

# Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia

Alvaro Monterrosa Castro\*

---

**RESUMEN:** El embarazo en la adolescencia es a todas luces un evento traumático e inesperado para las y los jóvenes, sus familias y la sociedad en general. Esta problemática se viene incrementando y son muchos los factores de riesgo que requieren ser analizados y trabajados para prevenirlos.

Diversas evaluaciones y observaciones en el país sustentan que las mayorías de los embarazos en adolescentes no son deseados. Un parto a edad temprana puede deteriorar o acortar la vida de la adolescente y establecer una práctica reproductiva perjudicial a su salud y a la de sus hijos.

No se conoce la cuantificación real del embarazo en la adolescencia, lo que podemos medir es la maternidad en la adolescencia. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al abandono escolar, falta de educación, pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica. Existe poca preparación en el personal de salud para hacer frente a los problemas psico-sociales de las adolescentes en embarazo.

**PALABRAS CLAVES:** Embarazo en la adolescencia, adolescente, aborto inducido, anticoncepción en adolescentes.

**SUMMARY:** Pregnancy in adolescence is at all signs a traumatic and unexpected event for young women and young men, their families and the society in general. This problematical has been increasing and then are a lot of factors of risk that require to be analyzed and worked to prevent.

Several evaluations and observations in the country, sustain that most of pregnancy in adolescents are not desired.

A young woman's childbirth may deteriorate or shorten the adolescent's life and it may establish a prejudicial reproductive practice for her health and her children's health.

It is unknown the real quantity of pregnancy in adolescence, what we can measure is the maternity in adolescence.

Pregnancy and maternity in adolescence used to induce to scholar abandon, incomplete education, loosing in the capacity of contribution with economical independence. It exists little preparation in health personal to face the pregnant adolescent's psycho social problems.

**KEY WORDS:** Pregnancy in adolescence, adolescent, induced abortion, contraceptive in adolescents.

---

## Introducción

Adolescencia es un proceso dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales (1). Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquia y la ovulación en el sexo femenino, y la espermatogénesis y eyaculación en el varón (1-2). Dichos fenómenos se presentan cuando el individuo alcanza un estado crítico de maduración en su Sistema Nervioso Central, y cuando se establece el funcionamiento endocrinológico que integra diversos sistemas. Acompañando a todo este proceso biológico hay un desarrollo de eventos psico-emocionales y sexuales, así como un proceso de adaptación al

grupo socio-cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico- psíquica y el status adecuado, que le permitan asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos (2-4).

Adolescente viene del latín *adolescere*, que significa crecer. La Organización Mundial de la Salud estableció que adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, y suele dividirse en adolescencia temprana (10-14 años de edad) y adolescencia tardía (15-19 años de edad) (5). Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad y la mayoría de los jóvenes - más del 80%-, viven en países en desarrollo (1, 4).

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas en salud reproductiva más sentida en la sociedad mundial. 15 millones de adolescentes dan a luz 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

---

\* Profesor asociado. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes 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 20 años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año. Se considera que las adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar la maternidad. Existe una necesidad imperiosa de incorporar a las adolescentes como un grupo especial en las políticas de salud y planificación familiar (1,4-6).

### Causas del embarazo en la adolescencia

La problemática del embarazo en la adolescencia no es patrimonio de los países en desarrollo. Es una situación universal. Se considera que los factores que a diario magnifican esta situación son:

1. **Maduración sexual más temprana.** La pubertad, inicio de los mecanismos endocrinos que permiten la capacidad reproductiva, suelen presentarse hoy día a edades más tempranas que en generaciones previas. Condiciones tal vez de índole evolutiva de la especie o relacionada con aportes nutricionales han sido esbozados. No hay una respuesta totalmente valedera que explique el por qué de la iniciación de la pubertad y el por qué de la reducción en la edad de su aparición. El establecimiento del funcionamiento hormonal a estas edades lleva implícito el despertar sexual, que está indudablemente relacionado con secreciones hormonales gonadales. La maduración sexual se manifiesta más claramente en el sexo femenino con la aparición de la menarquia, que en Colombia ocurre en promedio a los 12 años, y se regulariza con la ovulación en el año siguiente. Eso quiere decir que a los 13 años las niñas colombianas están en capacidad endocrinológica de concebir, aunque estén muy lejos desde el punto de vista psicológico y social para tener una maduración adecuada y poder adelantar la maternidad (7-10).

2. **Experiencia coital más temprana.** Se ha presentado una reducción marcada entre la población, de la edad a la cual se inician los coitos. Evento que puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, pero sin duda también influenciada por el medio ambiente, rico en estímulos eróticos de toda índole que pueden marcar e impulsar fuertemente al coito, si el individuo no posee una educación sexual bien fundamentada que le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poderle decir no al coito prematuro, sin que sea una decisión dolorosa. Tener coitos a edades tempranas no hace más grande, ni más fuerte ni más poderoso. La encuesta de Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología e I.S.S. (6), informa que en Colombia ya han tendido coitos el 66 % de los varones y el 24% de las mujeres de 17 años de edad. Barrios y Ramos en su revisión (11) 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. Para 1993, la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (6) encontró que la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes

fue de 14.3 años para los varones y 15.5 para las de sexo femenino. Entre adolescentes sin educación la edad promedio del primer coito fue 13.4, primaria incompleta 13.9, secundaria incompleta 14.6 y secundaria completa 16.1, demostrando que a mayor nivel educativo más tardío es el inicio de los coitos. La primera relación sexual de los adolescentes varones fue tenida en el 49% con una amiga, en el 35% con la novia, 7% con trabajadoras sexuales, el 4.5% con una desconocida y el 4.4% con un familiar. Las adolescentes de sexo femenino tuvieron su primera relación coital: el 79% con el novio, 10% con el esposo o compañero, 6% con un amigo, 2.7% con un desconocido y el 1.8% con un familiar. En el estudio de la Asociación Salud con Prevención (12), el 24% de las adolescentes embarazadas tuvieron relaciones sexuales antes de 6 meses de establecida su relación de pareja, el embarazo fue producto del noviazgo en el 76% de los casos y los coitos, éste grupo de jóvenes, los iniciaron hacia los 15.5 años y el promedio de compañeros sexuales que habían tenido en su vida eran 1.3 (1, 6, 9-12).

3. **Ignorancia en reproducción.** Los programas educativos secundarios en el tema de la reproducción, suelen aportar información muy general o impartida sin la objetividad necesaria, de tal forma que el adolescente suele desconocer conceptos fundamentales que tienen que ver con los mecanismos de la reproducción. Usualmente sólo el perfil anatómico suele ser enseñado. Los jóvenes no aprenden los mecanismos esenciales que tienen que ver con la reproducción, ni están estructurados para que utilizando su autonomía y toma de decisiones, puedan extrapolar dichos conceptos a la vida cotidiana. Un estudio realizado por María Álvarez (13) en Chile, permite aseverar que las adolescentes femeninas saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre puedan procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al abandono escolar, estableciéndose el círculo vicioso: fecundidad temprana, falta de educación, pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica y pobreza (1, 4, 10-11, 13).

4. **Ignorancia en planificación familiar.** Los adolescentes carecen notablemente 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. El método de planificación familiar ideal en la adolescencia es la abstinencia coital, pero si los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, diversos métodos pueden ser utilizados de forma inocua y segura. Monterrosa, Torres, Lian, del Centro Para Jóvenes de Profamilia Cartagena (10), encuestaron 2.135 adolescentes, 1.317 (61.7%) masculinos y 818 (38.3%) femeninos, entre 14 y 19 años de edad, estudiantes de 7° a 10° grado, de planteles diurnos, mixtos, oficiales o privados, de diferentes niveles sociales de la ciudad de Cartagena, interrogándoles sobre la medida que aconsejarían para prevenir el embarazo en la adolescencia. De los varones, el 63% aconsejaban que los adolescentes deberían utilizar condones, el 28% que la mujer debería tomar anticonceptivos orales y sólo el

21% aconsejó que no se deberían tener coitos tan tempranos, más una importante porción de estos últimos reclamó una mejor educación. Entre las adolescentes de sexo femenino el 38% aconsejaron la abstinencia coital, el 35% sugirieron que la mujer debería tomar anticonceptivos orales y el 33% opinó que se debería utilizar condón. Ninguno de los adolescentes sugirió el uso de métodos folklóricos, posición loable, y más del 20% de la totalidad de los adolescentes en su respuesta sugerían el uso combinado de métodos tanto para uso masculino como femenino. La encuesta de Profamilia y el ISS (6) evidenció que sólo uno de cada tres adolescentes de 12-17 años, el 32% de los varones y el 38% de las muchachas dijo que aplazando las relaciones sexuales se podía evitar la paternidad o maternidad indeseada, el 40% de los adolescentes de ambos sexos contestaron que utilizando un método contraceptivo y el 14% dijo no saber cómo evitarlo. Cuando no había educación no sabían evitar un embarazo no deseado el 45%, con primaria incompleta el 25.6%, con secundaria incompleta el 10.1%. Los métodos más conocidos por los adolescentes son el condón y los anticonceptivos orales. De los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, sólo el 32% de los varones y el 41% de las muchachas han utilizado alguna vez un método contraceptivo. De éstas que han utilizado métodos de planificación, el 71% de las femeninas han usado anticonceptivos orales y el 85% de los varones han usado condones, más sin embargo sólo el 9.4% de los varones y el 10% de las adolescentes los usaron en la primera relación coital (10, 14-16).

**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. Se ha tomado el coito, tanto por el sexo masculino como femenino, como un indicio de madurez.. Se tiene el concepto errado que el pene y la vagina son el centro de la sexualidad, siendo el concepto de sexualidad, una vivencia amplia. Si los jóvenes reciben información clara y oportuna sobre sexualidad, incluyendo métodos contraceptivos, profundizando sobre su disponibilidad, formas de uso y criterios para su utilización, sumado a la capacitación y educación en paternidad responsable, toma de decisiones y autoestima, estos suelen optar por retrasar el inicio de sus coitos, recuperando una visión integral de la sexualidad (16-18).

**6. Falta de comunicación.** La pérdida del poder de la familia como elemento manejador o controlador de los hijos. La mayor y más temprana libertad al adolescente para disponer de su tiempo libre, sin compartir con sus progenitores sus vivencias o ansiedades. El distanciamiento - intencionado o no -, hasta perderse la relación padres- hijos, dando al hijo una falsa capacidad para tomar decisiones, que en ocasiones puede crearle problemas, como la gestación en la adolescencia, la fármaco dependencia o las enfermedades de transmisión sexual. En la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (6) encontraron que el 21% de los adolescentes de ambos sexos manifestaron no acudir a nadie al tener dudas sobre la sexualidad, el 16% acudían a amigos, el 34% a la madre y el 10.5% al padre. A menor edad consultan más

con la madre o el padre, en tanto que a mayor edad más consultan con los amigos. Cuando los adolescentes son analfabetas el 67% no consultan con nadie, si tienen primaria incompleta no consultan el 30%, secundaria incompleta no consultan el 16%, demostrando la menor disposición a orientación e ilustración entre menor es el nivel educativo. No existe costumbre para consultar material educativo. El 50% de los adolescentes de ambos sexos encuestados manifestó no consultar ningún material cuando se tienen dudas sobre sexualidad (19-21).

**7. Necesidad de dependencia y protección.** El coito y el establecimiento de una unión y dependencia de pareja como solución a conflictos dentro del núcleo familiar, debido a condiciones adversas sociales o económicas, puede presentarse frecuentemente entre adolescentes de zonas muy deprimidas o de áreas rurales. Esta circunstancia puede suceder entre adolescentes que desde temprana edad emigran a la ciudad en búsqueda de mejoría en las condiciones de vida o desplazadas por la violencia. El establecimiento de una unión puede ser buscada como una tabla de salvación, condición que generalmente termina con un embarazo en edades todavía tempranas. Estos conceptos están validados estadísticamente en la encuesta de Conocimientos, actitudes y prácticas (6), donde el 24% de los adolescentes masculinos y el 15% de las adolescentes femeninas (20% de la población total) consideraron que una relación sexual es una forma de ganar independencia de los padres. El 39% de los varones y el 20% de las mujeres (30% del total) estuvieron de acuerdo que se pueden tener relaciones sexuales sin que exista una relación afectiva (7, 16).

### Implicaciones sociales

La adolescente embarazada es un agudo problema para la familia y la sociedad. Una serie de efectos negativos desde el punto de vista social pueden afectar gravemente el futuro de la joven embarazada.

**1. Embarazo indeseado.** El embarazo en la adolescencia la gran mayoría de las veces es indeseado, al llegar en momentos en que no existe la preparación psíquica, fisiológica ni socio - económica para enfrentar las exigencias de la maternidad. El embarazo indeseado es un laberinto del cual sólo puede salirse por tres puertas, sin que ninguna de ellas sea ventajosa para la adolescente. La joven con un embarazo indeseado puede: (A) conservar su hijo, convirtiéndose casi siempre en madre soltera, con todos los inconvenientes que señalaremos más adelante, exponiendo al hijo a ser "hijo indeseado". (B) Tenerlo para darlo en adopción. (C) Recurrir al aborto provocado. La planificación familiar tiene un importante papel en salvar vidas, puesto que muchas muertes son el resultado de fecundidad no planificada que lleva al embarazo indeseado. Esto suele estar relacionado con la falta de formación integral y de educación sexual. El embarazo indeseado puede resultar como producto de abuso sexual o relaciones coitales pasajeras. La encuesta de Conocimientos, Actitudes y prácticas (6) encontró que el 4% de la población de adolescentes encuestados tuvieron su primera relación sexual con un desconocido. También relaciones de no-

viazgo en las cuales no se realizó una toma de conciencia de las posibles oportunidades reproductivas, pueden llevar al embarazo indeseado (1, 16, 22-25).

2. **Madre solterismo.** Al decidir tener su embarazo, la adolescente puede tener la necesidad de desafiar y enfrentar el rechazo de la familia, seguido en ocasiones extremas de la expulsión del hogar o ser recluida y encerrada para ocultarla por ser considerada la vergüenza de la familia. Debe soportar la agresión física y psicológica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que serán generalmente extendidos al hijo. En muchos países la madre soltera y su hijo ilegítimo están privados de los beneficios sociales y legales, sin que sea cuestionada la participación del varón en la concepción del hijo. Es muy frecuente que el varón adopte una posición de indiferencia o de desconocimiento de la paternidad responsable. En los últimos años el madre solterismo ha tenido una paulatina mayor tolerancia social en nuestro país, más sin embargo estas mujeres experimentan truncamiento de sus metas futuras, o encuentran muchos más obstáculos y dificultades para conseguir sus objetivos, viviendo mayores penurias económicas y/o personales. De todas formas discriminadas, explotadas y expuestas a la agresión sexual. Es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral, y a la vez impedida para obtener mayor capacitación por la carencia de recursos o la falta de tiempo. Si permanece en su núcleo familiar puede perder la autonomía debido a la dependencia económica de la familia, presentar trastornos psicológicos por las exigencias de la maternidad, desconfianza hacia los hombres, miedo a la sexualidad, frigidez, sentimientos de hostilidad y rechazo hacia el padre del hijo, que puede hacer extensivo a los hombres, llegando a alcanzar la posición de omnipotente que puede levantar su hijo sin la necesidad del padre (1, 12, 25-26).

3. **Ceder al hijo en adopción.** Es una decisión que usualmente toman los adultos por la adolescente, impidiéndole a la madre conocer su hijo, conducta que puede ser tremendamente traumática para la joven y con repercusiones negativas en su vida futura. Tal vez una determinación de ceder su hijo para adopción legal, sólo debería tomarla la adolescente, pero bajo una adecuada y correcta orientación y apoyo profesional (7, 9, 25-26).

4. **Aborto provocado.** Acto realizado en la clandestinidad por personal no idóneo o bajo condiciones que constituyen una afrenta a la vida de la paciente. La mortalidad materna es otro de los graves problemas de salud reproductiva. 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 y América latina son las complicaciones secundarias al aborto provocado. Se estima que América latina tiene una de las tasas de aborto provocado más altas del mundo. Las posibilidades de morbilidad y mortalidad como resultado de un aborto efectuado ilegalmente y con riesgos pueden ser tremendamente elevados. Las adolescentes no son las únicas que sufren. Anualmente un millón y medio de niños pierden su madre como resultado de mortalidad materna. Population Council ha revelado que más de la mitad de las mujeres

que sufren aborto séptico ya tienen por lo menos dos hijos. Pocos de esos niños sobrevivirán a la muerte de su madre. Puesto que los abortos no se registran en la forma convencional, en América latina no se dispone de datos exactos del número de abortos provocados realizados (2, 13, 16, 19, 24).

5. **Hijo indeseado.** El hijo recibido por la adolescente y/o la familia de ésta como un inoportuno, estará expuesto a la agresión física y psíquica, al abandono, al rechazo, al infanticidio, aunque a veces se presenta una aceptación tardía. Son múltiples los estudios relacionados son el síndrome de "niño maltratado", tanto desde el punto de vista físico como psicológico, estimándose que en ocasiones se llega a condiciones de extremo abandono, siendo el niño privado del calor y del amor de los padres - Sed de cariño -, que conduce a individuos psicópatas, delincuentes, criminales. Producto del abandono, rechazo y castigo familiar, "el hijo indeseado" puede tomar la determinación de abandonar la casa, pasando a ser niño de la calle, evento también desafortunado que causará ostensibles traumatismos personales y sociales. En el mejor de los casos, "el hijo indeseado", con el pasar del tiempo suele ser aceptado en el núcleo familiar. Entre más tardía se presente dicha aceptación, mayores serán los efectos negativos en el desarrollo psicológico del niño (9, 25).

6. **Abandono escolar.** Ha sido tradición en muchos países obligar al abandono escolar a las adolescentes que quedan en embarazo. El embarazo de una adolescente escolar ha sido visto como una influencia desfavorable para los demás alumnos y como una señal de desprestigio para el centro educativo. Sólo muy recientemente en Colombia ésta posición comienza a cambiar, dándose apoyo a la adolescente gestante y no contribuyendo a incrementar su problemática. El abandono escolar suele ser definitivo en muchas adolescentes, lo cual conllevará una ausencia de calificación que antecederá un porvenir oscuro dentro del campo laboral. La ausencia de capacitación lleva a subempleo, a permanecer en un bajo status social con pocas oportunidades al progreso. La nula o baja remuneración empeorará el entorno familiar, impidiendo la adecuada solicitud de atención en salud tanto para la madre como para el hijo (1, 9, 25-26).

7. **Matrimonio forzado.** Generalmente determinación de adultos, para castigar la irresponsabilidad tanto masculina como femenina. El matrimonio forzado suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja, usualmente otro adolescente inmaduro, sin el concepto de la paternidad responsable y sin la capacidad adquisitiva para el sustento de la nueva familia. A veces el matrimonio suele ser producto de fantasías matrimoniales en la inexperta pareja. Este tipo de matrimonios conlleva la dependencia económica a uno de los padres, con la generación de conflictos, rechazo, recriminaciones que suelen llevar a la separación y divorcio. En otras ocasiones un matrimonio - como acto legal o en unión libre -, con un varón adulto para escapar de situaciones de desprotección total en su hábitat, la gestación es un callejón sin salida, y estas uniones suelen terminar pronto con efectos nocivos en la vida de la adolescente (1, 16).

## Implicaciones médicas

En general existe poca preparación en el personal de salud para hacer frente a los problemas psico-sociales de las adolescentes embarazadas. Además los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que el control prenatal sea tardío e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista atención obstétrica y neonatal. La disminución en la atención prenatal per se, es factor de riesgo que incrementa las probabilidades de aparición de varias entidades y de aumento en la mortalidad materna.

No se conoce la cuantificación real del embarazo en la adolescencia. Lo que podemos medir es la maternidad en la adolescencia. Podemos contar y evaluar a las niñas madres (16). Se calcula que 78 de cada mil adolescentes paren cada año en Colombia. Niñas - madres que requieren información y servicios de anticoncepción, porque ya han tenido hijos y siguen siendo adolescentes (1). Profamilia en 1990 adelantó en Colombia la encuesta de Demografía, prevalencia y salud (15), encontrando que el 25% de las adolescentes son madres. Si las adolescentes carecían de estudios eran madres el 62.5%, si tenían estudios primarios eran madres el 20.3% y si habían realizado grados secundarios eran madres el 7.7%, quedando demostrado que a menor grado de escolaridad mayor frecuencia de maternidad en la adolescencia. Si bien la problemática de la gestación en la adolescencia afecta a todos los estratos sociales, la mayoría de las adolescentes son pobres y reciben poca o ninguna atención prenatal. Las adolescentes más pobres comparten las pocas posibilidades de recibir educación con índices más altos de fecundidad y en consecuencia más pobreza y más altos riesgos de muerte materna y neonatal (4, 11-12, 26, 13, 27).

Con una revisión de 18.559 historias clínicas de pacientes obstétricas del Hospital de Maternidad "Rafael Calvo" de Cartagena, Colombia, donde se atiende clase media baja y baja, Barrios y Ramos (11) encontraron en la década de los 80 una frecuencia de partos en adolescentes del 11.1% de la población total. Monterrosa (28) en 1991 de una población al azar de 763 partos, en la misma institución, encontró que el 15.2% eran pacientes adolescentes. Monterrosa y Bello (5) 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.

López y Sánchez (29) del Instituto Materno - infantil de Bogotá, analizaron una población de 200 adolescentes que acudieron a atención del parto, encontrando que el 76% eran solteras y el 59% no tenían control prenatal. Sánchez y Mendieta (12) de Asociación Salud con Prevención evaluaron 555 historias clínicas de adolescentes embarazadas, que acudían a control prenatal, residentes en barrios de clase baja y media baja del norte de Bogotá, una distribución por edades así: 14 años: 3.9%, 15 años: 7.7%, 16 años: 19.2%, 17 años: 23.2%, 18 años: 25.1% y 19 años: 25%. El 74% de las adolescentes tenía antecedente de madre solterismo y/o embarazo en la adolescencia, el 25% tenían hermanas con

embarazo en la adolescencia y en el 20% había historia de maltrato en el hogar.

En un amplio estudio colaborativo de 11 instituciones colombianas de atención obstétrica, liderado por Pardo y Uriza en 1987 (27), encontraron que las maternidades 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 fórceps. Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción céfalo - pélvica, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, tuvieron a la vez más riesgo de complicaciones en el puerperio e incluso más riesgo de muerte materna. La tasa de mortalidad materna encontrada en este estudio fue de 277 x 100.000 nacidos vivos. El Ministerio de Salud de Colombia definió la tasa de mortalidad materna para todas las edades de 100 x 100.000 nacidos vivos para 1988. La tasa de mortalidad materna para Latinoamérica en 1983 fue de 270 x 100.000 nacidos vivos y en los países desarrollados de 30 x 100.000 nacidos vivos para el mismo período, observándose la magnitud de la mortalidad materna en la adolescencia.

La hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia o toxemia), entidad de causa desconocida, es una complicación frecuente (30). Alberto Duarte Contreras (3,21) cita autores que refiere haberla encontrado en el 32% de las menores de 16 años. La falta de control prenatal es factor determinante para el establecimiento de la toxemia en las jóvenes de menor edad. Duarte Contreras afirma que el stress emocional, la falta de desarrollo endocrinológico y un desarrollo biológico deficiente para establecer la adaptación a la gestación, pueden participar en el aumento en la frecuencia de la hipertensión inducida por el embarazo. No se debe olvidar que la preeclampsia Eclampsia puede causar daño renal y una subsecuente hipertensión arterial crónica, que causará efectos deletéreos sobre los embarazos posteriores. Monterrosa (30) evaluando historias clínicas del Hospital de Maternidad "Rafael Calvo" de 1989, encontró que se presentaron 9.939 partos, 51 complicados con Eclampsia (0.5%). 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. Diferentes autores refieren que la hipertensión inducida por el embarazo es cinco veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad. Monterrosa y Bello (5) encontraron en la Maternidad "Rafael Calvo" una frecuencia menor de hipertensión inducida por el embarazo, estando en 6 (10.5%) de 57 adolescentes que no habían cumplido quince años y en 15 (8.3%) de 180 pacientes adultas nulíparas de control, que tuvieron parto en 1994.

Monterrosa y Bello (5) en el mismo estudio encontraron que los hijos de estas madres en adolescencia temprana, tuvieron menor peso al nacer que hijos de madres adultas que sirvieron como control, y dicha diferencia es estadísticamente significativa. Pardo y Uriza (27) en el

estudio de las 11 instituciones colombianas encontraron que el peso promedio de los recién nacidos hijos de madres adolescentes fue de 2.970 gramos. Entre las causas del bajo peso al nacer se encuentra el parto pretérmino, toxemia, anemia, desnutrición, falta de control prenatal, y sobre todo stress emocional que impide la adecuada alimentación, el sosiego y el descanso oportuno, asevera Duarte Contreras (3, 20). Estudios de seguimiento a estos nacidos con bajo peso, informan que al parecer hay un mayor riesgo de retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia, ceguera o sordera.

Las consideraciones con respecto al parto pretérmino son controversiales. Monterrosa (28) encontró en 1988 evaluando 10.550 partos, que 763 (7.3%) fueron pretérminos, siendo 278 (36.4%) en jóvenes de 13 a 18 años, definiendo un riesgo relativo de parto pretérmino en la adolescencia de 3.1. Monterrosa y Bello (5) para 1994 de 57 adolescentes de 13 y 14 años de edad, 6 (10.6%) tuvieron partos pretérminos, mientras que una población control de 180 nulíparas mayores de 20 años, 13(7.2%) tuvieron parto pretérmino. Si bien la diferencia no es estadísticamente significativa, fue más frecuente el parto pretérmino en adolescentes que en adultas (5,28). El stress también es considerado factor desencadenante

de trabajo de parto pretérmino. La adolescente puede estar agobiada por la incertidumbre, o con temores sobre su integridad al momento del parto. La inmadurez biológica y una deficiente adaptación uterina, como factores responsables, han sido considerados por algunos autores (3, 5, 21, 28, 30-31).

Se ha publicado que entre adolescentes existe un mayor riesgo de aborto espontáneo, desnutrición, anemia, desproporción céfalo - pélvica, trabajo de parto prolongado, dinámica uterina alterada. Otros autores no comparten estos criterios y opinan que sólo en menores de 15 años, existen riesgos significativos comparados con adultas (5, 3, 11, 20, 22, 28, 30-31). No existen diferencias entre adolescentes y adultas con respecto a las oportunidades del parto vaginal. No se aumentan las tasas de cesárea entre adolescentes por estrechez pélvica. La pelvis femenina crece rápidamente con la pubertad y puede ser adecuada para el paso de un feto de término poco tiempo después de la menarquia. Estudios recientes señalan que al proporcionarse amplia atención obstétrica con un adecuado control prenatal, educación perinatal y apoyo psicológico apropiado, se disminuyen los riesgos biológicos y económicos, tanto para las pacientes como para las instituciones (1, 5).

#### BIBLIOGRAFIA

- Monterrosa A. Adolescencia: Anticoncepción y embarazo. *Tribuna Médica* 1996; 94(4): 209-217.
- Acuña J. Anticoncepción en la adolescente. Aspectos médicos y socioculturales. 1er. Seminario Colombiano de Sexualidad en Adolescentes. (Memorias). Bogotá. 1988; 81-99.
- Duarte A. Embarazo en adolescentes. En: *Ginecología de la niña y la adolescente*. 1ª edición. Colombia. Salvat Editores. 1988; 443-461.
- Monterrosa A. Una educación para la sexualidad. *Revista planificación, población y desarrollo* 1994; 11(23): 85-86.
- Monterrosa A., Bello A. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. *Revista Col Obstet Ginecol* 1996; 47(1): 15-22.
- Ojeda G., Ordóñez 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.
- Toro O. Maternidad y embarazo indeseado en adolescentes. 1er. Seminario Colombiano de Sexualidad en adolescentes. (Memorias) 1998; 53-58.
- Uriza G. Aspectos sexuales del embarazo en la adolescencia. 1er. Seminario Colombiano de Sexualidad en Adolescentes. (Memorias). 1988; 59-62.
- Prada H. Adolescentes de hoy, padres del mañana. 1989. Bogotá.
- Monterrosa A, Torres M, Lian M. Prevención del embarazo en adolescentes. Opinan adolescentes. Cartagena. In-prensa.
- Barrios J, Ramos A. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales y socio-económicos. H.M.R.C. Cartagena, Colombia. *Revista Col Obstet Ginecol* 1993; 44(2): 101-106.
- Sánchez P, Mendieta N. Embarazo en la adolescencia: experiencia de la A.S.C.P. *Revista. Col. Obstet Ginecol* 1994; 45(3): 208-212.
- Alcalá MJ, De la Galvez A. La mortalidad materna en la región andina: Una tragedia evitable. Informe de la conferencia andina sobre maternidad sin riesgos. Bolivia, Santa Cruz de la Sierra. 1993.
- Monterrosa A. Anticoncepción en la adolescencia. *Ascofame. Actualización médica permanente*. 1996; cuaderno No. 8: 10-17.
- Profamilia. DHS. Encuesta de prevalencia, demografía y salud. 1990. Bogotá.
- Monterrosa A. Embarazo en adolescentes. El drama de las niñas - madres. *Revista Planificación, población y desarrollo*. 1993; 10(22): 78-79.
- Uriza G. Sexualidad y adolescencia. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1988; 39(4): 315-321.
- Uriza G. Experiencias en educación sexual a nivel universitario. 2º Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes (Memorias) 1993; 912-918.
- López G. Embarazo en adolescentes. *Revista Planificación, población y desarrollo*. 1992; 7(19): 31-32.
- Barrios J. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales. 1er. seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. 1988; 33-39.
- Duarte A. Manejo de la adolescente embarazada. Aspectos médicos. 1er. Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes (Memorias) 1988; 47-52.
- Esparza C., Calle M. Características de las adolescentes obstétricas. Estudio comparativo con pacientes de 19-30 años. Hospital Universitario de Caldas. 1989. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1993; 44(2): 123-126.
- López G. Un año de trabajo con adolescentes. *Revista Planificación, población y desarrollo*. 1991; 7(18): 15-22.
- Villarreal J. El aborto inducido como problema de salud pública en la subregión andina. Presentado en la conferencia andina Maternidad sin riesgo. Bolivia. 1993.
- Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Plaza y Janés. 1986. Bogotá.
- Muñoz M. Prevalencia, causas y peligros del embarazo entre adolescentes: estrategias preventivas. Trabajo presentado en la Conferencia andina, Maternidad sin riesgos. Bolivia. 1993.
- Pardo F., Uriza G. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1991; 42(2): 109-121.
- Monterrosa A. Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1991; 42(3): 199-207.
- López L, Sánchez J. Parto en la adolescente. *Revista Colombiana Obstet Ginecol*. 1993; 44(2): 133-137.
- Monterrosa A. Eclampsia en la Maternidad "Rafael Calvo". *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1989; 40(3): 235-244.
- Monterrosa A. Actitud obstétrica ante presentación podálica. *Acta Médica Cartagena*. 1992; 3(3): 68-75.