estudio corresponde a un grupo de adolescentes solteras que controlaron su embarazo, atendieron su parto, y se mantuvieron bajo control y seguimiento ellas y sus hijos en una Sección Especializada del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. A cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, matrona, asistente social, psicóloga y enfermera que proveen la atención prenatal y del postparto, recibieron adecuada instrucción sobre Paternidad Responsable y la oferta de todos los métodos anticonceptivos en forma voluntaria y gratuita después del parto.

MATERIAL Y METODO.

El grupo de estudio estuvo constituido por 200 adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, habiendo controlado su embarazo en la Sección de Embarazada Adolescente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del mismo Hospital.

La información sobre las características del embarazo y el parto se obtuvo de la ficha clínica y de instrumentos de recolección complementarios diseñados con propósitos de investigación.

La información se vació a instrumentos ad hoc de los cuales se realizó el análisis. Los resultados se presentan en forma de distribuciones proporcionales simples y a ellos se aplicó pruebas estadísticas de significación de diferencias de proporciones o chi cuadrado según procediera.

RESULTADOS.

Presentación y Análisis..

La aceptabilidad por los métodos anticonceptivos se presenta en la Tabla 1 a continuación.

Se observa que la aceptabilidad por algún método anticonceptivo es alta, alcanzando a 46 0/o en el total.

La aceptabilidad tiende a aumentar con la edad; sin embargo, las diferencias en la distribución por edad de las aceptantes no alcanzan significación estadística.

Así aparece como con mayor probabilidad de repetir un embarazo, la menor de 15 años que a su vez tiene un embarazo de mayor riesgo, de modo que el refuerzo educativo parece indispensable en este grupo durante el control del embarazo. El principal motivo aducido para la no aceptabilidad es el "no creerlo indispensable" en un compromiso tácito de no reiniciar la vida sexual activa. El seguimiento de este subgrupo permitirá comprobar o descartar el que este compromiso se cumpla o nó.

En la tabla 2 se presenta la distribución según tipo de anticonceptivo elegido.

En la Tabla 2 se aprecia que el método más usado es el D.I.U. con muy baja frecuencia de "otros", que corresponden a métodos de barrera. No hay diferencia significativa por edad en la elección del método.

La recomendación y aceptabilidad de un método anticonceptivo están relacionadas con otras variables maternas. En las Tablas 3 y 4 se presenta la aceptabilidad según morbilidad obstétrica y en la Tabla 5, la aceptabilidad según forma de resolución del parto.

Tabla 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y ACEPTABILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EN SU PERIODO DE POSTPARTO

EDAD	ACEPTABILIDAD		TOTAL Nº	Aceptabilidad Específica por edad o/o
	No Aceptantes Nº	Aceptantes Nº		
15 y menos	26	19	45	42,2
16 - 17	56	45	101	44,6
18 - 19	26	28	54	51,9
TOTAL	108	92	200	46,0

Tabla 2

DISTRIBUCION DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGUN METODO ELEGIDO Y EDAD

EDAD	TIPO DE METODO							
	Dispositivo Intrauterino		Hormonales		Otros		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
15 y (-)	15	79,9	4	21,1	0	—	19	100
16 - 17	36	80,0	8	17,8	1	2,2	45	100
18 - 19	20	71,4	5	17,9	3	10,7	28	100
TOTAL	71	77,2	17	18,5	4	4,3	92	100

Tabla 3

ACEPTABILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN MORBILIDAD OBSTETRICA

MORBILIDAD	ACEPTABILIDAD		TOTAL	Aceptabilidad Espec. por Morbilidad o/o
	Aceptantes	No aceptantes		
Presente	28	107	135	20,7
Ausente	64	1	65	98,4
TOTAL	92	108	200	46,0

Se observa que la aceptabilidad específica es muy alta, 98,4 o/o en el grupo de adolescentes que no presentó morbilidad obstétrica, no así en el grupo con antecedentes de morbilidad en que ésta solo

alcanza al 20,7 o/o. En otras palabras las adolescentes no aceptantes tienen, en su mayoría, antecedentes de morbilidad durante el embarazo (107 de 108, es decir el 99 o/o).

Tabla 4

ACEPTABILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO

FORMA TERMINO DEL PARTO	ACEPTABILIDAD		TOTAL	Aceptabilidad Específica según Parto o/o
	Aceptantes	No Aceptantes		
Espontáneo	58	66	124	46,8
Forceps	16	19	35	45,7
Cesárea	18	23	41	43,9
TOTAL	92	108	200	46,0

Tabla 5

ACEPTABILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO

PESO DEL RECIEN NACIDO (Grs.)	ACEPTABILIDAD		TOTAL	Aceptabilidad Específica por Peso RN o/o
	Aceptantes	No Aceptantes		
2500 y menos	10	13	23	43,5
2501 - 3500	48	64	112	42,8
3501 y más	34	31	65	52,3
TOTAL	92	108	200	46,0

Tabla 6

DISCONTINUIDAD AL AÑO DE OBSERVACION EN ADOLESCENTES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGUN METODO

METODO ANTICONCEPTIVO	ACEPTANTES	DISCONTINUIDAD AL AÑO	
		Nº	o/o
Dispositivo Intrauterino	71	6	8,5
Hormonal	17	5	29,4
Otros	4	3	75,0
TOTAL	92	14	15,2

Al aplicar la prueba de diferencia de proporciones se encuentra significación estadística ($p \leq 0,001$).

Se aprecia que en el grupo de estudio la aceptabilidad es algo mayor en las adolescentes cuyo embarazo se resolvió por parto espontáneo que en un forceps y en cesárea. Estas diferencias no son significativas aún cuando la forma de término es un criterio para recomendar el período intergenésico y la opera-

ción cesárea hace aconsejable espaciar el siguiente embarazo.

Se analizó también la relación entre aceptabilidad de métodos anticonceptivos y variables del Recién Nacido para lo cual se utilizó como parámetro el peso de éste, lo que se muestra en la Tabla 5.

Se observa mayor aceptabilidad en las madres adolescentes cuyos hijos pesaron 3.501 gramos y

más. Las diferencias entre cada grupo de peso de los hijos no son significativas.

Se podría esperar que las adolescentes con niños de menor peso hubieran tenido mayor motivación para prevenir un embarazo subsecuente dados los mayores riesgos y mayor necesidad de cuidados de este tipo de niños, lo que no se observó.

El siguiente aspecto importante a considerar es la continuidad de uso del método anticonceptivo lo cual se presenta en la Tabla 6 en forma de tasa de discontinuidad al año de observación según método usado.

Se observa que sólo el 15,2 0/o de las adolescentes usuarias había discontinuado al año de observación, la gran mayoría considerada así por inasistencia a control. El criterio para considerar inasistencia a control fue de 30 días después de la cita no cumplida para métodos hormonal y 90 días después de la cita no cumplida para dispositivo intrauterino. No se registraron casos de indicación médica de discontinuidad de D.I.U.

Al equipo investigador sorprendió la baja tasa de discontinuidad dada las características de las adolescentes cuyas motivaciones para la planificación familiar son diferentes de la población adulta y cuyo compromiso frente a la paternidad responsable se había esperado menor.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado no se encontró significación estadística. Sin embargo al aplicar la prueba de diferencia de proporciones se encontró significación estadística entre dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales ($p = 0,0096$) y entre dispositivo intrauterino y otros métodos ($p < 0,001$) confirmando que la adhesividad al método es mayor en el D.I.U. al igual que lo observado en otros grupos etarios.

COMENTARIO.

Esta primera experiencia controlada de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes solteras ha sido novedosa al aportar resultados diferentes a los encontrados en población adulta tanto en estudios realizados en el Departamento como en otras Instituciones del país.

De la experiencia de 3 años del programa de seguimiento de embarazadas adolescentes y sus hijos parece ser que las motivaciones para el uso y conti-

nuidad de uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes solteras después de su primer parto se relacionan con aspectos psicosociales y con patrones biomédicos clásicos.

La tasa de aceptabilidad encontrada fue alta como también lo fue la tasa de continuidad. Hay una relación significativa entre la ausencia de morbilidad obstétrica y la aceptabilidad a la anticoncepción, pero no la hay con respecto a la forma de término del embarazo. Tampoco aparece una relación clara con el bajo peso de nacimiento del hijo que por constituir un factor de riesgo y de mayor demanda de cuidados podría llevar al deseo de postergar un nuevo embarazo.

Las particulares características de la vida sexual del grupo de estudio, definido como de situación irregular por su consición de adolescentes solteras, muchas veces abandonadas de su familia, hacen que el riesgo de un siguiente embarazo sea alto. Así en la corta experiencia aquí entregada se ha observado una frecuencia inesperada de embarazos repetidos de adolescentes que no ingresaron al programa de anticoncepción o lo abandonaron; la generalidad, correspondió a un embarazo de diferente progenitor.

De la información presentada surge la necesidad de mantener programas de control prenatal, de atención del parto y seguimiento posterior dados los requerimientos asistenciales de las adolescentes embarazadas con un sólido componente educativo que incluya paternidad responsable. También es evidente la necesidad de investigar para proponer y evaluar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas asociados al embarazo en la adolescencia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se analizan los factores biomédicos de aceptabilidad en 200 madres adolescentes solteras potenciales usuarias de planificación familiar.

2. Se comparan las características de edad, métodos anticonceptivos, morbilidad materna, forma de término del embarazo y peso del recién nacido encontrando diferencias estadísticamente significativas entre aceptabilidad y antecedentes de morbilidad materna, no así entre aceptabilidad y los otros factores.

3. Se encontró una alta tasa de aceptabilidad y una baja tasa de discontinuidad, la tasa de discontinuidad era significativamente menor para el dispositivo intrauterino que para los anticonceptivos hormonales y otros.

AGRADECIMIENTOS.

Este programa es parte del proyecto integral de cuidado de adolescentes en situación irregular, apoyado por el Hospital Clínico de la Universidad de Chile "José Joaquín Aguirre" y la Asociación Chilena de Protección de la Familia.

RESUME

On analyse les facteurs bio-médicaux d'acceptabilité chez 200 adolescentes célibataires, usagères potentielles de méthodes de contraception. On compare les caractéristiques d'âge, les méthodes de contraception, la morbidité maternelle, l'accouchement et le poids du nouveau né, parmi les acceptantes, sans trouver des différences. Le niveau d'acceptabilité et de continuité tur élevé étant donné le programme de soins intensifs et intégraux pour ce groupe d'âge.

BIBLIOGRAFIA.

1) Chang, N., Carrasco, E. Encuesta de Fecundidad 25 áreas PSMIB, 1974. Ministerio de Salud, Programa de Extensión de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar, págs. 90-96-109. (Doc. editado por Unidad

de Investigación y Evaluación. Ministerio de Salud, Chile, diciembre 1976).

- 2) Alfaro, E., Sánchez, C. y cols. Informe Arica. Investigación sexológica en alumnos de la Universidad de Chile, Sede Arica, págs. 37-40-72-75. (Documento mimeografiado Universidad de Chile, Sede Arica, junio 1978).
- 3) Baechler, R., Molina, R. y cols. Sexualidad en la Adolescencia. Cuadernos Médico Sociales Vol. XXIV, Nº 2, págs. 60-66, 1983.
- 4) Koenig, M, Zelmick, M. The risk of premarital first Pregnancy among Metropolitan - Area Teenagers; 1976 and 1979. Family Planning Perspectives, september, october, 1982, Vol. 14, págs. 239-247.
- 5) Zelnik, M., Farida, K. Shak, First Intercourse among Young Americans. Family Planning Perspectives. Vol. 15, Nº 2, march-abril, 1983, págs. 64-70.
- 6) Kanter, J.K., Zelnik, M. Sexual experience of young unmarried women in the United States. Family Planning Perspectives, 5:21, 1973.
- 7) Gudmacher, Alan. Institute School Sex Education in Policy and Practices. Public Issues in Brief. Washington, Vol. 3, Nº 3, february, 1983.
- 8) Van Parijis, L.G. Teenage Pregnancy and Contraception, Entre Nous, december, 1983, págs. 1-2.
- 9) Philliber, S.G., Jones, J. Striffing. A Contraceptive service for adolescentes: The importance of sex, race and age. Public Health Report, Vol. 97, Nº 2, march-april, 1982, págs. 165-169.
- 10) David Henry P. Cuba: Low fertility, relatively high abortion. Intecom, july-august 1983, Vol. II, págs. 5-6.
- 11) Rauh, J. L and Binket, R. and Brockman, R. Contraception for the teenager. Med. Clin. North Am. 20: 1005, 1975.
- 12) World Health Organization. PID Associated with Fertility Regulating Agents, 1984. Contraception (en prensa) (aceptado para publicación).
- 13) Molina, R., Alarcón, G. y cols. Adolescente embarazada. Resultados de un Modelo de Atención Médica. Rev. Médica de Chile (en prensa) (aceptado para publicación).