

# MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Aspectos básicos y clínicos

GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA  
EN LA ADOLESCENCIA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

**COORDINADORES:**  
CARLOS BUIL RADA  
IÑAKI LETE LASA  
ROSA ROS RAHOLA  
JOSÉ LUIS DE PABLO LOZANO

1.<sup>a</sup> Edición, enero 2001

© Sociedad Española de Contracepción  
© Wyeth-Lederle

Diseño ilustración cubierta: Nacho Ferrando (Arquitecto)

ISBN: 84-931912-0-5

D.L.: Z-28-2001

Fotocomposición e impresión:  
INO Reproducciones, S.A.  
Ctra. Castellón, km 3,800 - 50013 Zaragoza

Printed in Spain – Impreso en España

Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso del editor.  
Prohibida su venta.

# ÍNDICE

## **Saluda**

*Isabel Serrano Fuster* ..... 17

## **Prólogo**

*Sagrario Mateu Sanchís* ..... 21

## **Presentación**

*Iñaki Lete Lasa* ..... 25

## **Capítulo 1**

### **La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales**

Aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la etapa adolescente

Psicosexualidad en la adolescencia. Identidad sexual

Adolescencia: riesgos, dificultades y prevención

Los adolescentes en España

*R. Ros Rahola, T. Morandi Garde, E. Cozzetti Sueldo,  
C. Lewintal Blaustein, J. Cornellà i Canals, JC. Surís Granell* ..... 27

## **Capítulo 2**

### **Fisiología de la adolescencia**

Regulación hormonal del desarrollo puberal

*J. Calaf Alsina* ..... 85

## **Capítulo 3**

### **Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer**

Desarrollo puberal en la mujer

Exámen clínico en la adolescente mujer

Desarrollo puberal en el varón

Examen clínico en el adolescente varón

*N. Parera Junyet, M. de Álvarez Sotomayor, J. Calaf Alsina,  
R. Ros Rahola, J. Cornellà i Canals* ..... 101

## **Capítulo 4**

### **La entrevista al adolescente**

*M. de Álvarez Sotomayor* ..... 149

<b>Capítulo 5</b>	
<b>Alteraciones cronológicas de la pubertad. Pubertad precoz</b>	
<i>JV. González Navarro, JL. Dueñas Díez, E. López Arregui, J. Ordás Santo Tomás, R. Sánchez Borrego</i> .....	171
<b>Capítulo 6</b>	
<b>Alteraciones cronológicas de la pubertad. Pubertad tardía</b>	
<i>JV. González Navarro, JL. Dueñas Díez, E. López Arregui, J. Ordás Santo Tomás, R. Sánchez Borrego</i> .....	193
<b>Capítulo 7</b>	
<b>Alteraciones menstruales por exceso</b>	
<i>JL. Dueñas Díez, E. López Arregui, JV. González Navarro, J. Ordás Santo Tomás, R. Sánchez Borrego</i> .....	217
<b>Capítulo 8</b>	
<b>Alteraciones menstruales por defecto</b>	
<i>R. Sánchez Borrego, JL. Dueñas Díez, JV. González Navarro, E. López Arregui, J. Ordás Santo Tomás</i> .....	231
<b>Capítulo 9</b>	
<b>Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia</b>	
<i>C. Buil Rada, A. García López, A. Pons Tubío</i> .....	267
<b>Capítulo 10</b>	
<b>Estados hiperandrogénicos</b>	
<i>JJ. Espinós Gómez</i> .....	281
<b>Capítulo 11</b>	
<b>Patología orgánica del ovario</b>	
Tumores benignos de ovario en la adolescencia	
Tumores malignos de ovario en la adolescencia	
<i>J. Martínez Salmeán, JJ. Escribano Tórtola</i> .....	359
<b>Capítulo 12</b>	
<b>Patología mamaria infantojuvenil</b>	
Desarrollo y fisiología de la glándula mamaria	
Alteraciones congénitas de la mama en la adolescente	
Alteraciones del desarrollo de la glándula mamaria en la adolescencia	
Patología mamaria tumoral de la adolescente	
<i>J. Aragón Martínez</i> .....	395

<b>Capítulo 13</b> <b>Alteraciones vulvo-vaginales</b>	
<i>JL. Doval Conde, S. Blanco Pérez</i> .....	465
<b>Capítulo 14</b> <b>Dolor pélvico</b>	
<i>JL. Neyro Bilbao, I. Lobo Lafuente</i> .....	491
<b>Capítulo 15</b> <b>Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia:</b> <b>generalidades y prevención</b>	
<i>J. García Cervera, EF. Pérez Campos, J. Perpiñá Cano</i> .....	539
<b>Capítulo 16</b> <b>Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia:</b> <b>entidades nosológicas</b>	
<i>J. Perpiñá Cano, J. García Cervera, EF. Pérez Campos</i> .....	581
<b>Capítulo 17</b> <b>Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes</b>	
<i>E. Barranco Castillo</i> .....	623
<b>Capítulo 18</b> <b>Ritos de iniciación</b>	
<i>JD. Álvarez González</i> .....	657
<b>Capítulo 19</b> <b>El entorno familiar y la sexualidad adolescente</b>	
<i>F. Soler, E. Barranco Castillo, E. García Vera</i> .....	669
<b>Capítulo 20</b> <b>La educación afectiva y sexual en los centros educativos</b>	
<i>E. Barranco Castillo, JD. Chica Maestre, M<sup>a</sup> J. Sánchez Quesada, F. Soler</i> ..	691
<b>Capítulo 21</b> <b>Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven</b>	
<i>A. Llopis Pérez</i> .....	705
<b>Capítulo 22</b> <b>Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU</b>	
<i>C. Coll i Capdevilla, I. M<sup>a</sup> Ramírez Polo, F. Martínez San Andrés, A. Ramírez Hidalgo, S. Bernabeu Pérez, E. Díez Febrer</i> .....	729

<b>Capítulo 23</b>	
<b>Anticoncepción hormonal en la adolescencia</b>	
<i>L. Iglesias Cortit</i> .....	771
<b>Capítulo 24</b>	
<b>Anticoncepción en situaciones especiales</b>	
<i>A. Ramírez Hidalgo, F. Martínez San Andrés, S. Bernabeu Pérez,</i> <i>E. Díez Febrer</i> .....	795
<b>Capítulo 25</b>	
<b>Anticoncepción postcoital</b>	
<i>A. Ramírez Hidalgo, F. Martínez San Andrés, S. Bernabeu Pérez,</i> <i>E. Díez Febrer</i> .....	803
<b>Capítulo 26</b>	
<b>Embarazo en la adolescencia</b>	
<i>I. Lete Lasa, J.L. de Pablo Lozano, C. Martínez Arévalo,</i> <i>JJ. Parrilla Paricio</i> .....	817
<b>Capítulo 27</b>	
<b>Aspectos legales en la adolescencia</b>	
<i>J. Haya Palazuelos, S. de los Reyes Peña, R. Lertxundi Barañano</i> .....	837
<b>Capítulo 28</b>	
<b>Donación de gametos</b>	
<i>R. Lertxundi Barañano, S. de los Reyes Peña, J. Haya Palazuelos</i> .....	851
<b>Capítulo 29</b>	
<b>Abusos y agresiones sexuales</b>	
<i>S. de los Reyes Peña, R. Lertxundi Barañano, J. Haya Palazuelos</i> .....	865

## CAPÍTULO 26

# EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

*“No hagas de tu cuerpo la tumba de tu alma”*

*Pitágoras*

IÑAKI LETE LASA  
JOSÉ LUIS DE PABLO LOZANO  
CARMEN MARTÍNEZ ARÉVALO  
JUAN JOSÉ PARRILLA PARICIO

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%.

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas.

Embarazo no deseado

Tasa de embarazo estable

En nuestro país existen importantes diferencias, en cuanto a las cifras absolutas del número de embarazos, entre las diferentes Comunidades Autónomas pero no obstante parece existir un factor común a todas ellas: la tasa de embarazo adolescente se mantiene, más o menos, estable observándose una cierta tendencia a su disminución y un incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

En EEUU, donde la tasa de embarazo adolescente es una de las mayores de los países desarrollados, se estimaba en 1992, que se producían 112 embarazos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, de los que 61 finalizaban en parto, 36 en IVE y 15 en aborto espontáneo. Datos más recientes, publicados en 1998, sitúan la tasa de embarazo en un 10%, con un 50% de IVE.

Tasa de embarazo por mil,  
en España: 12,39

En España, por el contrario, y según datos de 1994, la tasa de embarazo, por mil, del grupo de mujeres de 15 a 19 años es de 12,39, lo que representa una cifra muy inferior a la que tienen en EEUU.

Diferencias entre  
Comunidades Autónomas

Las diferencias entre Comunidades Autónomas son importantes y así mientras que en Navarra la tasa de embarazos por mil mujeres de 15-19 años es de 3,97, en Canarias alcanza el 20,59.

La tasa de embarazo en estas mismas Comunidades, 7 años antes, en 1987, era bastante superior a la que acabamos de referir y así, en Navarra era de 9,63 y en Canarias de 28,31.

Estas diferencias pueden ser explicadas al analizar las causas del embarazo adolescente.

Según esta misma autora el porcentaje de embarazos no deseados entre las adolescentes alcanza, en España, el 89% en 1994, dato que resulta preocupante y que explica la alta tasa de IVEs que se producen en este grupo de edad.



## CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

### INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud española, que inicia sus relaciones sexuales coitales entre los 16 y 17 años según han informado diferentes autores.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

#### Factores biológicos

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

#### Factores familiares

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de

Las relaciones coitales se inician en la adolescencia

Adelanto de la menarquia

Importancia del modelo familiar

ser, ellas mismas, madres adolescentes.

Comunicación padres-hijos

Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. En estudio realizado entre jóvenes hispanas de EEUU se concluyó que la adecuada comunicación con la madre estaba inversamente relacionada con el embarazo, estimándose que la Odds Ratio de embarazo, en el caso de que la madre hablase de sexo a su hija, era de 0,3.

### **Factores ambientales**

Condiciones socioeconómicas

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46% de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo.

Más frecuente en el medio rural

Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.

## NO UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Procuraremos analizar, a continuación, los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida.

### Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen. De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos, etc.

Falta de previsión en las primeras relaciones sexuales

30-35% no utilizan anticoncepción

La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellas jóvenes que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad y, por ello, toman precauciones.

### **Falta de Educación Sexual**

La información sobre los métodos anticonceptivos se obtiene de las amigas

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

### **Factores ambientales**

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para

realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.

Dentro de los factores ambientales que pueden influir en la baja tasa de utilización de anticoncepción no es desdeñable ese 31% de jóvenes adolescentes que, en algunas sociedades, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida hacia delante de una situación familiar y económica calamitosa.

### **Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos**

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente.

La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. Así, hasta un 42% de 269 jóvenes embarazadas que contestaron a una encuesta, refirieron no haber acudido a un COF, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir a un COF son que tenían miedo a la exploración ginecológica (13%), tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción (12%) e incluso un 7% consideraba que los COF no eran para jóvenes.

Las jóvenes tienen temores respecto a los COF

## **DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO**

Habitualmente el embarazo adolescente se

Diagnóstico tardío

suele realizar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Esta actitud suele hacer imposible la realización de una IVE dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con el embarazo, retrasa el comienzo de la atención prenatal. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.

Negación de la realidad

2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.

## ATENCIÓN PRENATAL

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto y numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como “de riesgo”. La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con unas exploraciones complementarias definidas a todas la embarazadas.

Peor control prenatal

Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. Habitualmente la primera visita prenatal se retrasa hasta el 4º mes de gestación y se suele

Primera visita al 4º mes de embarazo

producir un “decalage” de 4 semanas desde el

diagnóstico del embarazo hasta esta primera

consulta.

Mayor consumo de tabaco  
durante el embarazo

El retraso en realizar el primer control condiciona el resto de los mismos y así, en las jóvenes embarazadas, el número total de visitas prenatales es inferior al número de controles de las gestantes mayores de 20 años.

En estudios realizados sobre gestantes adolescentes se ha concluido que el factor más importante que incide sobre el resultado perinatal no es la edad de la paciente, sino el control de la gestación, siendo éste el factor que reduce sensiblemente las complicaciones de este grupo de gestantes, obteniéndose los resultados mejores en los embarazos controlados en tres o más ocasiones.

Los diferentes trabajos que hemos revisado sobre el control prenatal en las jóvenes adolescentes no llegan a las mismas conclusiones y mientras que para algunos autores el control resulta inadecuado, para otros es aceptable. Las diferencias estriban en el medio socio-cultural en el que se han realizado los estudios.

Más prematuridad, bajo peso al nacer y anemia

En lo que si hay coincidencia es en que además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada, habiéndose identificado como factores causales de esta “negligencia” la actitud negativa de las jóvenes respecto a los médicos y la falta de percepción de la importancia de los cuidados prenatales. Estos dos factores hacen que alrededor del 40% de las jóvenes embarazadas consulten, por vez primera, en el segundo trimestre de la gestación.

Además de un número menor de controles prenatales se da otra circunstancia, en el embarazo adolescente, que puede condicionar los resultados perinatales. Parece ser que las jóvenes consumen más sustancias tóxicas y realizan más abusos dietéticos, durante su embarazo, que las madres de mayor edad. Las jóvenes embarazadas fuman más que las adultas considerándose que la tasa de



fumadoras alcanza el 40% mientras que alrededor del 20% beben alcohol y el 5% consumen marihuana u otras drogas no legales.

## RESULTADOS PERINATALES

Aunque una gran mayoría de los autores considera que el embarazo adolescente debe de ser considerado de alto riesgo, por cuanto se acompaña de peores resultados perinatales, existe otro grupo de investigadores que cree que el embarazo joven no se acompaña de un riesgo mayor para la madre y su hijo.

Importancia de la reacción de los padres

A pesar de las divergencias existentes entre los diferentes grupos de investigadores, diferencias debidas a los diversos niveles socioculturales en los que han realizado sus estudios, existe cierta unanimidad en considerar que el embarazo adolescente se acompaña, más frecuentemente que el adulto, de prematuridad (10%), bajo peso al nacer (12%) y anemia ferropénica (25%). No existe acuerdo sobre la mayor incidencia de gestosis en el grupo de madres jóvenes que había sido informada en estudios anteriores. Uno de los datos que llama la atención cuando se analiza el parto de las jóvenes adolescentes es el menor número de cesáreas que se realizan en este colectivo de mujeres, pudiendo obedecer este hecho a la existencia de una postura más conservadora, por parte de los médicos, ante mujeres con muchos años de fertilidad posterior.

El resto de los parámetros que habitualmente se analizan al estudiar los resultados perinatales: presentación, comienzo del parto, operatoria obstétrica, mortalidad perinatal, anomalías congénitas, lactancia, etc. no difieren sustancialmente de los que se obtienen en grupos de madres de más de 20 años.

A pesar de que parece no existir diferencias

Madres solteras

significativas en los resultados entre las madres más jóvenes y las de mayor edad, todos los autores, y nosotros somos de la misma opinión, consideran que la gestación adolescente debe de ser considerada de alto riesgo por cuanto se acompaña de otro tipo de distocias, de índole social, que lo complican y que serán analizadas más adelante.

## **REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Matrimonios impuestos

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente sus padres, toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo, en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia. Estos datos y observaciones han inducido a que algunas autoridades sanitarias realicen la recomendación de investigar, rutinariamente, la existencia de abusos sexuales, físicos y violencia doméstica.

Abandonan sus estudios

Cuando la decisión que la joven y/o su entorno familiar adoptan es la de continuar con el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos que, además, pueden tener efectos, a largo plazo, sobre la salud de la adolescente.

Nuevo embarazo en el año siguiente

Una vez tomada la decisión de continuar con el embarazo la joven tiene tres alternativas:

### **MATERNIDAD EN SOLTERÍA**

Esta alternativa posibilita, más fácilmente que las otras, el desarrollo de las capacidades de la joven, habiéndose constatado que aquellas adolescentes que permanecen solteras llegan a alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural.

Ahora bien, esta alternativa no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno.

Otro de los problemas que se le puede presentar a la joven embarazada es el hecho de quedar sin casa por abandono, forzoso o voluntario, del hogar familiar, lo que añade complejidad al desarrollo de su gestación.

## **MATRIMONIO**

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que, de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va a hacer, sino agravar la situación que dio lugar al embarazo.

Adopción: graves  
repercusiones psicológicas

En el caso de las jóvenes que se embarazan, prácticamente todas, abandonan sus estudios para integrarse en el nuevo núcleo familiar hipotecando, de esta manera, su desarrollo y futuro. El matrimonio conlleva, además, el riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido, que representa el agravamiento de los problemas económicos, educativos y de relación afectiva que el primero trajo consigo. En nuestro medio un 25% de los matrimonios jóvenes vuelven a tener otro

embarazo en el año siguiente al nacimiento de su primer hijo, embarazo que habitualmente finaliza en IVE.

6.000 IVEs al año en adolescentes

Suele ocurrir, además, que los hijos de estos matrimonios alcanzan un desarrollo socioeconómico y personal menor que los de madres de mayor edad, propiciando una situación que se caracteriza por: (a) clase social baja, (b) absoluta dependencia económica y (c) falta de apoyo de las estructuras sociales; éstos son los factores que determinan el embarazo adolescente y al no corregirse condicionan que más del 50% de las jóvenes adolescentes que se embarazan sean, a su vez, hijas de mujeres que fueron madres adolescentes.

14% de las IVEs

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos hay que seguir preocupándose, y mucho, del futuro de las madres adolescentes. A comienzos de la década de los 70, en EEUU, el embarazo era la primera causa de que las adolescentes abandonaran la escuela antes de terminar sus estudios. Una joven madre debe ejercer el papel de madre al mismo tiempo que el de estudiante, duplicando, en muchas ocasiones, su actividad, lo que le exige una madurez psicológica y personal que todavía no ha alcanzado por lo que no deben de sorprendernos los estudios que demuestran que son pocas las adolescentes embarazadas que posteriormente logran buenos resultados en sus estudios.

## ADOPCIÓN

Abortos tardíos

Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y, probablemente, es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunos autores han demostrado que las mujeres jóvenes que dan a luz solteras y dejan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades de

personalidad que las que decidieron abortar. Existe, además, un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después. Los padres de una adolescente que deja su hijo en adopción presentan, en ocasiones, una sensación de vergüenza, pena y dolor que suele mitigarse cuando la hija acaba casándose y queda nuevamente embarazada. La adolescente que ha abandonado su criatura muchas veces tiene sensaciones similares, siendo bastante frecuente que muchos años después del abandono sigan lamentando su decisión y preguntándose cómo estará ahora su hijo.

Mayor tasa de complicaciones

## ABORTO EN ADOLESCENTES

Se considera que alrededor del 30% de las gestaciones adolescentes finaliza en IVE, si bien en algunas sociedades este porcentaje puede alcanzar el 50%. En España y según datos referidos a 1994 y publicados por Margarita Delgado, la proporción de adolescentes embarazadas que se somete a una IVE ha crecido en los últimos años, estimándose que prácticamente un tercio de las mismas optará por interrumpir su gestación. Habitualmente, cuanto mayor es el nivel cultural y educativo de la joven y sus padres, más probable es que se opte por la IVE. Según los datos publicados por esta misma investigadora había en España, en 1998, 1.418.641 jóvenes de 15 a 19 años. La tasa de aborto, por mil, estimada para esta población es de 4,17, lo que arroja una cifra total anual de alrededor de 6.000 IVEs practicadas en adolescentes. Esto supone que el 14% de todas las IVEs realizadas en España se hacen en mujeres menores de 20 años. Conviene matizar, de cara a analizar el problema de la IVE adolescente, que en este colectivo la subdeclaración es una constante, debido a problemas legales, económicos, etc. por lo que la realidad de la IVE en mujeres jóvenes será, probablemente, mayor.

Falta de recursos económicos

IVE: mal menor

Uno de los mayores problemas que presenta la IVE en las adolescentes es el de su realización en épocas tardías de la gestación. Así, únicamente el 57% de las jóvenes interrumpe su gestación antes de las 9 semanas frente al 67% de las mujeres mayores de 20 años y hasta el 7% se somete a una IVE en el segundo trimestre del embarazo. Este retraso en la realización de la IVE supone que la incidencia de complicaciones sea superior entre las mujeres jóvenes puesto que sabemos que los factores que influyen en una mayor tasa de complicaciones son: (a) la edad gestacional a la que se practica la intervención y (b) la técnica empleada. La aspiración presenta menos riesgos que el legrado o las prostaglandinas y sabemos que la aspiración está reservada para la interrupción en edades gestacionales tempranas. A medida que aumentan las semanas de gestación a las que se realiza la IVE aumentan también las complicaciones y la tasa de mortalidad asociada.

Otro de los aspectos a considerar es el de la fertilidad posterior. En la adolescente, que probablemente sea nulípara, la conservación de la capacidad procreadora es muy importante y por ello la técnica debe procurar reducir al mínimo los traumatismos físicos. Diversos estudios han puesto de manifiesto que cuando la técnica de IVE utilizada es depurada, no se aprecian consecuencias ni complicaciones en el resultado de embarazos posteriores.

La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo, para la que, probablemente, no esté emocionalmente madura. Esta inmadurez, junto con el temor a descubrir su situación, hace que en adolescentes se produzcan un número excesivo de abortos del segundo trimestre. Suele ser frecuente que las adolescentes que demandan una consulta por un posible embarazo, refieran que están embarazadas de menos tiempo que el real.

Educación Sexual:  
fundamental

Otro problema bastante frecuente entre las jóvenes es el de la falta de recursos económicos para afrontar los gastos derivados de la IVE. Téngase presente que en España prácticamente el 99% de los abortos voluntarios se realizan en la red privada y el gasto medio de una IVE del primer trimestre ronda las 30.000-40.000 pesetas. Si el aborto se realiza en el segundo trimestre este costo se dispara, llegando a las 250.000 pesetas que puede costar una IVE en la semana 20 de embarazo. Este hecho es otro de los que condicionan el diagnóstico tardío de la situación y, por ello, la realización tardía de la IVE.

No obstante todo lo anteriormente expuesto, la mayoría de los autores revisados y los expertos que trabajan en adolescencia opinan que, desde el punto de vista físico y psicológico, el aborto produce menos trastornos en la adolescente que la continuación del embarazo o la adopción.

## **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos

Experiencias europeas en programas de Educación Sexual

Mayor utilización de anticoncepción

una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

### **Programas de Educación Sexual**

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

Mejorar la atención prenatal

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales. Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. Un ejemplo lo tenemos en Suecia donde, tanto la tasa de embarazos como la de IVEs en adolescentes, disminuyó de forma notoria a partir de la promulgación de la Ley que obligaba a impartir Educación Sexual en las escuelas.

Mejorar el nivel socioeconómico

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta,



significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

### **Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos**

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

### **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

### **PREVENCIÓN TERCIARIA**

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.