

Adolescencia, adolescentes, ginecología y ginecólogos

José Enrique Pons^{1*}

Resumen

Los criterios definitorios de adolescencia, como la edad biológica, han estado teñidos por criterios socioculturales que van más allá de los aspectos médicos. Cuando se adoptan criterios útiles a los efectos estadísticos y epidemiológicos puede incurrirse en errores que afectan los abordajes de las situaciones clínicas individuales. En el presente se conocen en profundidad las características biológicas propias de la adolescencia en general y de la femenina en particular. La ginecología de adolescentes fue una consecuencia de la medicina de adolescentes, iniciada por los pediatras. Esa nueva visión incorporó paulatinamente criterios provenientes de las ciencias sociales y de la psicología. En la consideración clínica de la problemática ginecológica de adolescentes es obligado tener presente que, a ciertos cuadros patológicos bien conocidos, se han agregado en las últimas décadas, problemas ocasionados por los nuevos estilos de vida y el aumento de conductas de riesgo. Los ginecólogos de adolescentes han debido capacitarse para comprender la multiplicidad de influencias a las que se enfrentan las adolescentes de hoy, tanto positivas como negativas, y para abordarlas evitando incurrir en juicios de valor inconducentes y en criterios punitivos, así como para actuar en redes interdisciplinarias.

Palabras clave

Menarca, embarazo en la adolescente, ginecología de adolescentes, ginecólogos de adolescentes.

Title

Adolescence, adolescents, gynecology and gynecologists

Abstract

The use of certain criteria to define adolescence as an age period, has been stained by sociocultural benchmarks that go beyond the medical aspects. Definitions that prove to be useful for statistical and epidemiological effects, taken literally, may lead to incur in errors affecting the proper approach of clinical situations. Biological characteristics of adolescence in general, and girls in particular, are well known nowadays. Adolescent gynecology sprang from adolescent medicine, initiated by pediatricians. This new vision gradually incorporated criteria from the social sciences and psychology. When clinical gynecological problems of teenagers need being considered, it is mandatory to keep in mind that besides some well-known pathologic conditions, new ones have been added in recent decades, namely problems caused by new lifestyles and the sum of multiple risk-taking behaviors. Adolescent gynecologists need to be trained to understand the multiplicity of influences that adolescents are facing today, both positive and negative. They also are expected to address those situations avoiding to be judgmental or to incur in punitive attitudes, besides being capable of functioning harmonically in interdisciplinary networks.

Key Words

Menarche, teen pregnancy, adolescent gynecology, adolescent gynecologists.

1. Ex Profesor-Director de la Clínica Ginecotocológica "A", Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

* Contacto: José Enrique Pons. E-mail: jeqpons@gmail.com

Introducción

La ginecología de adolescentes tiene una historia tan antigua como la misma humanidad, si pensamos que las adolescentes deben haber presentado siempre problemas que hoy consideraríamos “ginecológicos”. Lo que ha variado es la interpretación de esos problemas.

Algunos historiadores y estudiosos de los mitos, han postulado la existencia, en el pasado remoto, de una supremacía femenina en gran parte de las sociedades [1]. Cuando se produjo el cambio, aún vigente, hacia la supremacía masculina, se gestaron nuevos mitos para justificarlo, y más tarde doctrinas científicas pretendiendo legitimarlo. Las mujeres pasaron a ser consideradas más débiles, tanto física como mentalmente. La concepción hipocrática de la desigualdad humoral (los líquidos del organismo) entre varones y mujeres, establecía que en el sexo femenino predominaban los humores fríos y húmedos, lo cual las hacía más endebles, y “justificadamente” subalternas.

Hace unos 10 a 12.000 años, al comenzar a retirarse los hielos de la última glaciación, se produjo la llamada “revolución neolítica”, un concepto postulado para tipificar el proceso de abandono de la vida de cazadores-recolectores por muchas comunidades, para comenzar a vivir como agricultores y a domesticar animales [2]. Eso probablemente tuvo incidencia en el aumento de la mortalidad materna, en especial en la adolescencia, que era la edad reproductiva en ese momento. El incremento de la población como consecuencia de la mayor disponibilidad de alimentos, condujo a mayor propensión a infecciones transmisibles [3]. La mejoría en la calidad y cantidad de proteínas ingeridas pudo haber determinado un adelantamiento de la edad de madurez sexual de las mujeres y un incremento de la fecundidad [4], así como un acortamiento de los intervalos intergenésicos [5]. Todos estos factores son reconocidamente etiológicos en las tres grandes causas de mortalidad materna, la infección (en la sepsis obstétrica), la hemorragia (en la

multiparidad) y la hipertensión arterial (también en la multiparidad, en la mujer muy joven, y en el sobreesfuerzo propio de la actividad de labranza y otras tareas agrícolas).

Las niñas y adolescentes no eran más que casos especiales dentro de la condición de mujeres. Cuando la niña presentaba la menarquia, su papel social se inclinaba rápidamente hacia la reproducción, y se admitía que, inevitablemente, en el proceso reproductivo se pagaría un precio en enfermedades y vidas, que las jóvenes aceptaban con resignación. Es posible que existieran factores culturales que atenuaran el impacto de la maternidad repetida con frecuencia, entre ellos, quizás los tabúes sexuales vinculados al puerperio, obligando a abstinencia sexual muy prolongada. Se ha especulado también sobre la lactancia prolongada [6], pero la necesidad de reasumir rápidamente las tareas agrícolas disminuiría su impacto sobre la fertilidad, al impedir intervalos breves entre una lactada y la siguiente [7].

Lo que es seguro es que la reproducción, con todas sus consecuencias, comenzaba en la adolescencia. Esta etapa, un período biológico innegable, era sin embargo definida más por criterios sociales y culturales, variables de unas sociedades a otras. Comenzaba en ese momento, además, una clara separación en los roles masculino y femenino, fundando, fijando y justificando las diferencias y cometidos sociales y familiares que se asignaban a cada sexo [8].

Cuando las adolescentes enfermaban, su cuidado quedaba en manos de los mismos “sanadores” que asistían a toda la comunidad. Los criterios de asistencia de los problemas de las adolescentes por profesionales especialmente entrenados, debería esperar milenios.

Algunos criterios definitorios de adolescencia

En las disciplinas médicas y afines, ocasionalmente se fijan límites precisos. Esas fronteras resultan útiles para orientarnos. La Organización

Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia es el período etario que se extiende desde los 10 a los 19 años de edad [9] (más precisamente, hasta los 19 años y 364 días, ya que el día en que se cumplen 20 años se ingresa en la edad adulta).

Ese criterio es útil a los fines epidemiológicos, ya que permite establecer comparaciones entre diversas poblaciones, pero es tan arbitrario como cualquier otro. ¿Qué cambia en un niño o niña de 9 años y 364 días, para que salga de una etapa e ingrese en otra al día siguiente? ¿Qué cambia en un (o una) adolescente de 19 años y 364 días...?

Es que, en realidad, se adoptó una convención útil, pero en la cual se amalgaman criterios biológicos, psicológicos, sociales, jurídicos y algunos más. Todos esos criterios son extremadamente laxos. Sin ánimo de extender el análisis, sólo mencionaré que los primeros signos de desarrollo puberal se observan a edades diferentes según la etnia, la geografía, el clima o la alimentación. Las exigencias sociales impuestas a adolescentes dependen del sistema educativo, el nivel económico, las expectativas laborales. La edad de consentimiento para inicio de actividad sexual o para contraer matrimonio y para adquirir plenos derechos (también responsabilidades), varía según criterios ideológicos, entre ellos el sistema jurídico de cada país, la religión de estado, cuando existe, y la ética social vigente.

Johnstone [10], haciendo mención en 1927 al “período de la adolescencia, que es definido en forma diversa por diferentes autores”, se inclinaba por pensar que “esta fase se extiende en las niñas de nuestra propia raza de alrededor de los 12 hasta los 17 o 18 años”. Si se investigan otras opiniones, se encuentran las variaciones a las que ese autor se refería. Pero Johnstone agregaba una precisión que aún resulta vigente: “variando dentro de ciertos límites según cada individuo”.

Esa última afirmación apunta a una arbitrariedad, que seguramente los expertos de la OMS tuvieron presente: la generalización. Al igual que para cualquier otra definición de esta naturaleza,

se acepta la arbitrariedad porque es la única forma de establecer límites útiles para varios propósitos. Sin embargo, en la práctica clínica solemos traicionar a diario el hecho al que apuntaba Johnstone: la individualidad que hace que no existan dos adolescentes idénticos. En algunos ámbitos, como seguramente es el legal, los límites deben ser generales. Ante un crimen, los jueces sancionan a un joven de 18 años como adulto, aún cuando tenga por delante dos años más de adolescencia “médica”. Pero esto es comprensible, el juicio debe estar guiado por las leyes y normas que una sociedad se ha impuesto y no debe estar regido por criterios aplicados a casos o personas individuales. El mismo crimen merecerá una sentencia si el perpetrador tiene 17 años y 364 días, y otra si ese día cumple 18. Como rezaba el derecho romano: “Dura lex sed lex” (la ley es dura, pero es la ley). Al respetar la norma vigente, se está reconociendo la igualdad ante la ley de todas las personas, establecido en el artículo 8 de la Constitución nacional [11]. Pero el hecho de que tanto en el campo jurídico como en el médico existan leyes y normas, no debe hacer olvidar una divergencia: todos somos diferentes ante la medicina. El aforismo “no hay enfermedades, sino enfermos” (atribuido a Hipócrates, Claude Bernard, Gregorio Marañón) lo traduce adecuadamente. Y si es verdad indiscutida en medicina, lo es con más razón en la asistencia de adolescentes, que están viviendo una etapa de urdimbre enmarañada e inestable, entre cambios interiores e influencias exteriores, como no se dan en otra época de la vida.

Características biológicas de la adolescencia

En la adolescencia ocurren cambios que transforman radicalmente la apariencia corporal. Esos cambios son los que caracterizan a la pubertad y se manifiestan en mudanzas propias del crecimiento (forma, distribución de grasa, composición orgánica), así como también del desarrollo (modificaciones en funciones, de las

cuales importa destacar las neuropsíquicas y las endocrino-reproductivas). No son los únicos cambios, pero en el desarrollo de este artículo me ocuparé especialmente de ellos, ya que su conocimiento es imprescindible en el ejercicio de la ginecología de adolescentes.

Ese conocimiento, que ha permitido un mejor abordaje de los problemas médicos de los adolescentes de ambos sexos, es relativamente reciente. Las valoraciones iniciales pueden remontarse a los estudios del astrónomo, matemático, naturalista, sociólogo y estadístico belga Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796-1874), quien cuantificó el crecimiento estatural [12], y definió el índice de masa corporal, del cual es epónimo (Índice de Quetelet). Sus determinaciones fueron perfeccionadas por el médico y fisiólogo norteamericano Henry Pickering Bowditch (1840-1911) [13-15], quien demostró que hacia los 13-14 años las niñas eran más altas que los varones, lo cual se revertía posteriormente. En el mismo sentido, fueron valiosos los aportes del higienista italiano Luigi Pagliani (1847-1931) [16-17]. Pero las investigaciones que más contribuyeron a la definición de los procesos de crecimiento y desarrollo se iniciaron en la década de 1930 [18]. Greulich y Pyle evaluaron el desarrollo esquelético, conduciendo a su clasificación en etapas [19]. Stuart evaluó el crecimiento y desarrollo normales [20]. Los estudios de Tanner primero [21] y después en asociación con Marshall, establecieron los criterios que aún hoy siguen conduciendo la estadificación del desarrollo de las características sexuales secundarias tanto de varones [22] como de mujeres [23]. Actualmente es claro que los estadios de Tanner se correlacionan con la etapa de maduración, aunque no con la edad cronológica [24].

Otros aspectos fisiológicos de gran importancia, fueron incorporados a la práctica clínica solo después de superar la visión centrada en la patología. Es que en el comienzo, más que “ginecología” (Gyne - mujer, légein - razonar, es decir la disciplina que estudia a la mujer), el interés se

centró en la “ginecopatología” (estudio de las enfermedades de la mujer, en este caso adolescente). Los otros aspectos de esos problemas, solo ocupaban tangencialmente a quienes atendían a adolescentes mujeres. Como someros ejemplos, las enfermedades de transmisión sexual eran consideradas en la enseñanza médica únicamente en “las mujeres adolescentes delincuentes” [25]. En un amplio estudio sobre embarazos en adolescentes de 12 a 16 años, la única recomendación propuesta por sus autores fue: “Es de esperar que una nueva filosofía de adecuado cuidado prenatal (reduzca) la tasa de toxemia del embarazo en estas jóvenes pacientes, y las prepare para su nuevo rol maternal” [26].

En 1970, el británico-canadiense Robert Arthur Hugh Kinch (1920-2011), profesor de obstetricia y ginecología de la Universidad McGill (Montreal, Canadá), publicó los primeros resultados del trabajo iniciado en la Clínica de Ginecología de Adolescentes del Hospital de Niños de Montreal, donde una gran proporción de la asistencia era a adolescentes embarazadas, y el resto eran vulvovaginitis, sangrados disfuncionales, dismenorrea, amenorrea y dolor abdominal bajo de causa no explicada [27]. Sólo para el caso de embarazos se incorporaban trabajadoras sociales a la asistencia.

En las primeras décadas del siglo XX la mayor parte de las publicaciones internacionales versaban sobre el manejo quirúrgico de “atresias vaginales” y otras anomalías de los órganos reproductores [28].

Las investigaciones a las que antes hice referencia se centraron en algunos campos específicos, de los cuales se destaca la endocrinología. También aquí es posible encontrar antecedentes antiguos, tal como por ejemplo la opinión del médico y fisiólogo francés Jean Guillaume Auguste Lugol (1788-1851), quien en una tesis de 1812 intuía la función endocrina de los ovarios y su influencia en los fenómenos puberales, aunque creyendo que se trataba de una especie de “fluido seminal”: “Los ovarios parecen producir,

al igual que los testículos, un fluido que concurre a la concepción y cuya reabsorción lleva a la sangre principios análogos a las nuevas excitaciones que debe experimentar la mujer. La aparición de reglas, la turgencia de las glándulas mamarias y del tejido celular que las rodea determinan simpatías que suponen la influencia de esos cuerpos glandulares” [29]. Pero el verdadero desarrollo de este campo se produciría después del descubrimiento de las hormonas.

El fisiólogo y endocrinólogo germano-norteamericano Ernst Knobil (1926-2000), considerado uno de los fundadores de la endocrinología reproductiva por su descubrimiento del papel de la pulsatilidad de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y la retroalimentación de los estrógenos durante el ciclo menstrual [30], abrió el camino para profundizaciones como las del grupo del endocrinólogo norteamericano Robert Boyar (1937-1978) [31], seguidos de un gran número de investigaciones, que clarificaron los mecanismos endocrinos que demarcan el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La bióloga norteamericana Rose Epstein Frisch (1918-2015) y la endocrinóloga de la misma nacionalidad Janet McArthur (1914-2006) encontraron una relación entre el porcentaje de grasa corporal en mujeres adolescentes y la instalación de la menarca [32]. Esta conclusión y la metodología para determinar el porcentaje de grasa corporal recibieron críticas rápidamente [33]. Hoy se sabe que otros factores, tanto biológicos [34-35], como sociales [36] y culturales [37-38], juegan un papel considerable en ese proceso, pese a lo cual el estudio original fue un aporte importante. Los datos que sugieren una instalación más precoz de la menarca, así como la aceleración del aumento en peso y estatura tanto de niñas como de varones pueden tener implicancias significativas para establecer nuevos criterios de definición de pubertad precoz o tardía [39], así como también para entender mejor la carga alostática (medida del riesgo biológico acumulativo) [40]. Se ha discutido in extenso la necesidad de establecer

nuevos criterios para definir la pubertad precoz, descendiendo el límite de 8 años, aunque la tendencia mayoritaria sigue siendo la de mantenerlo [41]. Para la pubertad retrasada se mantiene asimismo el criterio definitorio de no haber iniciado la telarca a los 13 años [42], aunque se admite que pueden existir diferencias en poblaciones diversas, lo cual debe ser tenido en cuenta [43].

En las últimas décadas se ha desarrollado un extenso cuerpo doctrinario que ha permitido comprender mejor -y en consecuencia abordar con mayor propiedad- el complejo proceso neuroendocrino propio de la adolescencia femenina y el papel que en el mismo juegan la leptina, la kisspeptina, la ghrelina y varias hormonas conocidas desde antes [44-46].

Sería tedioso insistir con la larga lista de aportes que condujeron a la comprensión de la biología de la adolescencia femenina y sus alteraciones. Al abordar la ginecología de ese grupo etario mencionaré algunas de esas contribuciones.

La medicina de adolescentes

La noción de “ginecología” se gestó muy lentamente en Europa, expandiéndose a todo el mundo occidental. La especialización fue cansina y no uniforme. En algunos países existieron proto-ginecólogos ya en los siglos XVII-XVIII, mientras que en otros las “enfermedades de las mujeres” eran tratadas por médicos clínicos, igual que lo hacían con los varones. Eso, cuando no se consideraba que las “cuestiones femeninas” eran un problema poco digno de la atención de profesionales “serios”. No en vano el nacimiento de la obstetricia médica significó una lucha -por momentos una verdadera guerra- entre médicos (varones prácticamente todos) y parteras, pero también entre médicos académicos y “medicuchos”, que se rebajaban -a los ojos de los primeros- para ocuparse de cuestiones indignas de caballeros y reñidas con el pudor [47].

Fue la pediatría, con una historia más prolongada que la de la ginecología, la que primero demostró un interés preciso por problemas

especiales de quienes ya no eran niños, pero tampoco eran adultos. El sociólogo y economista estadounidense Jeremy Rifkin (n. 1943) sostiene que el concepto de adolescencia surgió durante la última década del siglo XIX y las tres primeras décadas del XX “como un ámbito temporal especial al que todos los niños y las niñas pertenecían por igual” [48]. Pero desde la segunda mitad del siglo XIX, en pleno desarrollo de la llamada Segunda Revolución Industrial, con sus importantes y traumáticos cambios científicos, tecnológicos, sociales y económicos, habían surgido nuevas concepciones sobre psicología, educación y salud de adolescentes, y las ideas sobre asistencia médica requerida a esa edad. Entre las primeras se destaca la creación de servicios de salud dedicados especialmente al cuidado de adolescentes en escuelas de internado de varones de Gran Bretaña. En 1884 los médicos que tenían a su cargo el cuidado de la salud en dichas escuelas organizaron la Asociación de Oficiales Médicos de Escuelas, y casi inmediatamente comenzaron a publicar recomendaciones sobre criterios sanitarios [49].

A ello se agregaba un cambio cultural importante, que comprometía no solamente a médicos sino también a otros profesionales, quienes comenzaban a postular que la incorporación de los niños a las responsabilidades inherentes a la adultez, que el ingreso a la vida laboral y el fin de la etapa de cuidados por parte de los padres y de la sociedad, no podían establecerse en el momento en que se llegaba a la madurez sexual sino que debía prolongarse durante un período de tiempo más largo.

La concreción de esta idea tuvo una serie de consecuencias. Por un lado, volvió a los jóvenes más dependientes debido al estado de protección prolongado (Rifkin apunta que “incluso se infantilizaron”). Por otro, se esperaba que los jóvenes asumieran un tipo de responsabilidad diferente, creando su propia identidad, desarrollando su propia personalidad, descubriendo sus propios intereses e, incluso, formulándose preguntas claves sobre el significado de la propia vida. Este fue

-y en buena medida sigue siendo- un “fenómeno mayoritariamente de clase media” [48].

Pero también fue un poderoso llamado de atención hacia la complejidad de factores e influencias que contribuían a la formación -a veces “deformación”- de la personalidad de los adolescentes. La primera obra que abordó estas cuestiones con criterio integral, fue el exhaustivo tratado de Granville Stanley Hall (1844-1924), psicólogo y educador norteamericano, interesado en las teorías evolutivas sobre desarrollo infantil, quien analizó las relaciones de la adolescencia con la psicología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen, la religión y la educación [50]. Aunque la base científica de su tratado es escasa [39], tuvo el valor de abrir las perspectivas de búsqueda de explicaciones para los múltiples fenómenos que caracterizan a la adolescencia.

Los cambios sociológicos propios de fines del siglo XIX y en especial de la primera mitad del siglo XX, con la aparición de fenómenos políticos nuevos y el tremendo impacto de las dos guerras mundiales, tuvo para los adolescentes consecuencias removedoras, entre ellas la oportunidad de establecer relaciones más significativas con sus compañeros, de uno y otro sexo, lo que incluía extensos períodos de cortejo con varias parejas. La asociación de este proceso con la formación de la identidad y sus problemas, condujo al psicólogo y psicoanalista germano-norteamericano Erik Erikson (1902-1994) a acuñar la idea de “crisis de identidad” [51]. Otro hecho vinculado con esto fue la eclosión de fenómenos de cuestionamiento de la ortodoxia vigente y la alienación de la realidad propia de los padres, lo cual dio origen al “rebelde sin causa”, contemplado desde la perspectiva adulta, o “con causa”, visto desde la adolescencia. El sociólogo estadounidense Lawrence K. Frank (1890-1968) llamó la atención sobre el hecho de que la “rebelión adolescente” era un comportamiento normal, propio del desarrollo, y que si no se lo entendía como tal la ayuda médica a los adolescentes se resentiría [52].

La profundización que siguió en la segunda mitad del siglo XX permitió entender cómo la conjunción de los cambios emocionales y psicológicos propios de la adolescencia, junto a las influencias sociales, determinan una particular vulnerabilidad, que tiene consecuencias en la génesis de algunos de los problemas que se observan en la práctica médica en general y en la ginecológica en particular.

Una característica especial en lo que respecta a patología, es la consecuencia de los adelantos médicos que han conducido a mayor y mejor sobrevivencia de los niños con enfermedades crónicas. Este hecho positivo no evita que en la adolescencia se involucren en las mismas conductas de riesgo que sus pares, pero para ellos las consecuencias pueden ser más severas [39].

La ginecología de adolescentes

La ginecología de adolescentes no surgió para tener en cuenta estas cuestiones, pero terminó metiéndose de lleno en ellas. Vale la pena repasar esa evolución. Reflejando criterios consonantes con los de los pediatras, los ginecólogos y obstetras incorporaron la premisa de la necesidad de criterios asistenciales especiales para atender los problemas ginecológicos y obstétricos de niñas y adolescentes. El surgimiento de servicios ginecológicos para adolescentes encuentra su primer antecedente en 1940, al establecerse la Clínica de Ginecología Pediátrica y de Adolescentes, en el Hospital de Niños de la Universidad Karlova de Praga [28], dirigida por el Prof. Rudolf Peter (1900-1966).

Algunas de las patologías ginecológicas que afectan a adolescentes tienen calidad de “clásicos”, en el sentido de que lo nuevo que sobre ellos se conoce son avances en criterios etiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, pero el problema en sí es conocido desde hace mucho tiempo. Así sucede para las anomalías müllerianas, las alteraciones obstructivas bajas del tracto genital, las malformaciones de los genitales externos, la endometriosis, la dismenorrea, los

trastornos menstruales, la poliquistosis ovárica, la patología mamaria, los procesos infecciosos y la afortunadamente poco frecuente patología oncológica.

Pero quienes se dedican a ginecología de adolescentes han debido trascender esas cuestiones, a las que no se les niega importancia, para embarcarse en la consideración de otras, hasta hace un tiempo no comprendidas, o no justipreciadas.

El cambio más importante en ese sentido es el reconocimiento de que muchos de esos problemas tienen raíces socioculturales, más que biológicas. Así ocurre para algunos tipos de patologías dermatológicas vinculadas a prácticas de modificación de la apariencia de los genitales (depilaciones extremas, “piercing”), infecciones genitales como consecuencia de “nuevas” prácticas sexuales, en especial las conductas de riesgo (sexo no protegido, cambio frecuente de parejas), con incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas las debidas al virus del papiloma humano (HPV), reconocida etiología del cáncer de cuello de útero. Otras consecuencias derivadas de esas patologías son la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, con dolores (sea dismenorrea, o dolor no vinculado a la menstruación) y esterilidad.

De ahí que el compromiso de los ginecólogos de adolescentes con los criterios vinculados a salud sexual y reproductiva deba ser prioritario. A ello debe agregarse la acción educativa, no solamente respecto a sexualidad segura, sino también sobre prácticas anticonceptivas adecuadas, nutrición, prevención de abuso de sustancias y -de particular importancia en estos tiempos- asistencia frente al maltrato, violencia y abuso, con énfasis en las medidas tendientes a evitarlos.

La cuestión del embarazo en la adolescencia merece una consideración especial.

Embarazo en la adolescencia

Tradicionalmente, una vez alcanzada la nubilidad (“edad en que se tiene aptitud para contraer matrimonio”) [53] la mujer adolescente era apta

para embarazarse. En rigor, en épocas de esperanza de vida no superior a 35-40 años, era habitual que se esperara que una mujer iniciara su vida reproductiva en la adolescencia.

Publicaciones de finales del siglo XIX presentan situaciones observadas en regiones del mundo que los europeos consideraban exóticas. Wiltshire [54], en un artículo ginecológico, citaba a viajeros que relataban que en el Indostán, según el Código de Manu, una niña podía contraer matrimonio a los ocho años de edad o incluso antes, y que si su padre fracasaba en elegirle un esposo después de tres años de alcanzar la edad de casarse, ella estaba en libertad de elegirlo por sí misma. Pero la realidad en sus propios países no era demasiado diferente. Duncan, en la misma época, y también en un artículo ginecológico, señalaba que según las leyes vigentes en Inglaterra una adolescente podía casarse a los doce años y un varón a los 14 (aunque acotaba que eso era infrecuente) [55].

Las crónicas históricas, en general detalladas para los casos individuales de mujeres de las clases sociales dominantes (reinas, aristócratas) demuestran que al alcanzar los 20 años ya habían tenido varios hijos, y muchas de ellas habían muerto (o morirían poco después) como consecuencia del proceso grávido-puerperal. Aunque no se conoce tan detalladamente lo que ocurría en estratos sociales y económicos menos favorecidos, es seguro que se repetía el mismo fenómeno.

Los progresos médicos de los siglos XVIII y XIX llevaron a creer que esas situaciones estaban superadas. Hasta las primeras décadas del siglo XX se sostenía que los resultados obstétricos eran óptimos durante la adolescencia. Sin embargo, algunas décadas más tarde se había hecho evidente que la realidad era la opuesta. La demostración definitiva surgió del exhaustivo estudio de la demografía norteamericana Dorothy Nortman (1908-2010) [56], al cual siguieron varios similares, entre ellos algunos nacionales [57].

El problema que plantean las consecuencias biológicas (para el caso de las adolescentes menores

de 15 años), psicológicos (para las adolescentes que no decidieron espontáneamente su embarazo y que no cuentan con apoyo emocional) y sociales (para la mayoría de los casos) siguen siendo actuales, por lo que el número de publicaciones es considerable.

De ese amplio abanico de datos, se ha hecho evidente que las razones para que ocurra el embarazo no son únicamente la falta de información o de acceso a anticoncepción, sino que se imbrican cuestiones sociales y culturales extremadamente fuertes, por lo cual muchos programas guiados por criterios exclusivamente médicos y “de clase media” suelen fracasar. Pero también se ha hecho evidente que es posible disminuir las consecuencias negativas, mediante buenos programas de apoyo familiar y social, control del embarazo prestando atención a los deseos y objetivos de las propias adolescentes y sus parejas, parto asistido por personal especialmente entrenado, prevención del segundo embarazo, y fundamentalmente información y educación correcta sobre sexualidad y sobre derechos.

Ginecólogos de adolescentes

Los problemas de salud en general, y ginecológicos en particular, de las adolescentes, no pueden ser abordados con criterios exclusivamente médicos (en el sentido restringido, biologicista). Exigen adecuada información entre los profesionales, sobre condicionantes psicológicas y sociales, actitud positiva para involucrarse en la ayuda requerida, conocimiento de las herramientas diagnósticas especiales y manejo juicioso de las opciones terapéuticas. Exigen también capacitación en trabajo interdisciplinario, adecuado recurso a derivaciones, y compromiso ético [58].

Los criterios preventivos no deben orientarse únicamente a los problemas propios de la edad sino que deben expandirse para reconocer el impacto sobre el desarrollo de enfermedades en la edad adulta, de algunos problemas de salud que comienzan en la adolescencia.

Debe reconocerse que la tendencia de los y las

adolescentes a incurrir en conductas de riesgo es parte del proceso de maduración, dentro de ciertos límites, pero que las características sociológicas del presente hacen que esos riesgos hayan aumentado. Desde hace casi 40 años se ha hecho evidente que algunas conductas de riesgo pueden ser puerta de entrada para el desencadenamiento de lo que se ha llamado “síndrome de conductas de riesgo” [59]: asociación de varias conductas desadaptadas, que son manifestaciones de un factor subyacente común. Esto, que era reconocido en varones, es hoy observado con creciente frecuencia en adolescentes mujeres: alcoholismo, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo y como efecto de las mismas victimización, y embarazo indeseado.

De ahí que resulte necesario desarrollar enfoques orientados a problemas específicos, con compromiso del sector educativo formal y no formal y compromiso legislativo, creación y mantenimiento de programas y centros de rehabilitación para consumidores de drogas, infractores juveniles y otros comportamientos antisociales, establecimiento de programas e infraestructura recreativa, que saquen a los jóvenes de la calle, y estructuración de programas y servicios asistenciales sanitarios adecuados a las necesidades de los y las adolescentes. Y, fundamentalmente, es necesario desterrar las conductas punitivas, basadas en juicios de valor (al menos como recurso exclusivo, y aplicable solo cuando el caso especial lo requiera y siempre a criterio de la justicia). En su lugar, es imperioso asumir posturas de asistencia fundamentadas sobre el reconocimiento y respeto de la sensibilidad cultural, que considere las opiniones y visiones de los adolescentes [60].

En cuanto a los profesionales en particular, en Uruguay existe un número de especialistas capacitados en la asistencia ginecológica de adolescentes, con demostrado respeto por los criterios arriba enumerados. Sin embargo, todavía es necesario que los ámbitos educativos, en particular la formación de post-grado, institucionalicen y

reconozcan la capacitación de especialistas, y que estén disponibles en todo el territorio nacional.

Referencias

1. Graves R. Los mitos griegos. 2a edición. Madrid: Alianza; 2004.
2. Childe VG. Los orígenes de la civilización. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
3. Cohen MN. Health and the rise of civilisation. London: Yale University Press; 1989.
4. Hassan FA. On the mechanics of population growth during the Neolithic. *Curr Anthropol*. 1973;14:535-42.
5. Sussman RW. Child transport, family size, and increase in human population during the Neolithic. *Curr Anthropol*. 1972;13:258-9.
6. Roberts C, Manchester K. The Archaeology of Disease. 3a ed. New York: Cornell University Press; 2005.
7. Taylor T. The prehistory of sex: four million years of human sexual culture. New York: Bantam Books; 1996.
8. Levi G, Schmitt J-C. Introducción. En: Levi G, Schmitt J-C, editores. Historia de los jóvenes. I. De la antigüedad a la edad moderna. Madrid: Santillana; 1996. p. 7-21.
9. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Salud de los Jóvenes y la “Salud para todos en el año 2000”. Ginebra: OMS; 1986. Serie de Informes Técnicos: N° 731
10. Johnstone RW. Developmental changes during adolescence. *BMJ*. 1927;2(3479):442-4.
11. Uruguay. Constitución de la República: promulgada en 1967, con las modificaciones plebiscitadas el 26 de noviembre de 1989, 26 de noviembre de 1994, el 8 de diciembre de 1996 y el 31 de octubre de 2004. [Internet]; [citado 4 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>.
12. Quetelet A. Anthropométrie, ou mesure des

- différentes facultés de l'homme, Bruxelles: Muquardt; 1871.
13. Bowditch HP. The growth of children. En: 8th Annual Report of the State Board of Health of Mass. Boston; 1877. p. 275-325
 14. Bowditch HP. The growth of children, a supplementary investigation, with suggestions in regard to methods of research. En: 10th Annual Report of the State Board of Health of Mass. Boston; 1879. p. 33-62
 15. Bowditch HP. The growth of children studied by Galton's method of percentile grades. En: 22d Annual Report of the State Board of Health of Mass. Boston; 1891. p. 479-522
 16. Pagliani L. Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano: ricerche antropometriche. Torino: Stamparia Reale; 1876.
 17. Pagliani L. Lo sviluppo dell'organismo umano nell'infanzia, puerizia, adolescenza, pubertà e giovinezza, con deduzioni igieniche, pedagogiche e sociali. Torino: Paravia; 1925.
 18. Dimoch HS. A research in adolescence. I. Pubescence and physical growth. Child Dev. 1935;6:177-95.
 19. Greulich W, Pyle SJ. Radiographic atlas of skeletal development of the hand wrist. 2a ed. California: Stanford University Press; 1959.
 20. Stuart HC. Normal growth and development during adolescence. N Engl J Med 1946;234:693-732.
 21. Tanner JM. Growth at adolescence. 2nd Ed. Oxford: Blackwell; 1962
 22. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child 1970;45:13-23. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.45.239.13>
 23. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969;44:291-303.
 24. Rosenbloom AL, Tanner JM. Misuse of Tanner puberty stages to estimate chronologic age. Pediatrics 1998;102(6):1494. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.102.6.1494>
 25. Lees R. The teaching of venereology. Br J Vener Dis 1949;25(1):16-21. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.25.1.16>
 26. Clark JFJ, McDaniel JB, Cherrie EE. Pregnancy in the very young patient. J Natl Med Assoc 1962;54(3):352-54.
 27. Kinch RA. Prepubertal and adolescent gynecology. Can Fam Physician 1970;16(5):65-8.
 28. Deligeoroglou E, Christopoulos P. FIGIJ Directory 2010. Athens: International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology; 2010.
 29. Lugol JGA. De l'adolescence, considérée comme cause de plusieurs maladies et comme époque critique de quelques autres [tesis]. Paris: Didot Jeuneot; 1812. Thèse Méd. Paris, N°38.
 30. Knobil E. The neuroendocrine control of the menstrual cycle. Recent Prog Horm Res. 1980;36:53-88.
 31. Boyar RM, Rosenfeld RS, Kapen S, Finkelstein JW, Roffwarg HP, Weitzman ED, et al. Human puberty simultaneous augmented secretion of luteinizing hormone and testosterone during sleep. J Clin Invest. 1974;54(3):609-18. <http://dx.doi.org/10.1172/JCI107798>
 32. Frisch RE, McArthur JW. Menstrual Cycles: fatness as a determinan of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. Science 1974;185(4155):949-51.
 33. Trussell J. Statistical flaws in evidence for the Frisch hypothesis that fatness triggers menarche. Hum Biol. 1980;52(52):711-20.
 34. Hui LL, Leung GM, Wong MY, Lam TH, Schooling CM. Small for gestational age and age at puberty: evidence from Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. Am J Epidemiol 2012;176(9):785-93. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kws159>
 35. Stavrou I, Zois C, Chatzikyriakidou A, Georgiou I, Tsatsoulis A. Combined estrogen

- receptor alpha and estrogen receptor beta genotypes influence the age of menarche. *Hum Reprod*. 2006;21(2):554-7. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dei326>
36. Lee JM, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Weight status in young girls and the onset of puberty. *Pediatrics*. 2007;119(3):624-30. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-2188>
 37. Carwile JL, Willett WC, Spiegelman D, Hertzmark E, Rich-Edwards J, Frazier AL, et al. Sugar-sweetened beverage consumption and age at menarche in a prospective study of US girls. *Hum Reprod* 2015;30(3):675-83. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deu349>
 38. Al-Sahab B, Adair L, Hamadeh MJ, Arden CI, Tamim H. Impact of breastfeeding duration on age at menarche. *Am J Epidemiol*. 2011;173(9):971-7. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwq496>
 39. Alderman EM, Rieder J, Cohen MI. The history of adolescent medicine. *Pediatr Res*. 2003;54(1):137-47. <http://dx.doi.org/10.1203/01.PDR.0000069697.17980.7C>
 40. Allsworth JE, Weitzen S, Boardman LA. Early age at menarche and allostatic load: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol* 2005;15(6):438-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.12.010>
 41. Del Pino M, Bay L, Lejarraga H, Kovalsky I, Berner E, Rausch Herscovici CR. Peso y estatura de una muestra nacional de 1971 adolescentes: las referencias argentinas continúan aún vigentes. *Arch Argent Pediatr* 2005; 101(4):323-30.
 42. Boquete HR, Suárez M, Azaretsky M, Llano M, Gilligan M, Fideleff HL. Pubertad retrasada. En: Giurgiovich AJ, Parra I dela, Escobar de Fernández ME, editores. *Ginecología infantojuvenil: un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires: Journal; 2015. p. 143-53.
 43. Kulin HE. Delayed puberty. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81(10):3460-4. <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.81.10.8855785>
 44. Sánchez-Garrido MA, Tena-Sempere M. Metabolic control of puberty: roles of leptin and kisspeptins. *Horm Behav*. 2013;64(2):187-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.01.014>
 45. Tena-Sempere M. Keeping puberty on time: novel signals and mechanisms involved. *Curr Top Dev Biol*. 2013;105:299-329. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-396968-2.00011-7>
 46. Moshtaghi-Kashanian GR, Razavi F. Ghrelin and leptin levels in relation to puberty and reproductive function in patients with beta-thalassemia. *Hormones (Athens)* 2009;8(3):207-13.
 47. Pons JE. Parirás con ayuda. Una historia de nacimientos, de parturientas y de quienes las asistieron. Montevideo: Planeta; 2015.
 48. Rifkin J. La civilización empática. La carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis. Madrid: Espasa; 2010.
 49. Savory WS, Smith A, Shelly CE. Medical Officers of School Association. *BMJ* 1886;2(1335):234. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.1335.234>
 50. Hall GS. Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. New York: Appleton; 1904.
 51. Erikson EH. "Identity crisis" in autobiographic perspective. En: Erikson EH. *Life history and the historical moment*. New York: Norton; 1975 p. 17-48.
 52. Frank LK, Harrison R, Hellersberg E, Machover K, Steiner M. *Personality development in adolescent girls*. New Orleans: Society for Research in Child Development; 1953.
 53. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española, ©2015. [Citado 2015 Feb 3]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=nubilidad>.

54. Wiltshire A. Lectures on the physiology and pathology of menstruation. BMJ. 1884;1(1206):253-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.1206.253>
55. Duncan JM. The Gulstonian lectures, on the sterility of women. BMJ. 1883;1(1163):701-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.1163.701>
56. Nortman D. Maternal age as a factor in pregnancy outcome and child development. New York: Population Council; 1974. Report on Population/Family Planning: No 16
57. Pienovi M, Pons JE, Nieto F, Schwarcz RL. Edad y paridad maternas y resultados perinatales adversos. Rev. Latin. Perinat. 1987;7:48-58.
58. Pons JE. Ética y derechos humanos en la atención de adolescentes. En: Giurgiovich AJ, De la Parra I, Escobar de Fernández ME, editores. Ginecología infantojuvenil. Un abordaje interdisciplinario. Buenos Aires: Journal; 2015 p. 22-6.
59. Jessor R, Jessor SL. Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press; 1977.
60. Pons JE. Culturally sensitive gynecologic care in adolescence. En: Sultan C, editor. Pediatric and adolescent gynecology: evidence-based clinical practice. Endocr Dev. 2012(22):378-83 <http://dx.doi.org/10.1159/isbn.978-3-8055-9337-3>