

# EL EMBARAZO ADOLESCENTE: UN PROBLEMA PSICOSOCIAL QUE SE MANTIENE VIGENTE EN EL PERÚ

## ADOLESCENT PREGNANCY: A CURRENT PSYCHOSOCIAL PROBLEM IN PERU

*Manuel Fernández Arata\**

*Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología*

Recibido: 21 de setiembre de 2015

Aceptado: 2 de noviembre de 2015

### RESUMEN

El propósito del siguiente estudio es describir la evolución del embarazo adolescente en nuestro país, en el periodo comprendido entre 1991/1992 y 2014, en sus niveles de prevalencia y otros factores asociados a este problema, como el nivel educativo y la pobreza. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de los reportes oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INEL, 1991/1992-2014) a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), así como las publicaciones de estudios realizados en el Perú. Los resultados indican que la prevalencia de embarazo adolescente se mantiene a pesar de los esfuerzos realizados, siendo mayor en las zonas de la sierra y la selva, especialmente las zonas rurales. La pobreza, la educación y la zona rural de residencia siguen siendo los factores determinantes de esta situación, aunque la violencia sexual es un aspecto importante que aparece asociado al embarazo adolescente.

**Palabras clave:** Embarazo, adolescente, educación, prevalencia, pobreza.

### ABSTRACT

The purpose of the following study is to describe the evolution of adolescent pregnancy in our country in the period between 1991/1992 and 2014 in their prevalent levels, and other factors associated with this problem

such as the level of education and poverty. To do this, a review of the official reports from Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2002) has been carried out through the Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), as well as publications of studies conducted in Peru. The results indicate that the prevalence of adolescent pregnancy is maintained despite the efforts made; being higher in the areas of the highlands and the jungle, especially the rural areas. Poverty, education, and rural residential areas remain the determinants of this situation; although sexual violence is an important aspect that appears associated with adolescent pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy, adolescent, education, prevalence, poverty

---

## Introducción

La adolescencia es una etapa del desarrollo que con frecuencia es considerada una fase de transición sumamente compleja, comprende las edades entre los 10 y 19 años, y siempre supone un periodo crítico de desarrollo físico y psicológico.

Sin embargo, con frecuencia, no se ha considerado a los adolescentes como un grupo poblacional que necesite mayor atención por parte de los servicios de salud, porque se ha priorizado la atención a los niños, las personas enfermas que requieren de algún tipo de atención especializada, así como a los adultos mayores.

Lo cierto es que los adolescentes están iniciando su actividad sexual a edades cada vez más tempranas, con un conocimiento deficiente sobre la sexualidad, sin mayor claridad con respecto a las normas y valores sexuales, ni manifestando una adecuada toma de decisiones; todo lo cual constituye factores de riesgo para el embarazo adolescente y sus consecuencias. Asimismo, existe una enorme diferencia entre los mensajes sexuales que reciben los jóvenes por parte de los padres y educadores en comparación a los que reciben de los medios de comunicación masiva (Monroy, Velasco y Morales, 1988). Esta situación al parecer se mantiene en la actualidad a pesar de tratarse de una realidad ya conocida desde hace un buen número de años.

En este proceso de crecimiento y desarrollo ocurren un conjunto de cambios de manera simultánea, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, siendo uno de sus primeros eventos el logro de la capacidad reproductiva. Independientemente de la duración y las características de la adolescencia en una cultura determinada, tanto la maternidad como la paternidad son actividades propias de la edad adulta. En ese sentido, el embarazo adolescente es un problema que, por su complejidad, está asociado a múltiples factores que difieren según la cultura, el grupo humano al que se pertenece y a las características individuales de los adolescentes (Coll, 2001).

Uno de los aspectos a tener en cuenta es el riesgo biológico que puede experimentar una adolescente embarazada y el hijo. Por ejemplo, padecer de hipertensión durante el embarazo, anemia, infecciones, parto prematuro y cesárea, así como el bajo peso del niño al nacer o las dificultades para un crecimiento saludable. Esta situación requiere de un afrontamiento integral de la adolescente que se inicia con un temprano control prenatal que aborde de una manera adecuada aquellos factores que pueden ser perturbadores tanto para la madre como para el niño. Sin embargo, la realidad nos indica que esto ocurre recién en la segunda mitad del embarazo, de tal forma que el riesgo biológico no proviene de su estado físico sino más bien de su comportamiento. Otros aspectos de riesgo están referidos a enfermedades crónicas graves que puedan presentar, como si son portadoras del HIV o ha practicado el aborto inducido. Cabe destacar que la mortalidad materna es alta en aquellos casos que se producen complicaciones por el aborto inducido (Coll, 2001).

Los aspectos emocionales y sociales que resultan del impacto de la noticia de un embarazo adolescente también son un factor de riesgo, entre otras cosas, por la etapa evolutiva por la cual está atravesando, cuya edad no le permite aceptar fácilmente el embarazo y encargarse de la crianza del niño, por lo que requieren de un soporte familiar, si están en la escuela, el colegio o la universidad, y las que pertenecen a los sectores sociales medios o altos, piensan con frecuencia en el aborto como opción. La ocurrencia del embarazo puede ser consecuencia del amor, el accidente de un producto anticonceptivo, una relación sexual ocasional, efecto de la droga o alcohol, o de una violación o abuso sexual, todo lo cual tiene una influencia en el

significado que desde el punto de vista emocional y social tiene el niño para la madre. Estos aspectos tienen también un efecto importante sobre las aspiraciones profesionales y laborales que forman parte del proyecto de vida de la adolescente (Coll, 2001).

Asimismo, un elemento relevante está constituido por los valores y las actitudes de los adolescentes con respecto a la sexualidad los cuales van desarrollándose, cambiando y fortaleciéndose justamente en esta etapa evolutiva. De acuerdo con Monroy et al. (1988) para modificar los valores y las costumbres, el mejor método está conformado por los medios de comunicación porque tienen una cobertura en la mayor parte del territorio de los países; y porque además, los adolescentes son consumidores de publicidad y fácilmente influenciados por ella, particularmente la televisión, que exhibe una visión de fantasía del mundo, en la que acontecimientos sociales importantes como el divorcio, el aborto, los nacimientos fuera del matrimonio no son expuestos precisamente tal como ocurren en la realidad.

En ese sentido, el propósito del presente ensayo es describir la evolución de la prevalencia del embarazo adolescente entre mujeres de 15 a 19 años durante el periodo 1991/1992-2014, así como su relación con los niveles educativos, zona de residencia (urbana o rural), quintil inferior de riqueza y las regiones a las que pertenecen. Para ello se realizó una descripción de 10 resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) publicados por el INEI durante el periodo indicado.

## Antecedentes

Uno de los esfuerzos importantes para reflexionar sobre la problemática de la fecundidad adolescente en la región fue la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, en donde participaron 146 profesionales de 28 diferentes países de la región, quienes durante cinco días trabajaron temas referidos a la fecundidad adolescente.

Efectivamente, con la finalidad de evaluar el estado del conocimiento y las actividades regionales sobre fecundidad en adolescentes que permita establecer una agenda para los 90 en lo que se refiere a investigación y servicios, el *Population Council* y el *Fondo Pathfinder*, con el apoyo del Fondo

de Población de Naciones Unidas, y la Organización Panamericana de la Salud, organizaron esta conferencia que se llevó a cabo en Oaxaca, México, entre el 6 y 10 de noviembre de 1989.

Al final, se elaboró un documento denominado «Declaración de Oaxaca» que destaca las necesidades y derechos de los adolescentes con respecto a la salud reproductiva así como la responsabilidad de los profesionales de la salud y la educación, de los organismos gubernamentales y no gubernamentales para responder a estas demandas.

Este evento marcó un punto de quiebre en el abordaje de esta problemática por la rigurosa metodología utilizada en el análisis de las actividades que cada país de la región venía desarrollando, por la certeza que se tenía de cómo debería abordarse este problema, y, por el compromiso que adquirieron los participantes con respecto al énfasis que se podría dar en los distintos países en cuanto a promover políticas que respondan a las necesidades de los adolescentes, a iniciar la educación sexual en la niñez, elaborar programas y capacitar al personal requerido, formar grupos de trabajo, promover la asignación de recursos, crear nuevas estrategias y modelos de investigación, evaluar los servicios para los adolescentes, entre otros.

Debido a la importancia que tuvo esta conferencia en cuanto resultados de investigación presentados, la evaluación de los programas de educación sexual desarrollados por entidades públicas y privadas en las escuelas y en las comunidades, así como los servicios de planificación familiar que se estaban ofreciendo a los adolescentes en los diferentes países de la región, es que nos permitimos a continuación, presentar una información resumida de los planteamientos de los más importantes especialistas que participaron en el evento como expositores y directores de talleres.

El problema de la fecundidad adolescente trasciende los ámbitos de la salud física y psicosocial, ya que se ve afectada por aspectos culturales y socioeconómicos a nivel de individuo, familia y sociedad (Serrano, citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989). El crecimiento de la población y la fecundidad adolescente en la región está asociado con aspectos éticos, políticos, económicos y culturales que implican una lucha contra la

pobreza y la marginación, que realmente son las responsables de la mortalidad infantil y de las altas tasas de fecundidad (Ramírez, citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989).

Zeidenstein (citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989) señala que los embarazos adolescentes están asociados con las condiciones de pobreza y marginación en las que vive la mujer en gran parte del mundo, en donde el aspecto crítico es la educación, ya que en la mayor parte de los países las mujeres tienen menos oportunidades al recibir menos educación que los varones, aumentando las tasas de fecundidad adolescente y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. En ese sentido hay un vínculo directo entre pobreza, poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina, lo cual restringe significativamente las expectativas futuras de la adolescente. Por otro lado, la mayoría de los nacimientos entre adolescentes ocurren en madres solteras de los sectores más pobres de la sociedad, las cuales requieren de un programa de educación sexual completa (Viel, citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989).

La organización de servicios de planificación familiar para adolescentes, cuyo objetivo es proporcionar un mayor conocimiento y aceptación de los métodos de planificación familiar y salud reproductiva, comprenden los siguientes aspectos: brindar información sobre salud reproductiva y servicios de anticoncepción, un currículo de educación sexual que ofrezca conocimientos consistentes de salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar, un centro de servicios, que responda a una amplia gama de necesidades de los adolescentes que incluya orientación vocacional, alfabetización, servicios de trabajo social y educación para la salud reproductiva y, finalmente programas de información, educación y comunicación. (Shepard, García-Núñez, Levitt y Rizo, citados en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989).

Sin embargo, para organizar y brindar estos servicios es necesario que se conozcan los requerimientos, problemas y deseos de los adolescentes, brindarles esta información de manera adecuada y que participe un equipo de orientación multidisciplinaria que considere el papel de la familia y de la escuela (Seixas, citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989).

Otro aspecto importante se refiere a la creación de programas educativos orientados a informar a los adolescentes acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El tratamiento oportuno de las enfermedades es el objetivo fundamental de estos programas dado que un diagnóstico temprano, su tratamiento y seguimiento permiten modificar el comportamiento (Rizo, citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989).

El riesgo de la salud, se refiere a la probabilidad de que un daño de la salud se aparezca en la adolescente como consecuencia de que uno o más factores asociados se presenten, como es el caso del embarazo adolescente, que constituye por sí mismo una condición de riesgo para la persona que lo experimenta (Serrano, citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989).

Sin embargo, probablemente la educación sea el factor social más importante en el riesgo reproductivo y perinatal en este grupo poblacional, el cual debe tratarse considerando en primer lugar, la presencia de uno o más factores de riesgo con una alta probabilidad de que se produzca el daño o problema no deseado y, en segundo lugar, la decisión de fomentar y activar los factores protectores, promoviendo la salud, que permitan afrontar los factores de riesgo (Serrano, citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989).

La investigación básica y operativa provee resultados de encuestas que fueron aplicadas en grupos de 15-24 años durante los años 80 en México, Guatemala, Jamaica, Costa Rica, Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay y El Salvador. En Jamaica y Ecuador, el 75% de los primeros embarazos fue no deseado, entre el 42% y 78% de los varones de 15-19 años manifestó tener relaciones sexuales en comparación a de 12 a 26% de las mujeres. Para ellas, la primera relación ocurre entre los 15.6 y los 17.6 años y en los varones entre los 12.6 y 16.0. El 41% de las mujeres en Jamaica manifiesta haber utilizado anticonceptivos durante su primera relación, en tanto que en Latinoamérica llegan a 4% y 5%. El método más usado en los jóvenes de México, Ecuador, Paraguay y Chile es el ritmo, en tanto que en Costa Rica, Panamá y Brasil la píldora. La mitad de las mujeres adolescentes indicó haber usado métodos anticonceptivos en algún momento, la tasa de varones es

de 60% en Chile y 82% en México. Un aspecto interesante es que la mayoría indica usar el método del ritmo en su primera relación, sin embargo, solo un cuarta parte de ellos pudo identificar el periodo más probable de fecundación (Morris, citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989).

Friedman (citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989), manifiesta que la sexualidad no protegida se asocia con un matrimonio y maternidad temprana, la anticoncepción y la prevención del embarazo, el embarazo no deseado y con el aborto inducido. Señala que la investigación debe ser fortalecida teniendo como primera fuente de información al propio adolescente, debe incorporar asimismo la evaluación y realizar investigación cuantitativa y cualitativa. Russell-Brown (citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989) postula que los programas para aproximarse a la población urbana se realice en la propia calle, dado que ellos son más efectivos que los que se basan en la distribución comunitaria, en tanto que Atkin (citado en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989) señala que la rebelión, el deseo de afirmar la identidad sexual, la fascinación por lo prohibido, el apremio por volverse adulto, la necesidad de lograr una condición social a través del novio, juegan un papel importante en el embarazo adolescente; asimismo, la calidad de relación con los padres en asuntos íntimos y una mayor aceptación de los valores tradicionales de la familia, retarda más el tiempo de la iniciación sexual del adolescente.

En lo que se refiere a la educación sexual Pick, Andrade y Gribble (citados en *The Pathfinder Fund / Population Council*, 1989) combinan la investigación y la evaluación, y reportan que a pesar de no haberse encontrado cambios importantes en la tasa de iniciación sexual, como en los adolescentes de 12-19 años a consecuencia de su participación en programas de educación sexual, sí los hubieron en los conocimientos sobre sexualidad y en el uso de anticonceptivos; aquellas que convivían con ambos padres tenían ideas más conservadoras, quienes tenían menor conocimiento sobre sexualidad tenían mayor probabilidad de actividad sexual. En el uso de anticonceptivos las actitudes parecen ser determinantes siendo discutible la influencia de la familia. La información proveniente de la investigación permitió el desarrollo de un currículo que agregaba a la información sobre sexualidad, habilidades de comunicación, toma de decisiones, asertividad,

valores, etc., los cuales fueron plasmados en el programa «Planeando tu vida».

Igualmente en Costa Rica y Perú se habían desarrollado programas similares con una metodología participativa en las escuelas que, a través de la evaluación, habían demostrado pertinencia y eficacia. Este intercambio de experiencias permitió fortalecer los diversos programas de salud reproductiva, programas educativos con metodología participativa en la educación formal y no formal y los servicios de planificación familiar para adolescentes que venían desarrollando en la región las entidades públicas y privadas.

### **El embarazo adolescente en la región**

En la conferencia de Población y Desarrollo (celebrado en El Cairo, 1996), con base a una sólida argumentación se sitúa a la salud reproductiva como un elemento fundamental de salud en general durante todo el ciclo de vida. En ese sentido, los adolescentes, por constituir un grupo de riesgo cuya conducta sexual y reproductiva puede afectar significativamente su proyecto de vida, son susceptibles de políticas para satisfacer sus necesidades específicas en materia informativa así como de sus derechos y responsabilidades (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001).

Monroy et al. (1988), indican que en América Latina existen grupos poblacionales sin acceso a la educación que continúan pasando de la infancia a la adultez sin haber experimentado una verdadera experiencia adolescente, tendiendo a participar en la vida sexual de manera creciente, lo cual es peligroso puesto que la experiencia médica indica que a menor edad más riesgoso resulta el embarazo y el parto, siendo al mismo tiempo más alta la mortandad infantil. Es por ello que los adolescentes requieren de la protección de los padres, postergar la reproducción para cuando sean biológica y psicológicamente responsables y acceder a una educación para la vida sexual.

Por otro lado, Senderowitz y Paxman (citados en Monroy et al., 1988), destacan que en muchos países, la preparación para la vida de adulto caracterizada por una orientación familiar y de la comunidad en aspectos

sexuales propios de los sistemas tradicionales se encuentran amenazados, dado que hay una mayor interacción entre los adolescentes de ambos sexos por el incremento del nivel educativo de las mujeres, existiendo una mayor permisividad y posibilidad de expresarse sexualmente.

Dentro de los múltiples problemas que experimentan los adolescentes en esta etapa de crisis se encuentra el tema del embarazo y la maternidad no deseada por lo que forma parte de un foco de atención en la investigación en el área de la salud sexual reproductiva. En ese sentido, una investigación realizada en México (Pick y Vidaugan, 1994) señala que las variables asociadas al embarazo adolescente son: la influencia social de las instituciones, la cultura y los medios de comunicación masiva, la escuela y las expectativas escolares, las características de la familia y la pareja, y la personalidad del adolescente.

Por otro lado, se reitera la necesidad de desarrollar programas educativos desde la etapa preescolar en contenidos y técnicas pedagógicas que sean requeridos por los adolescentes a fin de lograr el desarrollo de la autosuficiencia, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación efectiva. De esta manera se podría lograr no solo prevenir el embarazo adolescente sino sobre todo lograr un desarrollo personal integral del mismo. Igualmente Pick y Vidaugan (1994) destacan la relación inversa existente entre escolaridad y fecundidad, la reducida aspiración escolar de la adolescente que se embaraza y la necesidad de evaluar el efecto de los programas a largo plazo.

Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido y las recomendaciones de las acciones a tomar, los países de la región siguen mostrando su incapacidad para desarrollar programas efectivos debido a que desconocen de manera específica la situación actual y las tendencias que caracterizan a las dimensiones de la salud reproductiva y a los propios adolescentes, el marco sociocultural en el cual se desenvuelven, así como de los determinantes de los componentes más importantes de la salud reproductiva, los cuales son la prevalencia del embarazo y el aborto en los adolescentes (Guzmán et al., 2001).

El patrón de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe hasta los años 1995 es heterogéneo en los países y dentro de ellos mismos. Por

ejemplo, en los países centroamericanos, con exclusión de Costa Rica, la tasa es de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, que es consecuencia de un patrón tradicional que se manifiesta en el hecho de que entre 3% y 6% de las mujeres tienen hijos antes de los 15 años. Un segundo grupo de tasas está constituido por países como Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú, que tienen una tasa entre 75 y 100 por mil. Estimaciones para los pequeños países del Caribe son bajas, altas y medianas; para Bahamas (45 por mil), Granada (99 por mil), San Vicente y las Granadinas (92 por mil), St. Kitts y Nevis (89 por mil y Santa Lucía (86 por mil) (CEPAL, 1997, citado en Guzmán et al., 2001).

Guzmán et al. (2001) ofrecen un panorama resumido del comportamiento y evolución de la fecundidad adolescente antes de 1990 y después de esa fecha, considerando cuatro grupos de países.

El primero, conformado por los países que disminuyeron la fecundidad en la adolescencia por la década de 1990 y continúa con dicha tendencia, por un lado México, que desarrolló una exitosa política de población, y Cuba, en donde el mecanismo de control se basa fundamentalmente en la legalización del aborto. En este grupo son considerados también Costa Rica, Belice, El Salvador y Guatemala.

El segundo, conformado por países que disminuyeron su fecundidad en la década de 1990 pero que tuvieron tasas de ascenso o estables antes de esa fecha, se encuentran Venezuela, Bolivia, Paraguay, Nicaragua y Haití. En los casos de Paraguay y Bolivia el descenso en dichas tasas se basan en datos de encuestas correspondientes al año 1998. Al parecer en Venezuela y Nicaragua no ocurre ningún cambio entre los años 70 y 90, aun cuando Nicaragua tiene la tasa más alta de fecundidad adolescente en la región.

El tercero, conformado por países cuyas tasas de fecundidad indicaban un descenso entre 1970-1975 y 1990-1995 pero que a partir de los años 90 se mantienen estables o suben, se encuentran Ecuador, Panamá, Jamaica, República Dominicana, Chile, Honduras y Perú. En estos países hubo un descenso en la fecundidad adolescente antes de 1990 pero se estabiliza y sube con lo cual la tendencia ya no tiene la continuidad esperada.

El cuarto grupo, conformado por países con una tasa de fecundidad relativamente estable o en aumento en los años 90 y que se mantiene después de esa fecha, se encuentran Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia. En Brasil ocurre un claro ascenso de la fecundidad en los años 1970 pero a partir de allí se estanca de forma generalizada. En Colombia, al parecer hubo un descenso entre 1970 y 1985 para luego estabilizarse e incluso aumentar su tasa de fecundidad.

Estos autores manifiestan que no se puede afirmar que exista una tendencia generalizada en el incremento de las tasas de embarazos adolescentes; lo que se puede observar más bien es un aumento moderado en Brasil, Colombia, República Dominicana, Argentina y Uruguay, y una cierta estabilización en Ecuador, Panamá, Jamaica, Chile, Honduras y Perú. Sin embargo, las diferencias observadas por países son mayores cuando se analiza la realidad interna de cada país, en donde la condición de pobreza y por ende la educación al igual que la zona de residencia y el grupo étnico, establecen un patrón reproductivo en adolescentes.

Indican asimismo, que de esta manera se encuentra que las tasas de fecundidad en adolescentes que residen en zonas rurales son más elevadas, cuyos casos extremos son Perú, Paraguay, Bolivia y Colombia, en donde dichas tasas de fecundidad son dos veces o más superior a las de las rurales. Igualmente, las tasas de fecundidad son significativamente diferentes de acuerdo al nivel de escolaridad de la adolescente, la cual se eleva cuando es baja y baja cuando se tiene un nivel mayor de escolaridad (Guzmán, Hakkert, Moyano y Contreras, citados en Guzmán et al., 2001). Pero esto puede ser parte de una inserción social asociado a la pobreza extrema, dado que una instrucción baja por no asistir a la escuela, por retirarse de ella o simplemente por un rezago escolar, puede ser consecuencia de factores que colocan a la adolescente en situación de vulnerabilidad.

Efectivamente, son las mujeres sin instrucción las que tienen un elevado riesgo de embarazo adolescente (200 por mil) en promedio y en ningún país son inferiores a 150 por mil, tienden además a ser grupos minoritarios asociados a la extrema pobreza, todo lo cual lleva justamente al cálculo de la variable proxy de la pobreza, denominada quintiles de pobreza (Guzmán et al., 2001). De esta manera, la mejora en el hogar, medida por el cálculo

de los quintiles, provoca una disminución significativa de la fecundidad adolescente, lo cual fortalece una vez más la idea que el contexto socioeconómico de pobreza en el que se ubica la familia, es un factor determinante tanto para la fecundidad adolescente como para un bajo nivel educativo.

El problema del embarazo antes de los 15 años, por su baja incidencia, ha sido subestimado por investigadores y responsables de políticas, razón por la cual hay carencia de información sobre el particular; sin embargo, está referido a un grupo de mujeres de mayor vulnerabilidad por los riesgos físicos, psicológicos y sociales a los cuales se expone, y, por supuesto está siempre asociado a una menor escolaridad, residencia en área rural y quintil de pobreza. En un estudio realizado en ocho países seleccionados 1995-1998, el porcentaje de adolescentes entre 15-19 años que tuvieron el primer hijo antes de los 15 años varía entre, 7.9, Perú y 12.1%, Nicaragua (Guzmán et al., 2001).

El aborto inducido es otro problema importante asociado al embarazo adolescente porque se trata de una respuesta de la adolescente al embarazo no deseado, el cual presenta riesgos de salud, sobre todo cuando se realiza, ilegalmente que va acompañado casi siempre de condiciones médicas inapropiadas. La medición de este fenómeno en América Latina resulta sumamente difícil por su práctica ilegal generalizada y el llenado de encuestas no es muy confiable. Sin embargo, algunas estimaciones como la de Singh, (citado en Guzmán et al., 2001) de Alan Guttmacher Institute, con base a datos de hospitalizaciones reporta que el 30% de embarazos adolescentes terminan en aborto en cuatro países de la región: Brasil, República Dominicana, Colombia y Perú. Igualmente, en Cuba cerca de dos tercios de embarazos culminan de la misma manera, en tanto que para México es más bien 13%.

La falta de información, el miedo y las dificultades para tener acceso a los servicios de salud que experimentan las adolescentes embarazadas, las hace más vulnerables y las coloca en una situación de alto riesgo para practicar el aborto, es así como a la inequidad socioeconómica se agrega la inequidad de género.

Cabe destacar que los estudios multivariados evidencian que el efecto de la zona disminuye y hasta desaparece cuando es controlada por otras variables como la educación (Grupta y de Costa Leite, citados en Guzmán et al., 2001).

En el Perú, el número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años durante el periodo 1972-1977 fue de 85 por 1000 en tanto que en el periodo 1981-1986 de 83 por 1000 a pesar de que la tasa de fecundidad de las adolescentes urbanas disminuyó de 74 a 62 por 1000 y la de adolescentes rurales aumentó de 115 a 137 por 1000. A las diferencias urbanas rurales se suma las desigualdades educativas y región de residencia, años anteriores a la ENDES, de las mujeres que nunca fueron a escuela (2%), tuvieron una tasa de 186 por 1000 en tanto que las que tenían Educación Secundaria incompleta tuvieron una tasa de 62 por 1000 y las que tenían Educación Secundaria completa o continuaban con la Educación Superior de 13 por 1000. Asimismo, la tasa de fecundidad adolescente en la Selva, la Sierra, la Costa y Lima Metropolitana es de 135, 99, 83 y 51 por 1000 respectivamente (Ferrando, Singh y Wulf, 1989).

En lo que respecta al analfabetismo, hay progresos entre 1961 y 1981, en donde del 17% de varones, y el 36% de mujeres que no sabían leer ni escribir disminuye a 3% y 9%. En la población adolescente la tasa varía también considerablemente puesto que del 29% de varones y 59% de mujeres en el año 1961, se disminuye a 9% y 24% en 1981; sin embargo, la brecha entre urbanos y rurales más bien aumentó, en 1961 los varones rurales tenían cinco veces más probabilidades de ser analfabetos que los urbanos, en 1981 fue de nueve veces; igualmente, las mujeres en 1961 de zonas rurales tenían cuatro veces más probabilidades, en 1981, ocho veces (Ferrando et al., 1989).

## **El embarazo adolescente en el Perú 1991/1992-2014**

El objetivo de esta presentación es describir la evolución de la prevalencia del embarazo adolescente en el país durante el periodo correspondiente a los años 1991/1992-2014, así como su relación con el nivel educativo, zona de residencia (urbana o rural) y los niveles de pobreza establecida por el quintil de riqueza inferior. En consecuencia, la presentación de las cifras proporcionadas por ENDES se hará haciendo comparaciones entre los porcentajes que figuran en 1991/1992 y 2014.

Teniendo en consideración las estadísticas publicadas por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la Tabla 1 muestra que la prevalencia del embarazo adolescente entre 15 y 19 años correspondiente al año 1991/1992 fue de 11.4% mientras que en el año 2014 de 14.6%, observándose un incremento más o menos sostenido a lo largo de este rango de años; asimismo, la mayor prevalencia se da en la zona rural en donde el año 1991/1992 fue de 24.7% mientras que en el 2014 es de 22.0%; se observa que a pesar de seguir siendo alta, existe una disminución igualmente sostenida del número de embarazos adolescentes, a diferencia de las zonas urbanas donde más bien se observa un incremento de 8.0% a 12.2%.

**Tabla 1**  
*Prevalencia del embarazo adolescente (1992-2014)*

	%										
	1991/ 1992	1996	2000	2004/ 2006	2007/ 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Perú	11.4	13.4	13.0	12.2	13.6	13.7	13.5	12.5	13.2	13.9	14.6
Área de Residencia											
Urbana	8.0	9.3	9.2	8.4	11.1	10.6	11.3	10.0	10.2	11.9	12.2
Rural	24.7	25.5	21.7	21.1	20.2	22.2	19.3	19.7	21.5	20.3	22.0
Región Natural											
Lima Metropolitana	4.4	7.5	8.1	7.4	11.2	8.1	10.9	8.3	7.7	10.6	11.6
Resto Costa	10.8	11.6	9.3	9.7	10.9	11.2	12.1	10.5	13.3	15.4	14.6
Sierra	14.2	14.5	15.5	12.2	13.4	15.2	12.1	12.8	12.4	12.3	13.5
Selva	26.7	31.1	25.7	29.4	24.9	27.2	26.2	25.3	27.5	23.7	24.7
Nivel de Educación											
Sin Educación	38.6	55.5	36.9	*	57.9	47.9	*	19.7	56.7	*	*
Primaria	27.6	30.6	26.4	33.2	32.6	32.5	33.7	33.9	34.9	36.2	34.1
Secundaria	7.7	9.3	9.6	10.1	12.5	11.8	11.5	10.6	11.6	12.5	14.2
Superior	2.7	2.6	4.1	3.4	4.8	6.4	6.7	8.6	4.4	8.5	6.4
Quintil de Riqueza											
Quintil Inferior	NR	NR	NR	32.2	35.0	26.9	22.4	22.4	26.1	23.9	24.0
Segundo Quintil	NR	NR	NR	16.5	19.2	17.9	19.0	17.0	19.9	18.0	19.0
Quintil Intermedio	NR	NR	NR	11.9	19.0	12.5	12.4	13.7	12.8	12.4	13.3
Cuarto Quintil	NR	NR	NR	8.2	9.3	9.3	10.2	7.8	7.2	10.8	9.3
Quintil Superior	NR	NR	NR	3.4	6.2	4.4	4.2	2.5	2.6	5.6	7.4

(\*) Son tasas o porcentajes basados en menos de 25 o 20 casos que no fueron ponderados.

En el ENDES 1991/1992 al 2000, el Quintil de Riqueza no fue informado por lo tanto se coloca la abreviatura NR, que significa No Reportado.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Para Lima Metropolitana se reporta un 4.4% en 1991/1992 y 11.6 en el 2014, porcentaje que durante este periodo ha venido incrementándose con ciertas fluctuaciones, el resto de la costa en el mismo periodo se incrementa de 10.8% a 14.6% mientras que en la sierra disminuye de 14.2% a 13.5% y en la selva de 26.7% a 24.7% igualmente de manera sostenida y sin mayores fluctuaciones. El porcentaje de madres adolescentes con Educación Primaria aumentan de manera sostenida en este periodo de 27.6% a 34.1%, mientras que aquellas que tienen Educación Secundaria, crecen igualmente de manera sostenida de 7.7% a 14.2%.

Con respecto al quintil inferior de riqueza a la que pertenecen las madres adolescentes, de acuerdo a los datos existentes, este es de 32% en el 2004-2006 mientras que en el 2014 es de 24%, datos que indican una disminución sostenida de este fenómeno que podría estar asociado con el crecimiento económico que ha experimentado el país en los últimos años.

En cuanto a la prevalencia del embarazo adolescente por regiones se observa en la Tabla 2 que en el 2014, las cinco regiones que tienen los mayores porcentajes son Loreto (30.4%), Amazonas (28.1%), Madre de Dios (24.4%), San Martín (24.1%) y Ucayali (21.2%). Sin embargo, hay que destacar que Loreto en el año 1996 tenía una prevalencia de 29.4%, muy cercano al porcentaje actual pero que se ha mantenido durante este periodo con algunas pequeñas fluctuaciones mientras que Amazonas es de 28.1%, cifra similar a la de 1996. En las otras regiones con mayor índice prevalencia, San Martín (de 34.2% a 24.1%), Ucayali (de 32.9% a 21.2%) y Madre de Dios (de 28.4% a 24.4%) se observa más bien una notable disminución sostenida de la prevalencia del embarazo adolescente.

En lo que se refiere a las cinco regiones con menores porcentajes de embarazos adolescentes en el 2014 encontramos en todas ellas una evolución decreciente significativa en el periodo comprendido entre 1996 y 2014. Estas regiones son las siguientes: Moquegua (de 15.3% a 7%), Arequipa (de 10.8% a 8.4%), Lambayeque (de 13.5% a 9.2%), Junín (de 11.4% a 10.5%) y Apurímac (de 17.9% a 10.6%).

El 7% de prevalencia que tiene Moquegua, el menor índice de embarazo adolescente en el país en el año 2014, con un decrecimiento de más del 50%

con respecto a la cifra correspondiente al año 1996, podría estar relacionado con la exitosa gestión (no solo a nivel educativo) que viene desarrollándose en dicha región en los últimos años.

**Tabla 2***Prevalencia del embarazo adolescente por regiones (1996-2014)*

	%									
	1996	2000	2004/ 2006	2008/ 2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	28.1	26.5	(23.8)	17.2	27.1	22.1	21.4	23.5	30.5	28.1
Áncash	7.9	16.1	9.2	13.5	15.0	11.2	9.3	12.9	9.5	13.8
Apurímac	17.9	20.4	16.3	17.1	20.3	11.2	9.6	13.1	11.5	10.6
Arequipa	10.8	9.5	5.4	4.4	8.0	10.8	6.1	5.2	7.7	8.4
Ayacucho	21.0	21.3	19.8	18.3	18.9	20.1	13.9	18.4	22.2	17.4
Cajamarca	22.8	18.7	21.9	15.2	24.5	15.7	17.1	19.9	19.4	17.8
Cusco	15.2	17.2	14.8	12.8	8.9	10.8	10	10.7	10.1	14.6
Huancavelica	22.7	24.9	19.0	24.3	11.9	15.2	12.4	13.1	10	17.7
Huánuco	23.2	19.5	17.2	24.8	15.2	16.2	20.2	17.7	16.9	17.7
Ica	23.2	8.8	14.4	16.3	12.1	13	14.6	14.1	16	20.1
Junín	11.4	10.4	9.9	11.3	16.1	12.1	15.1	10.1	7.7	10.5
La Libertad	10.2	9.6	11.4	11.0	12.9	16.3	8.5	15.1	18.4	15.2
Lambayeque	13.5	11.0	6.6	13.9	13.5	11.6	10.3	15.5	11.4	9.2
Lima Metropolitana	7.5	8.1	7.4	11.2	8.1	10.9	8.3	7.7	10.6	11.6
Loreto	29.4	34.4	30.2	33.3	30.0	31.8	30	32.2	25.3	30.4
Madre de Dios	28.4	23.6	*	23.0	21.6	28.3	27.9	19.1	23.1	24.4
Moquegua	15.3	7.1	*	7.2	10.9	11.5	9.1	9.5	10.6	7.0
Pasco	13.4	13.4	(21.0)	15.4	12.7	13.7	17	17.8	19.2	13.9
Piura	11.8	9.7	7.7	11.7	10.5	12.2	13.3	16	18.1	16.7
Puno	11.4	12.0	8.5	9.9	15.1	9.6	14.5	8.9	7.8	12.3
San Martín	34.2	21.1	33.1	20.7	27.6	21.3	21.2	27.2	21.7	24.1
Tacna	14.8	8.0	(11.0)	8.4	14.6	3.6	9	6.9	11.8	11
Tumbes	19.0	11.1	(14.7)	16.8	17.5	12.6	17.5	27	18	21.4
Ucayali	32.9	27.0	(25.2)	26.2	29.1	21.1	24.9	26.5	27.3	21.2

(\*) Porcentajes que representan menos de 25 casos, los cuales no se ponderan. Los porcentajes basados en 25 a 49 casos no ponderados se muestran en paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Por otro lado, solo dos de las cinco regiones con menores índices de embarazo adolescente en 1996, aparecen igualmente dentro de las cinco regiones con menores porcentajes en el año 2014, ellas son Arequipa y Junín, regiones que han logrado mantener a lo largo de este periodo una cifra baja con respecto a este problema psicosocial.

Cabe destacar que resulta sorprendente los porcentajes que se observan en la región de Lima Metropolitana cuya prevalencia varía de 7.5% en el año 1996 que lo ubicaba como la región con menor índice de embarazo adolescente en el Perú, a 11.6% en el 2014 donde además, ya no figura entre las cinco regiones con menores porcentajes de prevalencia. Esto ocurre a pesar de que hasta el 2012, con ciertas fluctuaciones, mantenía la cifra que ostentaba al inicio de este periodo de medición.

Con respecto al uso de anticonceptivos, tenemos la información con respecto a las mujeres adolescentes unidas de 15 a 19 años (no necesariamente embarazadas), en donde podemos observar que en el año 1991/1992, el 70% no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo, mientras que en el año 2014 el 25.4% de madres adolescentes no utilizan anticonceptivos, actividad que a lo largo de este periodo ha decrecido sustantivamente de manera progresiva y sostenida.

Efectivamente la Tabla 3 reporta además que en el año 1991/1992, de los que utilizaban anticonceptivos, el 10% optaba por el llamado método tradicional mientras que en el 2014 utilizaban este método un 22.4% de las mujeres adolescentes embarazadas, cifra que se incrementó hasta en un 40 y 50% entre los años 2000 y 2013.

Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos modernos fue de 18.2% en 1991/1992 y de 52.2% en el 2014, cifra que se mantuvo constante hasta el 2013, para luego incrementarse significativamente el año 2014. Estos datos sin embargo, hay que tomarlos con prudencia puesto que podría haber una confusión al momento de realizar la pregunta sobre el uso de los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos.

En cualquier caso un dato más objetivo y consistente es el uso de anticonceptivos en las mujeres adolescentes que se encuentran unidas, sean

tradicionales o modernas, y cuyo porcentaje en 1991/1992 fue de 29.1% mientras que en el 2014 fue de 74.6%, lo cual podría asociarse con el nivel educativo alcanzado por las madres adolescentes. Sin embargo, la realidad es otra, se observa claramente un incremento significativo del embarazo adolescente en el país, del 11.4% al 14.6% que debería ser explicado y abordado por los organismos gubernamentales y privados.

**Tabla 3**

*Uso de anticonceptivos en mujeres unidas de 15 a 19 años (1991/1992-2014)*

	%										
	1991/ 1992	1996	2000	2004/ 2006	2007/ 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tipo de Método											
Método Tradicional	10.9	31.0	40.1	43.6	41.5	40.9	44.6	44.4	50.6	46.9	22.4
Método Moderno	18.2	15.0	11.1	15.1	18.8	17.4	19.0	16.3	16.0	19.0	52.2
No utiliza	70.9	54.0	48.4	41.3	39.7	41.7	36.4	39.3	33.4	34.1	25.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

En nuestro país, algunos de los requerimientos y necesidades de los adolescentes, como lo son su desarrollo afectivo y social, muy tempranamente dejaron de ser considerados prioritarios en las políticas públicas; en el caso de las mujeres, un embarazo no planificado por la falta de educación sexual o consejería, no les permite una adecuada transición a la vida adulta (Mendoza y Subiría, 2013).

Una investigación realizada en la ciudad de Lima con 935 escolares mujeres de entre 12 a 19 años reporta un conocimiento limitado con respecto a sexualidad y anticoncepción ( $M= 9.9$  de 20), ante el reactivo conversar con la madre sobre sexualidad un 43% responde positivamente mientras que con sus pares mujeres en un 41%; asimismo, el 8% manifiesta haber tenido ya relaciones coitales, siendo los 14 años la edad de su primera relación. El conocimiento de la sexualidad se incrementa si hay un aumento de la edad y una mayor maduración social y sexual; igualmente la actividad sexual aparece asociada con una alta repetencia en la escolaridad y, además, un tercio de estudiantes vivían solo con uno de sus padres lo cual aumentaba la probabilidad de ser más sexualmente activa (Chirinos, Brindis, Salazar, Bardales y Reátegui, 1999).

Un estudio en 58 adolescentes con aborto provocado atendidas en un hospital de la ciudad de Trujillo, reporta que las adolescentes embarazadas que tienen una mayor confianza con sus padres (26% manifiesta su apoyo inmediato y 55% acepta la situación) tienen mayores posibilidades de continuar con el embarazo, en tanto que aquellas que no confían en ellos (violencia, retirarla de los estudios, o hacerla trabajar) tienen 4.5 más veces de que ocurra lo contrario (Calderón y Alzamora, 2006). Se destaca la importancia de mejorar la comunicación y confianza de los padres con los hijos que facilite el intercambio de información en aspectos de sexualidad y planificación familiar.

Otro estudio en 23 hospitales del Ministerio de Salud de las diversas regiones de la costa, sierra y selva incluyendo Lima que atendieron 17,965 partos en adolescentes, reporta un embarazo temprano (10 a 13 años) del 0.99%, en etapa media (14 a 16 años) 22.4% y en etapa tardía (17 a 19 años) de 76.6%. Asimismo, en el análisis de factores riesgos sociodemográficos y nutricionales, el bajo grado de instrucción, la soltería, la ausencia de trabajo, residir en la selva, menor peso pregestacional, talla menor a 145 cm y desnutrición materna, figuran como las de mayor riesgo (Ticona y Huanco, 2012). Las madres adolescentes presentan condiciones socioeconómicas y nutricionales desfavorables por lo que puede considerarse como un grupo de alto riesgo para salud pública.

Por otro lado, Mendoza y Subiría (2013) analizando las tendencias en las últimas dos décadas reportan que el porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) que se encuentran o han estado alguna vez embarazadas se mantiene en un 13%, el cual varía de acuerdo a si se tratan de adolescentes pobres o no, a si pertenecen a zonas urbanas o rurales, o a una región en particular (la selva supera el doble del promedio nacional). Asimismo, el 57.8% de adolescentes manifiestan que hubieran querido postergar el embarazo, a diferencia del 35.2% que indicó lo mismo en los años 1991/1992. Se destaca la escasa política de prevención que se pone en evidencia en la falta de educación sexual en un sistema educativo de baja calidad, en un incremento de la práctica sexual reciente y en un aumento leve de iniciación sexual anterior a los 15 años.

La violencia es un hecho frecuente durante el embarazo adolescente según un estudio realizado con una muestra probabilística de 292 madres en donde se reporta que 7 de cada 10 puérperas no han concluido sus estudios escolares y quienes tenían estudios superiores, vieron truncadas sus expectativas profesionales por el embarazo. Asimismo, se reporta en las adolescentes un 48.1% de violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillaciones), 17.1% de violencia física (jalones de brazo y cabellos, empujones), 8.2% de agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras) cuyo responsable pertenece al círculo familiar (pareja, padre o madre) y 6.8% de violencia sexual (sin consentimiento y cuyo responsable es la pareja o el padre); el 90.1% refiere no haber planificado el embarazo (Contreras et al., 2013).

Uno de los aspectos que con frecuencia acompaña al embarazo adolescente es el de la violencia sexual contra las mujeres, que no ha sido destacado como relevante en la mayoría de estudios que sobre el particular se han realizado. Sin embargo, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud, reporta que en el mundo 150 millones de niñas y 78 millones de niños, niñas y adolescentes habían tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad, y que la tercera parte de ellos había iniciado su vida sexual forzadamente.

En el estudio realizado por Mujica, Zevallos y Vizcarra (2013) en el distrito de Mazán, Loreto, el 78% de mujeres reportan haber iniciado su actividad sexual antes de cumplir los 18 años de edad (75% entre los 14 y 17 años, 3% entre los 9 y 13 años), lo cual no solo rebasa los promedios regional y nacional sino que también fortalece la idea que se observa en las estadísticas, que las mujeres de Loreto tienen hijos más jóvenes en comparación a las mujeres de el resto del país. Asimismo, el 37% indica no haber recibido capacitación u orientación alguna en temas de educación o salud sexual y reproductiva, el 26% nunca ha utilizado algún tipo de anticonceptivo y el 12% manifiesta haberlo hecho a veces, el 71% indica tener fácil acceso a algún método anticonceptivo.

Un dato destacable es que las mujeres encuestadas en el estudio en un 78% manifiestan haber tenido su primera sexual antes de los 18 años, lo cual como se ha comentado ya viene asociado al desconocimiento que una

consecuencia de una relación sin protección puede resultar en un embarazo no deseado. Sin embargo, este estudio evidencia la existencia de un alto porcentaje de mujeres que manifiestan motivos relacionados con la violencia sexual y relaciones sexuales con coacción (Mujica et al., 2013).

Sin embargo, lo más importante de este estudio, que ha utilizado técnicas cuantitativas y cualitativas en el recojo de la información, es que el 56% señala que su primer embarazo fue producto de la violencia física o la coacción, el 33% manifiesta que por haber tenido relaciones sexuales desprotegida pero con su consentimiento y el 11% manifiesta por haber querido tener un hijo. Esto quiere decir que aun cuando las adolescentes tengan conocimientos sobre anticonceptivos, su uso efectivo y acceso al producto, no podrían usarlo por no enfrentarse a una relación sexual consentida (Mujica et al., 2013).

En el distrito de Mazán, según los autores de la investigación, el 68% de mujeres que tenían entre 18 y 29 años declaran haber sido víctimas de agresión sexual cuando eran menores de 18 años: 35% violaciones, 23% tocamientos indebidos y 10% de explotación sexual, comercial; los agresores son en un 72% alguien cercano al entorno personal (amigo de la zona o la escuela, la pareja o un familiar), un 21% es alguien que aparece en su entorno (comerciante, maderero, turista), y un 7% con alguien con quien no había una relación o simplemente no lo conocían.

El crecimiento económico que caracteriza al Perú en los últimos años ha permitido a los últimos gobiernos desarrollar programas con las poblaciones vulnerables que no han incluido el embarazo adolescente, haciéndoles parte de algunas de sus condicionalidades solo en los casos de que ya estén embarazadas o sean madres (Mendoza y Subiría, 2013).

Una de las características más relevantes que se observa de manera persistente en las madres adolescentes es el menor número de años de escolaridad y la escasa probabilidad de culminar los estudios de primaria o secundaria, lo cual se encuentra asociado con padres y madres que tienen menor nivel educativo y con hogares más pobres, acompañado de una limitada acumulación de activos en el hogar y un limitado acceso a los servicios públicos. La variable maternidad adolescente es un determinante

negativo para las adolescentes en cuanto a la probabilidad de continuar estudiando o trabajar (Alcázar y Lovatón, 2006). El modelo econométrico indica que la maternidad adolescente tiene una mayor probabilidad laboral en la etapa temprana de la edad adulta aunque esta tiende a reducirse en el largo plazo. Parece ser que la acumulación de capital humano se relaciona más con las condiciones laborales (empleos ocasionales, muchas veces sin remuneración) que con el acceso al trabajo. Asimismo, se concentran en mayor medida en empleos de menores calificaciones.

Cabe destacar que a través del Decreto Supremo N° 012-2013-SA se ha aprobado El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021 y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional. Tiene como objetivos: postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, incrementar el porcentaje de estudiantes que culminan la Educación Secundaria, incluir en el currículo de estudios y los programas de capacitación del Ministerio de Educación, la Educación Sexual Integral (ESI), incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años, disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes, especialmente la violencia sexual (Diario El Peruano, 2013).

## Discusión

Describir comparativamente la prevalencia del embarazo adolescente en mujeres entre 15 y 19 años de edad durante los años 1991/1992-2014, así como su relación con los niveles educativos, zona de residencia y quintil inferior de riqueza, fueron los objetivos de este estudio. Para ello, se analizaron los resultados de ENDES publicados por el INEI en dicho periodo.

A lo largo de este reporte, observamos que el embarazo adolescente en el país es un fenómeno que no ha cambiado mucho durante este periodo, a pesar de los esfuerzos desplegados, pues el porcentaje de prevalencia así como los factores con los cuales aparecen asociados se mantienen en el tiempo pero con una tendencia al crecimiento. Es así como la prevalencia se ha incrementado de 11.4% en 1991/1992 a 14.6% en el 2014 y la educación, la pobreza, la zona de residencia (urbana o rural), incluso las dificultades

de incorporación de esta población al mundo laboral, siguen figurando como los principales determinantes de este fenómeno.

Igualmente, en la región de Lima Metropolitana la prevalencia de 4.4% que se registra en 1991/1992 se incrementa a 11.6% en el 2014, lo cual resulta hasta cierto punto sorprendente ya que supuestamente tiene las mejores posibilidades para enfrentar esta problemática. Asimismo, los mayores porcentajes de prevalencia siguen siendo más elevados en las zonas rurales (22%) y en las regiones de la selva, Loreto (30.4%), Amazonas (28.1%), Madre de Dios (24.4%), San Martín (24.1%) y Ucayali (21.2%). Sin embargo, salvo Loreto y Amazonas, las otras regiones de la selva tuvieron una disminución significativa de la prevalencia durante este periodo.

Un problema importante que requiere ser estudiado con más amplitud es el referido al aborto inducido, que es una de las consecuencias del embarazo no deseado que representa un factor de riesgo para la salud de la madre y el niño (Singh, 1998, citado en Guzmán et al., 2001). Sin embargo, a pesar de que se tiene conocimiento de su elevada existencia no se cuentan con cifras oficiales porque es una actividad que no tiene legitimidad y opera clandestinamente con todos los peligros que ello significa.

Otro aspecto que debemos destacar es el creciente fenómeno de violencia sexual, de la que es víctima una buena parte de la población adolescente embarazada, que constituye un grupo de mujeres que no recibe la atención adecuada. El alto porcentaje de violencia que acompaña con frecuencia al embarazo adolescente, se caracteriza por violencia verbal, física, agresión directa y violencia sexual (Contreras et al., 2013). El estudio de Mujica et al. (2013) en el distrito de Mazán, Loreto, revela que el 68% de mujeres entre 18 y 29 de años declararon haber sido víctimas de agresión sexual cuando eran menores de 18 años, de ellas, el 35% fueron violaciones sexuales, 23% tocamientos indebidos y 10%, explotación sexual.

La investigación en el distrito de Mazán, a nuestro juicio, es una muestra de lo que estaría pasando en diversas ciudades del país con respecto a este fenómeno, en dicha población además, el 72% de estos casos tienen como agresor a alguien del propio entorno de la adolescente, como los amigos de la zona, la pareja o un familiar. Estos hechos violentos que con frecuencia

se evidencian por denuncias policiales y por los medios de comunicación masiva, podría ser solo una muestra de un problema que no se conoce en su verdadera dimensión pero que afecta de manera importante el incremento del embarazo adolescente.

Se trata de un problema complejo además, porque los casos de violencia sexual aparecen asociados a los fenómenos de discriminación, machismo y falta de protección jurídica, que son muy frecuentes en nuestro medio. Este hecho restringe la presentación de denuncias policiales por lo que resulta difícil, como se ha indicado, tener estadísticas precisas sobre el fenómeno. Cabe destacar que en estas situaciones muy poco pueden hacer las mujeres adolescentes para evitar el embarazo, aun cuando tengan conocimientos sobre sexualidad y sobre la actividad sexual protegida.

Es importante reflexionar por qué no solo se mantiene sino que crece la prevalencia del embarazo adolescente en el país cuando en los últimos años este se ha visto beneficiado con un crecimiento económico progresivo que ha permitido tener una disminución de la pobreza, uno de los determinantes más importantes del embarazo adolescente. Si analizamos el otro determinante igualmente importante, la educación, particularmente la educación pública, no ha tenido avances significativos en el mejoramiento de su calidad, evidenciado por las mediciones internacionales que nos ubica en los últimos lugares. Las mejoras no están asociadas con mejoras en la educación pública, menos en las zonas rurales donde hay un déficit de cobertura (Rivas, 2015).

Sin embargo, cuando se analiza la situación de Moquegua y se observa que la prevalencia del embarazo adolescente disminuye significativamente de 15.3% en 1991/1992 a 7.0% en el 2014, región donde justamente ha tenido grandes avances a nivel educativo y en el bienestar de la población en general, podríamos resaltar una vez más la influencia de la educación y de la pobreza en esta problemática, que depende más de una política de Estado que de esfuerzos aislados de instituciones gubernamentales y privadas.

El problema del embarazo adolescente como ya lo ha señalado Serrano (citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989), trasciende los ámbitos de la salud física y psicosocial ya que se encuentra afectada por

aspectos socioculturales y socioeconómicos a nivel de individuo, familia y sociedad, siendo una consecuencia de las condiciones de pobreza y marginación en los que vive la mujer en la mayor parte del mundo (Zidestein, citado en The Pathfinder Fund / Population Council, 1989).

Entonces, los aspectos que deben ser abordados de manera prioritaria son, el acceso a la educación básica (Primaria y Secundaria) de todos los adolescentes que tienen entre 10 y 19 años pero con una específica focalización en las zonas rurales de la sierra y la selva. El estudio del aborto inducido y la violencia sexual, igualmente, son dos fenómenos que deben ser exhaustivamente investigados por las fuertes implicancias que tienen con respecto al embarazo adolescente.

Nos parece oportuno recordar algunos aspectos que con frecuencia no son considerados relevantes, por ejemplo, que de acuerdo al origen del embarazo, el niño tiene un significado para la madre desde el punto de vista emocional y social (Coll, 2001), lo cual tiene implicancias psicológicas tanto en la explicación como en el tratamiento del problema. Sin embargo, esta necesidad de desarrollo afectivo y social que son requeridas por los adolescentes no son consideradas prioritarias en las políticas públicas del país (Mendoza y Subiría, 2013)

Por otro lado, igualmente se hace mucha referencia a los valores y actitudes de los adolescentes con respecto a la sexualidad (Monroy et al., 1988); sin embargo, sabemos que los medios de comunicación masiva –que tienen una cobertura casi en todos los rincones del país– ejercen una fuerte influencia en el cambio de actitudes de los adolescentes, porque ellos son buenos consumidores de publicidad. Entonces, aquí tenemos la tarea de evaluar los programas y publicidad que consumen los niños y adolescentes, así como las implicancias en su conducta sexual y social.

La formación de valores en los jóvenes está asociada con la educación en la escuela, en la propia familia y en la comunidad, quienes juegan un papel muy importante cuando la adolescente resulta embarazada; en la mayoría de casos en que los padres tienen una buena comunicación con sus hijos, estos le brindan el soporte material y afectivo requerido cuando el embarazo adolescente ocurre.

La educación sexual en la escuela, en la familia y en la comunidad significa no solo brindarle a los adolescentes información sobre salud sexual reproductiva y actividad sexual protegida, sino también, como se ha propuesto antes, todos los aspectos que ayudan a planificar su vida, en donde los valores, la autoestima, la asertividad, el control interno afectivo, la toma de decisiones y la organización juegan un papel importante. Pero este hecho debe ir acompañado del soporte de la comunidad y los servicios de orientación, planificación y salud que deben ofrecer de manera concertada, los organismos gubernamentales y privados

El trabajo presentado está sujeto a ciertas limitaciones que es necesario destacar; por un lado, las cifras reportadas por el INEI, por la metodología utilizada y por las fluctuaciones en las cifras en el periodo estudiado, nos aproximan a una realidad muy compleja que muy difícilmente se puede conocer con exactitud; por otro lado, no se ha realizado una revisión suficiente de los distintos reportes de investigación publicados sobre el particular. Sin embargo, lo revisado da cuenta de que la problemática continúa en la actualidad y que su complejidad representa un gran reto para las entidades involucradas y comprometidas con su mejora y solución.

Finalmente, es necesario destacar que a pesar de los avances se requiere de investigaciones más específicas sobre los adolescentes y jóvenes que permita conocer, además de los indicadores sociodemográficos, sus motivaciones, actitudes y conductas con respecto al plan de vida que piensan desarrollar en el presente y futuro.

## Referencias

- Alcázar, L. & Lovatón, R. (2006). *Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Lima: INEI, Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE).
- Calderón, J. & Alzamora, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(4), 1-7.
- Chirinos, J., Brindis, C., Salazar, V., Bardales, O., & Reátegui, L. (1999). Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios de Lima-Perú. *Revista Médica Herediana*, 10(1), 49-61.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? En *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional, EULAC – GTZ.
- Contreras, H., Mori, E., Hinostrroza, W., Yancachajlla, M., Figueroa, N., & Chacón, H. (2013). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 30(3), 379-385.
- Diario El Peruano (7 de noviembre, 2013). *Decreto Supremo N° 012-2013-SA*. Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021 y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
- Ferrando, D., Singh, S., & Wulf, D (1989). *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Perú*. The Allan Guttmacher Institute.
- Guzmán, J., Contreras, J., & Hakkert, R. (2001). La situación del embarazo y el aborto en la adolescencia en América latina y el Caribe. En *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional, EULAC – GTZ.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (1992). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 1991-1992*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (1997). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 1996*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2001). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2000*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2002). *Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: Condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones*. Centro de Investigación y Desarrollo del INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2007). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2004-2006*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2008). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2007-2008*. Lima: INEI. Recuperado de <http://encuestas.inei.gov.pe/endes/endes2007/Publicaci%C3%B3n%20ENDES.html>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2009). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2009*. Lima: INEI. Recuperado de: <http://proyectos.inei.gov.pe/endes/endes2009/resultados/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2011). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2010*. Lima: INEI. Recuperado de <http://proyectos.inei.gov.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2012). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2011*. Lima: INEI. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1027/index.html>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2012*. Lima: INEI. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/index.html>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2013*. Lima: INEI. Recuperado de [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2015). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2014*. Lima: INEI. Recuperado de [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 471-479.
- Monroy, A., Velasco, L., & Morales, N. (1988). *Fecundidad en la adolescencia: Causas, riesgos y opciones*. Organización Panamericana de la Salud: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Mujica, J., Zevallos, N., & Vizcarra, S. (2013). *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonia peruana*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Pick, S. & Givaudan, M. (1994). Embarazo no deseado. En F. C. J. Pérez & A. E. Rubio. *Antología de la sexualidad humana* (pp. 81-104). México: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa.
- Rivas, A. (2015). *América Latina después de PISA: Lecciones aprendidas de la educación en siete países (2000-2015)*. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, Argentina.
- The Pathfinder Fund / Population Council (1989). *Resumen de Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México, 1991*.
- Ticona, M. & Huanco, F. (2012). Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(2), 122-128.

