

PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES

DRS. CARLOS BACHMANN SANCHEZ*
PEDRO MASCARO SANCHEZ

RESUMEN

Se realiza el estudio clínico de 262 adolescentes usuarias de DIU's atendidas en el Hospital Maternidad de Lima en el lapso de 20 meses.

El 86^o/o de estas adolescentes refirió no haber utilizado ningún método anticonceptivo previo. Después del parto el 56^o/o ya no desean tener más hijos y el 44^o/o desean espaciar los nacimientos. El 24^o/o de ellas presentaron historia clínica obstétrica y en la que predominó el aborto.

Convivientes, mestizas y dedicadas a los quehaceres del hogar son la gran mayoría de ellas.

Se produjeron 12 expulsiones involuntarias, lo que nos da una tasa de 2.7 por 100 años de uso.

Se realizaron 20 extracciones por dolor y hemorragia lo que nos da una tasa de 4.6 por 100 años de uso.

Se produjeron cinco gestaciones, lo que nos da una tasa de fracasos de 1.1 por 100 años de uso.

El 86^o/o de las usuarias tuvieron su primer control y al final del estudio el 23^o/o de ellas tenían cuatro controles.

INTRODUCCION

Siempre se ha considerado que la anticoncepción debe ser realizada en la población adulta, casada y con alta paridad, de ahí que los programas de planificación familiar siempre se han basado en dicho predicamento y han prestado muy poca atención a la población de adolescentes, donde el nacimiento entre madres jóvenes casadas y sin casarse está creciendo en forma alarmante en relación con otros grupos etáreos debido a la alta incidencia de las relaciones sexuales precoces y en embarazo pre-marital.

Que esta paridad precoz hacen que estas jóvenes madres sean consideradas pacientes de alto riesgo, que a su vez esta asociada con una alta paridad, intervalo corto entre los nacimientos y familias completas numerosas, como también una incidencia alta de abortos inducidos.

Se ha visto que gran parte de las relaciones sexuales entre los adolescentes sin protección anticonceptiva se debe en parte al limitado acceso a la información, educación y servicios de planificación familiar, negándose frecuentemente a las jóvenes dicho servicio.

* Médico Jefe de Servicio del Hospital
MATERNIDAD DE LIMA
Profesor Asociado de la Universidad Peruana
CAYETANO HEREDIA

Los pocos servicios que frecuentemente alcanzan a esta población de adolescentes son los programas que se realizan en el post-parto o en el post-aborto, lugar donde pudieron obtener alguna información y prestación del servicio.

Se ha visto que la mayoría de los países muy pocas veces se estimula a la joven pareja a la práctica del control de su fertilidad hasta que tengan uno o más hijos.

También debe tenerse presente el desagrado de los médicos y del personal paramédico para prescribir la anticoncepción entre los adolescentes solteros, obstaculizando y negando muchas veces la prestación de estos servicios.

La tendencia actual de los países desarrollados es la de permitir a estos adolescentes un mayor acceso a la anticoncepción, evitando establecer límites de edad, al legislar nuevas leyes pertinentes a la planificación familiar y por otro lado los administradores de estos programas ante el aumento del número de los adolescentes y el impacto potencial de la maternidad, en este grupo, es que se ha comenzado a diseñar programas específicos a los jóvenes; servicios de información sobre salud y educación sexual hasta servicios de anticoncepción.

Esta juventud tiene la necesidad particular de ser informada y la de tener acceso a estos servicios, a los que tienen derecho, como miembros de una comunidad sean estos solteros o casados, hombres o mujeres, jóvenes o mayores.

Existiendo en nuestro servicio del hospital un Programa Docente Asistencial de Planificación Familiar, es que nos ha motivado a realizar el estudio de la anticoncepción entre las adolescentes que concurren al hospital para la atención de su parto.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se ha realizado en el Hospital Maternidad de Lima, en el consultorio de Planificación Familiar del Servicio 3, mediante el Programa Docente Asistencial auspiciado por ASPEFAM, según convenio entre el Ministerio de Salud y la Universidad Peruana.

En el lapso de 20 meses se han atendido 2,500 mujeres, especialmente puerperas que voluntariamente concurren al Hospital después de 30 días post-parto para seguir la metodología anticonceptiva escogida, el DIU, luego de haber obtenido la información necesaria proporcionada por nuestro sistema educativo.

Nuestra casuística la constituyen 262 adolescentes en edades comprendidas entre 15 y 19 años (Tabla No. 1) y con una paridad de 0 a 4 hijos (Tabla No. 2), en donde la mitad de ellas deseaban espaciar los nacimientos (Tabla No. 3).

Se estudiaron los antecedentes obstétricos (Tabla No. 4) y se indagó acerca del conocimiento de la moderna metodología anticonceptiva (Tabla No. 5), el grado de instrucción de la pareja (Tabla No. 6), el estado civil y la ocupación (Tabla No. 7), Religión y raza (Tabla No. 8) así como el resultado del último embarazo y lactancia (Tabla No. 9).

Estos datos se obtuvieron de la historia clínica que se confeccionó para pacientes usuarias de DIU's, siguiendo el modelo preconizado por la International Fertility Research.

Luego de confeccionar la historia clínica se realizó el examen ginecológico completo para determinar alguna anomalía o contraindicación para el uso del método seleccionado, el DIU, procediéndose luego a la toma de una muestra de secreción vaginal para su estudio citológico, el cual es enviado a la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, para el despistaje correspondiente, procediéndose luego a la aplicación del dispositivo intrauterino.

El Diu utilizado ha sido el Lippes C y D y en algunas oportunidades el B.

El seguimiento de las pacientes se ha realizado el primer control al mes, para apreciar las características del sangrado, dolor o alguna otra manifestación que pudiera referir espontáneamente la paciente (Tabla No. 10).

El segundo y sucesivos controles se han realizado cada seis meses en donde se averiguan las características de las menstruaciones, frecuencia, cantidad, días de duración así como las complicaciones sean estas expulsiones, embarazos no deseados o retiros por complicaciones o a solicitud (Tabla No. 11), resultados que han sido evaluados mediante la fórmula de Pears.

RESULTADOS

EDAD DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU'S EN EL H.M.L.

Tabla No. 1

EDAD	No. DE CASOS	%
15	4	2
16	15	6
17	43	16
18	90	34
19	110	42
TOTAL:	262	100

Siempre se le ha dado gran importancia a la variable edad, especialmente por el riesgo que encierran las edades extremas en la etapa reproductiva de la mujer, porque frecuentemente se ha relacionado la prematuridad con la edad y se dice que éstas están relacionadas de tal manera que cuanto menor sea la edad de la madre, mayor será el porcentaje de neonatos nacidos prematuramente. -1-24.

Cabe anotar, sin embargo, que esta variable por sí sola, a pesar de su importancia en gineco-obstetricia, no alcanza a clasificar en riesgo medio y menos en riesgo alto, pero al ir adicionado otras variables el riesgo será cada vez mayor. -1-2-

Según la tabla No. 1 el 10% de la población hospitalaria de la Maternidad de Lima, y que están haciendo uso de un dispositivo intrauterino, corresponde a madres adolescentes, porque está demostrado que tenemos una población muy joven que inician precozmente su actividad sexual con el nacimiento inesperado e inoportuno de un hijo aún cuando son niñas. -3-

NUMERO DE HIJOS DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU'S. H.M.L.

Tabla No. 2

No. Hijos	No. Casos	Total Hijos	%	Varones	Mujeres
0	4	0	2	0	0
1	160	160	61	83	77
2	74	148	28	70	78
3	21	63	8	31	32
4	3	12	1	9	3
TOTAL:	262	383	100	201	182

La paridad es otra de las variables de gran importancia para clasificar automáticamente a la mujer con riesgo medio. Se ha encontrado que este riesgo medio fue directamente proporcional al número de partos y se ha demostrado que esta variable lo constituyen las mujeres con una paridad superior a tres. -2-

Observamos en nuestro grupo de estudio que tenemos adolescentes de 3 y 4 gestaciones y desde ya son pacientes de riesgo medio.

Indudablemente que las familias más numerosas se encuentran en las áreas agrícolas que probablemente se combinan a un nivel de educación bajo y a la falta de información y educación sexual lo que conlleva a una paridad más alta -4-, características de las mujeres que atendemos a diario en nuestro hospital, producto de la gran migración interna que existe en nuestro País.

HIJOS DESEADOS POR LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU'S. H.M.L.

Tabla No. 3

Hijos Deseados	No. Casos	Total hijos Deseados	%
0	146	0	56
1	82	82	31
2	30	60	11
3	4	12	2
TOTAL:	262	154	100

Observamos en esta joven población de adolescentes que el 56% ya no desean tener más hijos, en cambio el 44% desean espaciar, son las que han tenido su primer bebé.

Se aprecia la preferencia dominante de tener un tamaño familiar de dos hijos.-4-.

También se ha visto que el intervalo de nacimientos es este grupo etéreo es corto y es ésta una variable importante que interviene como componente de los factores demográficos del riesgo familiar y constituye uno de los argumentos más utilizados para recomendar el espaciamiento de los embarazos ya que los autores que han tratado el tema han coincidido que mientras menor sea el espacio transcurrido entre gestación y gestación mayor es el riesgo materno. -2-.

En estudios efectuados en nuestro hospital hemos encontrado

En estudios efectuados en nuestro hospital hemos encontrado un intervalo de 21 meses -3-, mientras que Brasil señala entre 14 y 15 meses para las madres jóvenes y que no se diferencian significativamente a medida que aumentan las gestaciones. -5-.

En los proyectos de Chile, Monterrey y el Salvador -5- la tasa de mortalidad infantil en relación al orden de nacimientos, demostró que las tasas más bajas se hallaban en los primeros partos y que la tasa aumentaba a partir de la quinta gestación.

HISTORIA OBSTETRICA DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's. H.M.L.

Tabla No. 4

Complicaciones	No. Casos	%
Aborto espontáneo	30	11
Aborto inducido	3	1
Embarazo ectópico	1	0.4
Mortinato	7	3
Cesáreas	24	9
TOTAL:	65	24.4

La definición del riesgo de la salud en la mujer está determinado por los antecedentes obstétricos patológicos, que en el caso de la planificación familiar es precisamente conocer estos antecedentes que puedan afectar las futuras concepciones y se señala entre las más importantes al aborto, el embarazo ectópico, la cesárea y a los mortinatos.

Se ha visto que la tasa de abortos por 1.000 mujeres se ha incrementado en el grupo de mujeres jóvenes cuyas edades están entre los 18 y 19 años. -6-7-8-.

En nuestro medio se ha señalado como promedio un 10% que si bien es cierto es baja en relación a lo señalado por otros autores -9-, estamos notando un aumento paulatino en los últimos años, prácticamente se ha duplicado en el último quinquenio. -7-.

En nuestro grupo de estudio tenemos un 12% de abortos y que significa el 50% de las complicaciones señaladas en la historia obstétrica.

El aborto es físicamente más traumático para estas jóvenes, ya que estas esperan más tiempo en buscar la terminación de su gestación a un tiempo que pueda exigir un proceso relativamente más complicado y lo hace así por inexperiencia, ignorancia y falta de recursos materiales. -10-.

METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's.

Tabla No. 5

Método	No. Casos	%
Ninguno	227	86.6
DIU	8	3
Píldoras	13	5
Injectables	7	0.3
Condón	1	0.3
Ritmo	10	4
Jalea	2	0.8
TOTAL:	262	100.0

Prácticamente hay pocos datos comparativos sobre el conocimiento y uso de los anticonceptivos en los países en desarrollo, en Colombia -4- la utilización previa de anticonceptivos fue muy baja, el 80% de las mujeres informaron que no habían utilizado ningún método anticonceptivo en el mes de concepción.

En Kenia el 54% de los muchachos y el 70% de las muchachas entre 15 y 19 años no tenían conocimientos de los métodos anticonceptivos a pesar de una tasa alta de actividad sexual. En Ghana el 41% de los jóvenes entre los 11 y 18 años no sabían nada sobre el control de la natalidad.

En nuestra serie también demostramos lo mismo, el 86% de las adolescentes nunca usaron ningún método anticonceptivo.

La información obtenida de los Estados Unidos -11- revelan que muchos adolescentes con vida sexual activa tampoco practican la anticoncepción.

La moral tradicional y la inercia social contribuyen a negar los medios para prevenir situaciones en que el aborto es a menudo el último recurso.

GRADO DE INSTRUCCION DE LAS 262 ADOLESCENTES Y DEL COMPAÑERO, USUARIAS DEL DIU. H.M.L. 1980

Tabla No. 6

Educación	Adolescente No. Casos	%	Esposo/Conviviente No. Casos	%
Analfabeto	6	2	10	4
Primaria	94	36	44	17
Media	159	61	187	71
Superior	3	1	21	8
TOTAL:	262	100	262	100

La mayoría de los estudios apenas se detienen a considerar el papel operacional que desempeña la educación en lo que se refiere a influir en los patrones, metas y decisiones de fecundidad, afirmándose que la educación está directamente relacionado con el Status socio-económico -12-; los autores sugieren que el aumento en los niveles educativos, la asistencia a la escuela y la eliminación del matrimonio a edad temprana son mucho más poderosos para promover la reducción de la fecundidad.

La educación parece constituir la fuerza motriz más importante detrás del control de la fecundidad, afirmándose que cada nivel sucesivo de educación lleva consigo una disminución progresiva de la tasa de natalidad.

Los autores -3-12- llegan a la conclusión de que los aumentos de la educación de la esposa disminuye significativamente el tamaño de la familia.

Para todos los adolescentes en los países desarrollados y en los no desarrollados los partos precoces restringen las opciones de educación y carrera y contribuyen al mantenimiento de un bajo nivel socio-económico.

En nuestra serie de estudios vemos que la pareja tienen cuatro años como promedio de estudios de primaria y ocho y nueve años respectivamente de estudios de media como promedio.

Donde si se nota una marcada diferencia es en los estudios superiores, siendo mayor en el grupo de los compañeros.

Nuestros promedios podemos considerarlos como aceptables ya que tenemos un promedio general de 6 años de estudios para las mujeres y de 8 años para los varones, si lo comparamos con lo señalado en Colombia, que dan 4.3 años para las mujeres y 5.4 para los varones, en que el 90% provenían de las áreas urbanas y el 21.9% tenían empleos lucrativos.

ESTADO CIVIL Y OCUPACION DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's. H.M.L. 1980

Tabla No. 7

Estado Civil	No. Casos	%	Ocupacion	No. Casos	%
Soltera	27	10	Estudiante	14	5.4
Casada	94	36	Su casa	231	88.2
Conserisual	141	54	Empleada	3	1.0
			Comerciante	14	5.4
TOTAL:	262	100		262	100.0

El parto precoz, sin pensar en el estado marital es más peligroso para las adolescentes y sus hijos que para mujeres de mayor edad.

También se ha visto que el estado civil y el control pre-natal no presentan variaciones en cuanto a la edad de la paciente y la prematuridad -1-24-. Las jóvenes solteras particularmente pue-

den encarar el problema adicional en un matrimonio forzado o prematuro o sufrir las consecuencias sociales y la discriminación legal.

En algunas sociedades donde las relaciones sexuales entre las adolescentes y la paternidad premarital son particularmente aceptado, incluyendo la parte de América Latina y el Caribe, donde existen matrimonios inofiosos denominados consensuales o convivientes, donde los jóvenes viven juntos y tienen sus hijos sin un matrimonio legal. En muchas de estas áreas más de la mitad de todos los nacimientos ocurren en madres solteras o que están en unión consensual.

Nuestras adolescentes son eso, madres solteras o convivientes, que se convierten en amas de casa perdiendo la oportunidad de continuar sus estudios o lograr alguna profesión y seguir siendo dependientes económicamente de un padre con bajos recursos y mucha familia o de un compañero joven muchas veces sin empleo.

RAZA Y RELIGION DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's. H.M.L. 1980

Tabla No. 8

Raza	No. Casos	%	Religión	No. Casos	%
Mestiza	260	99	Católica	252	96
India	2	1	Protestante	5	2
Blanca	0	0	Ninguna	5	2
TOTAL: 262	100	TOTAL:	262	100	

Nuestra población es eminentemente mestiza, hijas de madres que proceden de las tres regiones del país, similar a la observada en el grupo de los países andinos, y todo ello debido a la gran migración interna que existe en el País.

A pesar de que la anticoncepción está prohibida por la religión Católica y de ser considerado, el Perú, un pueblo de mucha fe religiosa, llama poderosamente la atención como la gran mayoría de las mujeres prefieren usar un método anticonceptivo eficaz.

RESULTADO DEL ULTIMO EMBARAZO Y LACTANCIA EN 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's. H.M.L.

Tabla No. 9

GESTACION	No. CASOS	%
Parto normal	235	89.69
Aborto séptico	3	1.15
Aborto inducido	2	0.76
Aborto espontáneo	15	5.73
Mortinato	3	1.15
Em. Ectópico	1	0.38
Cesárea	1	0.38
No gestación	2	0.76
TOTAL:	262	100.00

LACTANCIA	No. CASOS	O/O
TOTAL	99	38
Parcial	107	41
No lact.	56	21
TOTAL:	262	100

Como se podrá apreciar el mayor porcentaje de mujeres a quienes se les ha colocado el DIU a correspondido a púerperas de 30 días o más.

Sin embargo, hay que anotar un 10^o/o de patología obstétrica en donde los mayores porcentajes corresponden a abortos.

Respecto a la lactancia podemos notar que el 79^o/o de las puerperas conservan su lactancia sea esta total o parcial, pero sin descontamos las usuarias ginecológicas se podrá anotar que el 90^o/o de las usuarias puerperas conservan su lactancia.

SEGUIMIENTO DE LAS 262 ADOLESCENTES USUARIAS DE DIU's. H.M.L. 1980

Tabla No. 10

Meses	I Control N. Casos	II Control No. Casos	III Control No. Casos	IV Control No. Casos
-1	9	—	—	—
1	135	21	5	1
2	43	30	10	4
3	9	20	12	1
4	2	16	13	1
5	5	13	11	4
6	3	24	8	3
7	2	9	8	—
8	3	2	3	1
9	—	2	—	—
10	—	1	—	1
11	—	4	—	—
12	1	1	—	—
TOTAL:	212	143	70	16

En el lapso de 20 meses se ha efectuado el seguimiento de control a 212 usuarias de DIU's sobre un total de 262 adolescentes lo que nos da una incidencia bastante alta, 81^o/o de pacientes que concurren a su primer control, demostrando el interés que tienen por su salud y donde la gran mayoría de ellas concurre al mes fecha de su primera cita.

De estas, el 67^o/o o sea 143 usuarias, tuvieron su segundo control en forma desordenada y a los seis meses como fue la fecha para su segundo control.

El 49^o/o de ellas, o sea 70 usuarias, tuvieron su tercer control y 16 usuarias, 23^o/o tuvieron al cierre de este estudio su cuarto control.

Podemos apreciar pues el interés que existe en esta joven población que recién han tomado conciencia en base de información y prestación de servicios de los beneficios que pueden lograr con estos programas.

COMPLICACIONES DE LAS 262 USUARIAS DE DIU's

Tabla No. 11

	I Cont. Casos	II Cont. Casos	III Cont. Casos	IV Cont. Casos
Hemorragia	16	2	—	—
Hipermenorrea	10	8	3	3
Polimenorrea	1	1	1	—
Oligomenorrea	—	1	—	—
Dolor	28	26	13	4
Dismenorrea	3	—	1	—
Dispareunia	2	1	—	—
Cefaleas	—	—	2	—
Inf. urinaria	2	1	—	1
Leucorrea	37	27	19	6
Tumor anexial	2	—	—	—
Condiloma acum.	1	—	—	—
Náuseas	—	3	—	—
Baja de peso	—	—	3	—
Asintomáticas	132	74	28	8

Siempre se ha mencionado como complicación del DIU el sangrado, el dolor, la expulsión involuntaria y la gestación.

El sangrado uterino parece ser la complicación más simple y más importante entre las mujeres, la cual puede suceder inmediatamente después de la inserción así como aumentar otras veces el sangrado durante el ciclo menstrual o sangrar en forma intermitente, en pequeñas cantidades durante el mes aunque estos cambios suelen durar la mayoría de las veces, sólo en los primeros meses de uso 13-14-15- este sangrado se atribuye a los cambios endometriales producidos por el artefacto in situ estableciendo la existencia de disfunción endometrial.

Se piensa también que por la presencia del DIU, habría una liberación excesiva de heparina o sustancias que se liberan de un proceso inflamatorio que originaría un trastorno de la coagulación, lo que podría explicar las hemorragias, pero en estudios efectuados de coagulación y fragilidad capilar no se detectaron anomalías evidentes -16-17-.

Se produjeron 12 expulsiones involuntarias, en la que el 75^o/o de ellas se produjeron en los dos primeros meses de uso, lo que nos da una incidencia de 2,7 por cien años mujer, a la gran mayoría de ellas se les reimplantó el dispositivo.

Se realizaron 20 extracciones de DIU por la siguiente sintomatología o motivos:

- 1 por dolor
- 2 por dolor y hemorragia
- 2 por hemorragia
- 2 por gestación
- 8 a solicitud por motivos familiares
- 5 porque deseaban tener otro hijo.

El 50^o/o de estas extracciones se efectuaron en los

seis primeros meses de uso, el 50^o/o restante se hicieron en el lapso del séptimo mes hasta el año y medio de uso, lo que nos da una incidencia de extracción de 4.6 por cien años mujer.

En el lapso transcurrido se produjeron cinco gestaciones, el 60^o/o de ellas se produjeron durante los tres primeros meses de uso, lo que nos da una incidencia de 1.1 gestación por 100 años mujer.

Nuestras incidencias de salida, extracción y gestaciones están muy por debajo de la señalada por los autores. -23-

Respecto a las menstruaciones se pudo observar que de las 212 controladas, en 112, o sea el 53^o/o, ya habían reiniciado sus menstruaciones en los primeros 12 meses, siendo más frecuente su inicio en los tres primeros meses post-parto.

Los resultados de los Papanicolaou efectuados por la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, fueron negativos.

COMENTARIO

Se está observando que la madurez sexual precoz, el matrimonio tardío y las mayores oportunidades para contactos sexuales debido a los estímulos de la vida urbana sugieren que los países en desarrollo estén creciendo confrontados con los problemas de la sexualidad adolescente.

Demográficamente el parto a edad temprana está asociada con un rápido crecimiento poblacional debido a un lapso de tiempo reducido entre generaciones y una mayor fecundidad acumulada. -10-

Que esta gestación entre adolescentes generalmente es sinónimo de estupro, violación o engaño, donde la gestación prematura la mayoría de las veces no es deseada por su corta edad, por su falta de instrucción, por ser dependiente económicamente y por desconocimiento de la fisiología de la reproducción. -18-

Gran parte de las relaciones sexuales sin protección anticonceptiva entre adolescentes se deben en parte al limitado acceso a la información y prestación de servicios en anticoncepción ya que frecuentemente encuentran dificultades en la obtención de estos servicios debido a las restricciones legales, hábitos culturales o presiones sociales. 10- 25

Esta población de adolescentes ha recibido muy poca atención por parte de los administradores de los programas de planificación en todos los países en desarrollo a pesar de que se sabe de que la incidencia de relaciones sexuales y embarazo premarital entre los adolescentes está creciendo puesto que existen factores que nos indican que estas tendencias continuarán puesto que las adolescentes están sexualmente maduras y ser capaz de reproducirse a una edad más joven de lo que fueron sus padres. -19-

Estos jóvenes que inician su procreación a edad temprana, van a seguir procreando convirtiéndose en grandes multíparas para ser luego pacientes de alto riesgo siendo jóvenes aún, acortando la distancia entre los nacimientos, que si es una variable entre los factores demográficos de riesgos familiar y constituir uno de los elementos más utilizados para recomendar los espaciamientos entre los embarazos ya que los autores que han tratado el tema han coincidido que mientras menor sea el espacio transcurrido entre embarazo y embarazo mayor es el riesgo materno. En el análisis de esta variable se encontró que no hay mayor significancia entre los períodos menores de un año con un peso de riesgo medio, riesgo que disminuye progresivamente de un año para adelante y que la gran influencia que ejerce el corto intervalo entre los nacimientos es sobre el problema poblacional.

En el Brasil se ha señalado entre 14 y 15 meses para las madres jóvenes y que no se diferencian significativamente a medida que aumentan las gestaciones, que la mortalidad en relación al intervalo de nacimientos es inversamente proporcional y que la mitad de los niños fallecidos estaban del quinto o más en orden del nacimiento, habiéndose señalado en el Brasil la tasa más alta de mortalidad 41.6 por mil. -5-

En el Salvador -5- el promedio de nacimientos se redujo notablemente a medida que aumentaba, el orden del nacimiento, encontrándose que las tasas de mortalidad neonatal e infantil fueron bajas en los primeros partos y que esta tasa aumentaba a partir de la quinta gestación.

Así mismo se vio que la desnutrición infantil disminuye cuando el intervalo es mayor a los dos años y que la tasa de mortalidad infantil es cuatro veces menor cuando el segundo embarazo se presenta después de dos años -7-

En nuestro medio hemos señalado un promedio de intervalo entre los nacimientos de 21 meses.

Se ha señalado también que la información sobre anticoncepción obtenido por la mayoría de adolescentes es en base de conversaciones entre amigos o por los medios masivos de comunicación, solamente un 2 a 4^o/o habían conversado con médicos y enfermeras -21-, menos del 5^o/o tenían un conocimiento adecuado sobre el sexo, reproducción y anticoncepción. La mayoría de los adolescentes encuestados opinan que se debe impartir la educación sexual en las escuelas. -21-

Pueden obtenerse considerables resultados en el control de la población a largo plazo mediante el desarrollo de la educación y servicios de regulación de la fertilidad para adolescentes destinados a retardar los primeros nacimientos y para estimular las prácticas anticonceptivas.

La Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos recientemente decidió que los menores que empiezan su pubertad no necesitan el consentimiento paterno para obtener servicios anticonceptivos financiados federalmente.

En 1975 un Seminario celebrado en Colombia -4- en

las cuales participan un buen número de abogados, concluyeron que:

Información, educación y servicios de planificación familiar deben de ponerse a disposición de los menores que han alcanzado la edad de la pubertad.

Que las personas encargadas de proporcionar dichas atenciones deben recibir protección legal adecuada.

La preocupación son las consecuencias adversas sanitarias demográficas y sociales del embarazo y parto en adolescencia y que dieron origen a las siguientes recomendaciones:

- Estimular el desarrollo de actitudes responsables hacia la conducta sexual.
- Enseñar la fisiología de la reproducción.
- Informar a los adolescentes sobre los riesgos del embarazo precoz.
- Favorecer su motivación para el uso de la anticoncepción
- Proveer a los adolescentes información sobre la disponibilidad de anticonceptivos.

Al hacer la evaluación de este grupo de adolescentes que concurrieron a nuestro hospital podemos notar la gran aceptación habida por esta metodología anticonceptiva, demostrándonos su inquietud y su preocupación por su salud al retornar a sus controles respectivos en forma voluntaria y sistemática.

BIBLIOGRAFIA

1. MATTOS Jorge y R. FRISANCHO.- Relajación de los factores maternos y socio-económicos en la frecuencia en recién nacidos de bajo peso.-Rev. Hosp. Maternidad de Lima Año 1 No. 1 Pág. 12. Enero-Junio. 1975.
2. DAZA PARADA Luis.- Investigación del riesgo materno infantil. Tercer documento- Riesgo Reproductivo-Planificación Familiar. Mayo 1978. Bogotá.
3. BACHMANN Carlos.- Intervalo entre nacimientos.- Rev. Ginecología y Perinatología. No. 3. Pág. 53-63. Sep. 1968.
4. RIAÑO GAMBOA: J. FERGUSON y A. GOLDSMITH. XI Congreso Colombiano de Obstet y Ginec. Dic. 1975.
5. PUFFER Ruth.- Intervalo entre nacimientos. Tendencias actuales en la regulación de la fertilidad. Pág. 15 Ed. Hugh R. Hatrap. R. Salfe. W. Bustamante y Riso. The Pathfinder 1977.
6. HUNT LI Williams.- Fecundidad adolescente. Riesgos y consecuencias. Informes Médicos Serie J. No. 10; 1-10. Programas de Planificación Familiar.
7. BACHMAN Carlos.- Aborto en adolescentes. Rev. de Obstetricia y Parinatólogía. No. 1 Pág. 17 Marzo 1978.
8. TIEZTZE Christofer.- Análisis estadísticos de los datos sobre el aborto. Estudios de Población. Vol. IV. No. 7-11. Pág. 7-9. Julio-Diciembre, 1979.
9. KUMMER Jerome M. Aborto. Aspectos y consideraciones prácticas. Pág. 179-200.- James Semmens y Kermit/E. Krantz. El Mundo del adolescente. Co. Ed. Continental S.A. México. I Ed. Español 1973.
10. PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.- Fecundidad adolescente.- Riesgos y consecuencias. Informes Médicos Serie J. No. 10; Pág. 2-19. Agosto 1976.
11. ABORTO.- La continúa controversia.- Boletín de Población Vol. 14 No. 3. Pág. 22. 1973.
12. GRAFF HARVEY J.- La relación alvabetismo, educación y fecundidad, pasado y presente; examen crítico. Estudios de Población Vol. IV. No. 16. Pág. 53-79. Enero-Junio 1979.
13. WILSON E. Unusual complication of an DIU. A. J. Obstet. y Ginec. 112: 237-8. Jan 1972.
14. NYGREN K.J. et al. Prematura onset of menstrual bleeding during ovulatory cycles in women with an DIU. Am. J. Obstet. Ginen. 117: 971-5 Dec. 1973.
15. AGUILERA E. Acción del DIU sobre el endometrio. Actas de la 8va. Conferencia Internacional de la FIPF. 346-350. Abril 1967. Santiago-Chile. Ed. Austin and Sons Ltd. Mertford. Inglaterra.
16. PERKASH A. y Col. Screening for bleeding tendency in patients with bleeding after insertion of an DIU Am. J. Obstet. y Ginec. 101:766. 1968.
17. TOZZINI.- Fisiopatología de la anticoncepción en la mujer. Pág. 183.: Ed. Panamericana. Bs. As. 1971.
18. BACHMANN Carlos y A. MORILLO.- Aspectos obstétricos y Psicosexuales de la adolescente en nuestro medio. Rev. Hospital Maternidad de Lima. Año 2 No. 3, 1976.
19. BACHMAN Carlos.- Hemorragia uterino disfuncional en la adolescencia. Rev. Hospital Maternidad de Lima. Año 2 No. 1. Pág. 3-13. 1976.
20. DOROZYNSKY Alexander. El control de la propia fecundidad. Medicina sin doctores. Pág. 22 1976 I.D.R.C.
21. MUANGMAN Debhanom. Encuesta rural y urbana a adolescentes en Tailandia. Boletín ICARP. No. 4. Pág. 4-8 marzo 1980.
22. DIU's Actualización sobre inocuidad, efectividad e investigaciones. Population Reports. Serie B. No. 3 Enero 1980.
23. Los DIU's Reevaluados. Una década de experimentación. Informes Médicos Serie B. No. 2 Oct. 1976.
24. KLEIN LUELLA. EARLEY TEENAGE PREGNANCY Contraception and repeat pregnancy Amer. J. Obstet. Gynec. Vol. 120 No. 2:249 Sep. 1974.
25. RYAN George and Patrik Sweency. Attitudes of adolescent toward pregnancy and contraception. Amer. J. Obstet. Gynec. Vol. 137. No. 3:358 jun. 1980.