

Memorias del 1er Congreso Paraguayo de Estudios sobre Sexualidad Humana



Un registro del congreso celebrado por el Décimo Aniversario de la Sociedad Paraguaya de Estudios sobre Sexualidad Humana (SPESH)

Comunicación
Placer y
Reproducción

© **SPESH**

Sociedad Paraguaya de Estudios sobre Sexualidad Humana

Editor: Ariel González Galeano

Asunción, Octubre del 2007

Este material fue publicado gracias al apoyo de Laboratorios SCHERING

SPESH

estudiosdesexualidad@gmail.com

Teléfono: (+595 21) 661874

Dirección: Senador Long 125 c/ Avda. Mariscal López

Asunción - Paraguay

1er Congreso Paraguayo de Estudios sobre Sexualidad Humana
“Comunicación, Placer y Reproducción”
27 y 28 de Octubre del 2006

COMISION DIRECTIVA DE SPESH 2006 - 2008

PRESIDENTA

Lic. Dominica Vera

VICE PRESIDENTA

Dra. María Mayeregger

SECRETARIA

Lic. Patricia Aguilar Cabrera

TESORERA

Lic. Maura Villasanti

MIEMBROS

Prof. Ariel González Galeano
Srta. Guadalupe Romero Rossi
Psic. Martín Negrete

Invitado Extranjero

Psi. Oswaldo Rodrigues Junior

Invitado Nacional

Prof. Dr. Antonio M. Ruoti

PROLOGO

La necesidad cada vez más creciente de abordar el tema de la sexualidad con un enfoque científico, objetivo, basado en evidencia y libre de prejuicios, motivó a la Sociedad Paraguaya de Estudios sobre Sexualidad Humana (SPESH) a propiciar un espacio de discusión a través de la organización del *1er Congreso Paraguayo de Estudios sobre Sexualidad Humana "Comunicación, Placer y Reproducción"*, enmarcado en el décimo aniversario de la Sociedad.

Con el fin de contribuir a la construcción de conocimientos desde una perspectiva multidisciplinaria y generar discusiones sobre temas considerados tabúes, abordando aspectos clínicos-terapéuticos y educativos de la sexualidad, el Congreso contó con la participación de un invitado extranjero, el Psicólogo Oswaldo Rodrigues Junior de Brasil, e invitado nacional el Prof. Dr. Antonio M. Ruoti, así como las magistrales ponencias de los/as miembros de SPESH.

El presente documento es la recopilación de los temas desarrollados y pretende ser una fuente de consulta para todas las personas que trabajan en el campo de la sexualidad, poniendo a disposición de quien lo requiera los conceptos y reflexiones que se dieron en el marco del Congreso. SPESH agradece a todos y todas quienes participaron del Congreso y a quienes hicieron posible que este evento se lleve a cabo, en especial al apoyo de SCHERING e INDEX SACI.

Lic. Dominica Vera
Presidenta de SPESH

AGENDA

Viernes 27 de Octubre del 2006

17:00 a 17:30 Inscripciones

17:30 a 18:00 Palabras de Bienvenida

Palabras de Bienvenida de los Auspiciantes (Representante de la Empresa)
Palabras de Apertura del Congreso: Presidenta de la sociedad y presentación del actual Consejo Directivo de SPESH

18:00 a 19:30 Conferencias Magistrales

- Comunicación sexualmente asertiva
Lic. Patricia Aguilar (Paraguay)
- Placer y orgasmo. Mitos y realidades
Psic. Oswaldo Rodrigues Jr. (Brasil)
- Prevención del Segundo embarazo en la Adolescencia
Dr. Antonio Ruoti (Paraguay)

Cierre Primer Día

Sábado 28 de Octubre del 2006

09:30 a 12:00 Simposio "Caminos al orgasmo: nuestra sexualidad placentera"

- Homoerotismo
Psic. Martín Negrete
- Caminos al orgasmo femenino
Dra. María Mayeregger
- Dinámica en las relaciones de pareja
Lic. Maura Villasanti
- Terapia Sexual Científica vs. "Terapia Sexual Alternativa"
Psic. Oswaldo Rodrigues Jr.

12:00 a 14:00 ALMUERZO

14:00 a 16:00 Simposio "Hormonoterapia y sexualidad en los ciclos de la vida"

- Anticoncepción en la Adolescencia
Dr. Antonio Ruoti
- Climaterio, Menopausia y Género
Dra. María Mayeregger
- "Aportes de la Terapia Sexual en la atención interdisciplinaria"
Psic. Oswaldo Rodrigues Jr.

Cierre de la Conferencia

Comunicación Sexualmente Asertiva

Lic. Patricia Aguilar Cabrera

“Sexualidad es todo lo que los seres humanos somos, pensamos y hacemos de acuerdo a nuestro sexo” Juan Luis Alvarez-Gayou

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo, distintos; por lo cual el conflicto interpersonal, especialmente en las relaciones de pareja, está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción.

La asertividad es una conducta que se aprende, una habilidad social. Mientras el aprendizaje temprano, e incluso el abuso sexual infantil, puede haber dejado problemas en el funcionamiento sexual, la persona puede entrenarse y superar estos problemas a través de la reeducación, pero ésta necesita práctica. Las conductas precisas que necesitamos cambiar, toman pequeños pasos cada vez, quizás lento al principio pero seguro para cambiar.

Aprender a ser asertivo significa hacer de forma directa y abierta, "autoafirmaciones" sobre qué es lo que no nos gusta y en forma de sugerencias constructivas, sobre lo que sí nos gusta en su lugar.

Hay quienes consideran que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. Existen múltiples definiciones de asertividad pero todas coinciden en considerarla como una habilidad de comunicación interpersonal o social.

Se puede definir como **la capacidad para transmitir hábilmente opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos**. La habilidad consiste en crear las condiciones que permitan conseguir todos y cada uno de sus cuatro objetivos:

Objetivos:

- Eficacia: conseguir aquello que uno/a se propone.
- Comodidad: sentirse bien con lo comunicado.
- Riesgos minimizados: en situaciones en que se pone de manifiesto un conflicto de intereses, ocasionar las mínimas consecuencias negativas para uno mismo, para el otro, y para la relación.
- Relación positiva: en situaciones de aceptación asertiva, establecer relaciones positivas con los demás.

Características:

- Como toda habilidad, la asertividad no es un término dicotómico (todo - nada), sino que la conducta puede resultar más o menos asertiva. Es decir, puede conseguir en mayor o menor medida los objetivos señalados anteriormente.
- La asertividad no es una característica de personalidad aunque pueda estar relacionada con determinadas formas de la misma. Por tanto, una persona puede mostrarse más asertiva en determinadas situaciones y menos en otras. Este sería el caso de alguien que cuando expresa una opinión contraria o se muestra en desacuerdo ante su pareja, suele hacerlo de forma asertiva. En

cambio, ante su jefe suele inhibirse o bien, se siente incómodo o provoca conflictos cuando lo hace.

- Todas las habilidades pueden aprenderse con mayor o menor dificultad y en este sentido, la asertividad no es diferente. Así que una persona que suele ser poco asertiva en su interacción con personas del sexo contrario y de edad similar, puede llegar a serlo más mediante el entrenamiento correspondiente.
- La literatura distingue entre oposición asertiva y aceptación asertiva. □ En general, se consideran habilidades de oposición asertiva aquellas que se aplican a situaciones que requieren manejar conductas poco razonables de los demás. Una de las principales consecuencias de la oposición asertiva es la conservación de la autoestima. De otro lado, la aceptación asertiva se relaciona con la capacidad para ofrecer y recibir reconocimiento y cumplidos. Estas habilidades se inhiben con demasiada frecuencia olvidando las ventajas que proporcionan.

Finalmente, el continuo de la asertividad incluye tres diferentes estilos de conducta: Pasivo – Asertivo – Agresivo

Ni el pasivo, ni el agresivo, son opciones de conductas válidas para reducir el stress u obtener nuestros objetivos.

Cuando hablamos de la **Asertividad Sexual** debemos tener en cuenta que ésta busca incluir los aspectos de:

Comunicación: sin ella directamente es imposible ser asertivos/as.

Afectividad: tiene que ver con los vínculos que establecemos con la otra persona donde se da afecto y contención aunque no necesariamente implique el enamoramiento o “amor” romántico que comúnmente se conoce.

Placer: función elemental de la sexualidad, implica todo tipo de contacto sexual y no la exclusividad de un coito.

Protección: ésta implica no sólo la protección física de infecciones o embarazos no planificados, sino también la protección psicológica y emocional en una relación de pareja.

Responsabilidad: ésta es la asunción de las consecuencias de una relación erótica afectiva.

Respeto: la esencia del respeto es la aceptación de los deseos del otro/a y jamás obligar a la otra persona a realizar aquello que no quiere. Además, tan habilidoso es expresar un cumplido cómo aceptarlo de la forma adecuada. La forma como reaccionamos a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.

Janet L. Wolfe, Ph. D. en 1993, mencionaba cuatro grupos de emociones que influyen en el logro de la asertividad sexual:

Amor-abandono: Los varones y en especial las mujeres tienden a derrochar una preciosa energía emocional manteniéndose en relaciones que no son satisfactorias sexual y emocionalmente por su miedo a ser rechazadas y permanecer solas. Aprendiendo a aceptarse a uno mismo como una persona valiosa - con o sin una pareja- y consiguiendo estar enfocados/as vitalmente en otras metas, ayuda a romper con este mito “tengo que subordinarme siempre, para no ser abandonada o abandonado.

Culpa: El decir “No” con firmeza ante una situación de contacto sexual que nos desagrada, muchas veces nos lleva a sentirnos culpable por expresar nuestro deseo. Otras, asumimos el malestar del compañero/a como nuestra culpa o error de no satisfacer al otro/a. Nuestro problema es aprender a

dejar de tomar responsabilidades emocionales sobre cualquiera excepto de nosotros mismos. Un buen mensaje de asertividad para darnos a nosotros mismos es: "Tengo derecho a expresar mis preferencias sexuales y emocionales y dar a conocer a mi compañero/a sexual cuando prefiero una estimulación diferente".

Derrotismo y miedo a fallar: Mirar a uno críticamente, monitorizar el rendimiento sexual, preocuparse de si uno está haciendo demasiado o poco "ruido", si se va erectar o no, o mantener el contador propio de orgasmos, son las maneras primordiales de inhibir el placer, de deprimirse uno mismo/a sobre su futuro sexual, y de crear finalmente profecías que se autocumplen.

Ira y hostilidad: Tanto o más como esas emociones pueden ser catárticas y justificadas en un momento determinado, realmente pueden provenir de otras clases de demandas. "¿Cómo puede tratarme así!; "Me lo hace intencionalmente"; "No puedo seguir así", conducen a maldecir a los demás, o a "castigar" al compañero/a con un castigo como es el impedir el sexo. Los resultados al final son casi siempre extremadamente pobres. La hostilidad y la ira tienden a generar incluso más ira, de acuerdo a las investigaciones psicológicas. Incluso conducen a recriminaciones y defensa por parte de la otra persona, y cierra más que abre, las posibilidades de comunicación.

Ejercicios para la asertividad

Reencontrarse con el propio cuerpo: Asumir la responsabilidad de tu propio orgasmo: Nosotros cometemos el desafortunado error de asumir que nuestro compañero/a, si realmente quiere, descubrirá lo que sexualmente nos agrada; como si fuera un mago. Nadie nos "regala" los orgasmos, y es incorrecto esperar siempre que el/la compañero/a sea quien inicie el camino para conducirnos hacia ellos. ¿Conseguís el tipo de estimulación que querés? ¿Preguntás para ello? ¿Te estimulás a vos mismo/a? ¿Usás fantasías y otros afrodisíacos mentales para conseguir autoestimularte? Por otro lado, es importante recordar que los orgasmos no son necesariamente el objetivo último del sexo; no deberían existir para medir a uno/a o a la pareja. Un orgasmo no es el único criterio aceptable para una "exitosa" relación sexual. La gente puede perfectamente vivir saludable y feliz sin orgasmos - o para el caso, incluso sin tener actividad sexual con otra persona.

Iniciar el acercamiento: En una relación moderna, en vez de sentirse herido o sexualmente frustrado/a porque la pareja no se acerca, lo ideal es hacernos cargo de nuestros deseos y hacer, si es necesario el primer movimiento. Siempre es posible trabajar para encontrar interés en nuevas cosas para estimular a la pareja.

Evitar las adivinanzas: Existe un mito muy arraigado en nuestra cultura que expresa que el sexo es y debe darse de forma espontánea y la superstición de que si hablas de sexo, no podés disfrutarlo. Con esta creencia, lo único que logramos es una gran frustración a la hora de esperar que las relaciones sexuales se den "naturalmente" cuando que las conductas sexuales se aprenden y la relación se construye con cada pareja de forma única y particular. La comunicación verbal y no verbal debe ser congruente y debe estar siempre presente en una relación de pareja, si pretendemos ser asertivos/as.

Hacerse cargo de los deseos: La persona sexualmente asertiva debe aprender a expresar sus preferencias y derechos de forma directa, abierta, y sin violar los derechos de los demás. Distingue la conducta asertiva de la conducta agresiva (la conducta que ataca a los demás, para dominar, para humillar), de la conducta no asertiva o sumisa (que intenta negar los propios derechos, instituye la desesperanza, "mantiene la paz"). La persona sexualmente asertiva controla su propio cuerpo; mantiene relaciones sexuales por sus propias razones; elige no explotar la forma de ser de los demás

(incluyéndose especialmente a sí misma); puede experimentar y experimenta; disfruta de su propio cuerpo, además de los de otros; elige ser activa o pasiva; sabe como comunicarse; puede relacionarse a un nivel emocional o, si lo prefiere, en un fuerte nivel sexual/sensual; puede elegir no relacionarse; o dejar una relación que es demasiado costosa.

Devolver el refuerzo positivo: Debe tenerse en cuenta que ofrecer reconocimiento y cumplidos ante la conducta adecuada o gratificante del otro, aumenta la probabilidad de que la repita en un futuro. Estas habilidades permiten aumentar la autoestima tanto del emisor como del receptor al mostrar aceptación y afecto hacia los demás, y en definitiva, facilitan la relación de confianza aumentando la satisfacción mutua. Ayudan a establecer relaciones positivas con los demás.

Compartir la protección: cuando enfocamos en una relación de pareja de tipo sexual coital, es fundamental analizar antes las posibles consecuencias. En este caso, las consecuencias pueden ser positivas o negativas, de acuerdo a nuestros deseos y plan de vida. Por ello, la protección debe pasar por un autocuidado físico y emocional, en primer lugar; para luego compartir esta protección que ayuda a un mayor disfrute, en la medida que ambos miembros de la pareja pueden relajarse y asumir responsablemente su relación.

Ser paciente: especialmente con uno/a mismo/a. Ser asertivo no significa conseguir resultados al instante. Se debe vigilar a ese juez crítico de la cabeza que advierte: "Estoy yendo demasiado lejos; se debe estar cansando de mí. Me va a rechazar cuando se de cuenta de lo poco sexy que soy". "Le he dicho dos veces como me gustaría que me trate y todavía no se da por enterado; no me debe querer". Lo fundamental es cambiar estos pensamientos por otros que pongan atención a las buenas sensaciones.

Aprender a decir "No" al sexo: Un aspecto muy importante para ser sexualmente asertivo es darse a uno permiso para ser no-sexual cuando es lo que se desea. En lugar de racionalizar la conducta ante un encuentro sexual, mejor directamente decir que no querés realmente tenerlo. Practicando para aprender a decir "No" a solicitantes por teléfono, vendedores de libros, y otras personas en la vida; ello tenderá a generalizarse también en el campo del amor-sexo.

Por otro lado, en la medida que aprendamos a decir "Sí" a lo que es sí y "No" a lo que es no, la otra persona también entenderá qué es lo que deseamos realmente o que es lo que no.

Conclusión

Ser asertivo/a sexualmente, no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no, de la mejor manera posible, sin ofender al otro/a y defendiendo nuestros derechos. Por otro lado, tener en cuenta también que todos tenemos derecho a EQUIVOCARNOS.

Lo fundamental es conocer cuáles son nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos, y reconocer si ellos están siendo violados, para defenderlos.

Además la comunicación sexualmente asertiva implica una serie de habilidades que deben ser desarrolladas con la práctica y el entrenamiento.

Los mensajes tempranos de socialización que recibimos en nuestra cultura como: "el sexo es algo sucio", "las mujeres no necesitan realmente del sexo como los varones", "el tamaño del pene es importante" "el sexo debe ser espontáneo"; son todos mensajes que nos entrenan a inhibirnos o a

desarrollar ideas irracionales sobre nuestra sexualidad y sobre como la expresamos y vivimos. Sin embargo, la re-educación y el entrenamiento asertivo pueden revertir la situación y ayudarnos a desarrollar nuestra salud sexual y por lo tanto, sociedades sexualmente más sanas.

Ser asertivo/a y expresivo/a significa ser emocional, física e intelectualmente liberado y vital, significa, en una pareja, darse mutuo cariño, intimidad, relaciones honestas; para ser responsable de uno mismo, sin dejar de ser sensible a las necesidades del compañero/a.

Placer y Orgasmo: Mitos y Realidades en Sexualidad

Oswaldo M. Rodrigues Jr

Discutir e apresentar informações sobre sexualidade é uma das mais comuns e importantes nos trabalhos de terapia sexual e de educação sexual.

Compreender os processos de formação de mitos e falsas cognições e auxiliar pacientes e alunos a compreender e mudar estes mecanismos é papel de psicoterapeutas sexuais e de educadores em sexualidade.

Vamos examinar algumas frases muito comuns de serem ouvidas sobre sexualidade:

- 1 – O tamanho do pênis indica a força do impulso sexual
- 2- Quanto maior o pênis, maior o estímulo da mulher durante o ato sexual
- 3- A sexualidade masculina atinge o pico durante a adolescência. Depois dos 20 anos, a capacidade sexual, o interesse por sexo e o prazer com o sexo, entram em declínio.
- 4- É natural que um homem se interesse principalmente em relações sexuais e orgasmo. Os carinhos que antecedem a união e as carícias amorosas interessam muito mais às mulheres.
- 5- A capacidade de ejacular rapidamente é indicio de masculinidade.
- 6- Se alguma vez você falhou, ficou impotente, é provável que você tenha algum problema sexual maior.
- 7- O grau de sucesso de um homem em sua primeira relação sexual é geralmente uma indicação de quão bem sucedido ele será durante o resto de sua vida sexual.
- 8- Em média, os homens de raça negra tem pênis maiores que os homens de raça branca, e também tem mais impulso sexual.
- 9- A masturbação prejudica a capacidade sexual masculina.
- 10- Gostar de sexo oral é indicio de homossexualidade latente.
- 11- As respostas sexuais do homem e da mulher são essencialmente diferentes.
- 12- ter fantasias homossexuais ou sentir atração por outro homem normalmente é indicio de homossexualidade latente.
- 13- Geralmente, a homossexualidade é considerada uma forma de doença mental.
- 14- A posição mais natural para relações sexuais é aquela em que o homem fica em cima.
- 15- Um homem saudável, bem equilibrado, não deve ter problemas para ter relações sexuais, em qualquer situação.
- 16- Visto que a concepção ocorre no corpo da mulher, é responsabilidade dela impedir a gravidez não desejada.
- 17 – A ereção é sempre um indicio de excitação sexual e indica necessidade de relações sexuais por parte do homem.
- 18 – Um bom amante é capaz de fazer sua companheira ter orgasmo cada vez que eles mantêm relações sexuais.
- 19 – Alguns homens são, por natureza, melhores amantes do que outros. Mesmo que você possa ser capaz de aprender certas técnicas sexuais, você nunca será capaz de igualar seu desempenho ao de quem tenha mais capacidade inata do que você.
- 20 – Para um casal, a realização sexual que mais satisfação dá é o orgasmo simultâneo.
- 21 – A frequência normal de cópulas para um casal na casa dos 20 ou dos 30 anos é de quatro vezes por semana. Ter menos relações sexuais indica que você tem baixo impulso sexual.
- 22 – As relações sexuais devem ser evitadas durante a menstruação e a gravidez.
- 23 – É preferível que as pessoas que sofreram um ataque cardíaco ou derrame evitem as relações sexuais.

24 – As mulheres respondem mais lentamente que os homens à estimulação sexual e é preciso que sejam “trabalhadas” por seus parceiros para que fiquem prontas para a relação sexual.

25 – Quando um homem atinge a idade adulta, naturalmente perde interesse na fantasia e na masturbação e se concentra exclusivamente nas relações sexuais.

Se você respondeu “verdadeiro” para qualquer uma das afirmativas, então temos que rever muito dos conhecimentos sobre sexo, pois todas são falsas...

(in McCarthy, 1977)

Nenhuma destas frases é verdadeira. Muitos pacientes mostram-se surpresos quando descobrem que andam pensando coisas erradas sobre sexo, e coisas que sempre pensou serem verdades...

Como se formam os mitos no indivíduo

- HOMEM / MULHER para sentir-se homem/mulher = sente e pensa que deve fazer coisas de modo previsível e estereotipado;
- Comportamentos sexuais estereotipados
- Identidade masculina
- Identidade feminina

Mitos sobre o fazer o amor

- Sexo deve levar ao orgasmo.
- Uma vez começado o sexo, ele deve continuar até ambos terem orgasmos.
- Um homem e sua parceira devem alcançar o orgasmo ao mesmo tempo.
- O orgasmo é uma preocupação para homens e mulheres na atualidade.
- É impossível a muitos homens pensar que uma pessoa possa começar a fazer sexo e parar sem que tenha tido orgasmo. Mas sexo é bom, mesmo que aconteça sem que venha a ter ejaculação e orgasmo.

Estes mitos atingem a maior parte das pessoas, embora mais homens acreditem nele do que as mulheres. É muito normal uma pessoa querer ter o contato sexual e não necessariamente ter orgasmos.

O prazer obtido com a intimidade pode ser o que se deseja. Se assim for o orgasmo não será buscado. O importante, que a pessoa saiba, de verdade, se deseja orgasmo ou apenas intimidade.

Envelhecendo, os homens precisam menos do orgasmo para se sentirem recompensados sexualmente. Muitos idosos dizem que se sentem, e por isso desejam o coito, mas não estão interessados em orgasmos. Não há nada de errado nisso. Se os parceiros sexuais sentem que devem ter orgasmos sempre que fizerem sexo, estarão se forçando, e isto causará problemas, mais cedo ou mais tarde.

Muitos homens acreditam, erroneamente, que uma vez que a estimulação sexual começa, deve continuar sem interrupção até o orgasmo.

A idéia de que durante o sexo, um ou ambos parceiros gostariam de descansar um pouco, ou ouvir alguma música, ou mesmo dormir, antes de continuar o sexo, é incompreensível para algumas pessoas. Na realidade, as sensações sexuais mais intensas acontecem quando a atividade sexual pára e reinicia várias vezes, mais do que quando mantém a atividade sexual progressivamente sem pausa.

O orgasmo simultâneo é um mito absurdo e destrutivo e precisa ser desfeito com urgência. Mesmo na atualidade, quando a maioria dos homens cultos e educados reconhecem racionalmente que apenas uma minoria de mulheres consegue obter orgasmo apenas pela estimulação do coito, da penetração.

Na verdade, é muito improvável que um casal consiga chegar ao clímax juntos, e só quando um dos parceiros segura desesperadamente o orgasmo, enquanto o outro freneticamente tenta apressá-lo. Se um ou outro falhar, geralmente desapontam-se e frustram-se, deprimindo-se... Os campeonatos de cama como estes conduzem facilmente à infelicidade.

O triste fato é que, para dividir o orgasmo de sua parceira, o homem precisa observá-la neste momento em que ela experiencia o orgasmo. Isto é uma recompensa emocional muito intensa. Mas é impossível se ambos tiverem o orgasmo ao mesmo tempo!

Assim temos nestes exemplos situações com as quais nos deparamos diariamente no trabalho com sexualidade, seja na clínica, seja na educação, quando precisamos auxiliar o outro a compreender e distinguir idéias que não são adequadas e irreais, mas que estavam produzindo ações que traziam sofrimento. Auxiliar a solucionar e dirimir os mitos e pensamentos fantasiosos permite o viver bem a sexualidade, com prazer e bem estar.

Prevención del Segundo Embarazo en la Adolescencia

Prof. Dr. Antonio M. Ruoti^I
Prof. Dr. Miguel A. Ruoti Cosp^{II}

El embarazo y la maternidad en la adolescencia siguen siendo en este nuevo milenio, problemas prioritarios de salud pública por sus posibles consecuencias en la madre y en el producto de la gestación.

En las décadas del 80 y 90, se ha observado una tendencia a la disminución o estabilización de su incidencia y prevalencia entre adolescentes de 15 a 19 años en casi todos los países del mundo. En EEUU, las cifras de embarazo precoz descendieron a partir de la legalización del aborto en los 80, pero entre 1986 y 1991 se produjo un incremento seguido luego por un descenso progresivo desde 1992¹.

En Europa, de acuerdo a cifras procedentes de 11 países recogidas en un estudio realizado por la Federación Internacional de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, se observó la misma tendencia de declinación². En tanto que en América Latina, esta tendencia de descenso se ha apreciado en algunos países como México y en otros se han estabilizado o bien han aumentado³.

En términos generales existe un consenso que el descenso constatado a nivel mundial se relaciona, al menos en parte con el impacto de los diversos y variados programas dirigidos a modificar la maternidad en la adolescencia y a reducir sus consecuencias negativas.

Sin embargo, la visión optimista que puede desprenderse del análisis de esta tendencia a la estabilización o disminución del problema, se confronta con un segundo problema estrechamente asociado con el embarazo a edades tempranas: *la facilidad con que un grupo importante de estas madres se vuelve a embarazar antes de los dos años del primer parto o aborto.*

Este hecho nos enfrenta en la práctica diaria a escuchar a jóvenes madres, frases tales como: **“Lo que me acaba de ocurrir, no es para embarazarme otra vez”**, pero la repetición precoz del embarazo ocurre con bastante frecuencia entre adolescentes.

La prevalencia de un nuevo embarazo en ausencia de un seguimiento posparto intensivo entre adolescentes que ya han sido madres, se ha estimado en un 30% en el primer año y de un 25 a 50% en el segundo año posparto⁴. Aun en los programas intensivos con oferta de servicios anticonceptivos oscila entre el 10 al 15% al finalizar el primer año posparto⁵ y del 60% en los próximos 2 a 3 años, siendo generalmente de nuevas parejas⁶. Otros estiman que la cuarta parte de los embarazos en adolescentes corresponden a un embarazo consecutivo⁷.

La rapidez y frecuencia con que esta repetición del embarazo ocurre entre las madres adolescentes indicarían que prácticas sexuales son sin protección o con protección inadecuada y el hecho de que la adolescente, con el antecedente de un embarazo, se enfrente a una nueva gestación representa un fracaso en los sistemas de atención de su Salud Sexual y Reproductiva, implicando si el embarazo llega a feliz término, riesgos tanto médicos como psicosociales para la madre y el recién nacido o bien si

^I Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

^{II} Profesor Asistente de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

culmina en un aborto provocado o voluntario clandestino o no, como producto de un embarazo no deseado, riesgos psicosociales pero con consecuencias médicas por sus complicaciones.

Por lo tanto la primera interrogante a responder es ¿porqué se vuelven a embarazarse rápidamente las adolescentes?

Hay estudios en la actualidad que tratan de contestar esta interrogante, lo que se puede afirmar es que el segundo embarazo en adolescentes significa un “fracaso” de la atención de la salud reproductiva: Atención prenatal, post natal y del recién nacido, etapas en que debe iniciarse la prevención de una nueva gestación.

LA ADOLESCENTE ANTE UN NUEVO EMBARAZO

Los motivos que llevan a la adolescente a un nuevo embarazo es una vieja preocupación, unos buscan conocer los mecanismos de sus orígenes estudiando las fallas en la anticoncepción, sus motivos, sus factores de riesgo y su relación con la repetición de un nuevo embarazo; en tanto que otros buscan las características que permitan identificar a las madres con mayores probabilidades de repetir un embarazo a corto plazo.

Fallas en la anticoncepción

Los / las adolescentes son, en general, malos usuarios de métodos anticonceptivos con relación a la población adulta joven⁸, ya sea porque su uso en cada relación sexual es inconsistente y esporádico⁹ o bien porque en esta franja etaria hay una tendencia a manejar conceptos erróneos sobre los anticonceptivos, como lo demostráramos en una población de 419 mujeres adolescentes, solo el 14.3% respondió correctamente sobre el conocimiento de cómo actúan los anticonceptivos orales (ACO) y el 29.4% en relación con el preservativo¹⁰.

Entre otros factores que favorecen las fallas en la anticoncepción se identificaron el haber experimentado problemas de salud imputados a los ACO, tener un mayor número de efectos adversos o una mayor tendencia a los olvidos en la ingesta o bien experimentar sentimientos de menor riesgo a quedar embarazada y tener menos capacidad de resolución de problemas⁴.

Stevens-Simon y col.¹¹, en un estudio realizado en adolescentes primíparas, señalaron que estudiar, tener menor edad y atribuir la falla del anticonceptivo antes del primer embarazo a “motivos blandos” (olvidos o desconocer su uso) son predictores de un uso más conciente de anticonceptivos después del parto, de elección de métodos más eficaces y de menor probabilidad de concebir en un corto período. En cambio el justificar el uso inadecuado de contraceptivos antes del primer embarazo con “motivos duros” (efectos adversos, deseo de tener un hijo o falta de motivación para cuidarse) aumentan las probabilidades de no emplear métodos seguros después del parto y de concebir nuevamente.

Debemos considerar además que entre los 15 y 19 años hay menos probabilidades en el empleo de métodos altamente efectivos (hormonales) que a edades mayores. Estas conductas inefectivas predominan entre adolescentes con parejas inestables o en relaciones sexuales infrecuentes, con una primera relación sexual reciente e involuntaria y en caso de menores de 17 años, con una pareja al menos 3 años mayor¹².

También consideramos que las jóvenes con gestación acogidas a los programas de control prenatal, y conserjerías utilizan más los métodos anticonceptivos postparto.

Adolescentes vulnerables a repetir un nuevo embarazo

En el intento de identificar los factores de riesgo y protección que permitan diferenciar las poblaciones de adolescentes que no se embarazan de los que lo hacen solo una vez y de las que vuelven a concebir rápidamente resumimos los hallazgos encontrados¹³ en la tabla N° 1.

Tabla N° 1
Factores de riesgo de un nuevo embarazo en adolescente

Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Minorías étnicas • Migración
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de violación • Hijo en adopción • Edad materna menor a 16 años • Abandono escolar • Familia numerosa o no constituida • No vivir con los padres o hacerlo con uno solo • Falta de soporte familiar adulto o amigos • Estar casada o hacerlo durante el embarazo • Nueva pareja o parejas ocasionales: Monogamia seriada • Novio o pareja no adolescente • Pareja inestable
Asociados al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • 1° embarazo esperado • Desear tener un hijo en menos de dos años o deseos ambivalentes • Evolución negativa del embarazo (aborto o muerte perinatal) • Sexo del niño no deseado • No control anticonceptivo al alta

Muchos de los factores enumerados son también reconocidos como factores de riesgo para conducta contraceptiva ineficaz o inconsciente en la adolescencia y la mayoría de ellos han sido identificados como factores de riesgo de un primer embarazo.

Sin embargo, algunos de los factores de riesgo que aparecen como situaciones de riesgo para un segundo embarazo, constituyen factores de protección cuando se considera un primer embarazo. Un ejemplo de ello es la estabilidad de la pareja, como lo mencionáramos, las relaciones esporádicas e inestables constituyen un factor de riesgo para una falla del método. A la vez, la inestabilidad de pareja o la ausencia de esta, es un indicador para el embarazo y la maternidad. Sin embargo, cuando el problema es la repetición del embarazo la estabilización de la pareja y más aun el estar casada aumenta las probabilidades de un nuevo embarazo a corto plazo.

Si bien los factores de riesgo del segundo embarazo son frecuentemente psicosociales, existen también factores de riesgos médicos para la madre y el recién nacido

ENFOQUES EN LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE

La adolescencia ha sido considerada tradicionalmente como un periodo libre de problemas de salud, sin embargo las características psicológicas, biológicas y de comportamiento, hacen necesarias y

pertinentes actividades de salud preventivas, educativas y asistenciales específicas diseñadas para las/os jóvenes adolescentes en términos de cuidados de salud reproductiva y sexual adecuadas a sus expectativas y necesidades, máxime si afrontamos la prevención de un segundo embarazo. En este contexto analizaremos la atención que debemos brindarles con enfoques bien definidos.

Enfoque con factor de prevención

Resulta evidente que el embarazo en la adolescencia es consecuencia de las relaciones sexuales no protegidas, hay que enfatizar que también es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad¹⁴.

Por ello esta información debe brindarse idealmente en forma precoz, es decir, debe ser parte constitutiva y permanente en todo el control prenatal, parto y puerperio del primer embarazo, dando toda la información no solo a la adolescente, sino incluir tanto a su pareja como a la familia, aproximándoles a la futura experiencia que deberán afrontar¹⁵ así como las consecuencias biológicas y psicosociales del embarazo en la madre adolescente, su recién nacido y el padre, generalmente adolescente¹⁶ (tabla N° 2.)

Tabla N° 2
Consecuencias del embarazo para la madre adolescente y su hijo

<p>Consecuencias para la madre adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la mortalidad materna, en especial por abortos voluntarios. • Aumento de lagunas patologías el embarazo (pre-eclampsia – eclampsia, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, anemia, ETS). • Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad. • Desempleo, ingreso económico reducido sin ingreso. • Mayor riesgo de separación, divorcio o abandono. • Mayor probabilidad de desnutrición. • Pérdida de la autoestima.
<p>Consecuencias para el hijo de madre adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer (retardo del crecimiento intrauterino o prematuridad). • Capacidad mental probablemente menor. • Alto riesgo de abuso físico (infanticidio, traumatismo). • Negligencias en los cuidados de salud y nutrición. • Retardo del desarrollo físico y emocional. • Alta proporción de hijos ilegítimos o desprotegidos.
<p>Consecuencias para el PADRE adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo e ingresos de menor nivel que sus pares. • Alta tasa de separación o divorcio. • Aumento del stress y trastornos emocionales. • A veces disminución de la autoestima.

De este concepto surge la necesidad de hacer la prevención de un nuevo embarazo en distintos niveles, enfocando la problemática bajo diversas aristas, a fin de asegurarnos que será efectiva.

Prevención primaria

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. En virtud de que hemos analizado anteriormente las causas que llevan al adolescente a un segundo embarazo y conscientes de que hay factores difíciles de modificar

proponemos una actuación dirigida a implementar programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

Programas de educación sexual

Está claramente definido por la OMS / OPS e internacionalmente aceptado que la atención del adolescente en los programas de educación sexual deben seguir pautas bien definidas¹⁶. Deben desarrollarse durante el embarazo puerperio y lactancia, donde el papel del pediatra es importante.

El concepto de atención en dichos programas debe ser "integral", basado en el criterio de salud biofísico y social, concepto básico en la atención de las adolescentes. Debe ser "multidisciplinario", con la participación de distintos profesionales como trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, educadores, enfermeras y médicos (ginecólogos y obstetras, pediatras, endocrinólogos, etc por citar algunas disciplinas), pero debemos considerar también aquellos profesionales no relacionadas con la medicina como abogados, políticos o líderes sociales entre otros, quienes también deberían integrar estos equipos multidisciplinarios, dentro de una inter e intrasectorialidad.

Finalmente debe promover la "participación de los y las jóvenes", si bien es cierto que el ***mundo de los jóvenes*** se halla en manos del ***mundo de los adultos*** la fuerza de la juventud debe participar en las soluciones de los problemas del adolescente y su entorno familiar y comunitario.

Considerando la situación especial de los y las adolescentes como ya lo mencionáramos anteriormente, estos programas deben acoger un clima apropiado en la atención, con respeto a la autonomía y sobre todo volvemos a insistir en la participación del compañero o marido así como de la familia.

Ningún programa de esta naturaleza puede ser plenamente eficaz si no se reconoce que la utilización juiciosa y responsable del recurso de anticoncepción que se ofrece, requiere de información amplia y veraz además de educación no prejuiciosa sobre sexualidad, todo ello dentro del concepto de la "Consejería".

La consejería en anticoncepción, mas aún cuando deseamos prevenir el segundo embarazo, debe ser un proceso de comunicación bidireccional cuyos objetivos serían primeramente la identificación de las necesidades del adolescente, considerando su edad, actividad sexual, aceptabilidad, entorno familiar y social, nivel educativo y el grado de maduración psicológica y luego la toma de decisiones para ajustar la metodología teniendo en cuenta la eficacia, seguridad, facilidad de uso, costos y reversibilidad de las diversas metodologías existentes en la actualidad¹⁷.

Pero fundamentalmente debe estar enmarcada en el ámbito de la confidencialidad, amparado por el secreto médico, la privacidad, respeto y apoyo, informando sobre cada método y sobre la prevención de las enfermedades sexuales.

Mejora en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos

Debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación familiar han jugado un papel importante en la prevención del segundo embarazo en la adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable al que se enfrenta la joven madre ante una nueva gestación, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

Prevención secundaria

La prevención secundaria en Salud Pública tiene como objetivo detener la evolución de la enfermedad una vez que ha comenzado, pero cuando analizamos esta definición en el sentido estricto del embarazo no como enfermedad, concluiríamos que la prevención secundaria de un segundo embarazo sería el aborto. En virtud de que nos definimos como enemigos del aborto voluntario o inducido, proponemos en su reemplazo la utilización de los métodos anticonceptivos y ante la existencia de diversas metodologías en la actualidad, evitaremos detallar cada una de ellas resumiéndolas en la tabla N° 3 y concentrarnos en otros aspectos que no son frecuentemente enfocados en la literatura médica tradicional.

Tabla N° 3
Métodos anticonceptivos

Métodos	Tipos	Aplicabilidad
Naturales	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo periódico • Ritmo + temperatura basal • Billings (ritmo + moco cervical) 	Se hace difícil aplicarlo, salvo en parejas casadas o estables, advirtiendo su poca eficacia
Coitus interruptus		Difícil por la "dificultad" de controlar la eyaculación en el joven
Barrera	<ul style="list-style-type: none"> • Químicos – Espermicidas • Preservativo o condón • Condón Femenino • Diafragma vaginal • Esponjas vaginales • Anillos vaginales 	Recomendar no solo como anticoncepción, sino como "doble protección"
Dispositivo Intrauterino (DIU)	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Con cobre • Con progestageno 	Considerar su aplicación postaborto y post parto y como método permanente
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Orales: Monofásicos, de baja dosis de estrógeno. • Trifásicos • Minipíldora: Progestageno solo (lactancia) • Inyectables: mensuales o trimestrales 	<ul style="list-style-type: none"> • De fácil aceptabilidad. • Enfatizar conserjería, seguimiento y accesibilidad.
Poscoitales o de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pastillas hormonales: combinada o progestageno solo preferentemente • DIU: En primípara como método definitivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Falla de métodos de barrera, u olvido de pastillas • Postviolación • Previa Conserjería.
Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Oclusión tubárica 	<ul style="list-style-type: none"> • En casos "muy excepcionales": Afecciones mentales severas con antecedentes de partos u abortos repetidos.

La consulta anticonceptiva dirigida a madres adolescentes

Si elegir y aconsejar un método anticonceptivo no es fácil para una mujer adulta, es mucho más difícil si se trata de una adolescente¹⁸.

Frente a una adolescente madre y sexualmente activa que no desea embarazarse, la anticoncepción debería ser una respuesta teóricamente simple; sin embargo la realidad es más compleja: la madre adolescente es una paciente particular con dificultades para asumir su propio crecimiento en algunos aspectos (no soy lo suficientemente grande para...), es inmadura para adquirir más responsabilidades de las que la maternidad le concedió, portadora la mayoría de las veces de información errónea o “mitos” sexuales y con conflictos frente a su sexualidad que se expresa con sentimientos de culpa, impulsividad, negación consciente o inconsciente¹⁸.

Por todo ello, en estas circunstancias la elección del método anticonceptivo debe basarse en dos premisas básicas: la primera es que **“no existe un método ideal para la adolescencia pero si adolescentes ideales para la anticoncepción”** y la segunda que la elección del método implica una “opción libre e individual”.

En ausencia de un anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición de los y las adolescentes la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación con las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que ellos y ellas se desenvuelven. Por lo que la edad, la situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, individualizando la indicación anticonceptiva y tratando de promover que el y la adolescente se sientan participe de esta elección¹⁷.

Esta consulta debería iniciarse en el posparto o posaborto a fin de garantizar que en el momento del alta hospitalaria, ella se reincorpore a su vida sino con una determinada metodología anticonceptiva al menos con ideas claras de las alternativas de que dispone en la prevención de un nuevo embarazo.

En tal sentido, la selección debe incluir a aquellos considerados “más seguros”, con menos efectos adversos y con menores probabilidades de fallas en su uso por *olvidos*⁴.

Así también, el control del posparto o posaborto desde el alta debe ser más estrecho, especialmente a las madres que tienen factores de riesgo para repetir un embarazo rápidamente, realizando un adecuado y continuo seguimiento del empleo del método utilizado, atendiendo particularmente a las quejas de los efectos adversos y enfatizando la información sobre los mismos a fin de que no se constituyan en motivos de abandono por iniciativa propia.

Finalmente, debemos considerar en beneficio del éxito de la consulta, la participación estrecha del pediatra, quienes al continuar la atención de los hijos especialmente en el primer año de vida, tienen muchas veces mayor contacto posparto con las madres. Esta situación ubica al pediatra en un lugar privilegiado para la vigilancia de la conducta contraceptiva, así como para derivar oportuna y periódicamente a la madre al ginecólogo.

Prevención terciaria

Es la que intenta mejorar en Salud Pública la condición de la enfermedad, y en el ámbito de la prevención de un segundo embarazo en la madre adolescente, pretende garantizar recursos necesarios para que las repercusiones a corto, mediano y largo plazo de su maternidad sean lo menos grave posible.

Por lo tanto debemos posibilitar la prosecución de sus estudios ya que la mayoría de las adolescentes no vuelven a reanudarlos porque existen una serie de dificultades que lo limitan, como el cuidado de su hijo. Disponer de salas - cunas o guarderías en los establecimientos educativos y depender de algún familiar que pueda hacerse cargo de ellos durante su presencia en las aulas¹⁹, son factores positivos para el no abandono escolar.

La necesidad de ganarse la vida impulsa a muchas adolescentes, que no han concluido sus estudios a incorporarse a las fuerzas laborales sin estar capacitadas para ello, lo que le imposibilita enfrentar con solvencia el competitivo mundo laboral, por lo tanto la prevención se debe realizar mejorando las condiciones socioeconómicas y posibilitando la reinserción laboral y escolar.

Finalmente, el reconocimiento del hijo/a y de ser posible la “legalización” del núcleo familiar, de común acuerdo, no coaccionado, puede constituir un recurso necesario para las repercusiones a corto, mediano y largo plazo de la maternidad, sean los menos graves posibles en el contexto social, médico y legal

Enfoque con factor protector

Los factores de protección son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, sin anular la riqueza de experimentación personal que supone el crecimiento del adolescente entre los riesgos²⁰.

Uno de sus objetivos es el de favorecer que sus recursos personales o sociales no la condenen por su embarazo, atenuando las probables consecuencias que la gestación pueda ocasionarle en su relación de pareja, en su entorno familiar, social, escolar o laboral.

Esto se puede lograr aumentando su auto estima, la que generalmente se encuentra deteriorada, ante las múltiples formas de abandono que pudo haber experimentado la adolescente al conocer la noticia de su embarazo y de ver truncado su proyecto de vida. En tal situación, el equipo de salud debe adoptar una actitud mas bien de acogida, lo que no debe entenderse como una actitud paternalista.

Como la madre adolescente elige el cuidado y la permanencia con su hijo, pospone y abandona definitivamente el sistema escolar, resulta evidente que es preciso además contar con modelos de educación alternativa para estimular la continuidad escolar, desarrollando sistemas educativos para adolescentes embarazadas o madres y padres adolescentes, reconocidos por las autoridades competentes, permitiendo mantener el nexo entre la madre – escuela y su hijo a través de la instalación de salas cuna o de un jardín infantil en el mismo establecimiento escolar.

De igual manera debería estar previsto un sistema similar a fin de permitir su reinserción o inclusión laboral. Con el mínimo cumplimiento de estos aspectos llevarían por sí solos a la madre y padre adolescente, así como a su hijo a mejorar también su reinserción familiar, con lo cual estaríamos logrando la prevención de conductas de riesgo y evitando probables nuevos embarazos.

CONSIDERACIONES FINALES

Como han señalado múltiples expertos, los programas de prevención exitosos son aquellos en que padres, escuelas, instituciones religiosas, médicos, organismos sociales, gobiernos y adolescentes todos tienen un lugar de participación.

Pero, un enfoque asistencial centrado en la prevención del segundo embarazo va más allá de los “tradicionales programas de planificación familiar” de neto corte asistencialista anticonceptivo

exclusivo, si bien es cierto y no podemos negarlo, que la anticoncepción es una parte de la solución a este problema, pues las más amplias metodologías deben estar a disposición de manera accesible.

En definitiva, así como la aceptación de la anticoncepción por parte de los y las adolescentes es una tarea difícil y compleja, tampoco podemos ignorar en la consulta diaria ante ellos, las palabras del filósofo Zenón: ...“*la naturaleza nos ha dado dos oídos y una sola boca, para enseñarnos que vale más oír que hablar*” ... Pues de esa forma conocemos más los problemas psico sociales que se hacen más difícil de diagnosticar que los problemas médicos.

Enfatizamos que “no todos los embarazos dan los frutos esperados”, y frente a un embarazo “no intencional”, “inoportuno” como también se lo conoce en la actualidad, debemos ser centinela frente a la posibilidad de un aborto con frecuentes repercusiones médicas, o de un recién nacido con repercusiones socio-económicas para la madre y el futuro de niño/a, por lo que evitar un segundo embarazo es una necesidad que debemos contemplar en nuestra misión médico-social en la atención para adolescentes.

Finalmente para destacar la **prevención del segundo embarazo**, imaginemos un Iceberg donde lo que observamos en la superficie es el “**embarazo de la adolescente**” que termina después del parto, pero la parte oculta siempre de mayor volumen y riesgo constituye “**la adolescente embarazada**” que aún después del nacimiento persiste con una base no visible, con componentes bio-psico-sociales de donde puede emerger una nueva gestación.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Ventura S, Mathews T, Curtin S. Declines in teenage births rate; 1991-98: update of national and state trends. *Natal Vital Stat Rep.* 1999;47(26):1-9.
- ² Creatas G. Adolescent pregnancy in Europe. *Am J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40 Suppl 2:80-4.
- ³ Chirinos J, Salazar V, Bardales O, Brindis C. Prevención del embarazo: Una reflexión desde la perspectiva de los/las escolares adolescentes de cuatro colegios de Lima – Norte, Perú. *Rev SOGIA* 2001;8(2):43-49.
- ⁴ Canetti A. Los embarazos consecutivos en la adolescencia, un nuevo dilema en la atención primaria. *Rev Urug Ginecol Inf Adoles* 2000;2:51-64.
- ⁵ Stevens Simon C. Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1037-1043.
- ⁶ Molina R, González E, Luengo X. Incorporación de la adolescente embarazada a la sociedad. CEMERA (no publicado).
- ⁷ American Academy of Pediatric. Adolescent pregnancy – Current trends and issues 1998. *Pediatrics* 1999;103(2): 516-20.
- ⁸ American academy of Pediatric. Committee on Adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics* 1999;104(5):1161-6.
- ⁹ Center for Disease control and Prevention. Youth risk behavior surveillance – United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* 1996;45:1-84.
- ¹⁰ Ruoti, MM, Ruoti MA, Ibarrola, R, Riquelme, M, Vergara M, Collar N. Anticoncepción en mujeres adolescentes: conocimientos y actitudes en pacientes de centros asistenciales públicos En: VI Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. I Congreso Cubano de Gineco-obstetrica Infanto Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente”. Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba, del 17 al 21 de mayo de 1999.
- ¹¹ Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, Nelligan D. Reasons for first pregnancies predict the rate of subsequent teen contraception. *Pediatrics* 1998;101(1):e8.
- ¹² Gleib Da. Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Fam Plann Perspect* 1999;31(2):73-80.
- ¹³ Rigsby D, Macones G et al. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998;11(3):115-26.

- ¹⁴ Lete Lasa I, de Pablo Lozano JL, Martínez Arévalo C, Parilla Paricio JJ. Embarazo en la adolescencia En: Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia – Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia;2001.p.817-35.
- ¹⁵ Ruoti A. Adolescencia: Prevención del segundo embarazo. XII Jornadas Argentina de Ginecología infantojuvenil. Buenos Aires, noviembre 2002.
- ¹⁶ Ruoti A. Embarazo en la adolescencia En: Antonio Ruoti y Miguel Ruoti editores. Salud reproductiva Obstetricia y Perinatología. 2º ed. ampliada y modificada. EFACIN-EDUNA; 2000.p.825-33.
- ¹⁷ Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia: la consulta joven En: Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia – Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia;2001.p.705-28.
- ¹⁸ Siemaszko K, Méndez Ribas JM. Anticoncepción en la adolescencia En: Antonio Ruoti y Miguel Ruoti editores. Salud reproductiva Obstetricia y Perinatología. 2º ed. ampliada y modificada. EFACIN-EDUNA; 2000.p.833-42.
- ¹⁹ Ruoti de García de Zúñiga M. Aspectos sociales del embarazo en la adolescencia En: Antonio Ruoti y Miguel Ruoti editores. Salud reproductiva Obstetricia y Perinatología. 2º ed. ampliada y modificada. EFACIN-EDUNA; 2000.p.843-50.
- ²⁰ Ros Rahola R, Morandi Garde T, Cozzetti Sueldo, Lewintal Blaustein C, Cornella i Canals J, Surís Granell JC. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales En: Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia – Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia; 2001. p.27-83.