



SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA**

**MATERIA
CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIOLÓGICO**

DOCENTE

Dr. Cecilio Culebro Castellanos

INTEGRANTES DEL EQUIPO

**Diana Laura Abarca Aguilar
Dania Escobedo Castillo
Adriana Lizzeht Sánchez Morales
Jesús Alberto Pérez Domínguez
Oscar Miguel Sánchez Argüello**

GRADO Y GRUPO

7A

**Comitán de Domínguez, Chiapas.
15 de Octubre del 2021.**

ADOLESCENCIA

En el medio rural, la adolescencia como tal, no existe. (Es cultural)

La OMS define la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerándose dos fases:

- La adolescencia temprana 10 a 14 años.**
- La adolescencia tardía 15 a 19 años.**

Aunque para fines prácticos se ha dado por clasificarla por adolescencia temprana, media y tardía.

La adolescencia como producto de creación social tiene como finalidad el formar adultos funcionales, que sean capaces de incorporarse de forma productiva a la sociedad, a diferencia de la pubertad como hecho biológico cuyo objetivo es el de formar adultos maduros que sean capaces de reproducirse para conservar la especie.

Se define la etapa como un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, cuyo inicio se sitúa a los 10-12 años en las niñas y entre los 12-14 en los varones, y su límite a los 18 y 20 años, respectivamente. Esta etapa marca un aumento brusco y considerable, que se ha llamado brote de crecimiento adolescente, el cual se presenta en la muchacha dos años antes que en el varón. El patrón de crecimiento varía para chicas y chicos, respectivamente.

Todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo toman parte en el brote adolescente, lo que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal, así como en los diámetros, perímetros y relación de segmentos.

El corazón y las vísceras abdominales también crecen más rápido y sólo el tejido linfoide sufre una involución que llega casi al 50% del desarrollo anteriormente alcanzado, así como un aumento de la grasa subcutánea más evidente en la mujer.

La principal característica observada, además del crecimiento acelerado de tipo somático general, es el crecimiento y desarrollo importante del tejido genital y la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la completa funcionalidad reproductiva, al regularizarse la monarquía-ovulación y la espermatogénesis-eyaculación.

Se entiende por crecimiento y desarrollo en esta etapa la secuencia fenomenológica de un proceso madurativo que da término al crecimiento longitudinal, visceral y orgánico integral, de acuerdo con las características antropológicas, raciales, regionales y familiares del individuo.

En el orden funcional corporal orgánico, el desarrollo permite el perfeccionamiento de funciones antiguas y el desenvolvimiento de otras nuevas, mientras que, en el orden psíquico, significa adaptación del individuo a su nueva dimensión orgánica y capacidades fisiológicas, integrando un ego personal pensante, capaz de conocimiento y objetivación de su propia realidad existencial humana, heterosexual, cultural, ocupacional y moral.

Crecimiento de tipo general

Al iniciarse la adolescencia, los estrógenos ocasionan aumento de tamaño de los ovarios, útero, trompas y vagina, así como de los labios menores, en tanto que el desarrollo de los labios mayores parece depender de los Andrógenos suprarrenales.

El desarrollo de las mamas constituye el signo más precoz de la adolescencia femenina. La acumulación del tejido adiposo, el crecimiento de los pezones y los sistemas de conductos galactóforos son producto de estimulación estrogénica; en tanto que los alvéolos y ácinos se desarrollan por acción de la progesterona.

El desarrollo y la función glandular mamaria dependen de la prolactina pituitaria y de la hormona del crecimiento; la lactancia es debida a acción conjunta de prolactina pituitaria y placentaria.

La menstruación es debida a la acción cíclica conjunta de hormonas hipofisarias estrógenos y progesterona.

En términos generales su inicio es a la edad de 12 a 13 años (menarquia), lo cual está influido por el estado nutricional, raza, situación geográfica, etcétera. En el 95% se presenta cuando la edad ósea está entre los 13-14 años.

Crecimiento de tipo genital

Sufre un cambio radical y es el que presenta una curva de crecimiento más acentuada durante la etapa, configurando con ello la condición normal del hombre o mujer adultos y capaces de reproducir la especie. Existen variantes amplias respecto a la edad en que aparecen los primeros cambios puberales en el niño y esto da origen a diferencias físicas notables; así, entre las edades de 13, 14 y 15 años, se pueden encontrar estadios que van desde la madurez completa hasta la preadolescencia. Este hecho plantea difíciles problemas sociales y educativos y, por sí mismo, es un factor que contribuye a producir algunos trastornos en la adaptación psicológica del adolescente.

Considerando que el orden en que aparecen estos cambios es menos variable que la edad en que se producen, se han propuesto algunos sistemas de evaluación para saber hasta qué punto un niño determinado ha progresado en la adolescencia.

Tanner describe un esquema sencillo que hace referencia al desarrollo del pene, testículos y bolsas escrotales en los muchachos, del pelo pubiano en los dos sexos, y el desarrollo de las mamas en las muchachas; los clasifica en cinco etapas, de las cuales la primera corresponde al estado prepubescente. La valoración periódica del adolescente nos dará una evaluación más precisa de su desarrollo sexual, pero también cuando es visto una sola vez, se obtiene una idea clara del grado de desarrollo alcanzado. Las clasificaciones del pelo pubiano en estos casos son probablemente más exactas que las del desarrollo de los genitales o las mamas.

Los testículos al nacimiento son aproximadamente de 2.2 cm de largo por 1.4 cm de ancho, y se mantienen casi sin cambio hasta los 8-10 años. Una longitud mayor de 2.5 cm puede indicar el inicio puberal. El tamaño testicular se determina mejor con el índice de volumen testicular (IVT), esto es multiplicando longitud por anchura de cada testículo (cm), sumando los productos y dividiendo entre dos. En niños prepúberes, el IVT es de 2 a 4 cm³; cuando es mayor o igual a 4 cm³ podemos decir que el desarrollo puberal se ha iniciado.

Otra forma de evaluar la maduración testicular es con el orquidómetro de Prader constituido de elipses que señalan el volumen; en el prepúber es <4 cm³, en el estadio 3 de Tanner es de 8-10 cm³, en el estadio 5 es de 20 a 25 cm³.

El pelo axilar aparece por término medio unos dos años después de que empieza a crecer el pubiano (es decir, cuando éste alcanza la etapa 4, aunque puede aparecer antes que éste). En los muchachos el pelo facial empieza a crecer hacia la edad en que aparece el axilar, iniciándose en las comisuras del labio superior y extendiéndose luego a mejillas, siendo la barbilla el último lugar en que aparece.

Crecimiento de tipo linfóide

Este tejido experimenta un proceso involutivo persistente y progresivo, hasta quedar reducido a un 50% de la masa alcanzada en la etapa escolar. Fisiológicamente involuciona hasta el nivel del adulto.

CRECIMIENTO DE LAS PARTES DEL ORGANISMO

Los cambios físicos, corporales y genitales observados en la adolescencia son producto de la presencia de hormonas que se secretan por primera vez o en cantidades mucho mayores que antes, es decir se ha integrado el eje hipotálamo-hipófisis-gónada; el hipotálamo ha disminuido su sensibilidad (estímulos excitatorios aumentados, depresión de estímulos inhibitorios, activación de la formación de factores de crecimiento); se sintetiza y libera la hormona liberadora de gonadotropinas, también llamada liberadora de hormona luteinizante, GnRH o LHRH; y esta neurosecreción a través del sistema portal hipofisario estimula los gonadotrofos hipofisarios que van a secretar en forma pulsátil hormona luteinizante (LH) y hormona foliculoestimulante (FSH), con acción directa sobre gónadas y éstas a su vez secretan hormonas sexuales; andrógenos y estrógenos con acciones definidas no siempre concentradas en un órgano o en un solo tipo de tejido. La testosterona, por ejemplo, actúa a nivel del epidídimo, vasos deferentes y vesículas seminales, piel de la cara, cartilagos acromiales y claviculares, además de aumentar la producción del factor estimulante de la eritropoyesis en el riñón dando lugar a una elevación de las cifras de hemoglobina y eritrocitos, mientras que la 5-dehidrotestosterona (producto resultado de la conversión de testosterona por la presencia de la enzima 5-hidroxisasa) actúa a nivel de escroto, testículos, próstata y pene; así como ésta, otras hormonas estimulan diversos tejidos corporales para ir conformando la fisonomía y actitud propia del adolescente. Observando el crecimiento y desarrollo en sentido cefalocaudal, podemos ver cómo experimenta cambios en sus proporciones corporales, modificándose la relación de segmentos por mayor crecimiento de extremidades inferiores.

La cabeza aumenta muy poco en su perímetro acorde al restante crecimiento neural para llegar a la proporción que tiene el adulto.

La relación craneofacial se modifica por un mayor ensanchamiento mandibular y crecimiento en sentido anteroposterior de la nariz, ampliación de las fosas nasales y la rinofaringe; las formaciones linfoides, mientras tanto, van involucionando paulatinamente hasta adquirir el volumen del adulto.

Existe movilización de los depósitos grasos con acúmulo en la zona pélvica y caderas en las niñas, y en abdomen y tórax en los varones; mientras en éstos se metabolizan, en las niñas tienden a persistir o incrementarse. La configuración torácica y los ruidos respiratorios, así como los fenómenos auscultatorios, se igualan a los del adulto. El abdomen se hace plano por desarrollo de su musculatura, y las curvaturas de la columna vertebral adquieren su conformación definitiva.

Las células de Leydig están presentes al nacimiento debido a la estimulación por la gonadotropina coriónica materna, pero involucionan hasta casi desaparecer durante la primera infancia, reapareciendo al inicio de la adolescencia, durante la cual, por estimulación de la hormona luteinizante (LH), se hacen de nuevo funcionales. La espermatogénesis es estimulada por la hormona foliculoestimulante (FSH) y se completa dos o tres años después del inicio de la adolescencia. El crecimiento y vascularización del pene, el desarrollo de la próstata, el escroto y las vesículas seminales se ven incrementados por el aumento en la producción de andrógenos y éstos también estimulan el crecimiento de la laringe, responsable del cambio en la voz, la aparición del vello genital y facial, la presentación del acné así como la seborrea del inicio de la etapa.

Las hormonas ováricas regulan el desarrollo de los genitales y de los caracteres sexuales secundarios de la niña, así como la menstruación, capacidad de gestación y lactancia. Los estrógenos y la progesterona estimulan el crecimiento en longitud y también la fusión de las epífisis, con lo que influyen en la talla final; la típica configuración del cuerpo femenino es debida a un efecto estrogénico, aunque los estrógenos suprarrenales también intervienen.

Al iniciarse la adolescencia, los estrógenos ocasionan aumento de tamaño de los ovarios, útero, trompas y vagina, así como de los labios menores, en tanto que el desarrollo de los labios mayores parece depender de los Andrógenos suprarrenales.

El desarrollo de las mamas constituye el signo más precoz de la adolescencia femenina. La acumulación del tejido adiposo, el crecimiento de los pezones y los sistemas de conductos galactóforos son producto de estimulación estrogénica; en tanto que los alvéolos y ácinos se desarrollan por acción de la progesterona.

El desarrollo y la función glandular mamaria dependen de la prolactina pituitaria y de la hormona del crecimiento; la lactancia es debida a acción conjunta de prolactina pituitaria y placentaria.

La menstruación es debida a la acción cíclica conjunta de hormonas hipofisarias estrógenos y progesterona. En términos generales su inicio es a la edad de 12 a 13 años (menarquia), lo cual está influido por el estado nutricional, raza, situación geográfica, etcétera. En el 95% se presenta cuando la edad ósea está entre los 13-14 años.

TIPOS DE DESARROLLO

No hay duda que existen características universales en los adolescentes debido a su estructura psicobiológica, pero no podemos ignorar la importancia de los aspectos socioculturales que influyen en un determinismo específico de las manifestaciones de la adolescencia; así, vemos que, mientras en algunas culturas la adolescencia solo corresponde a una ceremonia de iniciación, a través de la cual un niño se convierte en adulto, en otras como la cultura occidental la adolescencia se prolonga debido a periodos de educación cada vez más extensos.

Por los cambios físicos tan importantes que se dan en un corto periodo y sus repercusiones en la esfera psicosocial, se ha sugerido subdividir a esta etapa del desarrollo en tres subetapas Adolescencia temprana, que contempla fundamentalmente los cambios puberales y sus repercusiones en las otras áreas. Adolescencia media comprende la reducción de los cambios físicos, la energía es desplazada a otras áreas, surge la heterosexualidad y se vive un proceso de duelo al separarse de los padres. Adolescencia tardía es el final de la adolescencia, se logra un equilibrio psíquico, un retorno al hogar y la adquisición de un compromiso social de colaboración y solidaridad.

FACTORES DE RIESGO DEL CRECIMIENTO

Agente

Pueden ser biológicos como los procesos infecciosos de diversa etiología; la presentación de un embarazo cuando el desarrollo aún no se ha completado o la aparición de enfermedades de índole no infecciosa, como los procesos tumorales, degenerativos o mieloproliferativos; químicos, como las intoxicaciones, el envenenamiento; iatrogenia por prescripción y autoprescripción inadecuada de medicamentos; socioculturales, como la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo.

Huésped

Pueden ser genéticos como las malformaciones congénitas o los errores congénitos del metabolismo que han permitido la vida hasta esta etapa. Las anomalías cromosómicas como el síndrome de Down, el de Turner, el de Klinefelter, etc., influyen en forma negativa en el crecimiento.

La acondroplasia y el síndrome de Marfán determinan también serios trastornos; así como la hemofilia y las cardiopatías congénitas, que sitúan al adolescente en desventaja para un crecimiento óptimo.

Pueden también ser neuroendocrinos como el enanismo hipofisario, el hipotiroidismo adquirido con todas sus secuelas, la diabetes mellitus dependiente de insulina, el panhipopituitarismo, el síndrome de Stein-Leventhal, etc.

Ambiente

La edad de inicio de los cambios puberales generalmente sorprende al niño en el seno de la familia, por lo que el microambiente familiar influye aún en el curso del crecimiento en el adolescente, y la extensión posterior de este joven niño fuera de los límites familiares amplía el ámbito de influencias negativas que pueden ser de tipo socioeconómico, nutricional y psicológico.

	Adolescencia	
	Etapas	
Decatexia ó Desinvestidura libidinal	Hipercatexia Sobre-investidura del self Narcisismo	Recatexia

DESARROLLO PSICO SEXUAL

Decatexia

Retiran la energía emocional de los padres, Se aíslan físicamente de la familia, Existe mucho egoísmo, Lo central de la adolescencia es establecer un sentido claro de identidad. En la Decatexia existe desidealización, por falta de catexia hacia la familia el amigo se vuelve más importante. El adolescente en esta etapa es opositor, conflictivo e idealiza la amistad, presenta inestabilidad emocional y conflictos internos.

Hipercatexia: se caracteriza por el narcisismo, todo gira en torno a él, define sus límites corporales, experimenta constantemente es el apice de la creación de su identidad sexual, necesita de la creación de ídolos, confía y sobrevalora lo que le pueda ofrecer el amigo, busca autonomía pero le teme o por lo menos no la desea completa, necesita de seguridad, el amigo puede contribuir a la madurez personal y social del y la adolescente.

En esta etapa aparece la moratoria del adolescente, el adolescente a su vez no está de acuerdo con su apariencia física, su autoestima es narcisista lo cual lo hace arrogante y rebelde.

Recatexia: Explora nuevas relaciones fuera de la familia, necesita de un grupo, socializa más fácilmente, existe la aparición del amigo íntimo del mismo género para lograr la identidad sexual, se da cuenta que para lograr el éxito social, tiene que adaptarse a las normas del grupo.

Cuando el amigo (a) es insuficiente, el o la adolescente busca unirse a pandillas o agrupaciones, Inicia la relación de pareja y logra intimar con otros individuos, el enamoramiento es profundo y se integra el yo (trabajo, amor, creación de una ideología), la persona toma conciencia como un ser social.

Salud sexual en la adolescencia

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR), los principales riesgos de esta población son:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo.
- La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida
A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.

Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38% sucede en América Latina y el Caribe. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años. En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. Datos de la Secretaría de Salud muestran que la mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años; asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.

Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos Somáticas y psicosociales:

1) Complicaciones somáticas

1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 - 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclamsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

El grupo de mayor riesgo es el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la deserción es mayor al promedio general nacional.

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

Infecciones de transmisión sexual

La magnitud de las ITS en los adolescentes de nuestro medio resulta difícil de conocer, ya que por una parte los registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad por ser muchas de estas infecciones asintomáticas o por no consultarse al ser consideradas vergonzantes. Por otra parte, los registros (Boletín Epidemiológico Semanal y Sistema de Información Microbiológica) son parciales en cuanto a etiologías y, salvo para hepatitis B y SIDA, la declaración no es individualizada.

De lo poco conocido no puede deducirse que el fenómeno descrito en otros países se esté dando en el nuestro, ya que la tendencia en los porcentajes de infecciones por sífilis, gonorrea y Clamidyas en adolescentes ha disminuido en los últimos años, respecto al total de diagnósticos generales. En la evolución de diagnósticos realizados en los centros de ITS se aprecia una disminución en la tendencia de infecciones bacterianas, con un aumento de las víricas, como en la población general.

La distribución de diagnósticos de las distintas infecciones en función del sexo y la preferencia sexual muestra que en las mujeres las más diagnosticadas fueron las uretritis no gonocócicas (UNG), los condilomas y las candidiasis. En hombres heterosexuales, condilomas y UNG, y en hombres homosexuales, gonococia y condilomas.

Sin embargo, si pensamos que el denominador en las tasas de frecuencia corresponde a personas sexualmente activas y que el porcentaje de éstas en la adolescencia es inferior al de la población adulta, puede deducirse que los menores de 19 años son una población de mayor riesgo.