

Cómo reducir los embarazos adolescentes

Si bien la tasa de embarazos adolescentes en los Estados Unidos estaba en descenso, en el 2006 aumentó por primera vez en una década, y sigue siendo la más alta entre los países desarrollados. Aproximadamente el 71.5 de cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, cerca de 750,000 adolescentes estadounidenses, quedan embarazadas todos los años. (Guttmacher Institute, 2010d). La mayoría de estos embarazos, el 82 por ciento, no son planificados (Finer & Henshaw, 2006).

Además, como la edad promedio de la menarca ha alcanzado su punto más bajo siendo actualmente de 12 ó 13 años, (Potts, 1990), y teniendo en cuenta que cerca de seis de cada 10 mujeres jóvenes tiene relaciones sexuales durante la adolescencia (Abma et al., 2010), la mayoría de las niñas adolescentes corren el riesgo de quedar embarazadas.

Estos embarazos tienen consecuencias graves y numerosas tanto para los adolescentes como para sus bebés:

- Las adolescentes embarazadas tienen más posibilidades que las mujeres que postergan la maternidad, de experimentar enfermedades maternas, abortos espontáneos, nacimiento de un niño muerto y muerte neonatal (Luker, 1996).
- Las madres adolescentes tienen menos posibilidades de graduarse de la escuela secundaria y más posibilidades que sus compañeras que postergan la maternidad, de vivir en la pobreza y depender del bienestar social (Hoffman, 2006).
- Los niños de las madres adolescentes por lo general tienen un bajo peso al nacer, experimentan problemas de salud y de

desarrollo y con frecuencia son pobres, abusados y/o maltratados (Hoffman & Maynard, 2008; Martin et al., 2009; National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2010.).

- Los embarazos adolescentes representan una carga financiera considerable para la sociedad, que se estima en \$9.1 mil millones anuales en pérdidas de ingresos tributarios, asistencia pública, cuidados médicos para los menores, cuidados de crianza y situaciones que involucran la participación del sistema judicial penal (Hoffman, 2006).

Por consiguiente, Estados Unidos necesita varias iniciativas para reducir el índice de embarazos adolescentes y las consecuencias negativas pertinentes. Estas iniciativas deben incorporar la educación e información sexual médicamente correcta en las escuelas y en los medios de comunicación, mejorar el financiamiento para tener acceso a los servicios de planificación familiar y fomentar programas de desarrollo juveniles para mejorar las opciones de vida de los adolescentes de bajos recursos.

No obstante, ninguna de estas iniciativas puede tener éxito sin una reevaluación general de las actitudes y costumbres morales con respecto a la sexualidad adolescente en los EE.UU. Actualmente, se pone un énfasis poco realista en la represión de la conducta sexual adolescente, que ignora el hecho de que la expresión sexual es un componente esencial del desarrollo humano sano para los individuos de todas las edades (Freud; Maslow et al., as cited in Zimbardo, 1992). La mayoría de las personas reconocen este hecho, el 63 por ciento de los estadounidenses consideran que la exploración

sexual entre los jóvenes es una parte natural del desarrollo (SIECUS, 1999).

Una minoría influyente de la sociedad alienta programas poco realistas, basados en la abstinencia y en el consentimiento de los padres para obtener anticonceptivos, que niegan a los adolescentes estadounidenses información correcta y acceso confidencial a los servicios de planificación familiar que evitan los embarazos. No obstante, incluso los individuos que apoyan los programas basados únicamente en la abstinencia y el consentimiento de los padres reconocen los peligros de tales medidas.

Es la opinión de Planned Parenthood que los legisladores deben aceptar el hecho de que los adolescentes tienen una vida sexual activa, y que deben iniciar y proporcionar financiamiento para los diversos programas e intervenciones que faciliten la conducta sexual responsable.

La educación sexual puede ayudar a prevenir los embarazos adolescentes

La educación sexual responsable y médicamente correcta, que empieza en el jardín de infantes y continúa de un modo apropiado conforme a la edad hasta el grado 12, es necesaria teniendo en cuenta la temprana edad en la que los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales, el 5.9 por ciento de los estudiantes del país informa haber comenzado a tener relaciones sexuales antes de los 13 años, el 40.9 por ciento al llegar al grado 10, y el 62.3 por ciento al llegar al grado 12 (CDC, 2010). De hecho, los programas más exitosos cuyo objetivo es reducir los embarazos adolescentes son aquellos orientados a los adolescentes más jóvenes que aún no tienen mucha experiencia sexual (Frost & Forrest, 1995).

Los programas de educación sexual equilibrados y realistas que alientan a los estudiantes a posponer las relaciones sexuales hasta que sean mayores, y promueven las prácticas sexuales más seguras entre aquellos que deciden ser sexualmente activos, han demostrado su eficacia para demorar el primer coito y aumentado el uso de anticonceptivos entre los jóvenes sexualmente activos. Se ha determinado que estos programas *no* han fomentado la iniciación sexual temprana ni aumentado los niveles de actividad sexual o número de compañeros sexuales entre los jóvenes sexualmente activos (Kirby, 2007; Kohler et al., 2008).

Muchos programas de educación sexual en los Estados Unidos actualmente advierten a los jóvenes que no tengan sexo hasta el matrimonio. Del 69 por ciento de los distritos escolares que tienen una política a favor de la educación sexual, el 86 por ciento promueve la abstinencia como la opción preferencial o la *única* opción para los adolescentes (Landry et al., 1999). No obstante, los programas basados únicamente en la abstinencia no son eficaces porque no postergan el inicio de las relaciones sexuales y por lo general proporcionan información que no es médicamente correcta y es potencialmente engañosa (Kirby, 2007; Kohler et al., 2008; Lin & Santelli, 2008; Trenholm et al., 2007). Solamente 12 estados requieren educación sexual que incluya información sobre anticonceptivos. Otros cinco estados requieren que *en caso* de proporcionarse educación sexual, debe incluir información sobre anticonceptivos (Guttmacher Institute, 2010c). Estudios recientes indican que más adolescentes reciben una educación sexual formal sobre “cómo decirle que no al sexo” (87 por ciento de mujeres adolescentes y el 81 por ciento de hombres adolescentes) que información sobre métodos anticonceptivos (70 por ciento de mujeres adolescentes y el 62 por ciento de hombres adolescentes) (Martinez et al., 2010).

La mayoría de los estadounidenses respalda la educación sexual responsable y médicamente correcta

La gran mayoría de los estadounidenses apoya la educación sexual para los adolescentes, el 90 por ciento considera que debe enseñarse en las escuelas y el 82 por ciento está de acuerdo con los programas integrales que instruyen a los estudiantes sobre la abstinencia y otros métodos para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Aproximadamente el 82 por ciento de los estadounidenses y el 75 por ciento de los padres quieren que sus hijos reciban información sobre temas que incluyen el aborto, destrezas de comunicación y habilidades necesarias para la vida cotidiana, anticonceptivos y uso de condones, los aspectos emocionales de las relaciones sexuales, prácticas sexuales más seguras, infecciones de transmisión sexual y orientación sexual. Solamente el 36 por ciento de los estadounidenses apoya los programas basados únicamente en la abstinencia y el 56 por ciento de los estadounidenses no creen que los programas basados únicamente en la abstinencia sirvan para evitar las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no planificados. Si tienen la opción, únicamente del 1 al 5 por ciento

de los padres retiran a sus hijos de los cursos de educación sexual (Albert, 2004; Bleakley et al., 2006; Guttmacher Institute, 2002; KFF, 2000; Kirby, 1999; NPR et al., 2004; Research!America and APHA, 2004).

Estudios recientes indican que las opiniones de los padres con respecto a la educación sexual son similares en los estados que enseñan educación sexual y en los estados que obligan a tener programas que promuevan la abstinencia. Una encuesta realizada entre padres en California en el 2007, determinó que independientemente del nivel educativo, afiliación política o religiosa, o lugar de residencia, cerca del 90 por ciento pensaba que las escuelas debían contar con un programa de educación sexual integral (Mangaliman, 2007). Una encuesta realizada entre los padres en Carolina del Norte en el 2006, un estado en el que los programas basados en la abstinencia son obligatorios, indicó que el 91 por ciento de los padres apoyaba la educación sexual en las escuelas, y un 89 por ciento respaldaba una educación sexual integral (Ito et al., 2006).

Toda organización de educación sexual confiable en los EE.UU., así como las principales organizaciones de la salud, inclusive la Asociación Médica Americana, han denunciado los programas basados únicamente en la abstinencia. Y en 1997, una declaración conjunta de los Institutos Nacionales de la Salud determinó que la legislación que desalienta el uso de condones aduciendo que son ineficaces “pone a la política en conflicto directo con la ciencia porque ignora la evidencia abrumadora.... Los programas basados únicamente en la abstinencia no se pueden justificar ante la existencia de programas eficaces y dado el hecho de que confrontamos una emergencia internacional con la epidemia del SIDA” (NIH, 1997).

Los adolescentes también expresan la necesidad de tener acceso a una educación sexual médicamente correcta:

- Más de tres cuartos de los adolescentes de 15 a 17 años a nivel nacional informan que necesitan más información sobre anticonceptivos, VIH/SIDA, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y un tercio desconoce que tener una ITS aumenta el riesgo de contraer el VIH (KFF, 2003).
- Al sesenta y tres por ciento de los adolescentes de 15 a 17 años les gustaría

contar con más información sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles; al 29 por ciento le gustaría recibir más información sobre cómo usar condones; y al 59 por ciento le gustaría tener más información sobre dónde hacerse una prueba de VIH y otras pruebas para infecciones de transmisión sexual (KFF, 2003). El sesenta y cuatro por ciento de jóvenes de 12 a 19 años deseaba más información sobre la abstinencia, anticonceptivos o métodos de protección (Albert, 2007).

- La mitad de los adolescentes no sabe lo que es la anticoncepción de emergencia y desconoce que existen opciones para que la mujer evite un embarazo después de tener sexo sin protección. Más de un cuarto de los adolescentes cree incorrectamente que las píldoras anticonceptivas ofrecen protección contra las ITS, inclusive el VIH/SIDA (KFF, 2003).

La educación sexual es un éxito en otros países desarrollados

Los países europeos han demostrado gran éxito con la educación sexual. Por ejemplo:

- Holanda, donde la educación sexual comienza en la etapa preescolar y está integrada en todos los niveles y materias escolares, tiene uno de los índices más bajos de embarazos entre adolescentes, 5.2 por ciento por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, un índice ocho veces más bajo que el de los EE.UU. (Berne & Huberman, 1999; United Nations, 2010). De igual manera, el índice de abortos entre las adolescentes holandesas es tres veces más bajo que el de los EE.UU. y el índice de frecuencia del VIH es tres veces menor (Ferguson et al., 2008; UNAIDS, 2008).
- En Alemania, donde la educación sexual es integral y está orientada conforme a las necesidades de lectura y desarrollo de los estudiantes, el índice de nacimientos entre adolescentes es cuatro veces más bajo que el de los EE.UU., y el índice de aborto entre los adolescentes es aproximadamente cinco veces más bajo; y el índice de frecuencia del VIH es seis veces más bajo (Destatis,

2009; UNAIDS, 2008; United Nations, 2009).

- Francia cuenta con programas obligatorios de educación sexual a nivel nacional que comienzan cuando los estudiantes tienen 13 años. Los padres no pueden retirar a sus hijos del programa. El índice de nacimientos entre adolescentes en Francia es cuatro veces más bajo que en los EE.UU., y el índice de frecuencia del VIH es de una y media veces más bajo (Berne & Huberman, 1999; UNAIDS, 2008).

Los programas más eficaces en los EE.UU. combinan información médica correcta sobre una variedad de temas relacionados con la sexualidad, inclusive abstinencia, anticonceptivos, sexo más seguro y los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección y cómo evitarlos, así como el desarrollo de destrezas de comunicación, negociación y negación. Los adolescentes con acceso a educación sexual, tienen la mitad de las posibilidades de experimentar un embarazo que aquellos que participan en programas basados únicamente en la abstinencia (Kohler, et al, 2008). Una evaluación realizada en el 2007 del curriculum de educación sexual, indicó que los programas integrales más eficaces disminuyeron la conducta sexual riesgosa aproximadamente un tercio (Kirby, 2007).

El mayor uso de anticonceptivos representa el 86 por ciento de la disminución reciente en los embarazos adolescentes

El índice de embarazos adolescentes en los Estados Unidos se redujo durante una década y media, entre 1990 y el 2005 disminuyó de 117 embarazos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años a 69.5 por cada 1,000, una baja del 41 por ciento (Guttmacher Institute, 2010d).

Un análisis de datos de la Encuesta Nacional sobre el Crecimiento Familiar (NSFG, por sus siglas en inglés), la principal fuente de datos gubernamentales sobre población y la salud reproductiva, determinó que el 86 por ciento de la disminución en el índice de embarazos adolescentes tuvo lugar porque los adolescentes estaban haciendo un mejor uso de los anticonceptivos (Santelli et al., 2007). Esta cifra es aún más alta que los análisis de años previos que indicaron que del 47 al 80 por ciento de la baja podía atribuirse a un mejor uso de los

anticonceptivos (Santelli et al., 2004; Saul, 1999). Otro estudio diferente sugirió que otra de las causas de la reducción de los embarazos adolescentes es que los adolescentes sustituyen cada vez más el coito vaginal por otros tipos de actividad sexual (Weiss & Bullough, 2004).

No obstante, en el 2006, el índice de embarazos adolescentes aumentó por primera vez en una década, a 71.5 embarazos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años (Guttmacher Institute, 2010d).

Los medios de comunicación cumplen un papel importante en la prevención de los embarazos

Otra fuente de información sobre sexo para los adolescentes son los medios de comunicación:

- En los EE.UU., uno de cada tres programas de televisión incluye una escena que pone énfasis en la conducta sexual, y uno en 10 contiene una escena en que se muestra una relación sexual o la misma queda claramente implícita, sin embargo rara vez se habla sobre cómo protegerse o sobre las consecuencias de la conducta sexual (Kunkel et al., 2005).
- Las encuestas claramente indican que las imágenes televisivas contribuyen a la socialización sexual, mirar programas con alto contenido sexual está estrechamente relacionado con la iniciación temprana de las relaciones sexuales adolescentes (Collins et al., 2004).

En los EE.UU. es necesaria una campaña de los medios de comunicación a largo plazo orientada a la prevención de los embarazos adolescentes, que haga hincapié en las consecuencias de la conducta sexual. En la actualidad, la mayoría de las principales cadenas de televisión no transmiten publicidad o campañas de información pública sobre la salud sexual. Un análisis del contenido sexual en la televisión, las revistas, la música y las películas populares entre los adolescentes jóvenes halló muy pocos ejemplos de una conducta sexual sana: el 12 por ciento de todo el contenido popular en los medios era de naturaleza sexual, pero menos de la mitad del uno por ciento analizaba o representaba la salud sexual (Hust et al., 2008). Los países desarrollados tales como Holanda, Alemania y Francia, en los que el índice de nacimientos entre adolescentes es de cuatro a ocho veces más bajo que en los EE.UU., promueven una conducta sexual

sana y de bajo riesgo a través de campañas nacionales en los medios que tienen un alto grado de influencia en las mujeres y los hombres jóvenes (Berne & Huberman, 1999).

El acceso fácil a los anticonceptivos reduce la frecuencia y el costo de los embarazos adolescentes

Ha quedado demostrado que el acceso fácil y confidencial a los servicios de planificación familiar a través de clínicas, centros de salud vinculados a las escuelas y programas de distribución de condones ayudan a evitar los embarazos no planificados. El uso de anticonceptivos también es eficaz en cuanto a costos. El costo anual promedio asociado con el embarazo adolescente, por contribuyente, es de \$1,430 (Hoffman, 2006). Esto representa hasta ocho veces el costo de un suministro anual de la píldora en muchos centros de salud para la mujer. Es más de 25 veces el costo anual de un DIU (PPFA, 2010). Varios estudios demuestran que los esfuerzos para que los adolescentes tengan un mejor acceso a los anticonceptivos *no* aumentan los índices de actividad sexual (Blake et al., 2003; Kirby, 2007; Kohler et al., 2008), pero sí obtienen resultados positivos. Por ejemplo:

- Los programas más exitosos para evitar los embarazos adolescentes en los EE.UU., que combinan educación sexual con acceso directo a servicios anticonceptivos o información sobre los mismos, han aumentado el uso de anticonceptivos entre los participantes por hasta un 22 por ciento (Frost & Forrest, 1995).
- Los estudiantes en escuelas secundarias de Massachusetts con programas de distribución de condones tenían menos probabilidades de informar que habían tenido relaciones sexuales (42 por ciento) que aquellas escuelas sin tales programas (49 por ciento). Los adolescentes sexualmente activos en las escuelas con programas de distribución de condones tenían el doble de probabilidades de informar haber usado condones durante su experiencia sexual más reciente y de usarlos para evitar los embarazos (Blake et al., 2003).

La Academia Americana de Pediatría recomienda que las escuelas son lugares apropiados para la

distribución de condones (AAP, 2001). Una mayoría de padres encuestados en Minnesota y la ciudad de Nueva York convinieron que debía haber acceso a condones en las escuelas secundarias (Eisenberg et al., 2009).

La confidencialidad atrae a los adolescentes a los servicios anticonceptivos

Aproximadamente dos millones de las jóvenes adolescentes que necesitan servicios anticonceptivos acuden a clínicas financiadas con fondos públicos (Guttmacher Institute, 2009). El acceso confidencial a los servicios anticonceptivos es esencial para evitar los embarazos adolescentes. Las clínicas de planificación familiar financiadas con fondos públicos evitan 300,000 embarazos adolescentes al año. De no existir los servicios de planificación familiar financiados con fondos públicos, el número de embarazos no planificados y de abortos sería dos tercios más alto entre los adolescentes (Gold et al., 2009).

En *Carey v. Population Services International*, la Corte Suprema de los EE.UU. dictaminó que los menores tienen el derecho constitucional a la privacidad, que incluye el derecho a obtener anticonceptivos (Carey). El Título X y Medicaid requieren que se proporcionen servicios de planificación familiar a los adolescentes y que se proteja la confidencialidad de los menores (Jones, et al., 2005).

Una encuesta entre las adolescentes menores de 18 que procuraron servicios de cuidados de salud en clínicas de planificación familiar, determinó que el 60 por ciento dijo que sus padres sabían dónde estaban. De aquellas cuyos padres no sabían que se encontraban allí, el 70 por ciento dijo que no usaría la clínica para obtener anticonceptivos en caso de requerirse el consentimiento de los padres. Una de cada cinco adolescentes preferiría dejar de usar anticonceptivos o usar el método de retiro. Solamente el uno por ciento de las adolescentes informaron que dejarían de tener sexo en caso de aplicarse el requisito de notificación paterna (Jones et al., 2005).

Veintiún estados y el Distrito de Columbia explícitamente permiten a todos los menores aceptar servicios anticonceptivos sin necesidad de autorización o de tener que consultar con los padres. Muchos otros estados han adoptado reglas de "menores maduros" que autorizan a los menores a aceptar servicios anticonceptivos en ciertas

circunstancias. Solamente cuatro estados carecen de una política explícita sobre la autoridad de los menores para aceptar servicios anticonceptivos (Guttmacher Institute, 2010b).

Una mayor cobertura de los planes de seguro para los anticonceptivos reducirá los embarazos adolescentes

Expandir la cobertura del seguro para los anticonceptivos es una manera de mejorar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos. Muchos adolescentes no pueden pagar el costo de los métodos anticonceptivos. Las píldoras cuestan de \$180 a \$600 al año, las inyecciones cuestan de \$140 a \$300 al año, los implantes cuestan hasta \$800; el costo de los DIU es de \$500 a \$1000 (PPFA, 2010.).

Muchos planes de seguro privado no proporcionan la cobertura apropiada para los anticonceptivos y ninguna norma de atención de salud de los Estados Unidos exige la cobertura del costo de los condones (Berne & Huberman, 1999). No obstante, hacia el 2002, la mayoría de los servicios anticonceptivos reversibles, recetados y los suministros pertinentes estaban cubiertos por lo menos por nueve de 10 planes de seguros médico típicos pagados por el empleador (Sonfield et al., 2004). Este aumento se debió en parte a disposiciones en 27 estados que exigieron a las compañías de seguro que cubrían otros medicamentos recetados, que también cubrieran fármacos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA (Guttmacher Institute, 2010a). Los planes de seguro en los estados que exigen beneficios anticonceptivos tienen muchas más posibilidades de cubrir los principales métodos anticonceptivos con receta (87-92 por ciento) que los planes en estados sin este tipo de exigencias (47-61 por ciento) (Sonfield et al., 2004).

Los países con índices bajos de embarazos adolescentes, Holanda, Alemania y Francia, cuentan con una amplia cobertura de anticonceptivos para píldoras y dispositivos anticonceptivos, inclusive servicios anticonceptivos gratis para adolescentes (Berne & Huberman, 1999). En los EE.UU., sin embargo, muchas mujeres sexualmente activas continuarán sin protección porque una de cada cinco mujeres en edad de concebir no tiene seguro médico (KFF, 2009).

Los adolescentes pobres y de bajos recursos son los que tienen más necesidad de tener cobertura para anticonceptivos

La planificación familiar financiada por fondos públicos podría ayudar considerablemente a los adolescentes pobres (ingresos familiares conforme al nivel de pobreza federal o más bajos) y de bajos recursos (ingresos familiares entre el 100 y 199 por ciento del nivel de pobreza) a evitar los embarazos no planificados.

- La ausencia de fondos públicos para el financiamiento de la planificación familiar está asociada con embarazos no planificados entre las personas pobres. Entre 1994 y el 2001, la tasa de embarazos no planificados entre las mujeres pobres aumentó en un 29 por ciento. De hecho, las mujeres pobres tienen cuatro veces más posibilidades que las de alto poder adquisitivo de tener un embarazo no planificado (Finer & Henshaw, 2006).
- Al enfrentar un embarazo no planificado, es posible que muchas adolescentes pobres y de bajos recursos consideren que tener un hijo tan joven es una opción positiva y deseable, y muchas eligen dar a luz con la esperanza de mejorar sus vidas (Herman, 2008; MEE Productions, 2004).

Medicaid, el Título X y el Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) son tres programas del gobierno que subsidian servicios anticonceptivos para los adolescentes pobres y de bajos recursos.

- La planificación familiar financiada con fondos públicos, cada dólar gastado en servicios de planificación familiar subsidiado por fondos públicos ahorra \$4.02 en costos que de otro modo se gastarían en atención médica, beneficios de bienestar social y otros servicios sociales para las mujeres que quedaron embarazadas y dieron a luz (Frost, et al., 2008a).
- Uno de cada cuatro clientes que usan los servicios anticonceptivos de centros de planificación familiar subsidiados por fondos públicos es un adolescente (Guttmacher Institute, 2009).

- Cerca de dos millones de las jóvenes adolescentes que necesitan servicios anticonceptivos acuden a clínicas financiadas con fondos públicos (Guttmacher Institute, 2009).
- A pesar de estas necesidades, el financiamiento a través de fondos públicos para la planificación familiar ha sido inconsistente a lo largo de los años y ha disminuido en varios estados. El financiamiento federal para la planificación familiar aumentó un 18 por ciento entre 1980 y el 2006, pero cuando se tiene en cuenta la inflación, el financiamiento disminuyó o se estancó en 18 estados y el Distrito de Columbia entre 1994 y el 2006. (Sonfield, et al., 2008). Esto representa un riesgo para los jóvenes porque los adolescentes pobres que no pueden pagar el costo total de los anticonceptivos tienen más posibilidades de elegir métodos anticonceptivos más económicos pero menos eficaces (Frost et al., 2008b).

Los adolescentes pobres y de alto riesgo necesitan programas orientados a prevenir los embarazos

Si bien se ha determinado que los programas de desarrollo juvenil orientados a los adolescentes pobres, tales como los programas de tutoría académica, de capacitación y colocación laboral, de mentoría y de emprendimiento juvenil, han reducido considerablemente los índices de embarazos juveniles, son muy pocos los programas de prevención de embarazos entre adolescentes que tratan directamente el problema de la pobreza (Kirby, 2007).

Las adolescentes lesbianas, bisexuales y abusadas, así como las adolescentes involucradas con parejas de más edad, tienen más posibilidades que otras adolescentes de experimentar un embarazo, y es posible que necesiten programas especializados para responder a sus conductas de riesgo específicas y ayudarles a obtener servicios.

- Los embarazos entre las adolescentes lesbianas y bisexuales es un 12 por ciento más alto que entre las adolescentes heterosexuales. Las adolescentes lesbianas y bisexuales también tienen más posibilidades de tener relaciones sexuales más frecuentes, un 22 por ciento

comparado a un 15-17 por ciento de adolescentes heterosexuales o no definidas sexualmente (Saewyc et al., 1999). Los adolescentes gay y las lesbianas tienen tres veces más posibilidades de informar haber estado embarazadas o haber dejado a alguien embarazada (Blake et al., 2001).

- Las adolescentes que han sido violadas o abusadas también experimentan un alto índice de embarazos, es probable que 4.5 de cada 10 adolescentes embarazadas tenga antecedentes de abuso. Las mujeres adolescentes con antecedentes de abuso tienen el doble de posibilidades de quedar embarazadas que otras chicas de la misma edad que no experimentaron abuso (Noll et al., 2009).
- Entre las mujeres menores de 18, la tasa de embarazo entre aquellas que tienen una pareja unos 6 años mayor que ella es 3.7 veces más alta que la tasa de embarazo entre aquellas cuya pareja no le lleva más de dos años. Asimismo ocurre que las mujeres adolescentes con parejas mayores que ellas usen anticonceptivos con menos frecuencia; un estudio determinó que sólo el 66 por ciento de aquellas con una pareja que la supera en edad por seis años o más había usado anticonceptivos en el último coito, comparado con el 78 por ciento de aquellas con una pareja que le lleva menos de dos años (Darroch et al., 1999).

Algunos estados están promulgando o implementando con más firmeza las leyes de estupro para reducir los embarazos adolescentes entre las mujeres con parejas que las superan en edad, desalentando a los hombres adultos a tener relaciones sexuales con menores. Sin embargo, los expertos afirman que las leyes de estupro no reducen los índices de embarazos adolescentes, pero sí desalientan a las adolescentes a procurar atención de salud reproductiva por temor a que su pareja sea acusada legalmente de un delito (Teare and English, 2002).

Los programas de prevención de embarazos deben tener en cuenta el papel de los hombres jóvenes

Por lo general, se ignora a los hombres jóvenes como un grupo que desempeña un papel importante en reducir los embarazos adolescentes. Una

encuesta nacional determinó que el 13 por ciento de los adolescentes con experiencia sexual habían estado involucrados en embarazos en el 2002 (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2006). Los educadores sexuales y los proveedores de atención de salud reproductiva deben por lo tanto presentar la prevención de embarazos como la tarea de ambos integrantes de la pareja para alentar opciones sexuales responsables entre los hombres y las mujeres jóvenes.

En vista de que los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales sin protección también suelen participar en otras conductas de riesgo tales como pelear, portar un revólver u otra arma, intentar suicidarse, fumar cigarrillos, beber alcohol y usar drogas (Lindberg et al., 2000), los programas creados para enfrentar estas conductas deberían incluir idealmente un componente de prevención de embarazos.

La prevención de los embarazos adolescentes requiere cambios en las actitudes sobre la sexualidad

En los EE.UU. debe tener lugar un cambio en la actitud hacia la sexualidad adolescente para facilitar el desarrollo de políticas apropiadas y programas para reducir los embarazos adolescentes. Actualmente, la actividad sexual es lo que se considera el problema que debe solucionarse, no los embarazos que resultan de esta actividad sexual. Enseñar a los jóvenes que el sexo prematrimonial es una falta moral no evita los embarazos. Los estudios indican que aquellos con actitudes temerosas y negativas sobre la sexualidad tienen menos posibilidades de usar anticonceptivos cuando tienen sexo que aquellos que consideran que tienen el derecho a decidir si quieren tener sexo (Reiss, 1990).

Reconocer que la expresión sexual es un componente clave del desarrollo de los adolescentes ayudará a garantizar el derecho de los adolescentes a obtener información honesta y correcta sobre el sexo y acceso a servicios reproductivos de primera categoría que los potenciará a expresar su sexualidad de una manera sana y segura. La baja en el índice de embarazos adolescentes será la consecuencia natural.

Obras citadas

- AAP – American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. (2001). "Condom use in adolescents – Policy Statement." *Pediatrics*, 107 (6),1463-1469.
- Abma, Joyce C., et al. (2010). "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*, 23 (30). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. [Online]. http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf, accessed September 2, 2010.
- Albert, Bill. (2004, accessed 2004, December 21). *With One Voice 2004: America's Adults and Teens Sound Off about Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. [Online]. <http://www.teenpregnancy.org/resources/data/pdf/WOV2004.pdf>
- _____. (2007). *With One Voice 2007: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unintended Pregnancy. [Online]. http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/WOV2007_fulltext.pdf.
- Berne, Linda & Barbara Huberman, eds. (1999). *European Approaches to Adolescent Sexual Behavior and Responsibility*. Washington, DC: Advocates for Youth. [Online]. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/european.pdf>.
- Blake, Susan M., et al. (2001). "Preventing Sexual Risk Behaviors among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents: The Benefits of Gay-Sensitive HIV Instruction in Schools." *American Journal of Public Health*, 91(6), 940-946.
- Blake, Susan M., et al. (2003). "Condom availability programs in Massachusetts high schools; relationships with condom use and sexual behavior – 2003." *American Journal of Public Health*, 9(6), 955–962.
- Bleakley, Amy, et al. (2006). "Public Opinion on Sex Education in US Schools." *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 1151–6.
- Carey v. Population Services International*, 431 U.S. 678 (1977).
- CDC — U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). "Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(SS-5). [Online]. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>, accessed September 2, 2010.
- Collins, Rebecca, et al. (2004). "Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior." *Pediatrics*, 114 (3), e280-e289.
- Darroch, Jacqueline E., et al. (1999). "Age Differences Between Sexual Partners in the United States." *Family Planning Perspectives*, 31(4), 160–7. [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3116099.html>.
- Destatis — Federal Statistical Office. (2009). Abortions. Federal Statistical Office. [Online]. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/Content/Statistics/Gesundheit/Abortions/Tabellen/Content75/Age.psml>.
- Eisenberg, Marla E., et al. (2009). "Condom Provision and Education in Minnesota Public Schools: A Telephone Survey of Parents." *Journal of School Health*, 79(9), 416–424.
- Ferguson, Rebecca M., et al. (2008). "A Matter of Facts...and More: An Exploratory Analysis of the Content of Sexuality Education in the Netherlands." *Sex Education*, 8(1), 93–106.
- Finer, Lawrence B., and Stanley K. Henshaw. (2006). "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38(2), 90–96. [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3809006.html>.

- Frost, Jennifer J. & Jacqueline Darroch Forrest. (1995). "Understanding the Impact of Effective Teenage Pregnancy Prevention Programs." *Family Planning Perspectives*, 27(5), 188–95. [Online].
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2718895.html>.
- Frost, Jennifer J., et al. (2008a). "The impact of publicly funded family planning clinic services on unintended pregnancies and government cost savings." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(3), 778–796.
- Frost, Jennifer J., et al. (2008b). *In Brief: Improving contraceptive use in the United States*, New York: Guttmacher Institute.
- Gold, Rachel Benson, et al. (2009). *Next Steps for America's Family Planning Program: Leveraging the Potential of Medicaid and Title X in an Evolving Health Care System*. New York: Guttmacher Institute. [Online].
<http://www.guttmacher.org/pubs/NextSteps.pdf>.
- Guttmacher Institute. (2002, accessed 2010, October 1). *Facts in Brief: Sexuality Education*. [Online].
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_sex_ed02.pdf
- _____. (2009). "Contraceptive needs and services, 2006." [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/win/index.html>.
- _____. (2010a). *State Facts in Brief: Insurance Coverage of Contraceptives*. New York: Guttmacher Institute. [Online].
http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_ICC.pdf.
- _____. (2010b). *State Facts in Brief: Minors' Access to Contraceptive Services*. New York: Guttmacher Institute. [Online].
http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_MACS.pdf
- _____. (2010c). *State Facts in Brief: Sex and STI/HIV Education*. New York: Guttmacher Institute. [Online].
http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SE.pdf.
- _____. (2010d). U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity. New York: Guttmacher Institute.
- Herrman, Judith W. (2008). "Adolescent Perceptions of Teen Births." *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37 (1), 42-50.
- Hoffman, Saul D. (2006). *By The Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online].
http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/BTN_Full.pdf.
- Hoffman, Saul D., and Rebecca A. Maynard, eds. (2008). *Kids Having Kids: Economic Costs & Social Consequences of Teen Pregnancy*, 2nd edition. Washington, DC: The Urban Institute Press.
- Hust, Stacey J. T., et al. (2008). "Boys Will Be Boys and Girls Better Be Prepared: An Analysis of the Rare Sexual Health Messages in Young Adolescents' Media." *Mass Communication & Society*, 11(1), 3–23.
- Ito, Kristin E., et al. (2006). "Parent Opinion of Sexuality Education in a State with Mandated Abstinence Education: Does Policy Match Parental Preference?" *Journal of Adolescent Health*, 39, 634–41.
- Jones, Rachel K., et al. (2005). "Adolescents' Reports of Parental Knowledge of Adolescents' Use of Sexual Health Services and Their Reactions to Mandated Parental Notification for Prescription Contraception." *JAMA*, 293(3), 340–348.
- Kirby, Douglas. (1999). "Sexuality and Sex Education at Home and School." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 10(2), 195–209.
- _____. (2007). *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online].
http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_Full.pdf.
- KFF — Kaiser Family Foundation. (2000). *Sex Education in America: A View from Inside the Nation's Classrooms*. Menlo Park, CA: The Kaiser Family Foundation.
- _____. (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. [Online]. <http://www.kff.org/youth/hivstds/3218-index.cfm>.
- _____. (2009). *Women's Health Insurance Coverage*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
<http://www.kff.org/womenshealth/6000.cfm>.
- Kohler, P.K. et al. (2008). "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344–351.
- Kunkel, Dale, et al. (2005). *Sex on TV 4*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. [Online].
<http://www.kff.org/entmedia/entmedia110905pkg.cfm>.
- Landry, David J., et al. (1999). "Abstinence Promotion and the Provision of Information About Contraception in Public School District Sexuality Education Policies." *Family Planning Perspectives*, 31(6), 280–6. [Online].
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3128099.html>.
- Lin, Alison Jeanne, and John S. Santelli. (2008). "The Accuracy of Condom Information in Three Selected Abstinence-Only Education Curricula." *Sexuality Research & Social Policy*, 5(3), 56–69.
- Lindberg, Laura Duberstein, et al. (2000). *Multiple Threats: The Co-Occurrence of Teen Health Risk Behaviors*. Washington, DC: Urban Institute. [Online].
<http://www.urban.org/publications/410248.html>.
- Luker, Kristin. (1996). *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mangaliman, Jessie. (2007, May 23). "California Parents Overwhelmingly Favor Sex Ed in Schools." *San Jose Mercury News*.
- Martin, Joyce A., et al. (2009, January 7). "Births: Final Data for 2006." *National Vital Statistics Reports*, 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. [Online].
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf.
- Martinez, Gladys, et al. (2010). "Educating Teenagers about Sex in the United States." *NCHS Data Brief*, No. 44. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- MEE Productions. (2004). *Key Findings from This is My Reality — The Price of Sex: An Inside Look at Black Urban Youth Sexuality and the Role of the Media*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online].
<http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/MyRealityFINAL.pdf>.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. (January, 2010.). *Fact Sheets: Why it Matters*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online].
http://www.thenationalcampaign.org/why-it-matters/wim_teens.aspx.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. (2006). *Science Says: Pregnancy among Sexually Experienced Teens, 2002*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online].
http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/SS/SS23_ExpTeens.pdf.
- NIH — National Institutes of Health. (1997, February 11–13). "Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors." *NIH Consensus Statement*, 15(2), 15–6.
- National Public Radio (NPR), Kaiser Family Foundation, and Kennedy School of Government. (2004). *Sex Education in America: General Public/Parents Survey*. Menlo Park, CA:

- Kaiser Family Foundation. [Online]. <http://www.kff.org/newsmedia/7017.cfm>.
- Noll, Jennie G., et al. (2009). "Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update." *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (4), 366–378.
- Potts, D. Malcolm. (1990). "Adolescence and Puberty: An Overview." In John Bancroft and June Machover Reinisch, eds., *Adolescence and Puberty* (pp. 269–79). New York: Oxford University Press.
- PPFA — Planned Parenthood Federation of America. (). *Birth Control*. Planned Parenthood Federation of America. [Online]. <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control-4211.htm>, accessed October 21, 2010
- Reiss, Ira L. (1990). *An End to the Shame: Shaping Our Next Sexual Revolution*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Research!America and APHA. (2004, accessed 2004, December 28). *Research!America / APHA National Poll on Americans' Attitudes toward Public Health*. [Online]. <http://www.researchamerica.org/polldata/apha2004.pdf>
- Saewyc, Elizabeth M., et al. (1999). "Sexual Intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Women: Does Sexual Orientation Make a Difference?" *Family Planning Perspectives*, 31(3), 127–31. [Online]. <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3112799.html>.
- Santelli, John S., et al. (2007). "Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use." *American Journal of Public Health*, 97(1), 150–156.
- Santelli, John S., et al. (2004). "Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s?" *Journal of Adolescent Health*, 35(2), 80–90.
- Saul, Rebekah. (1999). "Teen Pregnancy: Progress Meets Politics." *The Guttmacher Report on Public Policy*, 2(3), 6–9. [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/02/3/gr020306.html>.
- SIECUS — Sexuality Information and Education Council of the United States. (1999, accessed November 11). *Public Support for Sexuality Education Reaches Highest Level: Press Release*.
- Sonfield, Adam, et al. (2004). "U.S. Insurance Coverage of Contraceptives and the Impact of Contraceptive Coverage Mandates, 2002." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(2), 72–79. [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3607204.pdf>.
- Sonfield, Adam, et al. (2008). "Public Funding for Family Planning, Sterilization and Abortion Services, FY 1980–2006." Occasional Report, No. 38. New York, NY: Guttmacher Institute. [Online]. <http://www.guttmacher.org/pubs/2008/01/28/or38.pdf>.
- Teare, Catherine, and Abigail English. (2002). "Nursing practice and statutory rape: Effects of reporting and enforcement on access to care for adolescents." *The Nursing Clinics of North America*, 37(3), 393–404.
- Trenholm, Christopher, et al. (2007, April). *Impacts of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs: Final Report*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc. [Online]. <http://www.mathematica-mpr.com/publications/pdfs/impactabstinence.pdf>.
- UNAIDS — Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: World Health Organization. [Online]. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.
- United Nations. (2010). *Demographic Yearbook, 2008*. New York: United Nations. [Online]. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2008/notestab10.pdf>, accessed September 2, 2010.
- Weiss, David & Vern L. Bullough. (2004). "Adolescent American Sex." *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(2/3), 43–53.
- Zimbardo, Philip G. (1992). *Psychology and Life*, 13th ed. New York: HarperCollins.

Autora principal — Deborah Weiss

Revisado por — Jennie Correia

Traducción --- Susana Petit y Judith Cohen

© 2010 Planned Parenthood® Federation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA®, y el logo de las "P superpuestas" son marcas de servicio registradas de PPFA.

Contacto con los medios — 202-973-4882