

Sexualidad de los Adolescentes

Revisión del Papel de la Escuela, de Los Padres y de la Profesión Médica

Artículo aparecido en "Linacre Quarterly" en Febrero 2002, Vol 69, No 1.

La actividad sexual de los adolescentes es un comportamiento dañino, que se acompaña frecuentemente de otras costumbres deletéreas, tales como abuso de drogas y alcohol, pobre escolaridad y varios grados de criminalidad.^{1,2,3}

Intentamos revisar el impacto de la educación sexual, el rol de los padres y de la profesión médica en la conducta sexual de los adolescentes.

EDUCACIÓN SEXUAL

Por los últimos treinta años (en EEUU) la principal autoridad en educación sexual ha sido el Consejo de Educación Sexual e Información de los estados Unidos (SIECUS, "Sex information and Education Council of the United States"). Fue fundado en 1964 en el Kinsey Institute para promover las teorías sexuales de Alfred C. Kinsey, profesor de zoología en la Universidad de Indiana, en Bloomington. La Dra. Judith A. Reisman, Presidenta del Instituto de Educación Periodística ("The Institute for Media Education") ha hecho un estudio detallado de Kinsey y ha mostrado que era un perverso sadomasoquista que abusaba sexualmente a niños. Muchos de los sujetos en los que se basan sus conclusiones, eran criminales en prisión, pacientes mentales, hombres y mujeres prostitutas, pederastas, etc. Las conclusiones a las que llegó se ha encontrado que eran erradas y científicamente falsas, carentes de imparcialidad. Afirmó que los niños eran sexualmente activos y capaces de orgasmo desde el nacimiento, y que la sexualidad puede y debe ser compartida con cualquiera. Afirmó que dejados a su arbitrio, las personas son naturalmente bisexuales, y que todos los límites culturales y los tabú históricos y sus leyes, están pasados de moda. Afirmó también que todas las formas de experimentación sexual son beneficiosas, que el adulterio es natural, saludable y aceptable, que las relaciones de adultos con niños y el incesto son aspectos perfectamente aceptables de la sexualidad humana, y que la homosexualidad es natural, saludable y aceptable^{4,5}. El currículo de educación sexual de SIECUS se basa en las teorías sexuales de Kinsey y se han presentado en un documento titulado "Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten to 12 Grade" ('Pautas para la Educación Sexual Amplia, de Kindergarten al grado 12,-fin de la educación media') Este documento es la principal fuente de educación sexual en EEUU.

SIECUS propicia una educación gráfica explícita, con énfasis en la contracepción y la experimentación, empezando en el kindergarten. Y rechaza el que estén envueltos los padres, o que tengan autoridad. Rechaza la relación entre sexualidad, matrimonio y procreación. Y tiene un fuerte componente homosexual.⁶

La educación sexual ha cumplido con estos propósitos con creces: sexo a cualquier edad, con cualquiera o con uno mismo, solamente por placer, y sin conexión con matrimonio o familia. Lo que nunca anticiparon fue que la autonomía sexual de los niños pudiera tener consecuencias desastrosas para ellos, para sus familias y para la

sociedad en general. La correlación directa entre la educación sexual y la actividad sexual de los niños fue observada ya en la década de 1980. Por ejemplo, el investigador D.A. Dawson publicó en 1986 que “la educación sexual contraceptiva previa aumenta la chance de comenzar a tener relaciones sexuales a los 14 años por un factor de 1.5” (50%)⁷ Marsiglio y Mott reportaron en esos años que haber estado expuesto a la educación sexual se asocia significativamente en forma directa con empezar la actividad sexual a los 15 o 16 años⁸. Una encuesta de Harris, encargada por Planned Parenthood en 1986, comparó tres clases de educación sexual: En el tipo amplio (explícito, incluyendo contracepción) el 47% de los niños habían comenzado a tener actividad sexual, el grupo que recibió instrucción meramente biológica, el 24%, y en el grupo que no recibió educación sexual, el 28%⁹. La actividad sexual sin límites de los niños ha llevado a una epidemia de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual entre los niños, con todas sus consecuencias. Esto representa una pérdida devastadora para la vida de las personas y de las familias, para la sociedad y para la economía del país. En 1970 solo el 5% de las niñas de 15 años tenían experiencia sexual. En 1988 esta cifra había aumentado a 25.6%. Y en este tiempo los niños estaban empezando más y más temprano, y a ser más y más promiscuos. En 1988, el 45% de las muchachas con experiencia, entre los 15 y 17 años, informaban tener dos o más compañeros.¹⁰ Y en términos de madres solteras, en 1960, de todos los partos de adolescentes, el 15% eran de madres solteras. En 1986 había aumentado al 60%^{11,12}. La tasa de abortos era de más de 40% de los embarazos, comparado con solo 24.5% en 1972, fecha en que se declaró legal el aborto.¹³

Cada año hay 15 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes son responsables de 3.7 millones.^{14,15}

Es este un número muy grande, dado que el censo del año 2000 consideró que había unos 31 millones de jóvenes entre las edades de 11 y 18 años, y menos de la mitad parecieran ser sexualmente activos. Las consecuencias de salud de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden ser muy severas, especialmente para las niñas que son más vulnerables. Tiene alto riesgo de inflamación pélvica crónica, embarazos ectópicos, esterilidad (debido a clamidia), morbilidad y mortalidad infantil (herpes), cáncer cervical (virus de papiloma)¹⁶, sin mencionar el SIDA¹⁷ e infecciones concomitantes.

En un esfuerzo por limitar estas epidemias, los condones que habían sido eliminados por “la píldora”, fueron resucitados. Se han empezado programas de distribución en las escuelas y en las clínicas escolares. Los resultados no han sido buenos. Entre los adolescentes, un 47% no logró evitar el embarazo en el primer año de uso¹⁸ Un informe reciente del Instituto Nacional de Salud (NIH) sobre condones y enfermedades venéreas concluye que el uso consistente de condones puede reducir el riesgo de contraer el Virus de la Inmunodeficiencia, por relaciones sexuales vaginales, en un 87%, dejando un 13% expuesto al riesgo, lo que algunos encuentran inaceptable. Puede reducir la transmisión de gonorrea de la mujer al hombre, y puede o no reducir el riesgo de clamidia en hombres. Pero se encontró que los condones no tenían ningún impacto sobre el riesgo de transmisión de virus de papiloma en las mujeres. El estudio encontró que no había evidencia clara de que los condones pudieran reducir otras ETS.¹⁹ Uno puede especular sobre la responsabilidad médica (*y los litigios*) si fuera este el riesgo que acompaña a las transfusiones.

Debido al impacto económico de los miles de millones de dólares que se gastan en el cuidado de los embarazos a adolescentes solteras (un millón al año) y las ETS y sus consecuencias, el gobierno se ha mostrado interesado en lo que se ha llamado “*La nueva revolución sexual*” y en promover y proporcionar fondos para la educación para la abstinencia. Por muchos años se ha tratado de enseñar programas de abstinencia sexual, pero los programas han sido pocos y solo han tenido financiamiento privado. En 1981 se estableció un Programa de Vida de Familia para Adolescentes de la Oficina de Poblaciones del Ministerio de Salud y Recursos Humanos. Se conoce también como Title XX. Este programa empezó con un presupuesto de \$7.8 millones para programas de abstinencia para evitar embarazos.²⁰ Un programa paralelo, de planeamiento basado en contraceptivos, conocido como Title X, había comenzado en 1971, con un presupuesto de \$6 millones, y había aumentado a \$62 millones en un año.²¹ En el año 2001 el presupuesto para el Title X es de \$254 millones, y el de Title XX, de \$28 millones.^{20,21} El Title X representa aproximadamente el 50% de los fondos del gobierno federal para programas de contracepción.²² (Estas cifras no incluyen las cantidades para propósitos similares de los presupuestos de los distintos estados y municipalidades). En 1996 en el Inciso V de la Ley de Reforma de los servicios de Bienestar (Welfare), se destinaron \$50 millones al año por 5 años para programas de educación de abstinencia. Los candidatos a estos fondos debían responder a los siguientes criterios, de “A a H”: A) Tiene el propósito exclusivo enseñar las ventajas sociales, psicológicas y de salud a ganar al abstenerse de actividad sexual. B) Enseña que la abstinencia sexual es la norma que debe esperarse fuera del matrimonio para los escolares. C) Enseña que la abstinencia sexual es la única manera segura de evitar los embarazos, las enfermedades sexuales y problemas similares. D) Enseña que una relación matrimonial monógama y fiel es la norma a esperar para la actividad sexual humana. E) Enseña que la actividad sexual fuera del matrimonio es muy posible que tenga consecuencias deletéreas tanto psicológicas como físicas. F) enseña que tener hijos fuera del matrimonio es probable que tenga consecuencias dañinas para el niño, sus padres y la sociedad. G) Enseña a los jóvenes cómo rechazar los requerimientos sexuales, y cómo el alcohol y las drogas los hacen más vulnerables a dichos requerimientos. H) Enseña la importancia de haber llegado a ser autosuficiente antes de envolverse en actividad sexual²³. Además el Ministerio de Salud y Servicios Humanos (US Department of Health and Human Services) recientemente ha destinado \$17.1 millones para subvencionar programas de Educación de Abstinencia para ayudar a 49 comunidades a desarrollar y poner en acción programas exclusivos de educación de abstinencia, para jóvenes de 12 a 18 años.²⁴

A medida que aumentan los fondos disponibles, los programas educativos de abstinencia, y la implementación de los mismos están aumentando. En el presente, el 34% de las escuelas públicas en EEUU informan que usan programas educativos de abstinencia exclusiva.²⁵ Los programas de educación de abstinencia se basan en desarrollo del carácter, y para ello se enseña abstinencia sexual antes del matrimonio y fidelidad matrimonial, que son metas esperadas y estimuladas como forma de vivir. Enseñan elementos éticos básicos, tales como la dimensión moral de la actividad sexual. E incorporan maneras de llegar a tomar decisiones, mecanismos de apoyo y comunicación con los padres. Enseñan el significado del amor verdadero.²⁶

La evaluación de programas que se han usado por más tiempo, han dado buenos resultados. En Denmark, South Carolina, usando un programa de abstinencia, la tasa de embarazos de muchachas adolescentes cayó de 61 a 25 por 1000. Este programa abarcaba desde el kindergarten al cuarto medio (equivalente en el sistema chileno, es

decir, K-12) e incluye a los padres, la comunidad y la prensa y televisión.²⁷ En la ciudad de Washington, Distrito de Columbia, se usa un programa llamado “Best Friends” (‘mejores amigos’). Es un programa de instrucción basado en las escuelas, es voluntario y el personal también sirve voluntariamente. Es un programa de enseñanza y guía hacia la abstinencia de muchachas, empezando en el quinto año básico. Sólo el 1% de las muchachas que han participado se embarazaron en un período de ocho años, y el 90% se han mantenido abstinentes. Este es un resultado notable dado que en un medio ambiente de población pobre (‘inner city’) la tasa de embarazos para un grupo similar es del 80 al 90%.^{28,29} “Project Reality” (Proyecto realidad), afiliado a la Escuela de Medicina de Northwestern University dio a luz un informe que mostraba que el 54% de los alumnos que habían sido previamente sexualmente activos antes de entrar al programa, habían dejado de hacerlo después de un año de participar. (1996-97). Aun más, el número de adolescentes que empezaron su actividad sexual, un año después de comenzar el programa, cayó en un 21% por debajo del nivel esperado basado en sus otras prácticas antisociales. El programa que se usó fue “Choosing The Best” (‘eligiendo lo mejor’), y se desarrolló con un currículo de ocho unidades, con el apoyo de entrenamiento de los profesores, y participación de los padres. Comprendió 2541 alumnos de escuelas públicas y privadas en Illinois, entre los 13 y los 16 años de edad, y con igual número de muchachos y muchachas.³⁰ El Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud del estado de Georgia comunicó cifras que mostraban disminución en el número de embarazos de alumnos de escuela media y superior, usando ese mismo programa. La tasa de embarazos declinó en un 12% entre las muchachas de 12 a 14 años, entre 1997 y 1999, y en un 13% entre las de 15 a 17 años, durante el mismo período. En las escuelas medias del distrito de Muscogee, en Georgia, la reducción de tasa de embarazos fue de 38% entre 1997 y 1999.³¹ Otro programa que ha sido evaluado recientemente es “Teen Aid” (‘Ayudando a los adolescentes’). En Edinburg, Texas, la tasa de embarazo adolescente en un grupo de 441 muchachas de años ‘junior’ y ‘senior’ (equivalente a 3º y 4º medios, en Chile) fue de 1%, comparado con la tasa para el país de 21.9% para muchachas de clase similar.³² Aun más, otro caso de éxito es el programa “Not Me, Not Now” (‘Yo No, No Ahora’) en el Estado de Nueva York. Es este, también un programa intensivo que envuelve a los padres, a la comunidad y a la prensa. La actividad sexual de los adolescentes bajó del 47 al 32% y los embarazos cayeron de 63.4 a 49.5 por mil muchachas.³³ Votos de virginidad de la campaña “True Love Waits” (‘El Verdadero Amor Sabe Esperar’) también han tenido éxito. Millones de jóvenes se han comprometido a mantenerse abstinentes hasta el matrimonio, y el 34% se ha encontrado con menos probabilidad de tener relaciones prematrimoniales, comparado con aquellos que no han tomado este compromiso.^{34,35}

Los resultados de la enseñanza de abstinencia se han podido observar en todo el país. De acuerdo a cifras del Gobierno, entre los años 1988 y 1995, el nivel de experiencia sexual entre los solteros de 15 a 19 años de edad, declinó del 56 al 52%, caída que se ha considerado estadísticamente significativa.³⁶ La publicación oficial de los Centros de Control de Enfermedades (CDC), en el ‘Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)’ daba mayores detalles en Junio del 2000: el 50% de los niños en los cursos de 9 a 12 grado (educación media, en Chile) nunca han tenido relaciones sexuales, un 35% terminará el colegio todavía vírgenes, 13.6% han tenido experiencia sexual, pero en la actualidad se abstienen, y el 36.3% están sexualmente activos al presente.³⁷

Esto quiere decir que el 63.6% de alumnos de escuela superior (media, en Chile) no están teniendo relaciones sexuales. También es importante destacar que el término

“sexualmente activo” incluye a niños que pueden haber tenido una experiencia sexual en sus vidas. La tasa de nacimientos ha declinado en la década de 1990-2000, junto con la de embarazos y abortos, después de haber alcanzado la cumbre en 1994. La caída para muchachas de 15 a 17 años entre los años 1991 y 2000 es de 28.0%, y para las de edades entre 15 y 19 años, de 22%.³⁸ La causa de esta declinación se discute. De acuerdo al CDC la curva de aumento en el uso de condones ha disminuido en los últimos años.^{39,40} El Alan Guttmacher Institute (*dependencia de Planned Parenthood*) ha comparado los datos de 1988 a 1995 del Estudio Nacional de Crecimiento de la Familia (National Survey of Family Growth) que muestra que el uso de contraceptivos orales ha disminuido sustancialmente.⁴¹ Dado que la abstinencia entre la gente joven a aumentado considerablemente, es razonable concluir que la disminución de actividad sexual es la causa principal de la caída en la tasa de embarazos de adolescentes.

LOS PADRES

Existen observaciones empíricas, y también de sentido común que un hogar estable, y el buen ejemplo, protegen a los niños contra conductas autodestructivas. En los años recientes la medicina y la sociología han empezado a documentar estos conocimientos con estadísticas y publicaciones. Resumiremos los hallazgos más importantes. Un artículo clave se publicó en el número del 10 de Septiembre de 1997 en el Journal of the American Medical Association (JAMA). Se trataba de una recopilación de una investigación a nivel nacional de más de 90 000 adolescentes y constituía el primer hallazgo del Nacional Longitudinal Study on Adolescent Health (the first ADD Health study — el estudio longitudinal nacional de salud de los adolescentes, el primer estudio de salud ADD). Varias clases de conducta de alto riesgo fueron tabuladas en un contexto de la familia, la escuela y de características del individuo. El estudio encontró que relaciones estrechas familiares y escolares, y el compromiso de virginidad eran factores protectores significativos contra actividades destructivas, tanto sexuales como de otros tipos. Factores específicos en la familia eran “las expectativas de los padres de que les fuera bien en el colegio, y la presencia de padres cercanos e interesados”, y también “estableciendo expectativas claras para el éxito y que estuvieran disponibles emocionalmente y conectados con sus hijos, parecen asociarse con mucho más rara conducta de alto riesgo.”⁴²

En 1998 la Campaña Nacional para prevenir el embarazo de los adolescentes publicó “10 Consejos para los Padres” de cómo ayudar a sus hijos a evitar el embarazo en la adolescencia. La idea central de estos consejos es la vigilancia y supervisión, valores, expectativas con respecto a la conducta, tener una relación estrecha, comenzar esto a edad temprana, y ser muy claro con respecto al sexo.⁴³ El ‘National Center for Addiction and Substance Abuse at Columbia University’ (CASA) ha publicado por varios años la investigación y lo que han encontrado sobre la conducta de alto riesgo de los adolescentes y el papel de los padres. En 1999 analizó la importancia de la estructura familiar y el riesgo de abuso de drogas. En el estudio, niños que vivían con ambos padres, comparados con aquellos que vivían solo con la madre, mostró que estos últimos tenían un riesgo 30% mayor de involucrarse en prácticas dañinas, tales como fumar, beber alcohol y usar drogas. Y niños que vivían con ambos padres, pero *tenían malas relaciones con sus padres*, tenían un 68% de mayor riesgo de involucrarse en esas conductas. “El Poder de los Padres es la clave para proteger a nuestros niños” afirmó el presidente de CASA, Joseph A. Califano Jr., quien fuera Ministro de Salud, Educación y Bienestar en años anteriores. Los adolescentes informaron que sus padres

eran los que tenían más influencia con respecto a su conducta, y daban más crédito a sus madres que a sus padres.⁴⁴

Los 'Archives of Pediatric and Adolescent Health' publicaron en 1999 que en un medio ambiente de mucha pobreza, aquellos niños que dijeron tener un alto nivel de control por parte de los padres, eran mucho menos susceptibles de empezar la actividad sexual en la preadolescencia. Más aun, tenían mucho menores tasas de iniciación sexual al ir creciendo. Este trabajo tiene la cualidad única de estudiar a niños desde la edad de 9 años a los 17.⁴⁵ Varios otros artículos aparecieron durante el año 2000 en el Journal of Adolescent Health.

Estos también ponen énfasis en la importancia del contacto cercano entre padres e hijos, altas expectativas con respecto a la conducta, hogares con ambos padres, rechazo de parte de la madre de las relaciones prematrimoniales y el cuidado y atención de los padres, tanto el real como el percibido por el niño, como factores que previenen el comienzo prematuro de actividad sexual de los niños.^{46,47,48}

En Agosto del año 2000, Sieving y colaboradores usando el Nacional Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Study) de años anteriores, de 1994-1995, reanalizaron la relación estrecha de los padres. El estudio incluía 12 105 estudiantes de grados 7 a 12 (7 a 4º medio, en Chile). Encontraron que no solo es importante que las madres desapruében la actividad sexual de sus hijos, sino que también tienen que comunicarlo en forma eficaz y fuerte. Aquellas madres que aconsejan la contracepción son percibidas como menos probable que estén en desacuerdo con la actividad sexual.⁴⁹ Otro análisis del 'Youth Risk Behavior Survey' de 1992, informó una vez más que los niños de familias con ambos padres tienen mucho menos probabilidades de involucrarse en actividad sexual. Las muchachas tenían 3.2 veces más probabilidad de involucrarse en relaciones sexuales si vivían solo con su padre, y los muchachos, 2.4 veces más.⁵⁰ Un nuevo análisis del primer Add Health Study de 1977 confirmó los hallazgos anteriores, y mostró que la raza, ingreso y estructura familiar son buenos predictores de conducta sexual de los adolescentes.⁵¹

En Febrero del año 2001, CASA publicó nuevos resultados de la encuesta nacional sobre adolescentes y abuso de drogas. Este trabajo analiza la diferencia entre los padres "envueltos" ('hands on') y los despreocupados ('hands off'), basado en una lista de doce actividades de los padres. De especial interés, e inesperado, fue el resultado de que el 47% de los niños de padres envueltos, dijeron tener una relación excelente con sus padres, contra sólo el 13% de los casos de despreocupados. También encontró este estudio que solo el 27% de los niños vivían con padres envueltos, pero estos tenían un riesgo de sólo la cuarta parte del de aquellos que vivían con padres despreocupados. El mensaje de este estudio es claro y poderoso: padres y madres deben ser los padres de sus hijos, no sus amigos.⁵² El Journal of Adolescent Health publicó nuevamente en 2001 sobre la importancia de la comunicación entre padres e hijos.⁵³

El Instituto Alan Guttmacher, que es el departamento de Investigación de Planned Parenthood, se hace eco, en el número de Marzo-Abril de 2001 de Family Planning Perspectives, de los descubrimientos reportados en la literatura médica y por CASA, afirmando que sin duda, la calidad de la comunicación de padres e hijos parece ser un determinante poderoso de la conducta sexual de los adolescentes. Este informe se basó en una encuesta de 351 estudiantes que participaban en un programa educacional

titulado “Bright Futures” (futuros brillantes) en la escuela media en Rochester, New York. Este currículo tiene un importante factor de participación de los padres. La mayoría de los niños que contestaron el cuestionario afirmaron que no pensaban involucrarse en relaciones sexuales antes de terminar la escuela superior (Un 95% no eran sexualmente activos.⁵⁴)

Es necesario examinar más de cerca a la **estructura de la familia** para predecir la actividad sexual de los adolescentes. De acuerdo a Patrick F. Fagan de la Heritage Foundation, quien ha investigado en detalle este aspecto, la estructura de la familia predice fuertemente la conducta sexual y otras conductas de riesgo de los niños. Por ejemplo, los hijos de padres divorciados tienen mucha más actividad prematrimonial sexual en la adolescencia, número de parejas sexuales e hijos naturales.⁵⁵ Estos niños tienen también mayores problemas de conducta, peor rendimiento escolar y mayor tasa de criminalidad. De acuerdo a la Encuesta longitudinal Nacional de Adolescentes de 1995, 2% de los niños de familias intactas han sido expulsados de la escuela, 7% de padres que cohabitan y 9% de padre o madre solteros.⁵⁶

D. Capaldi y colaboradores afirma en Child Development que solo el 18% de los adolescentes que perdieron la virginidad muy temprano eran de familias intactas.⁵⁷ Un estudio de la Utah State University encontró que la tasa de embarazos de adolescentes aumentaba en un 33% por cada cambio de situación matrimonial de los padres, cuando el niño estaba creciendo.⁵⁸

La religión confiere un grado de protección que no puede ser ignorado. En 1998 The National Center on Addiction and Substance Abuse publicó los resultados de una investigación “A la vuelta del Colegio” que revelaba una diferencia dramática en el abuso de drogas entre los adolescentes que iban regularmente a servicios religiosos y los que asistían raras veces. Esta correlación confirmaba lo encontrado en años anteriores. Con el fin de tabular resultados, asistencia a la iglesia era cuatro veces al mes o más, y ‘raras veces’ era menos de una vez al mes. Por ejemplo, el 39% de los que no iban a la iglesia fumaba marihuana comparado con solo el 13% de los que iban a la iglesia. El 32% de los que no iban consumían alcohol, comparado con el 19% de los que asistían.*

Además, aquellos adolescentes que consideraban la religión importante en sus vidas se confiaban más en sus padres para decisiones importantes, comparado con los otros. Por el contrario, adolescentes que bebían y fumaban marihuana tenían el doble de probabilidades de considerar a la religión como sin importancia en sus vidas privadas.⁵⁹

El rol de la espiritualidad también ha sido reconocido y estimulado por la Nacional Campaign to Prevent Teen Pregnancy. La hermana Mary Rose McGeady, Presidente y Directora Ejecutiva (Gerente) de Covenant House y miembro de la Nacional Campaign’s task force on Religión and Public Values, escribió una lista de nueve “Consejos” para Líderes de Espiritualidad de la Comunidad, sobre la importancia de la religión en la vida sexual y social de los niños. Entre ellos encontramos los siguientes: preocuparse de las necesidades espirituales de los niños y pedir a otros que ayuden en esta área, estimular a los padres a hablar con sus hijos sobre temas sexuales en el contexto de sus valores

* En EEUU el consume de alcohol tiende a ser excesivo. La moderación es excepcional.

religiosos, estimular a los niños a que entiendan sus tradiciones religiosas y la verdad sobre el sexo, el amor, matrimonio y los embarazos de adolescentes. Los padres tienen que estar bien informados sobre la cultura de la juventud contemporánea: qué hacen, qué escuchan y qué miran en la televisión. Ella recomienda que se organicen actividades para los jóvenes con supervisión, que se ayude a niños que estén aislados, que se celebre cuando hacen algo bien, y que se establezcan lazos con grupos similares.⁶⁰

En 1999, Child Trends (“Tendencia de niños”) una organización de investigación de estructuras familiares y su efecto sobre los niños, publicó que la religiosidad de los padres se asocia con muchos resultados positivos en los niños. Estos incluyen competencia en materia de conocimientos y de vida social, evitar la actividad sexual temprana, responsabilidad social y frecuencia mucho menor de depresión infantil. La religiosidad de los padres fue determinada por la frecuencia con la que iban a la iglesia.⁶¹ El Journal of Adolescent Health informó en el número de Abril del 2000 que “la espiritualidad es un aspecto corriente en la vida de los adolescentes. Menor edad y mayor involucramiento espiritual, especialmente entre amigos espirituales, se asocian en forma independiente con una menor probabilidad de actividad sexual voluntaria.”⁶²

Patrick F. Fagan, de la Heritage Foundation tiene la investigación más extensa sobre cómo la fe y la familia afectan la sexualidad de los niños. Estos estudios se basan en el análisis de datos representativos de todo el país, reunidos en estudios financiados por el gobierno, incluyendo un gran número de niños, y en estudios internacionales. Estadísticas de pérdida de virginidad a los 16 años de edad indican que el 96% de los niños que no van a la iglesia están envueltos en actividad sexual a esa edad, comparado con 3% de los que van a la iglesia todas las semanas. La religión tiene también buenos resultados sobre los hombres jóvenes” sólo el 11% de los que no practican son todavía vírgenes, contra el 54.2% de los que practican, que son todavía vírgenes.⁶³

Más recientemente la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy ha publicado un estudio sobre el papel de la religión en la vida sexual de los adolescentes. Los adolescentes informan, por amplios márgenes, que la moral, los valores y/o sus creencias religiosas afectan su decisión sobre tener o no relaciones sexuales, más que el miedo al embarazo, las enfermedades sexuales, la educación e información sobre el tema y el cariño por su compañero. El informe afirma que los adolescentes que asisten frecuentemente a la iglesia tienen mucho menos probabilidades de tener una actitud permisiva sobre el sexo.⁶⁴

Esta sección sobre los padres quedaría incompleta si no incluyera la perspectiva de los niños, qué dicen ellos. Comenzando con la Encuesta de Harris de 1986, y también en un cuestionario de un currículo de abstinencia, el 61% de los adolescentes dijeron que la presión es la mayor razón para tener relaciones, y el 80% dijeron que se habían visto envueltos demasiado pronto. El 84% de las muchachas dijeron que querrían aprender a decir que no sin herir los sentimientos del otro.^{9,65} Más recientemente, encuestas de la National Campaign revelan que los niños dicen que sus padres son la principal influencia sobre si empiezan a tener relaciones sexuales, y se embarazan o embarazan a una muchacha. Las encuestas también muestran que adolescentes que están cercanos a sus padres es más probable que practiquen la abstinencia sexual, pospongan las relaciones, tengan menos parejas y usen contracepción. Valores firmes, la actitud que tengan los padres, y que no aprueben la actividad sexual de los

adolescentes son factores de protección, además de reglas firmes y supervisión. Los adolescentes también dicen que en su opinión, no debieran ser sexualmente activos y que les gustaría que se los apoye y los estimulen a permanecer en la abstinencia.^{66,67,68} Según el National Marriage Project, 83% de las muchachas y el 73% de los muchachos en los últimos años del colegio declaran que tener un buen matrimonio y familia son cosas extraordinariamente importantes.⁶⁹

LA PROFESIÓN MÉDICA

Dos grandes organizaciones apoyan y promueven el modelo de educación sexual explícito y detallado, la American Academy of Pediatrics y la American Medical Association. La American Academy of Pediatrics, a través de su Comité sobre Adolescencia, ha apoyado la “Guía de Contenido Sexual Responsable en Televisión, Películas y Música” de los “Defensores de la Juventud” (“Advocates for Youth”) [Es esta una organización que promueve las ideas de Kinsey para los jóvenes]. Por ejemplo: “reconoce la actividad sexual como una parte natural y saludable de la vida (sin ninguna calificación)”. La Academia también ha apoyado la distribución de condones para la juventud.^{70,71} La Asociación Médica Americana en la reunión de 1999 en San Diego adoptó una política recomendada por el Consejo de Asuntos Científicos que fue aprobado el 7 de Diciembre de ese año. Esta medida afirma que los programas exclusivos de abstinencia son de “valor muy limitado” y requieren cuidadosa evaluación antes que los puede apoyar la AMA. Dado que los programas explícitos no han sido nunca sometidos a esta evaluación, y han probado ser, por lo menos ineficientes,

La actitud de la AMA es incomprensible. Y revocó una política anterior que apoyaba la educación de abstinencia.⁷²

Por el contrario, hay por lo menos dos organizaciones médicas que apoyan y promueven la educación de abstinencia, The Medical Institute y el Physicians Consortium. The Medical Institute ha existido desde 1992 y se fundó con el propósito de combatir las epidemias de embarazos extramatrimoniales y de enfermedades de transmisión sexual. El Instituto educa y proporciona recursos a médicos y otros profesionales de la salud, educadores y adolescentes, y también a la prensa y televisión. Entre los recursos hay una colección de diapositivas muy completa, ayudan a evaluar programas de educación sexual, y proporcionan volantes, panfletos y libritos sobre embarazos de adolescentes y enfermedades sexuales, junto con estadísticas y puestas al día de aspectos.

Médicos. Promueve la eliminación del riesgo, no solamente su reducción. El Physicians Consortium es una organización de más de 2000 médicos que empezó en la última década. Ha publicado dos estudios amplios de embarazo de adolescentes y las razones para su disminución, y las consecuencias del compromiso de virginidad. Un estudio en profundidad de la declinación en tasas de nacimientos a adolescentes demuestra que la razón principal de esta caída es debida principalmente a que ha disminuido la actividad sexual. Encontraron también que el uso de contraceptivos orales por adolescentes ha disminuido entre 1988 y 1995 y que el ligero aumento en el uso de condones ocurrió más que nada entre adolescentes con experiencia sexual, que concomitantemente revelaron un aumento de natalidad en esos años.⁷⁴

Con respecto a los compromisos de virginidad los que no los tomaron tenían más del doble de probabilidades de tener cuatro o más parejas, comparado con aquellos que después de comprometerse no practicaron la abstinencia.⁷⁵

Focus on the Family, que tiene un departamento de médicos también promueve activamente la abstinencia y tiene elementos muy útiles para la profesión médica, los padres, adolescentes, educadores y la prensa.⁷⁶

CONCLUSIONES — RECOMENDACIONES

La Abstinencia sirve. Es 100% segura. La mayoría de los padres y los niños la quieren. De acuerdo a una encuesta reciente de la National Campaign “hay un claro consenso nacional que niños escolares no deben tener relaciones sexuales”. El 95% de los adultos y el 93% de los adolescentes afirmaron que es importante que los muchachos reciban un mensaje sólido de abstinencia por parte de la sociedad.⁷⁷ Más y más escuelas están eligiendo enseñar abstinencia. La Religión ha sido reconocida como un factor protector importante. El gobierno ha reconocido sus beneficios, y los fondos para educación de abstinencia están aumentando. Como médicos, ya sea organizados o no, es nuestra responsabilidad promover la abstinencia como un componente integral de un sistema de vida saludable durante la adolescencia. Es simplemente buena medicina. Y tenemos un papel muy importante en estimular y apoyar a los padres y los niños por este camino, como muestra la literatura médica citada en este trabajo. Si tenemos la inclinación y la oportunidad, podemos hablar en escuelas y otros grupos que se interesen. Niños y familias sanas no son solo más felices, sino que fortalecen la sociedad. Esto lleva a una economía saludable para la nación, lenguaje que los políticos entienden muy bien.

BIBLIOGRAPHY

1. Orr DP, Beiter M, Ingersoll G. Premature Sexual Activity as an Indicator of Psychosocial Risk. *Pediatrics* 1991; 87:141-147 (www.pediatrics.org).
2. The National Center on Addiction and Substance abuse at Columbia University. CASA study reveals Dangerous Connection Between Teen Substance use and Sex. December 1999 (www.casacolumbia.org).
3. Tapert SF, Aarons GA, Sedlar GR et al. Adolescent substance use and sexual risk taking behavior. *JAH* 2001; 8:1810189 (www.medicinedirect.com/journal).
4. Reisman JH, Eichel, EW. *Kinsey, Sex and Fraud*. Huntington House. Lafayette, Louisiana, 1990.
5. *Sex Education in American Schools: An Evaluation of the Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS)*. Concerned Women for America. 1015 Fifteen Street, NW. Suite 1100, Washington D.C. 20005 (www.cwfa.org).
6. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten – 12th Grade*. SIECUS, 1991. 130 West 42nd Street. Suite 350. New York, NY 10036-7802 (www.siecus.org).

7. Dawson DA. The Effects of Sex Education on Adolescent Behavior. *Fam. Plann. Perspect* 1986; 18:162-170
8. MarsiglioW, Mott F. The impact of Sexual Activity, Contraceptive Use and Premarital Pregnancy among Teenagers. *Fam.Plan.Perspect* 1986; 18:151-161.
9. Harris and Associates Survey “American Teens Speak: Sex, Myths, TV and Birth Control”, conducted for Planned Parenthood, 1986
10. Center for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 1991; 39 : 929-932. (www.cdc.gov).
11. National Center for Health Statistics. (www.cdc.gov).
12. The Index of Leading Cultural Indicators 2001. Empower organization. 1701 Pennsylvania Ave. NW Suite 900. Washington DC 20006 (www.empower.org).
13. Special Report: U.S. Teenage Pregnancy Statistics, 1998. Alan Guttmacher Institute. (www.agi-usa.org).
14. Eng TR, Butler WT, editors. *The Hidden Epidemic – Confronting Sexually Transmitted Diseases*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, 1997.
15. American Social Health Association. *Sexually Transmitted Disease in America: how many cases and at what cost?* 1998. Kaiser Family Foundation, 2400 Sandhill Rd. Menlo Park, CA. 94025 (www.kff.org).
16. McIlhaney JS, Jr. Sexually Transmitted Infection and Teenage Sexuality. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:334-339.
17. Hoder SL, Smith DK, Moore JS, et al. HIV infection in women in the United States—Status at the millennium. *JAMA* 2001; 285:1186-1191.
18. Haishan Fu et al, United Nations Development Programme, NY, NY. *Contraceptive Failure Rates: New estimates from the 1995 National Survey of Family Growth*. *JAMA* online, 1999; 282. (<http://jama.ama-assn.org>).
19. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institute of Health, Dept. of Health and Human Services. *Scientific Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention Workshop*, June 12-13, 2000. Released July 20, 2001. (www.hhs.gov/news/press).
20. Department of Health and Human Services. Office of Population Affairs. *Adolescent Family Life Program*.
21. Dept. of Health and Human Services. *National Family Life Program*. (www.hhs.gov/opa).
22. Hearing before the Subcommittee on Oversight and Investigations of the Committee on Commerce, House of Representatives, Sept. 25, 1998. Serial N°41 105-123.

23. US Department of Health and Human Services. Personal Responsibility & Work Opportunity Act. (PL 104-193)
24. US Department of Health and Human Services. Community-Based Abstinence Education Grants. Press Release, July 6, 2001.
25. Sex Education in America. A View from Inside the Nation's Classrooms. Kaiser Family Foundation, 2400 Sand Hill Rd., Menlo Park CA 94025. (www.kff.org).
26. National Guidelines for Sexuality and Character Education, The Medical Institute PO Box 162306, Austin TX 78716 (www.medinstitute.org).
27. Vincent ML, Clearie AF, Schluchter MD. Reducing adolescent pregnancy through school and community based education. JAMA 1987; 257 :3382-3386.
28. Rowberry DR. An evaluation of the Washington DC "Best Friends" Program. Dissertation, University of Colorado, 1995
29. Best Friends Foundation. 4455 Connecticut Av. NW. Suite 310, Washington DC 20008.
30. Project Reality. PO Box 97. Golf, IL. 60029-0097
31. New Figures Show Abstinence Emphasis Working. Abstinence Clearinghouse, April 13, 2001 (www.abstinence.net).
32. Teen Aid Inc. E 723 Jackson, Spokane, WA, 99207.
33. Not Me, Not Now. Abstinence-Oriented Adolescent Pregnancy Prevention Communications Program. Monroe County, N.Y. (www.notmenotnow.org)
34. True Love Waits. 127 Ninth Av North, Nashville TN 37234-0152.
35. Bearman PS, Bruchner H, et al. Promising the Future: Virginity Pledges as they Affect the Transition to First Intercourse. Am J Sociol 2001; 106:859-9122
36. Abma JC, Sorestein FL. Sexual activity and contraceptive practices among teenagers in the United States, 1998-1999, Vital & Health Statistics, 2001, Series 23, No 21.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity Mortality Weekly Report. Youth Risk Behaviors Surveillance. No ss-5 June 9. 2000; 49
38. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics Report. July 24, 2001 (www.cdc.gov).
39. Center for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance –US 1999. MMWR June 2000, 49⁵
40. Center for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Trends, from Youth Risk Behavior Survey, 1991,1993,1995, 1997 and 1999.

41. Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive use. The A. Guttmacher Institute Occasional Report. 1999 (www.agi-usa.org)
42. Resnick MD, Bearman PS Blum RW, et al. Protecting Adolescents from Harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA 1997; 278: 823-832.
43. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Ten Tips for Parents to help their Children Avoid Teen Pregnancy. (www.teenpregnancy.org)
44. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. CASA Survey: Many Dads AWOL in the Battle Against Teen Substance Abuse. August 1999. (www.casacolumbia.org)
45. Romer D, Stanton B, Gailbraith J, et al. Parental Influence on Adolescent Sexual Behavior in High Poverty Settings. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153:1055-1062 (www.archpediatrics.com)
46. Lammers C, Ireland M, Resnick M, et al. Influences on adolescents decision to postpone onset of sexual Intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. JAH 2000; 26:42-48 (www.medicinedirect.com/journal)
47. Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. JAH 2000; 26:268-278.
48. Li X, Feigelman S, Stanton B. Perceived parental monitoring and health risks behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. JAH 2000; 27:43-48.
49. Sieving RE, McNeely CS, Blum RW. Maternal Expectations, Mother-Child Connectedness, and Adolescent Sexual Debut. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:809-816.
50. Santelli JS, Lowry R, Brenner ND, et al. The association of sex behaviors with socioeconomic status, family structure and race/ethnicity among USA Adolescents. Am J Pub Health 2000; 90:1582-1588.
51. Blum RW, Beuhring T, Shew ML, et al. The effect of race/ethnicity, income and family structure on adolescent risk behaviors. Am J Public Health 2000; 90:1879-1884.
52. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. 2000 CASA National Survey of American Attitudes on Substance Abuse VI:Teens. Feb 21, 2001.
53. Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. JAH 2001; 28:41-45.

54. Effects of a Parent-Child Communication Intervention on young Adolescent's Risk for early onset of Sexual Activity. Fam Plan Perspect 2001; 33:52-61. (www.agi-usa.org)
55. Fagan PF. The Federal and State Governments, Welfare & Marriage issues. Testimony before the Committee on Ways and Means Subcommittee on Human Resources, US House of Representatives, Washington DC May 22, 2001. The Heritage Foundation, 214 Massachusetts Ave, NE, Washington DC 20002-4999 (www.heritage.org)
56. Fagan PF and Rector R . The Effects of Divorce in America. The Heritage Foundation N° 1373, June 5, 2000. 214 Massachusetts Ave, NE, Washington DC, 20002-4999.
57. Capaldi DM, Crosby L, Stoolmiller M. Predicting the Timing of First Sexual Intercourse for At Risk Adolescent Males. Child Development 1996; 67:344-359.
58. Miller BC et al. The Timing of Sexual Intercourse among Adolescents: Family, Peer and other Antecedents. Youth & Society 1997; 29:54-83.
59. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. CASA Survey. Religion Plays Key Role in Preventing Teen Drug, Alcohol & Tobacco use. September 1998.
60. Sister Mary Rose McGeady. Nine tips to Help Spiritual Leaders & communities to confront the problem of adolescent Pregnancy. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. April, 1998 (www.teenpregnancy.org)
61. Children's Family Environment. Findings from the National Survey of America's Families. Child Trends. 4301 Connecticut Ave. NW, Suite 100, Washington DC 20008 (www.childtrends.org)
62. Holder DW, DuRant, RH, Harris, TL, et al. The association between adolescent spirituality & voluntary sexual activity. JAH 2000; 26:295-302.
63. Fagan PF. Family and Faith. The Roots of Prosperity, Stability and Freedom. Heritage Foundation Supplement, from Speech delivered at Peperdine U. Princeton U. Spring 2000. (www.heritage.org)
64. The Role of Religion, Faith and Values in Teen Pregnancy Prevention. The National Campaign to prevent Teen Pregnancy. Sept. 27, 2001.
65. Howard M, McCabe JB. Helping Teenagers Postpone Sexual Involvement. Fam Plan Perspect 1990; 22:21-26.
66. Parents and Teens on Love, Sex and Relationships: Research, Parent Tips and Polling Data Released Today. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. April 30, 1998.
67. The Cautious Generation? Teens Tell us about Sex, Virginity, and "The Talk". National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. April 27, 2000.

68. Not just another thing to do. Teens Tell about Sex, Regret, and the Influence of their Parents. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. June 30, 2000
69. Popenoe D, Whitehead BD. The State of our Unions: The Social Health of Marriage in America 2000. The National Marriage Project. (<http://marriage.rutgers.edu>)
70. American Academy of Pediatrics. Sexuality, Contraception and the Media. Committee on Communications. Pediatrics 1995; 95:298-300
71. American Academy of Pediatrics. Condom Availability for Youth. Committee on Communication. Pediatrics 1995; 95: 281-284
72. American Medical Association House of Delegates. San Diego, Dec. 1999.
73. The Medical Institute. PO Box 162306 Austin Texas 78716-2306 (www.medinstitute.org).
74. The Declines in Adolescent Pregnancy, Birth and Abortion Rates in the 1990's: What Factors are Responsible? The Physicians Consortium. 1240 North Mountain Rd. Harrisburg, PA 17112
75. A Perspective on the Medical Implications of the Virginity Pledge among Teens. The Physicians Consortium. 1240 North Mountain Rd. Harrisburg, PA 17112
76. Focus on the Family. P.O. Box 35500. Colorado Springs, CO 80935-3550 (www.family.org).
77. Adults and Teens Agree on Message for Teens: Abstinence First. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Press Release. April 25, 2001 (www.teenpregnancy.org).

Raul Alessandri, M.D.
Liliana Trivelli, M.D.