

Recomendaciones basadas en la evidencia para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Prevención de embarazos no deseados en adolescentes

Dra. María Sofía Cuba Fuentes

Caso que origina la pregunta

Ana es una adolescente de 17 años que acaba de terminar el colegio y acude a la consulta con su tía, refiriendo náuseas matutinas de una semana de evolución. Al interrogatorio niega otros síntomas en el momento y examen físico se encontró todo normal, no se realizó examen ginecológico. Al preguntársele por la fecha de su última regla refiere que fue hace 7 semanas, pero que ella habitualmente tiende a ser irregular. Se realiza una entrevista con la paciente a solas y esta refiere que es sexualmente activa desde hace 6 meses y que usa preservativos en forma ocasional.

Se le indica dieta hipograsa, anti-eméticos (dimenhidrinato) condicional vía oral y se le pide un test de embarazo (BHCG). En la consulta siguiente trae el resultado de la prueba BHCG que es positiva, y se le pide una ecografía, la cual es informada como gestación de 6 semanas y feto viable. Al conversar con la paciente y ofrecernos para hablar con los padres, ella llora y aduce que con este acontecimiento va a ser muy difícil que cumpla con sus metas trazadas y con los planes que sus padres tenían para ella.

La doctora que la atiende, conocedora de que en el Centro de Salud existe un programa educativo para la prevención del embarazo en

adolescentes, se sintió apenada de no haberla contactado antes y referido al mencionado programa. No obstante, se preguntó si una intervención como la ofrecida por el programa (charlas grupales y eventuales consejerías individuales) realmente habría hecho la diferencia en el pronóstico de Ana.

Pregunta para la búsqueda de evidencia

¿En adolescentes mujeres de 14 a 20 años, las intervenciones educativas (consejerías, educación sexual, etc.), reducen los embarazos no deseados?

Elementos de la pregunta para la búsqueda de evidencia

1. Población evaluada: Adolescentes mujeres de 14 a 20 años sexualmente activas, independientemente de la regularidad de su práctica sexual.

2. Pronóstico a evaluar: Embarazos no deseados (lleva implícito que la intervención

incrementa el conocimiento y el uso regular y técnicamente correcto de anticonceptivos).

3. Intervención a evaluar: Cualquier intervención educativa (consejería individual, charlas grupales de educación sexual, etc.).

4. Intervención contra la que se compara: Intervención no organizada usualmente provista individualmente por padres, profesores, etc.

Conocimiento acumulado

Se sabe de diversas intervenciones de salud que pueden cambiar las actitudes y comportamientos en poblaciones específicas. Un ejemplo son los pacientes diabéticos. La evidencia demuestra, por ejemplo que los cambios en la dieta y la actividad física pueden prevenir el desarrollo y las complicaciones de la diabetes, un estudio con 3.234 personas encontró que la incidencia de desarrollo de diabetes era menor en un grupo que había recibido 3 años de consejería de cambios de estilo de vida —4,8%—, que en quienes durante este período habían recibido metformina —7,8%— o placebo —11%— (1).

Diversos estudios antes-después han demostrado que los programas educativos dirigidos a adolescentes efectivamente elevan su nivel de conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva, aunque se han mostrado menos efectivos para cambiar actitudes en relación con la equidad de géneros, u otros valores arraigados en la estructura psico-social del joven.

Anualmente se invierten millones de dólares

Vacío en el conocimiento

en estrategias educativas dirigidas a la población adolescente. Dicha inversión se sustenta en los cambios ya descritos, en el nivel de información de los adolescentes luego de las acciones educativas. Sin embargo, es controversial si estas intervenciones pueden

cambiar comportamientos complejos como el retraso de la iniciación de la vida sexual, o el uso de anticonceptivos. Un cuestionamiento más importante aun, es si estas intervenciones pueden variar resultados de impacto como los embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, a través del cambio de comportamiento (2).

Respuesta basada en la evidencia

En las realidades estudiadas, las estrategias educativas de prevención primaria evaluadas, NO retrasaron el inicio de la vida sexual, ni mejoraron el uso de anticonceptivos en adolescentes varones y mujeres, y en consecuencia no redujeron las tasas de embarazos.

Resumen de la evidencia

Se realizó una búsqueda de la evidencia en las siguientes bases de datos: CATLINE, CINAHL, EMBASE, Medline, PsycINFO y Cochrane desde 1970 hasta el 2006.

Palabras clave para la búsqueda:

Adolescents program effectiveness

Sexual risk reduction programs.

Unintended pregnancy reduction programs

Se encontraron más de una docena de ensayos aleatorizados que evaluaron programas relacionados a la temática estudiada. No obstante, la mayoría de dichos estudios se encontraron comprendidos en una revisión sistemática publicada en el año 2003 (2), por lo que ella constituye la base de este artículo .

En dicha revisión los autores incluyeron Ensayos Clínicos aleatorizados (ECAs) en cualquier lengua que evaluaban programas de prevención de embarazo en adolescentes, con respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazos no deseados. Los programas preventivos



NIVELES DE EVIDENCIA

Ia: La evidencia proviene de [meta-análisis](#) de [ensayos controlados](#), randomizados, bien diseñados.

Ib: La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.

Ila: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

Ilb: La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los [estudios de cohortes](#). Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.

III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o [estudios de casos y controles](#).

IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los [estudios de series de casos](#).

incluían: clases de educación sexual, consejería en consultorios escolares o en consultorios de planificación familiar, programas comunales, entre otros (2).

Se excluyeron los estudios en universidades o instituciones superiores -que incluían muchos adultos jóvenes-, aquellos que únicamente evaluaban conocimientos y actitudes, y estudios cuyos resultados evaluados sólo incluyó el uso de preservativos.

Se obtuvieron los siguientes resultados: 26 ECAs reunieron los criterios de selección, de los cuales 10 estudios randomizaron grupos (clases, escuelas, vecindarios) y no individuos.

•En el análisis de trece ECAs (n=9.642) (**Nivel de evidencia Ia**) no se encontró un retraso significativo en la iniciación de la vida sexual en mujeres adolescentes que participaron de intervenciones de prevención primaria, cuando se compararon con grupos no intervenidos (grupos control), mostrando un odds ratio (OR) para la comparación de 1,12 (IC 0,96-1,3). Cuando 11 estudios hicieron similares comparaciones en varones adolescentes, el resultado fue similar con un de OR 0,99 (0,84-1,16) para atraso de inicio de relaciones sexuales -ver por ejemplo (4) y (5).

•Cuando se comparó el uso de contracepción en cada coito entre los grupos que recibieron y no recibieron intervención educativa, 8 ECAs (n=1.967) (**Nivel de evidencia Ia**) realizados con mujeres no encontraron diferencias significativas, OR de 0,95 (0,69-1,3), lo mismo que tres realizados en varones (n=1.505), los que encontraron un OR de 0,9 (0,7-1,16) -ver por ejemplo (6) y (7).

•Finalmente, cuando se compararon los embarazos no deseados de adolescentes que habían recibido intervención preventiva contra otros que no lo habían hecho, tampoco se encontraron diferencias en 12 ECAs (**Nivel de evidencia Ia**) en mujeres (n=8.019), con un OR de 1.04 (0,78-1,4) -ver por ejemplo (8) y (2).

Comentarios a la evidencia encontrada

Aunque el resultado de esta revisión puede ser frustrante para quienes desarrollan sus labores en esta área, es una llamada de alerta para que las iniciativas de trabajo con jóvenes incorporen nuevas estrategias que permitan alcanzar una mayor efectividad en la prevención primaria de estos problemas.

Un artículo de revisión en el que se analizan en detalle las características de los estudios que alcanzaron el éxito en la prevención de embarazos, arroja las siguientes conclusiones (10):

-Los programas más efectivos en reducir el embarazo no deseado fueron aquellos que no se centraron apenas en los comportamientos sexuales sino tuvieron un carácter más general. Es interesante que el programa más efectivo de todos tenía un contenido de educación sexual relativamente bajo y por el contrario se

centraba en mejorar el desempeño global de los adolescentes, especialmente en la esfera social y el progreso académico.

-Los programas más efectivos se orientaron a mejorar la resiliencia y la auto-estima de los adolescentes, especialmente de las mujeres.

-Los programas más efectivos fueron aquellos que emplearon una metodología de pares combinados con la incorporación activa de padres, tutores y otros adultos.

-Los programas más efectivos fueron aquellos que trabajaron con estrategias educativas interactivas y participativas.

La información anterior nos da algunas pautas de cómo mejorar nuestro desempeño en los programas dirigidos hacia los adolescentes. Un concepto clave a estudiar en el futuro es la idea de que un proyecto de vida claro y la auto-estima necesaria para perseguirlo decididamente, es la mejor vacuna contra el embarazo no deseado. Igualmente importante es acumular evidencia que evalúe el rol de la familia en estos programas. Esta hipótesis de trabajo se desprende por ejemplo de un estudio que demostró que la falta de contacto con los padres y otros grupos comunitarios importantes, limitó la oportunidad de informarlos acerca de la intervención y obtener su apoyo por lo que la intervención preventiva no fue exitosa(11).

En consecuencia, es plausible esperar que cambiando el foco de las intervenciones, de uno específico a otro más general, y contando con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculos relevantes con los adolescentes, se logren en el futuro resultados más alentadores en la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (9).

Conclusión aplicativa al caso que origina la pregunta

Sugerir al programa de adolescentes que incorpore alguna de las recomendaciones planteadas en la sección anterior, dado que la estrategia educativa tradicional tiene muy pocas posibilidades de reducir los embarazos no deseados en adolescentes.

Bibliografía

1. Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin N. Engl J Med, 346(6): .
2. Evidence Based Medicine Review: primary prevention strategies do not improve contraceptive use or reduce pregnancies in adolescents EBM-BMJ 18(feb 2003):.
3. DiCenso A Guyatt et Al, Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials BMJ 324:1426-30 3. 2002.
4. Kirby D, Korpi M, Barth RP, Cagampang HH. The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Fam Plann Perspect* 29: 100-108. 1997.
5. Moberg DP, Piper DL. The healthy for life project: sexual risk behavior outcomes. *AIDS Educ Prev* . 10:128-148.1998.
6. Mitchell-DiCenso A, Thomas BH, Devlin MC, Goldsmith CH, Willan A, Singer J, et al. Evaluation of an educational program to prevent adolescent pregnancy. *Health Educ Behav* 24: 300-312. 1997.
7. Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program. *Fam Plann Perspect* 22: 261-271. 1990.
8. Anderson NLR, Koniak-Griffin D, Keenan CK, Uman G, Duggal BR, Casey C. Evaluating the outcomes of parent-child family life education. *Sch Inq Nurs Pract* 13: 211-234. 1999.
9. McKaig C. Evaluation of young programs: Identifying effective strategies for promoting the health of young people. *Passages* 15(1): 1. 1997.
10. Robin L, et.al. Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adolescents: A Decade in Review. *J of Adolescent Health* 34(1):3-26. 2004
11. Núñez y Rojas, Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. 2000

Recibido para publicación el 12 de Junio del 2006.
Aprobado con correcciones el 24 de Octubre del 2006.

Correspondencia para el autor: Correo electrónico:
sofiacuba@hotmail.com