

Adolescencia, anticoncepción y embarazo

Alvaro Monterrosa Castro, M.D.

Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Universidad de Cartagena.

PALABRAS CLAVES: Anticoncepción. Adolescencia. Sexualidad. Embarazo.

Introducción

Adolescencia -del latín *adolescere*- significa crecer. Adolescencia es la transición entre la niñez y la vida adulta, lleva de la dependencia infantil a la independencia del adulto, cambia la vida determinada por los padres y los mayores por una vida autodeterminada, permite dejar de ser objeto de influjos educacionales extrínsecos para ser sujeto de decisiones personales intrínsecas. En ella evolucionan los procesos psicológicos del individuo y se establece la madurez sexual.

La OMS establece que la adolescencia transcurre entre los 10 y los 19 años de edad. Se divide en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años).

El inicio más temprano de la pubertad -edad en que se adquiere capacidad reproductiva-, la menor segregación de los sexos, la reducción de la influencia y el poder de la familia, entre otros factores, causan gran impacto sobre el comportamiento y por ende, la salud de los jóvenes. Son muchas las cosas que ofrece la vida y que se intentan por vez primera en la

adolescencia, y una de ellas son los coitos. Usualmente los jóvenes pasan a ser sexualmente activos sin la información adecuada, sin la prevención anticonceptiva e incluso sin la madurez integral como individuos.

Un tercio de la población mundial se encuentra entre los 10 y los 24 años de edad y cuatro de cada cinco de estos jóvenes viven en países subdesarrollados.

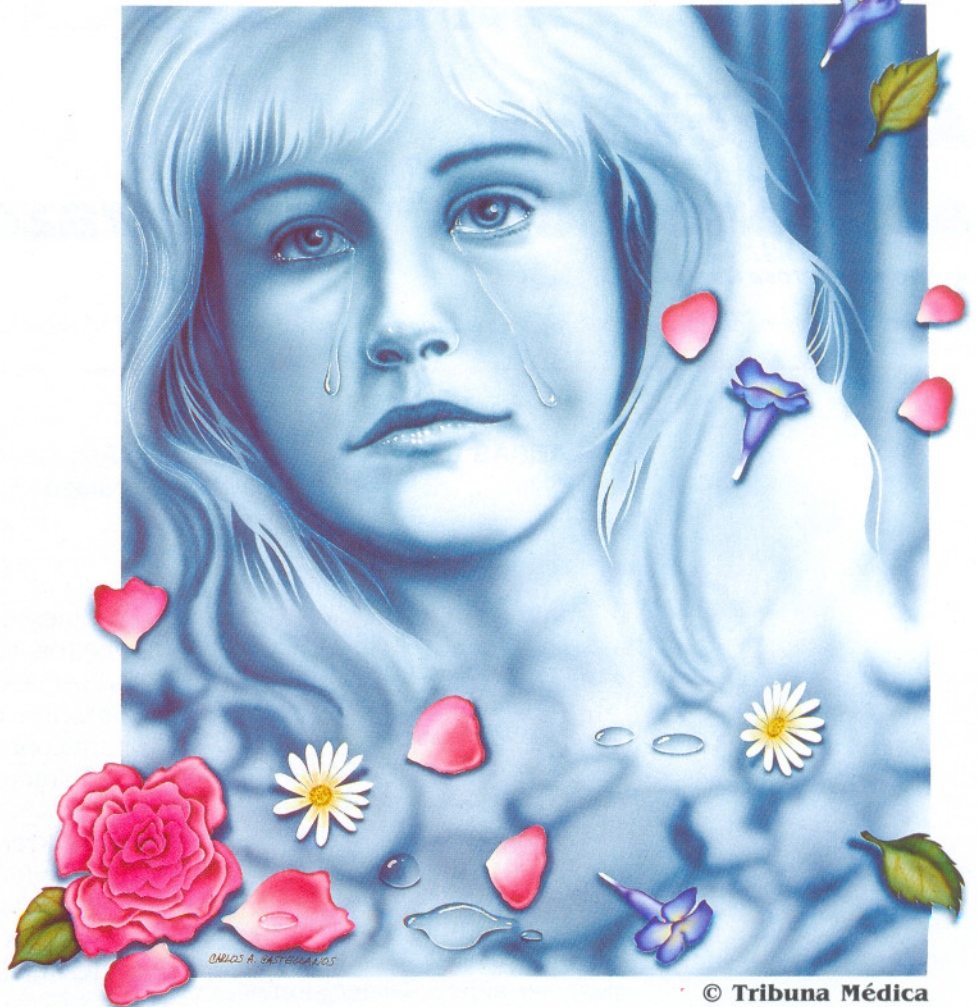
Según el censo de 1994, realizado por el DANE, Colombia tiene 7.391.781 jóvenes entre los 10 y los 19 años de edad, siendo uno de cada cinco colombianos, adolescente. El 49.2% son de sexo femenino y el 50.8% de sexo masculino. El 70% habitan en las ciudades y el 30% en zonas rurales.

Adolescencia y anticoncepción

Al recomendar métodos anticonceptivos a los adolescentes se debe tener en cuenta los siguientes factores: relacionados con el método como efectividad, precio, disponibilidad, aceptabilidad, reversibilidad. Relacionados con los usuarios: edad, desarrollo biológi-

co, salud, madurez y responsabilidad. Los usuarios deben comprender el uso correcto del método escogido. Se debe dar orientación suficiente para despejar dudas y temores. La aceptación del método es de gran importancia en su eficacia. Se debe informar y educar mientras se respetan los principios religiosos o creencias de la pareja, por lo cual el método más eficaz para una pareja será el seleccionado por ella, con la asesoría del personal de salud. Cualquier método es mejor que ninguno, por tanto debemos describir a los adolescentes todos los disponibles, sin olvidar informar que todos tienen ventajas y potenciales desventajas, así como posibilidades de falla.

La anticoncepción ideal y más eficaz entre adolescentes es la abstinencia coital, lo cual es bueno, posible, natural y sano. Para un adecuado nivel de aceptación de éste concepto, es básica la educación sexual, iniciada desde la infancia y en la familia. Con pautas adecuadas aportadas por educación sexual, los adolescentes de ambos sexos pueden decir no a un coito, sin que tal decisión sea dolorosa. Se debe estimular a quienes decidan no tener coitos, a sentirse cómodos en su decisión. Abstenerse de coitos no es anormal, no implica homosexualidad. Las relaciones coitales no son símbolo de madurez. Estudios de la OMS concluyen que ofrecer educación sexual



© Tribuna Médica

en la escuela, retrasa o disminuye los coitos en los adolescentes.

La correcta educación sexual, la ilustración en anticoncepción, señalando la importancia de toma de decisiones, autoestima, responsabilidad en general y en particular paternidad responsable, llevarán a una decisión adecuada y madura sobre tener o no coitos. Las relaciones sexuales no deben ser imprescindiblemente coitales, para expresar afecto, dar y recibir placer, no implica la necesidad de coitos y la abstinencia es una forma de prevenir el embarazo indeseado. La educación sexual no

debe proveer actitud y conducta sexual segura. La abstinencia debe promoverse entre adolescentes, sobre todo entre los más jóvenes. Cuando la consulta en asesoría anticonceptiva es tardía -postparto o postaborto por ejemplo- o cuando los coitos hacen parte de la vida de los adolescentes, otros métodos anticonceptivos pueden recomendarse.

Métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera disponibles en nuestro medio son el condón y los óvulos

espermicidas. El condón es útil y adecuado para adolescentes, suele carecer de efectos adversos, protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, y puede fallar por uso incorrecto, ruptura accidental ocasional, uso parcial durante la relación coital o por no usarlo en todos los coitos. El condón facilita la participación del varón dentro de la responsabilidad anticonceptiva de la pareja. Existen mitos que limitan su uso.

Los óvulos espermicidas, son sustancias químicas que van a inmovilizar los espermatozoides. Acetato de fenil-mercurio, Menfegol y Nonoxinol-9 son los principios activos de mayor uso. Pueden fallar por aplicación tardía, por no repetición de la dosis en nuevos coitos y por empleo de duchas vaginales post-coitales. No es malo tocar los genitales, se puede incluir dentro de los aspectos lúdicos del coito la aplicación de los métodos anticonceptivos de barrera.

Dispositivos Intrauterinos

Múltiples formas y tamaños de DIU se han diseñado, algunos inertes y otros medicados. La T de cobre 380-A es la de mayor inserción. Es una T de polietileno de tamaño único con hilo de cobre enrollado en la rama vertical y dos anillos de cobre en los brazos horizontales. Debe ser colocado durante el período menstrual por personal entrenado. Se considera que el DIU modifica la dinámica del tracto genital, alterando la mi-

gración y fisiología de los gametos, el endometrio y el moco cervical. Se contraindica en sangrado genital no diagnosticado, enfermedad pélvica inflamatoria, anomalías uterinas, antecedente de embarazo ectópico, promiscuidad. Es un buen método para adolescentes no promiscuas, que ya han tenido hijos o abortos. Puede utilizarse en la lactancia. Evitarse en nulíparas.

Métodos parenterales y orales

Los métodos de uso parental producen desarreglos en el ciclo menstrual, por los elevados niveles de estrógenos y progestágenos o progestágenos solos. No son métodos adecuados para adolescentes y deben contraindicarse en absoluto los trimestrales por el riesgo de amenorreas persistentes.

Los anticonceptivos orales se dividen en minipíldoras —compuestas sólo por progestágenos y adecuadas para la lactancia— y combinadas, que asocian estrógenos y progestágenos. El estrógeno utilizado es el etinil estradiol y el progestágeno puede ser; levonorgestrel, desogestrel, gestodeno o norgestimato. Además de evitar el embarazo, los anticonceptivos orales: disminuyen la frecuencia de embarazo ectópico, la irregularidad menstrual, previenen el cáncer y los quistes funcionales

El condón facilita la participación del varón dentro de la responsabilidad anticonceptiva de la pareja

de ovario, disminuyen el flujo menstrual previniendo anemia, previene hiperplasia de endometrio y cáncer de endometrio, previenen enfermedad benigna de la mama y disminuyen la osteoporosis postmenopáusica. No se conoce su relación con cáncer de seno y cervix. No deben utilizarse en adolescencia temprana con pobre desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, ni en aquellas con ciclos irregulares debido a inmadurez del eje hipotalámico, tampoco cuando las relaciones coitales son ocasionales. No está demostrado que los anticonceptivos orales produzcan retardo de la fertilidad. Se consideran inocuos en adolescencia, sobre todo tardía. Tienen efectos como cefalea, vómito, náuseas que tienden a desaparecer en los tres primeros meses de uso. Las reglas disminuyen en cantidad y duración. Si se presentan episodios de amenorrea debe pasarse a un método no hormonal. Pueden utilizar anticonceptivos orales las adolescentes con embarazos previos, o en las que sin embarazos previos son normorregladas y tienen altas probabilidades de embarazos por coitos frecuentes.

Adolescencia y embarazo

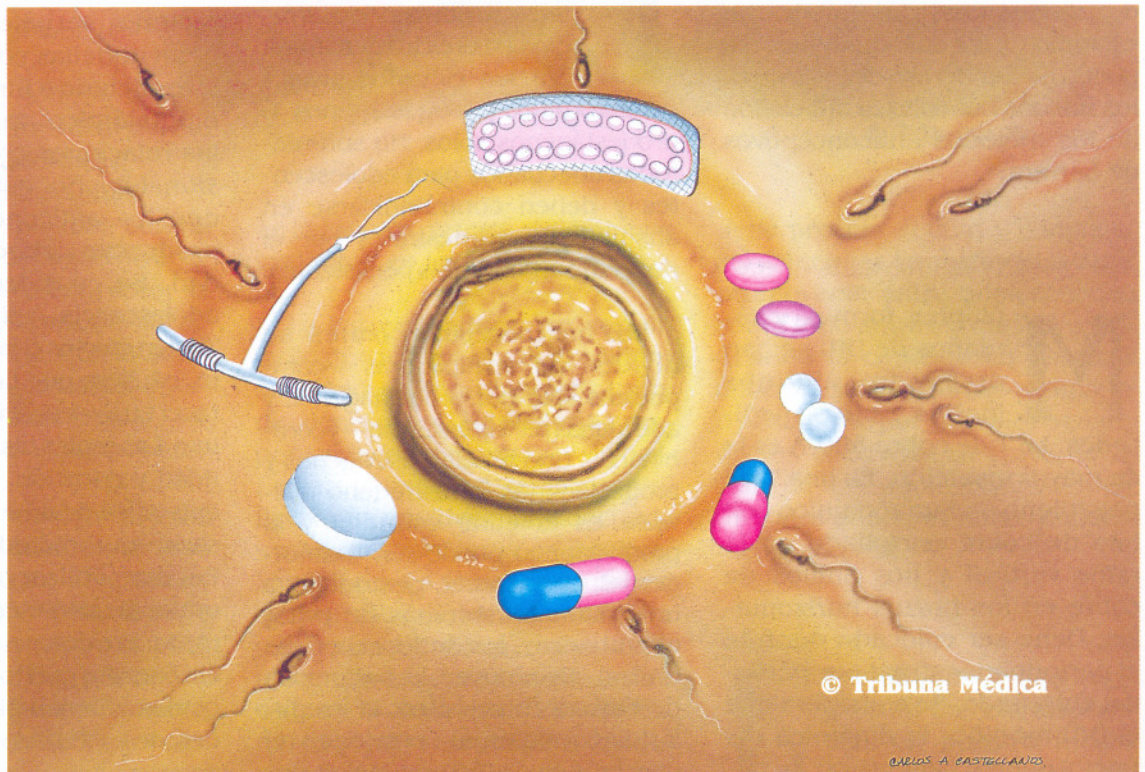
Es una de las problemáticas en salud reproductiva más sentida en la sociedad mundial. Podemos contar las madres adolescentes, más no medir el embarazo en la adolescencia, ya que muchos terminan como abortos, realizados usualmente en la clandestinidad. Quince millones de adolescentes paren cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adoles-

Norplant, son cápsulas delgadas de silicona que contienen levonorgestrel, las cuales se aplican subdermicamente en el brazo y tienen una duración de cinco años, con reversibilidad contraceptiva tras su extracción, sin retardo de la fertilidad futura y alta eficacia contraceptiva. Tiene alto costo y su efecto secundario más notable es la alteración de las reglas, desde hipermenorrea hasta amenorrea. Algunas pacientes pueden presentar cefalea, cambios de peso, acné. Por no ser un contraceptivo de deposito, puede usarse en nulíparas y en adolescencia, sobre todo tardía.

Debemos desestimular el uso de métodos folclóricos (miel, ASA, vinagre, etc) por no estar demostrada su eficacia. No se debe estimular el recurso del coito interrumpido, ya que en ocasiones la pareja no alcanza la satisfacción adecuada. Tiene altas tasas de falla, ya que la emisión de secreción pre-eyaculatoria suele ser rica en espermatozoides. El método del ritmo, la valoración del moco cervical y el sintotérmico no deben aconse-

jarse por la baja eficacia contraceptiva, teniendo en cuenta además que la adolescente puede no ser normorreglada o los coitos no programados.

Los anticonceptivos son métodos para antes de la concepción. No existe píldora post-coital ideal o de uso eficaz. Combinaciones altas de estrógenos y progestágenos para utilizar post coito, deben ser para casos excepcionales y son un manejo terapéutico post-coital y no un contraceptivo rutinario. No debemos permitir que adolescentes aprendan a usar estos esquemas de manejo médico, ya que pueden rutinizar su uso, causándose alteraciones del ciclo o exponiendo al embrión a altas concentraciones hormonales.



© Tribuna Médica

CARLOS A. CASTELLANOS

centes del Caribe y América Latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En zonas rurales de los países andinos, casi la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir los 20 años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año. Se ha calculado que en Colombia 70 de cada 1.000 adolescentes se convierten en madres cada año. En el Hospital Maternidad «Rafael Calvo» de Cartagena, Monterrosa en 1991 de una población al azar de 763 partos, encontró que el 15.2% eran pacientes adolescentes. Monterrosa y Bello evaluaron todos los partos de 1994 de ese mismo Hospital, encontrando 12.416 en total, siendo 3.161 (25.4%) en adolescentes y 57 de éstas (1.8%), eran jóvenes que no habían aún cumplido los 15 años. Se considera que las adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar la maternidad.

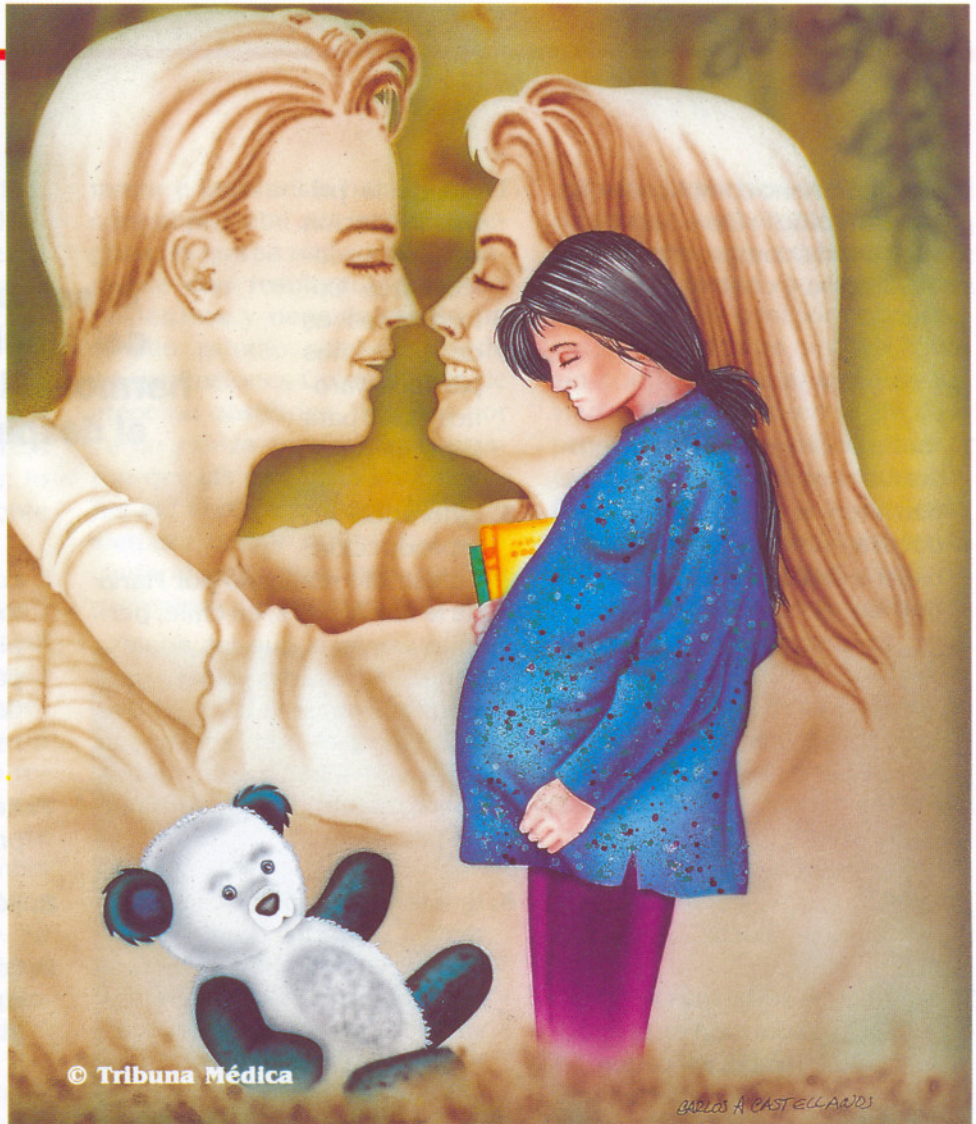
Diversas evaluaciones y observaciones en el país sustentan que la mayoría de los embarazos en adolescentes no son deseados. El embarazo no deseado —sobre todo cuando no hay apoyo de la pareja ni de su familia—, disminuye las oportunidades y destruye los planes futuros, limitando la educación, el empleo y otras oportunidades sociales y políticas, quedando la joven atrapada en la

pobreza. Un parto a edad temprana puede deteriorar o acortar la vida de la adolescente y establecer una práctica reproductiva perjudicial a su salud y la de sus hijos.

Las adolescentes más pobres con pocas posibilidades de recibir educación, tienen índices más altos de fecundidad y en consecuencia más pobreza y más altos riesgos de muerte materna y neonatal. La gestación en la adolescencia suele llevar al abandono escolar, estableciéndose el círculo vicioso: fecundidad tem-

prana, falta de educación, pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica y pobreza.

Cifras del Ministerio de Salud de Colombia señalan que el embarazo y factores relacionados con él, ocupan la primera causa de consulta externa y las cinco primeras causas de egresos hospitalarios en adolescentes femeninas entre 15 y 19 años. En la segunda causa de egreso hospitalario en adolescentes femeninas entre 10 y 14 años, lo cual manifiesta la gravedad del pro-



© Tribuna Médica

blema, fenómeno complicado que plantea un difícil reto a las diversas disciplinas comprometidas en su resolución y control.

Los factores etiológicos son:

1. **Maduración sexual más temprana.** Los mecanismos que permiten la capacidad reproductiva, suelen presentarse hoy día a edades más tempranas que en generaciones previas, no existiendo explicación al respecto. El establecimiento del funcionamiento hormonal lleva implícito el despertar sexual. A los 13 años las niñas Colombianas están en capacidad endocrinológica de concebir, aunque estén muy lejos desde el punto de vista maduración psicológica y social.
2. **Experiencia coital más temprana.** Existe reducción en la edad a la cual se inician los coitos, lo cual puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, pero sin duda también influenciada por los estímulos eróticos persistentes. La encuesta de actitudes y prácticas, adelantada por Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología e ISS, informa que en Colombia ya han tenido coitos el 66% de los varones y el 24% de las mujeres de 17 años de edad. Barrios y Ramos en su revisión de los años 80 encontraron que de las madres-adolescentes encuestadas, el 36% habían iniciado los coitos a los 16 años; 25% a los 15 años; el 10% a los 14 años y el 3% entre 11 y 13 años de edad. La edad prome-

dio de la primera relación sexual en adolescentes Colombianos es de 14.3 años para los varones y 15.5 para las mujeres.

3. Ignorancia en reproducción.

Un estudio realizado por María de la Luz Alvarez, en Chile, permite aseverar que las adolescentes femeninas saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre pueden procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable.

4. Ignorancia en planificación familiar. Los adolescentes carecen del conocimiento bien fundamentado de los diferentes métodos de planificación familiar. Si bien muchos pueden recitarlos de memoria, carecen del adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener coitos.

5. Genitalización de la sexualidad. La incorrecta educación sexual ha llevado a que el coito sea interpretado como la única forma de dar y recibir placer. Si los jóvenes reciben información clara y oportuna sobre paternidad responsable, toma de decisiones y autoestima, estos suelen optar por retrasar el inicio de sus coitos, recuperando una visión integral de la sexualidad.

6. Falta de comunicación. La pérdida del poder de la familia

El establecimiento del funcionamiento hormonal lleva implícito el despertar sexual

como elemento manejador de los hijos, la mayor y más temprana libertad al adolescente para disponer de su tiempo, sin compartir con sus progenitores sus vivencias o ansiedades.

7. **Necesidad de dependencia y protección.**
8. **Pérdida de los valores.**
9. **Formas inadecuadas de esparcimiento, descanso personal y familiar.**

Las repercusiones sociales son:

1. **Embarazo indeseado.** Un laberinto del cual sólo puede salirse por tres puertas, sin que ninguna de ellas sea ventajosa para la adolescente.
 - a. Conservar su hijo, convirtiéndose casi siempre en madre soltera.
 - b. Tenerlo para darlo en adopción.
 - c. Recurrir al aborto provocado.
2. **Madre solterismo.** Debe soportar la agresión física y psicoló-

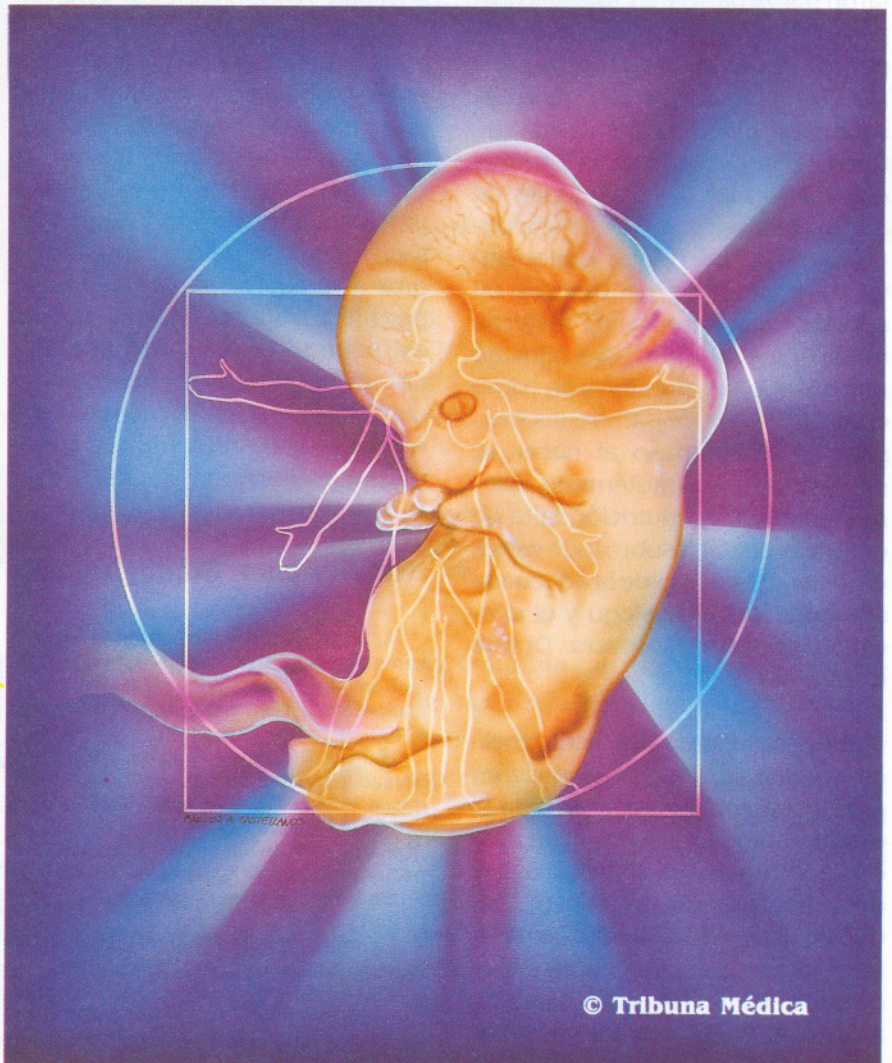
gica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que se extenderan al hijo. Es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral.

3. **Ceder al hijo en adopción.** Decisión que usualmente toman los adultos por la adolescente, lo cual puede ser tremendamente traumático para la joven.
4. **Aborto provocado.** Realizado en la clandestinidad por personal no idóneo o bajo condiciones sépticas. Cada año más de medio millón de mujeres en el mundo mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La primera causa de muerte materna en Colombia son las complicaciones secundarias al aborto provocado. Se estima que América latina tiene una de las tasas de aborto provocado más altas del mundo.
5. **Hijo indeseado.** El hijo estará expuesto a la agresión física y psíquica, al abandono, al rechazo, al infanticidio, aunque a veces se presenta una aceptación tardía.
6. **Abandono escolar.** En muchos países se obliga al abandono escolar a las adolescentes que quedan en embarazo.
7. **Matrimonio forzado.** Determinación de adultos para castigar la irresponsabilidad tanto masculina como femenina.

La repercusión médica básica es la carencia de control prenatal. Los sentimientos de vergüenza,

temor e ignorancia hacen que el control prenatal sea tardío e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos obstétricos y neonatales. En un amplio estudio colaborativo de 11 instituciones Colombianas de atención obstétrica, liderado por Pardo y Uriza en 1987, encontraron que las maternas adolescentes sin control prenatal tuvieron siempre mayor morbilidad asociada al embarazo (más ruptura prematura de membranas, más

infección, más hipertensión inducida por el embarazo, más parto pretérmino, más embarazo prolongado), tenían mayor frecuencia de cesárea o mayor necesidad de forceps. Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción cefalo-pélvica, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal y tuvieron a la vez más riesgo de complicaciones en el puerperio e incluso más riesgo de muerte materna. Monterrosa eva-



Una educación sexual que sea una escuela de la vida y para la vida, parte de la formación integral del individuo

Cuando historias clínicas del Hospital de Maternidad «Rafael Calvo» en 1989, encontró que se presentaron 9.939 partos, 51 (0.5%) complicados con eclampsia. De las 51 pacientes con eclampsia, 19 (37.2%) tenían entre 13 y 18 años, estableciendo un riesgo relativo de tener eclampsia en la adolescencia con respecto a la edad adulta de 3.7% . Monterrosa y Bello encontraron en la Maternidad Rafael Calvo, que los hijos de madres en adolescencia temprana, tuvieron menor peso al nacer que hijos de madres adultas que sirvieron como control ($P < 0.005$). Entre las causales del bajo peso al nacer se encuentra el parto pretérmino, toxemia, anemia, desnutrición falta de control prenatal, y sobre todo estrés emocional que impide la adecuada alimentación, el sosiego y el descanso oportuno, asevera Duarte Contreras.

El embarazo en la adolescencia es prevenible. Debemos enseñar una educación sexual no sexista ni discriminatoria. Enseñar al adolescente a tomar decisiones, a saber decir no, cuando las consecuencias de una acción pueden ser contraproducentes a sus condiciones de adolescente. Hay que enseñarle a conocer y a utilizar los métodos anticonceptivos, motivándolo para

que los utilice cuando tenga coitos, y que sepa que el mejor método, el más seguro y el más inofensivo de los métodos contraceptivos para los adolescentes —sin distinción de sexo— es la abstinencia coital, sin

que se considere que tomar esta determinación sea lesiva para su integridad como individuo. La paternidad responsable, la responsabilidad sexual, la definición y aplicación de valores deben ser enfatizados dentro de un riguroso programa de educación sexual. Una educación sexual que sea una escuela de la vida y para la vida, parte de la formación integral del individuo. Una niña o niño, biológica y psíquicamente saludable permitirá obtener un adolescente estructurado y maduro y este generará un adulto con las mejores condiciones para llevar una vida reproductiva saludable y sexualmente gratificante.

Referencias Bibliográficas

Acuña J. Anticoncepción en la adolescente. Aspectos médicos y socio-culturales. 1er Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. (Memorias). Bogotá 1988, págs 81-99.
 Barrios J, Ramos A. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales y socioeconómicos. H.M.R.C. Cartagena Colombia. Rev Col Obst Ginecol 44 (2): 101-106, 1993.
 Barrios J. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales. 1er Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes 1988, págs 33-39.
 Cifuentes R. Norplant en adolescentes. Revista Profamilia 12 (25): 34-38, 1995.
 Duarte A. Embarazo en adolescentes. En: Ginecología de la niña y la adolescente. 1ra edición Colombia. Salvat Editores 1988, 443-461.

Duarte A. Manejo de la adolescente embarazada. Aspectos médicos. 1er Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes (Memorias) 1988, págs 47-52.
 López G. Embarazo en adolescentes. Rev Profamilia 7 (19): 31-32, 1992.
 López G. Anticoncepción en adolescentes. 2do Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. (Memorias) 1993, 77-82.
 López G. Un año de trabajo con adolescentes. Rev Profamilia, 7 (18): 15-22, 1991.
 Monterrosa A. Eclampsia en la Maternidad «Rafael Calvo». Rev Col Obst Ginecol 40 (3): 235-244, 1989.
 Monterrosa A. Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. Rev Col Obst Ginecol 42 (3): 199-207, 1991.
 Monterrosa A. Embarazo en la adolescencia: implicaciones sociales y médicas. Inédito.
 Monterrosa A. Embarazo en adolescentes. El drama de las niñas-madres. Rev Profamilia 10 (22): 78-79, 1993.
 Monterrosa A. Una educación para la sexualidad. Rev Profamilia 11 (23): 85-86, 1994.
 Monterrosa A, Bello A. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. In prensa.
 Monterrosa A, Torres M, Lian M. Prevención del embarazo en adolescentes. Opiniones adolescentes. Cartagena. In prensa.
 Monterrosa A. Anticoncepción en la adolescencia. Ascofame. in prensa.
 Muñoz M. Prevalencia, causas y peligros del embarazo entre adolescentes: estrategias preventivas. Trabajo presentado en la Conferencia andina Maternidad sin riesgos. Bolivia. 1993.
 Ojeda G, Ordoñez M. (Instituto de Seguros Sociales, Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología). Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Tomo IV. Adolescentes: sexualidad y comportamiento de riesgo para la salud. Bogotá, 1994.
 Pardo F, Uriza G. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones Colombianas. Rev Col Obst Ginecol 42 (2): 109-121, 1991.
 Prada H. Adolescentes de hoy, padres del mañana. 1989 Bogotá.
 Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Plaza y Janes 1986, Bogotá.
 Toro O. Maternidad y embarazo indeseado en adolescentes. 1er Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. (Memorias) 1988, 53-58.
 Uriza G. Aspectos sexuales del embarazo en la adolescencia. 1er Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. (Memorias) 1988, 59-62.
 Uriza G. Sexualidad y adolescencia. Rev Colombiana Obst Ginecol 39 (4): 315-321, 1988.