

## Adolescencia, Embarazo, IVE, ETS: vivir en riesgo

Lete Lasa I.

Ginecólogo. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

### INTRODUCCIÓN

Dentro del concepto de Salud Reproductiva, los adolescentes han sido considerados, de forma clásica, como un grupo de riesgo tanto para el embarazo no deseado, como para la infección por Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Resulta habitual, cuando se revisa la bibliografía existente sobre la salud reproductiva de los adolescentes, encontrar afirmaciones como que los adolescentes no utilizan anticoncepción eficaz, tienen una tasa de fecundidad elevada con una tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) mayor que en los demás grupos de edad y que suponen una población de especial riesgo para las ETS.

En esta Ponencia pretendo analizar los aspectos relacionados con la salud reproductiva desde la óptica de la adolescencia, comparando sus hábitos y actitudes con las de los otros grupos de edad.

### UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN

Siempre se ha considerado que el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influido por determinados factores que conducen a patrones de conducta que contribuyen a aumentar los riesgos a los que se hallan expuestos.

En este sentido un buen marcador de la situación de riesgo sería la tasa de utilización de métodos anticonceptivos. Según los datos recogidos por la Encuesta DAPHNE sobre utilización de anticoncepción en España, en 2001, el 44% de las jóvenes adolescentes españolas utiliza algún método anticonceptivo mientras que el 56% restante no lo hace. Analizado, este dato, desde una perspectiva "bruta" del análisis podría parecer que las adolescentes espa-

ñolas son realmente irresponsables a la hora de prevenir un embarazo no deseado. Ahora bien si realizamos un análisis más detallado de los datos brutos, podemos observar que el 44% que sí utiliza algún método, emplea métodos de los considerados altamente eficaces: 71,8% el condón y 24,3% la píldora anticonceptiva. Por otra parte, preguntado el 56% de las jóvenes que no utiliza ningún método por la razón para este proceder, encontramos que el 93% no los necesita puesto que no mantiene relaciones sexuales en el momento de la encuesta. Vistos así los datos la realidad resulta bastante diferente a la percepción previa que se pueda obtener de una mirada rápida y podemos afirmar que, en base a estos datos, sólo el 2,8% de la población adolescente femenina española que se encuentra en riesgo de tener un embarazo no deseado... No obstante algo tiene que ocurrir en el uso de la anticoncepción regular para que la tasa de interrupción voluntaria del embarazo, entre adolescentes, siga siendo elevada. La explicación más plausible pasa por el uso incorrecto o inconsistente del preservativo que necesita de un uso habitual para garantizar su eficacia.

### TASA DE FECUNDIDAD

Definida por el número de mujeres, por mil, que tienen un embarazo a término en un periodo de tiempo determinado.

Se acepta, generalmente, que las adolescentes también suponen una población de especial riesgo para el embarazo, por cuanto se quedan gestantes con demasiada frecuencia y, además, su embarazo se complica con mayor facilidad. Numerosos estudios observacionales han demostrado que, desde el punto de vista obstétrico, el embarazo adolescente no se

acompaña de mayores riesgos que el de las mujeres de mayor edad y que los problemas se circunscriben, en su práctica totalidad, al área social. Pero además se da la circunstancia que el grupo de mujeres jóvenes, no sólo tiene la tasa de fecundidad más baja de todas, sino que, según el estudio desarrollado por Margarita Delgado -del Centro de Investigaciones Sociológicas- presenta uno de los mayores porcentajes de disminución en los últimos 20 años.

### **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)**

Puede llegar a constituir un problema dramático para muchas de las mujeres que se ven abocadas a tomar la decisión de interrumpir su embarazo y por ello ha sido, y es, objeto de especial atención por parte de los profesionales implicados en los cuidados de salud de las mujeres.

Según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad español, durante el año 2000 se realizaron 63.576 IVEs, lo que supone un incremento, respecto a 1990, del 71%. El incremento ha afectado a todos los grupos de edad, pero las mujeres más jóvenes no han sido las que han utilizado en mayor medida este recurso. Además, y en términos absolutos, las jóvenes han abortado menos que las mujeres de 20 a 35 años, siendo así que el propio Ministerio de Sanidad realiza el perfil de la mujer española que interrumpe su gestación y la considera como soltera, de 20 a 30 años, sin hijos y que no ha tenido abortos anteriores.

### **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Si bien pueden suponer un problema de salud importante, especialmente en el grupo de mujeres más

jóvenes por cuanto su fertilidad posterior puede quedar comprometida, no disponemos de datos fiables para poder analizar la realidad española. La escasa o nula declaración de estas enfermedades, por parte de los sanitarios, hace que la realidad española quede muy difuminada. En el único aspecto del que disponemos suficiente información es en el caso de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad que conlleva, el SIDA.

Desde que se conoce la enfermedad y sus mecanismos de transmisión, se han declarado, en España, 11.894 casos de SIDA en mujeres, de los que el 5% (596) lo han sido en mujeres menores de 20 años. En el aspecto concreto que en esta Ponencia estamos abordando, nos interesa conocer la tasa de transmisión heterosexual de esta enfermedad y observamos que la inmensa mayoría de los casos declarados son consecuencia de la transmisión vertical (madre-hijo) mientras que la transmisión heterosexual ocupa un lugar, prácticamente, anecdótico.

### **CONCLUSIONES**

Aunque la adolescencia suponga, por múltiples motivos, una etapa fundamental y especialmente sensible en la vida de las personas, algunos de los estereotipos que hasta ahora hemos venido manejando, responsables en muchas ocasiones del diseño de los programas de prevención, están cambiando y esto debe hacernos reflexionar sobre cuales son las mejores estrategias que debemos utilizar para que los mensajes que nos parecen importantes puedan llegar a su destino. A la luz de los datos anteriormente expuestos creo llegado el tiempo de dejar de considerar a las jóvenes adolescentes de nuestro país como población de riesgo y comenzar a considerarlas como mujeres merecedoras y necesitadas de todos los derechos y, entre ellos, de los relativos a la salud reproductiva.

## **Nuestra experiencia con los adolescentes y la (A.E.). Adolescencia y Anticoncepción de Emergencia**

Álvarez González JD.

Ginecólogo. C. Planificación Familiar La Cagiga. Santander

### **INTRODUCCIÓN**

Nuestra experiencia en la Anticoncepción de Emergencia (A.E.) se remonta al año 1986 con el Método Yuzpe, presentando la primera evaluación de 343 tratamientos administrados en el IV Congreso de Planificación Familiar en 1988.

Desde entonces la demanda de AE en nuestro Centro ha ido aumentando, tanto en adolescentes y jóvenes como en mujeres adultas, habiéndose administrado más de 20.000 tratamientos de AE (Método Yuzpe hasta Junio del 2001 y Levonorgestrel desde entonces hasta la actualidad). Siempre con dispensación directa en el Centro de la dosis necesaria y de forma gratuita.

En el V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (1) en Marzo del 2000, en Santander, presentamos una evaluación más detallada, dentro de las estrategias de Prevención de Embarazos no deseados ya que nuestra Región tenía una de las tasas de IVEs más elevadas dentro del territorio español (6,57%, después de Asturias y Madrid) y una tasa de partos en adolescentes elevada (10,8%). El divulgar la información sobre Sexualidad, Contracepción y ETS/SIDA, trabajando tanto a nivel asistencial como a nivel comunitario y el hacer accesible la AE sin trabas de ningún tipo como una segunda oportunidad real ante un coito [DAG1] desprotegido consiguió resultados alentadores haciendo que la tasa total de IVEs descendiera de forma significativa (4% en el año 1999), mientras en España sigue ascendiendo y la tasa de partos en adolescentes bajó al 4,23% siendo este descenso significativamente más pronunciado que en la tendencia española. Por todo ello nos sentimos alentados a sumarnos a la estrategia que promueve el Consorcio sobre la Anticoncepción de Emergencia (2) y presentar la AE como un recurso

indispensable en el trabajo de prevención de embarazos no deseados.

### **¿Qué sabemos del comportamiento sexual de los Adolescentes?**

Si nos referimos a Cantabria, y según un estudio realizado por el Taller de Sociología de la Universidad de Cantabria en 1997 (3), sabemos que el 41,5% de las jóvenes (18-24 años) dicen no haber tenido relaciones coitales y el 47% dicen haber iniciado sus relaciones coitales antes de los 20 años. De éstas el 75,5% usaron preservativos en su primera relación y el 3,5% usaron píldora. El 6% no sintió la necesidad de protegerse. En el momento de la encuesta usan habitualmente preservativos el 62,2% de las jóvenes, el 25,4% usan píldora y el 7,1% el coito interrumpido.

En el estudio de Margarita Delgado, "Las pautas anticonceptivas de las españolas a fines del S XX" (4), usan preservativo el 61,5% de las adolescentes mayores de edad (18-19 años) y el 61,35% de las jóvenes.

Podemos pensar según estos datos que nuestros adolescentes y jóvenes son bastante responsables en sus relaciones sexuales, están bastante bien informadas sobre la necesidad de protegerse de un embarazo no deseado y de las ETS/SIDA y necesitan conocer y disponer de la AE.

### **¿Cuál ha sido nuestra experiencia en la administración de AE en las adolescentes?**

Venimos promocionando y administrando AE desde 1986 y hemos administrado más de 20.000 tratamientos desde entonces. Hemos analizado los datos referidos al período 1997-2000 con un total de

9.746 tratamientos administrados (Yuzpe). De ellos, 4.279 fueron adolescentes (43,9%) y 3.782 eran chicas entre 20 y 24 años (38,8%)

Si analizamos el tiempo transcurrido entre el coito desprotegido y el acercamiento al Centro, vemos que la mayoría de las usuarias (el 69% en el año 1997 y el 72% en el año 2000) independientemente de la edad, se aproxima en las primeras 36 horas. (Se descartaron los días siguientes a domingos y festivos en que el Centro permanece cerrado)

El 12,1% de las adolescentes repite en los 3 primeros meses, el 6,3% en 4-5 meses y el 12,14% repite en más de 6 meses; el 5,9% de las jóvenes (20-24 años) repite en los 3 primeros meses y el 6,5% en 4-5 meses y el 23,02% en más de 6 meses.

En cuanto al índice de fallos, en un estudio retrospectivo realizado en 1996 (5) sobre 885 tratamientos administrados, con una tasa de seguimiento del 98,5% el índice de fallos fue del 1,9%. Desde entonces los fallos registrados son los de las mujeres que se acercan al Centro después de haber recibido la AE y a las que no les viene la regla en la fecha esperada como se les propone en las normas de uso que se les da por escrito en el momento de facilitarles el tratamiento.

En el período referido de 1997-2000, se registraron 61 embarazos lo que supone un posible índice de fallos del 0,62%. Referido a la población adolescente sería el 0,4%.

Al mismo tiempo que disminuyen los embarazos no deseados en nuestra Región, disminuyen los casos de VIH por transmisión heterosexual lo que nos lleva a pensar que se está utilizando el preservativo como medida preventiva y sabemos que en los programas de Prevención de ETS/SIDA también se difunde la existencia y disponibilidad de la AE

### **¿En qué circunstancias pueden las adolescentes utilizar la AE?**

Todos los adolescentes y jóvenes, al igual que la población general, deben conocer la AE y disponer de ella. Pueden y deben utilizarla siempre que lo crean necesario.

Sabemos que debido al uso frecuente de preservativos entre la población joven (62%) la posibilidad de "accidentes" en su uso, tanto por rotura como por deslizamiento es un hecho, así como el no uso esporádico. En nuestra experiencia el 72,65% de la demanda de AE se debe a rotura del preservativo, el 17,23% a deslizamiento y el 9,23% al no uso de método. Por otra parte, el olvido ocasional de la píldora,

el 18% según el Estudio Daphne (6) y otros problemas derivados de la inexperiencia pueden desembocar en un coito con riesgo de embarazo por lo que las jóvenes y adolescentes son un grupo importante de usuarias potenciales de la AE.

Siempre que ellas o el profesional que les atiende consideren que hay riesgo de embarazo pueden y deben utilizar la AE incluso aunque hayan pasado más de 72 horas, haya habido otro coito de riesgo previo en el mismo ciclo o haya tenido que tomar otro tratamiento postcoital en el mismo ciclo.

### **¿Qué pensamos de los tópicos que se atribuyen a la anticoncepción de emergencia?**

*-Es abortivo:* No actúa después de haberse producido la implantación por lo que no debemos considerarlo abortivo.

*-Promueve la promiscuidad en los adolescentes:* No hay pruebas que avalen esta afirmación pero es un hecho que para los adolescentes sexualmente activos el acercarse a un Centro en demanda de AE es una oportunidad para tomar conciencia del riesgo de ETS/SIDA.

*-Dejan de usar la anticoncepción de uso regular:* Nuestra población adolescente usa normalmente métodos anticonceptivos de forma responsable (62% preservativos, 25% AHO). En el estudio de Glasier (7), en el que facilita la AE de forma anticipada, no se aprecia ninguna influencia en el uso de anticonceptivos de forma regular ni promueve su uso repetitivo.

*-Uso repetido de AE:* En el estudio de Glasier tampoco se refleja que la disponibilidad de AE haga que se use de forma regular. En nuestra experiencia la tasa de repetición en los 3 meses siguientes es del 8,5% en la población general y el 12,1% en los adolescentes. (Hay que recordar que la población adolescente y joven usa más frecuentemente métodos de barrera que la población adulta).

*-Los adolescentes no usan la AE por falta de educación sexual y por su difícil accesibilidad:* Esta afirmación es cierta. El lograr que la AE sea usada en nuestra Región ha sido y es un trabajo continuo de difusión, que está ya reforzado con el boca/boca y con la asistencia que se da en el Centro (accesibilidad, confidencialidad, y gratuidad).

La aproximación de los adolescentes a los Centros de Salud no es fácil y, en general prefieren acercarse a centros "especializados" en gente joven y/o en anticoncepción

¿Se debe administrar A.E. a los adolescentes? Sí. El punto 8.32 de la resolución A3-0172/92 sobre una Carta Europea de Derechos del Niño dice: "El niño (hasta la edad de 18 años) deberá ser protegido frente a las enfermedades sexuales. A tales efectos deberá proporcionársele la información oportuna. Igualmente deberá proporcionársele una educación en materia sexual y las atenciones médicas con inclusión de las medidas dirigidas al control de la natalidad, dentro del respeto de las convicciones filosóficas y religiosas" Por lo tanto debe atenderse la demanda de AE por parte del adolescente respetando sus derechos.

#### ¿Quién debe administrar la A.E.?

En el momento actual se necesita receta médica para su prescripción, lo que dificulta su accesibilidad.

En nuestro Centro se ha protocolizado su administración y es el personal de Enfermería quien lo administra siempre valorando cada situación, dando información oral y escrita del uso correcto de la A.E, de la conveniencia de protegerse de otros riesgos (embarazo no deseado, ETS/SIDA...), y proponiendo el refuerzo de otros métodos anticonceptivos cuando se tienen dificultades con los preservativos.

## CONCLUSIONES

\* La A.E. debe incorporarse al conjunto de métodos anticonceptivos como una 2ª oportunidad para la prevención de los embarazos no deseados.

\* Tanto el Método Yuzpe como el Levonogestrel no tienen contraindicaciones. Este último es mejor tolerado (7).

\* Cuanto antes se administre más efectivo es (8).

\* Ante la evidencia de su inocuidad y de su eficacia y la necesidad de garantizar un acceso global como propone el Consorcio creemos que debe ser de venta libre, a un precio asequible y gratuita para la población más necesitada (adolescentes, jóvenes, sin recursos...)

\* Se debe hacer su difusión desde los Programas de Educación Sexual, Planificación Familiar, y Prevención de ETS/SIDA.

\* Los profesionales que den la información y/o los que la administren deben estar capacitados para dar respuesta a los tópicos que circulan referidos a la A.E.

\* El Sistema Sanitario debe procurar que la población pueda disponer de los métodos anticonceptivos. En el caso de la AE debe poder acceder lo antes posible y siempre antes de 72 horas de forma confidencial y gratuita.

\* Debemos estar pendientes de los estudios de la OMS con la Mifepristone en dosis baja para su utilización como A.E. tardía.

\* Creemos que nuestros adolescentes utilizan los métodos anticonceptivos de forma responsable.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Álvarez González, D:** Intercepción Poscoital: Prevención Primaria. V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción, 2000. Publicaciones www.sec.es.
2. **Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia:** Expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el acceso global. Seattle, WA: Consolidated Printers, 2001.
3. **Salud y Conducta Sexual. García Santiago A y Zubieta Irún JC:** En: Mujeres de Cantabria. Informe Cero: Taller de Sociología. Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria. Santander; 1997; 133-138.
4. **Delgado M:** El uso de anticonceptivos entre 1985 y 1995. En: Las pautas anticonceptivas de las españolas a finales del siglo XX: Ed Aula Médica. Madrid, 2001; 11-46.
5. **Álvarez Gonzalez JD, Patallo MF, Del Río F, De Vierna M et al:** Postcoital Contracepción: A prospective study. Eur J Contracept Reprod Health Care, 1996; 2: 188.
6. **Daphne:** El cumplimiento en Anticoncepción Hormonal Oral en España. Shering 2000.
7. **Glasier A, Baird D:** The effects of self administering emergency contraception. New England Journal of Medicine, 1998; 339: 1-4.
8. **Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation.** Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet, 1988; 352: 428-33.
9. **Trussell J, Ellertson C, Rodríguez G:** The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? Obstet Gynecol, 1996; 83: 150-4.

## **Estrategias para fomentar la percepción del riesgo de embarazo no deseado, ETS y SIDA**

Ramírez Polo I.

Ginecóloga. C. Planificación Hnos. Laulhe, Cádiz

Para el desarrollo de este tema he procurado obtener una visión global y a la vez particular de cómo son las estrategias propuestas por las diferentes Comunidades Autónomas y la OMS.

Actualmente existe en nuestro País una tendencia a aunar criterios con respecto a estos temas. Para ello existe un Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, formado por los Consejeros de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y el Ministro de Sanidad. Dentro del seno del Grupo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial se nombran un grupo de Técnicos que actualmente están trabajando en el Plan de Atención a los problemas de salud de los jóvenes (15-29 años), en un proyecto denominado "Ganar salud con la juventud" en el que se analiza la situación de la juventud y a partir de esto se plantean las posibles intervenciones para mejorar su salud, con la intención de que el abordaje del problema tenga una base común en todas las comunidades y de este modo sea más eficaz. En el informe inicial de este proyecto aún sin terminar se han seleccionado tres áreas de la vida:

- \* La salud sexual
  - o Embarazo
  - o Contracepción
  - o ETS
  - o SIDA

- \* Alcohol y sus consecuencias
- \* Situación de la salud mental

El informe en el que aún se está trabajando:

- \* Realiza reflexiones sobre las estrategias que puedan dotar a los jóvenes de habilidades suficientes para recuperar, mantener y mejorar su salud en el presente y en la etapa adulta.

- \* Relaciona estas estrategias con espacios de intervención adecuados a esta población.

- \* Plantea recomendaciones a corto y medio plazo que orientan a los profesionales y facilita las decisiones en las instituciones implicadas.

### **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL**

Se parte de la base en que una sexualidad sana incluye tres conceptos básicos:

- \* Aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla conforme a una ética personal y social.

- \* Ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad infundados.

- \* Ausencia de trastornos orgánicos y enfermedades que entorpezcan esta actividad.

#### **1. Fecundidad, natalidad, IVE y contracepción**

Actualmente está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana, están asociados a fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores.

*a. Fecundidad y natalidad.* En 1998 se produjeron en España 11.264 nacimientos de madres menores de 20 años, de las cuales el 60% no estaban casadas, haciendo notar el riesgo que supone la edad menor de 20 años en los padres, para la vida del recién nacido. La edad media de la maternidad en España se situó ese mismo año en 30,56 años.

*b. IVE.* El número de IVE's en mujeres menores de 25 años fue en 1999, de 24.979, esto significa que el 32,5% de los embarazos en esas menores terminaron en IVE's.

c. *Contracepción.* Según la encuesta de fecundidad de 1999 el 79,9 % de las mujeres de 15 a 19 años no ha utilizado nunca un método anticonceptivo. A la edad de 20 a 24 años, el 41,3% no ha utilizado nunca método anticonceptivo. La contracepción de emergencia nos puede servir para medir la falta de planificación que evite las consecuencias no deseadas de la practica sexual.

## **2. Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ETS)**

\* Según el registro de las EDO (Enfermedades de declaración obligatoria) la tasa de incidencia de Sífilis ha disminuido desde el año 84 hasta el 97 en mas de 8 puntos, a partir de entonces se ha observado una estabilización.

\* Con respecto a la Gonococia su tasa de incidencia aumentó desde el 27,4 en el 82 a 79,4 en el 97 en los dos años siguientes se produjo un espectacular descenso.

\* La ETS que se diagnostican con mas frecuencia, entre el 23 y el 45% es la uretritis no gonocócica. El 27% de los casos puede atribuirse a infecciones por chlamydias.

\* Infecciones por Chlamydias, estudios recientes concluyen que es, con diferencia, la ETS más común, afectando a un 5-7% de los jóvenes europeos. Si bien la tendencia actual es hacia la disminución.

\* El Condiloma Acuminado (Infección HPV) es el segundo diagnóstico mas frecuente y la ETS viral que mas ha aumentado en las últimas décadas, con tendencia ascendente.

\* Infección por HIV es la enfermedad más grave y preocupante. Según datos acumulados desde 1981 a 2000, se habían notificado en España 19.333 casos de Sida en personas menores de 29 años, lo que representa el 34% de todos los casos declarados. La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas, representa el 22% de los nuevos casos en el año 2000 y adquiere una especial relevancia en mujeres, donde representa el 39% de los casos.

## **RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN**

Una vez conocida la situación con respecto a estos temas, las recomendaciones de intervención que este documento establece para el desarrollo de estrategias preventivas frente a los problemas de salud planteados en el campo de la sexualidad se centran en cuatro áreas: Educación, Salud Pública, Atención Sanitaria y colaboración intra e Interinstitucional.

**1. Educación.** Adquisición de hábitos y comportamientos.

a. *Medio escolar/Formación-profesional/ Universitaria.* Promoción y desarrollo de la educación sexual en todas las etapas del sistema educativo, desde los 0 a los 18 años, especialmente durante la educación obligatoria. Es importante disponer de un programa marco de educación para la salud.

b. *Medio extraescolar.*

i. Potenciación de la educación entre iguales. Hace falta personal debidamente formado para ponerlo en marcha y supervisarlo.

ii. Participación de padres y madres. Establecer mecanismos que garanticen el asesoramiento de los padres.

## **2. Salud pública.**

a. *Información.* Establecer medios de información para jóvenes, que contribuyan a mantenerles informados sobre estos temas.

b. *Accesibilidad al preservativo.* Aumentar la accesibilidad al preservativo.

c. *Colectivos especiales.* Desarrollo de una política de intervención en colectivos especiales, a través de subvenciones, fomento de programas de educación etc.

d. *Sistemas de información y evaluación.* Crear sistemas de información que integre las diferentes fuentes de datos sobre los problemas de salud asociados a la sexualidad en adolescentes y jóvenes.

## **3. Atención sanitaria.**

a. *Atención adecuada a jóvenes.* Garantizar la adecuada atención sanitaria a los jóvenes a través de dispositivos específicos. Potenciar la creación de la "Consulta joven" en Atención Primaria, donde se les proporcione:

- Asesoría sexual
- Anticoncepción regular
- Anticoncepción de emergencia
- Atención a las agresiones y abuso sexual.
- Asesoría y derivación de IVE

Garantizar la accesibilidad en lo referente a:

- Horario
- Personal, profesionales especialmente entrenados
- Proximidad geográfica
- Situaciones de urgencia.

b. *Anticoncepción de emergencia.* Garantizar la accesibilidad.

**4. Colaboración intra e interinstitucional.** Trabajo conjunto entre diferentes departamentos e

instituciones donde estén implicados los niveles central, autonómico y local de la administración pública.

He analizado la situación desde el punto de vista del proyecto que esta en vías de consolidación a través de la comisión interterritorial, que predispone a todas las Comunidades a tener objetivos y programas comunes, lo que facilitará y garantizará de alguna manera el éxito del proyecto.

Otro punto de vista a tener en cuenta sería el recomendado por la OMS.

La OMS ha alertado sobre la necesidad de que servicios de salud de calidad respondan a las necesidades de los jóvenes. Estudios llevados a cabo en varios países muestran que los servicios de salud no escuchan verdaderamente las necesidades de estos, no ofrecen el grado de confidencialidad deseado o simplemente no abordan los problemas a los que ellos deben enfrentarse cada día. Este análisis refleja la situación actual en España.

Consultados varios miembros del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, me informan que no existen documentos recientes y válidos de la OMS sobre estrategias para evitar embarazos no deseados y que precisamente están desarrollando en estos momentos un material que se halla en fases muy iniciales.

Con respecto a ETS y HIV/Sida existe un artículo conjunto OMS/ONUSIDA titulado: ETS: Políticas y principios de prevención y asistencia.

Para terminar voy a exponer cual es el programa que actualmente está vigente en Andalucía.

En Andalucía existe un plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes, recientemente publicado. Para elaborar estrategias, en primer lugar se analizó la situación y los problemas de los jóvenes Andaluces:

**1. Con respecto a las Relaciones Sexuales.** La mayor parte de los embarazos en adolescentes son no deseados. De cada 1000 mujeres entre 15-19 años se registraron 10,2 embarazos en 1998. El registro de IVE nos indica aumento de la incidencia en edades más jóvenes y elevado índice de repetición en esas mujeres. Los grupos de edad 15-19 y 20-24 mantienen tendencia creciente, si sumamos abortos y embarazos se mantiene esta tendencia.

**2. Con respecto al SIDA.** Ha experimentado un retroceso como causa de muerte y de enfermedad, pasando de primer lugar en los 80 a 3º lugar, tras tráfico y suicidio en adolescentes y en 2º en jóvenes.

**3. Otros problemas para los jóvenes Andaluces:**

- a. Los accidentes de tráfico
- b. El consumo de alcohol

c. Área de la conducta o salud mental.

La meta del Plan de Atención a problemas de salud de los jóvenes en Andalucía es:

- \* Reducir la morbi-mortalidad de estos
- \* Mejorar la respuesta a sus problemas de salud

Para ello la planificación desde la perspectiva de la Salud Pública las siguientes líneas de trabajo en los temas que nos competen:

### **1. Promoción de la salud**

- a. Educación
- b. Acción intersectorial

**2. Prevención.** Relaciones Sanas, Seguras y Satisfactorias

- a. Disminución del nº de embarazos no deseados
- b. Disminución de ETS y Sida

Para esto actualmente disponemos:

- \* Educación desde y para la salud
- \* Opciones anticonceptivas:
  - Planificada Habitual. Prestablecida.

Diversidad de métodos.

- Urgencia Post-coital. Dispensación de preparados específicos. De Mayo a Septiembre se dispensaron 14.063 dosis, 9.816 en AP y 4.121 en Hospital.
- Anticoncepción tardía. Sujeta a las disposiciones legales vigentes.

Se pretende en el nuevo programa, de acuerdo con las líneas intersectoriales:

- \* Desarrollo potencial de la oferta de Planificación Familiar, tema debatido y denunciado por los profesionales de PF en Andalucía y en otras comunidades.
- \* Mejora de la accesibilidad. Tema muy debatido por los cambios que ha habido en la oferta de profesionales que trabajan en este ámbito.
- \* Reducción de la demanda.

El proyecto joven pretende:

- \* Acercarse a su entorno
- \* Asesoría de Formación-información
- \* Mejorar la respuesta a los problemas de salud en la juventud, coordinando experiencias y trabajando diferentes profesionales desde diferentes sectores.

Las líneas prioritarias de trabajo son:

- \* Afectivo-sexual
  - Riesgos: ETS, Sida Embarazo no deseado
  - Comportamientos sexistas
  - Relaciones satisfactorias
- \* Comportamientos
- \* Adicciones

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Analizados los diferentes puntos de vista, está claro que todos estamos de acuerdo en dos temas:

- \* Promoción de la Salud
- \* Prevención de ETS, SIDA y embarazos no deseados.

Para ello es necesario:

- \* Un Plan Interterritorial, que parece tendremos.
- \* Comunicación intersectorial, de lo que al parecer hay voluntad.

\* Oferta de atención para la Salud con un elemento estrella: Accesibilidad, en la que incluye:

- Horarios y Lugar
- Profesionales preparados, motivados y sensibilizados para estos temas, sin ellos es imposible llevar a cabo ningún plan por perfecto que parezca.

Es por ello que los profesionales que nos dedicamos a esto, debemos reivindicar a la administración el cumplimiento de estas premisas.

## Salud sexual. Bases para una sexualidad saludable. Influencia de la anti-concepción y de la infertilidad

Hurtado Murillo F.

Psicosexólogo. Centro de Salud. Valencia

### INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL

En la especie humana la conducta sexual está sujeta, para su correcto funcionamiento, a la interacción de diversas variables biológicas, psicológicas y sociales. Siendo una conducta aprendida y sujeta a las mismas leyes que gobiernan otros aprendizajes como la capacidad de hablar o el control de esfínteres.

Puesto que estamos en el último eslabón de la cadena evolutiva, los mecanismos instintivos que gobiernan la sexualidad y reproducción en el resto de especies, tienen escasa repercusión en nosotros y es por ello que, en la especie humana, la sexualidad tiene tres fines principales, a diferencia del resto de especies donde el único fin que se persigue es la reproducción. Los tres fines son el placer, la afectividad y la reproducción, siendo éste último fin el menos buscado, puesto que hoy día, al menos en el mundo occidental existe una baja y preocupante tasa de natalidad debido a la eliminación del imperativo reproductor que han posibilitado los modernos métodos contraceptivos y que además han permitido un cambio social en el papel de la mujer y un nuevo equilibrio en las relaciones de pareja.

La utilización de la contracepción supone la existencia de una madurez sexual, que permite una capacidad de decisión en cuanto a la elección tanto del número de hijos como del momento más adecuado en el que se desean tenerlos.

Con respecto a los problemas de fertilidad que, por diversas causas, sufren un número importante de personas, contamos en la actualidad con un arsenal importante de medios terapéuticos que permiten, en un significativo número de casos, superar y facilitar su deseo reproductivo en condiciones de seguridad.

Centrándonos en la respuesta sexual humana, ésta se desencadena mediante un complejo fenómeno biopsicosocial, en el que tanto estímulos internos co-

mo externos son modulados por el sistema nervioso central y periférico, dando como resultado una cascada de cambios neurológicos, bioquímicos, hormonales, vasculares y musculares que provocan el deseo sexual y ocasionan las respuestas físicas sexuales.

En el apartado biológico de la respuesta sexual de la mujer, los factores hormonales tanto de la elicitación del deseo sexual como del correcto funcionamiento fisiológico de las respuestas físicas sexuales dependen, al igual que en el varón, principalmente de los andrógenos. Sin embargo, una detenida revisión de la literatura revela que los determinantes endocrinos de la sexualidad femenina son complejos y difíciles de caracterizar.

Apoyando estos datos, Hutchinson (1995) afirma que en los varones adolescentes, la testosterona libre afecta directamente a la motivación sexual sin embargo los factores sociales ejercen pequeños o ningún efecto sobre la misma. En las mujeres adolescentes, en cambio, las presiones sociales y las que ejercen sus iguales juegan un papel fundamental en la aparición de la conducta sexual.

Para acabar con el apartado biológico, además del componente hormonal, hay numerosas enfermedades: neurológicas, vasculares, endocrinas y musculares, así como, los efectos secundarios de fármacos y drogas, sin olvidar los efectos de accidentes traumáticos y efectos de la cirugía que influyen en la salud sexual (Copeland y cols, 1997; Popov y cols, 1998; Abraham, 1998; Morrell, 1998; Tarnacka y cols, 2000; Morrell y cols, 2000; Penovich, 2000; Abs y cols, 2000; Rostami y cols, 2001).

En el apartado psicológico, además de los factores, ya reconocidos por la comunidad científica, que predisponen o precipitan la aparición de disfunciones sexuales, como por ejemplo, la erotofobia asociada a fenómenos socializantes o la aversión asocia-

da a la vivencia de una sexualidad traumática (Kearney-Cooke y Ackard, 2000; Bartoi y cols, 2000), investigaciones recientes aportan nuevos datos sobre factores psicológicos que afectan al funcionamiento sexual, como la distracción cognitiva (Dove y Wiederman, 2000) o la influencia de la reciprocidad en la relación de pareja (Heino y Ojanlatva, 2000).

Atendiendo a los aspectos sociales del fenómeno sexual, existen suficientes datos que demuestran que la conducta sexual está construida sobre la cultura (Hofstede, 1998), existiendo diferencias contrastadas en base a que la cultura tenga una conformación masculina o, contrariamente, femenina.

El aborto, la contracepción, la masturbación y la homosexualidad son más tabú en la cultura masculina que en la femenina. Asimismo, el embarazo no deseado en adolescentes de los países industrializados, ocurre con más frecuencia en aquellos países que combinan una educación sexual escasa, basada fundamentalmente en la evitación de la sexualidad, con la transmisión de valores culturales masculinos. Finalmente, la sexualidad, en la cultura masculina es experimentada como la consecución de un logro, mientras que en la cultura femenina se experimenta como una relación de afinidad.

Por los datos disponibles, en los tiempos actuales, los/as adolescentes comienzan la actividad sexual muy tempranamente y sin tener los conocimientos adecuados, debido a la fuentes no científicas que con mayor frecuencia utilizan: amigos, revistas, televisión, etc, (Hurtado, 1997). Por otro lado, el periodo entre la primera relación sexual, el inicio de utilización de métodos anticonceptivos, la estabilidad de la relación de pareja y el momento adecuado para procrear suele ser prolongado, existiendo por ello muchas posibilidades de que se produzcan interrupciones voluntarias de embarazo y contagios por enfermedades de transmisión sexual (Kapamadzija y cols, 2001).

El incremento notable de la actividad sexual en la población general y en los adolescentes en particular, se debe a la influencia de varios factores: la eliminación del imperativo reproductor, la influencia de la publicidad, la presión social para mostrarse sexualmente activos como signo de valoración social entre los iguales y aumento de oportunidades asociadas a mayor libertad horaria y de movimiento (Creatsas, 1997).

El incremento observado no va siempre asociado a satisfacción sexual, sino que los datos actuales sobre estudios de satisfacción muestran datos de porcentajes importantes de personas sexualmente activas pero insatisfechas. Concretamente, Dunn, Croft y

Hackett (2000) realizaron una valoración, acerca de la satisfacción y los problemas sexuales, en Inglaterra sobre una muestra de 4000 adultos de ambos sexos y encontraron que una cuarta parte de los que respondieron manifestaron estar insatisfechos con su vida sexual, particularmente con la frecuencia de coito. Según sexos, los hombres estaban más insatisfechos que las mujeres y con independencia del sexo de pertenencia, las personas insatisfechas percibían, a su vez, que su pareja también estaba insatisfecha o bien, justificaban su insatisfacción sexual a la existencia de un problema sexual en su pareja.

Respecto a la frecuencia de disfunciones sexuales en poblaciones occidentales, a través de la revisión de 52 estudios publicados en los últimos 10 años Simons y Carey (2001) informan que en la población general la prevalencia actual es de 0-3% para el trastorno orgásmico masculino, 4-5% para la eyaculación precoz, 0-5% para el trastorno de la erección y 0-3% para el trastorno por deseo sexual hipoactivo. Los datos de prevalencia para las mujeres en población general, no clínica, solamente estima el trastorno orgásmico femenino (7-10%). Ahora bien, los datos encontrados en muestras clínicas son mucho más elevados tanto para hombres como para mujeres. En hombres el trastorno erectivo oscila entre el 10% y el 60%, la eyaculación precoz entre el 16% y el 38%, la disfunción orgásmica entre el 1% al 12% y el deseo sexual hipoactivo entre 1% al 16%. En mujeres en orden de frecuencia el deseo sexual hipoactivo oscila según estudios entre 1% al 62%, la disfunción orgásmica entre el 5% al 46% y los trastornos sexuales por dolor entre el 2% y el 22% (Bancroft y Coles, 1976; Mears, 1978; Nathan, 1986; Labrador 1987; Hawton, 1988; Vázquez y cols, 1991; Hurtado y cols, 1996; Zondervan y cols, 1998; Marqués y Caballero, 1999).

## CONTRACEPCIÓN, SEXUALIDAD Y SALUD

La aparición histórica de la contracepción significó, en un primer momento, una novedad que producía cierta desconfianza y una transgresión de las normas y costumbres morales imperantes, que ocasionaba sentimientos de culpabilidad en una gran proporción de la población.

En la actualidad, se han superado tanto la desconfianza como la culpabilidad de su utilización por la gran mayoría de la población debido a que el modelo científico educativo ha refutado las informaciones y actitudes negativas moralizantes del modelo tradicional.

Las resistencias psicológicas hacia la contracep-

ción que todavía ofrecen un determinado número de personas pueden ser de dos tipos: Extrínsecas que provienen del medio socio-cultural donde vive cada persona e Intrínsecas o determinadas por las influencias de la organización mental de cada persona, de sus conflictos hacia el embarazo o del rechazo al mismo y a la maternidad/paternidad.

Centrándonos en la mujer, la elección del método dependerá sobre todo de su personalidad, de su situación y de sus preferencias personales. No obstante, la elección de un determinado método contraceptivo revela un cierto número de datos sobre los valores, creencias, estado de la relación de pareja, nivel socio-cultural y grado de desarrollo personal.

En este sentido, está confirmado que los métodos naturales son más aceptados por las mujeres de educación conservadora debido a que permiten un control femenino sobre la actividad sexual. Por el contrario, el Coitus interruptus, es un método en el que el control lo ejerce el hombre, siendo por ello que tiene gran aceptación en las sociedades donde impera el rol masculino. Teniendo la consideración de ser un método sencillo, seguro y natural que para nada se corresponde con la realidad. En cambio, la contracepción hormonal, que por la gran cantidad de estudios realizados, tiene demostrados una gran seguridad y eficacia, existen frenos psicológicos ante su uso, debido a creencias infundadas sobre la posibilidad de que se produzcan daños corporales y efectos secundarios indeseables como el cáncer o malformaciones en los hijos posteriores a su uso.

Los trastornos sexuales y psicológicos que se producen en algunas mujeres tras la utilización de un método contraceptivo son comunes a todos los métodos, puesto que son consecuencia de un rechazo psicológico a su utilización. Estando demostrado que la contracepción no ocasiona trastornos sexuales ni mentales cuando previamente, a su utilización, hay una conducta sexual normal, y en este sentido, mejora la vida sexual.

En apoyo de esta afirmación Oddens (1999) investigó, en un muestra de 1466 mujeres, la satisfacción y los posibles efectos físicos y psicológicos asociados a la utilización, tanto en el pasado como en el momento de la investigación, de cinco métodos contraceptivos de uso común: contracepción hormonal oral, preservativos, dispositivos intrauterinos, métodos naturales y esterilización. La satisfacción fue mayor con la esterilización (92% de usuarias), seguido de la contracepción hormonal oral (68%), los dispositivos intrauterinos (59%), los métodos naturales (43%) y, en último lugar, los preservativos (30%). La mayoría de las usuarias no manifestaron ningún cambio en el es-

tado de ánimo por el uso de cualquiera de los cinco métodos estudiados. La contracepción hormonal oral, los dispositivos intrauterinos y la esterilización tuvieron, en general, un efecto positivo sobre la vida sexual, en cambio, el efecto de los preservativos fue a menudo negativo.

Las observaciones aportadas en este estudio, sugieren que los efectos secundarios indeseables, que sobre el estado de ánimo o sobre la satisfacción sexual, tiene cualquier método, se deben, al menos en parte, al sentimiento de confianza (seguridad y eficacia) del método elegido.

Posteriormente, Oncale y King (2001) en apoyo del resultado encontrado por Oddens, respecto a que los preservativos tuvieron un efecto negativo sobre la satisfacción sexual, informan que en un estudio realizado en población Norteamericana, el 14% de las mujeres y el 17% de los hombres admitieron haber intentado disuadir, a su respectiva pareja, para no usar el preservativo en el coito por su atribución a que percibían una disminución significativa en el placer sexual.

Respecto al uso de los dispositivos intrauterinos, los estudios demuestran, como se ha relatado anteriormente, que no solamente no ocasionan daños sobre la salud sexual o mental, sino que son eficaces contraceptivos y satisfactorios para la vida sexual. A esto hay que añadir que además se utilizan para mejorar la calidad vida en muchas mujeres que sufren de severas dismenorreas, dolores pélvicos y dispareunia cuando el dispositivo intrauterino lleva añadido levonorgestrel (Fedele y cols, 2001).

La contracepción hormonal oral comenzó a utilizarse hace ya 40 años en muchos países, permitiendo, en gran manera separar la reproducción del disfrute placentero de la sexualidad (Ketting, 2000). Desde entonces diversas investigaciones se han centrado en estudiar el efecto de los esteroides sexuales sobre el deseo sexual, existiendo controversias sobre si el uso de la contracepción hormonal tiene algún efecto directo sobre la disminución de la libido que algunas mujeres experimentan tras su uso o, si por el contrario, depende de otros factores diferentes a su utilización, o de la interacción de factores endocrinos y psicorelacionales (Dei y cols, 1997, DeCherney, 2000).

Investigaciones recientes, afirman que la contracepción hormonal oral basada en estrógenos más progestágenos además de tener una alta eficacia anticonceptiva, tiene una alta seguridad sobre la salud de las usuarias con mínimos efectos secundarios: mastalgia (1,46%), ganancia de peso (1,11%), dolor de cabeza (0,98%), nauseas/vómitos (0,96%), decremento de la libido (0,31%) y humor depresivo (0,28%)

(Zimmermann y cols, 1999). Por otro lado, confirman efectos beneficiosos sobre la mejoría de otros trastornos que afectan a las mujeres como la dismenorrea, los dolores pélvicos, la dispareunia, la prevención de la endometriosis y la mejora de la fertilidad (Farquhar, 2000).

Otros datos más controvertidos se encuentran tras la utilización de acetato de medroxyprogesterona depot sobre la aparición de síntomas depresivos. Mientras que Civic y cols (2000) comparan a 183 mujeres que usan acetato de medroxyprogesterona depot con 274 que no lo utilizan, con edades comprendidas entre 18 y 39 años, realizando valoraciones sobre el estado de ánimo cada 6 meses durante un periodo de 3 años y encuentran una asociación estadísticamente significativa entre el uso y la aparición de síntomas depresivos. Tanto Gupta y cols (2001) como Bergqvist y Theorell (2001) no encuentran tal asociación y además, Bergqvist y Theorell, encuentran que en mujeres con endometriosis y que padecían síntomas psicológicos con trastornos del sueño, trastornos de ansiedad y depresión, mejoraron en su sintomatología tras el tratamiento hormonal con acetato de medroxyprogesterona.

## **INFERTILIDAD, SEXUALIDAD Y SALUD**

Históricamente la infertilidad se considerara como un factor causal de disfunciones sexuales, de conflictos en la relación de pareja y de trastornos psicológicos. Recientes investigaciones sugieren diversas variables mediadoras que tendrían un carácter predictivo para determinar que personas con problemas de infertilidad tendrían altas probabilidades de experimentar disfunciones. Una de las variables con potencial predictivo es la orientación del rol sexual (Collard, 1999). En su estudio, Collard, encuentra que el funcionamiento sexual, de relación de pareja y psicológico estaba diferencialmente afectado por las atribuciones que cada persona hacía sobre la responsabilidad de la infertilidad y por su propio género. El análisis de sujetos realizado según la orientación del rol sexual puso de relieve que tanto los hombres "andróginos" como las mujeres fueron lo que más experimentaron altos niveles de intimidad en su relación de pareja. Los hombres con rol tipo femenino exhibieron angustia psicológica significativa, pero sus niveles de funcionamiento sexual fueron similares al de otros tipos de rol sexual.

Respecto a las mujeres, las de tipo "andrógeno" fueron las que manifestaron bajos niveles de disforia afectiva y, en cambio, las mujeres con rol tipo mascu-

lino son las que manifestaron los más altos niveles de disforia afectiva en comparación a las mujeres con rol femenino y con rol indiferenciado.

Además del rol sexual, se han estudiado las diferencias y similitudes de género en relación a las reacciones psicológicas ante la infertilidad, la percepción del apoyo social, el efecto de la infertilidad sobre la relación de pareja y el estilo de afrontamiento ante la búsqueda de tratamiento con fertilización *in vitro* o con inyección intracitoplasmática de esperma (Hjelmstedt y cols, 1999). Los investigadores encontraron que las mujeres reaccionaron más fuertemente que los hombres ante la infertilidad y además sintieron más intensos deseos de tener descendencia que ellos. El efecto sobre la vida sexual fue similar en ambos sexos. El estilo de afrontamiento de búsqueda de información mostró una asociación estadísticamente significativa con la existencia de angustia por la infertilidad solamente en los hombres.

Por su parte, Mikulincer y cols (1998), estudiaron la contribución que ejercía el estilo de apego en relación a la infertilidad. Encontraron que si el diagnóstico de infertilidad recaía en el hombre había más angustia psicológica que si la causa estaba en la mujer. Respecto al estilo de apego, las personas seguras, con independencia de que fueran hombres o mujeres, manifestaron mayor bienestar, menos angustia y más ajuste de pareja que las personas inseguras y ansiosas. Las parejas de las personas seguras también manifestaron altos niveles de bienestar, bajos niveles de angustia y buen ajuste de pareja, al contrario, de las parejas de las personas inseguras y ansiosas.

La infertilidad es considerada como un evento estresante continuo para las parejas que tiene deseo de descendencia. El efecto estresante viene dado tanto por el largo periodo de deseo por tener un hijo como por el largo periodo que se necesita para el diagnóstico y los procedimientos de tratamiento que a su vez ocasionan un impacto negativo sobre la propia satisfacción sexual, sobre la estabilidad psicológica y conyugal (Muller y cols, 1999).

En esta línea de trabajo Jain y cols (2000) evaluaron la respuesta sexual en 175 parejas infértiles y encontraron una importante tasa de disfunciones sexuales asociadas a su infertilidad. Entre los hombres, el trastorno más común era la eyaculación precoz (66%) seguido de los trastornos de la erección (15%), el deseo sexual hipoactivo alcanzaba el 11% y la disfunción orgásmica el 8%. Entre las mujeres, la dispareunia era el trastorno sexual más frecuente (58%) seguido del deseo sexual hipoactivo (28%) y de la disfunción orgásmica (14%). Además los investigadores encontraron que la causa más común de estos

trastornos sexuales fue la ignorancia y la ausencia de educación sexual.

Datos sobre escaso o nulo asesoramiento de los profesionales sobre las necesidades emocionales y sexuales, se resaltan en algunas publicaciones (Schmidt, 1998). Este autor se propuso valorar la experiencia y el asesoramiento durante el tratamiento de la infertilidad en el sistema público de salud de Dinamarca. Encontró que la satisfacción o insatisfacción con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no correlacionaba con la duración de la infertilidad, el sexo o la clase social, sino que estaba asociada a la falta de información y de asesoramiento psicológico y sexual, puesto que las parejas consideraban que la experiencia del proceso terapéutico creaba tensión psicológica y necesidades emocionales que tienen que ser satisfechas por el sistema de salud.

Como se está describiendo la infertilidad no solamente afecta a la salud sexual sino que, también, afecta a la salud mental y a la estabilidad de la relación de pareja. Es por ello que distintos grupos de investigación tanto con muestras de países occidentales como de países con menor grado de desarrollo y distinta cultura informan de la existencia de morbilidad mental asociada a la infertilidad.

Los efectos de la infertilidad sobre la salud mental, satisfacción sexual y satisfacción de pareja se manifiesta de forma consistente a través de las distintas culturas, etnias y religiones. Numerosos estudios han demostrado que tanto los hombres como las mujeres infértiles tienen respuestas emocionales negativas, tales como estrés, ansiedad, depresión, insatisfacción sexual y conyugal. En países occidentales como los europeos, Canadá y Estados Unidos la respuesta de los infértiles maridos es diferente a la de sus esposas en autoestima, ajuste de pareja y relaciones sexuales. En países no occidentales como China, Taiwan, Japón o Irán (Lee y Sun, 2000; Nasseri, 2000; Matsubayashi y cols, 2001; Lee y cols, 2001) realizando estudios comparativos con parejas infértiles, encuentran que aunque existen diferencias culturales, étnicas y religiosas entre estas sociedades y la sociedad occidental, la respuesta de las parejas infértiles es similar, es decir, los hombres expresaron menos angustia que las mujeres, el nivel de autoestima, la satisfacción sexual y de pareja fue mayor también en los maridos que en las esposas.

De la misma manera que la infertilidad se considera un evento estresante que conduce a que muchas mujeres manifiesten trastornos sexuales, psicológicos y de relación de pareja. De forma contraria, hay investigaciones que afirman que el estrés psicológico

puede ser una causa de infertilidad idiopática o sin explicación causal.

Hjollund y cols, (2000) encontraron sobre una muestra de 393 parejas que planeaban su primer embarazo, que la angustia psicológica puede ser un factor de riesgo que reduce la fertilidad en las mujeres con largos ciclos menstruales.

Por su parte, Csemiczky y cols (2000) estudiaron la influencia que tenía el estrés y el estado de ansiedad en relación al resultado del tratamiento de infertilidad mediante fertilización in vitro. Analizaron los niveles de prolactina y de cortisol plásmico como marcadores biológicos de estrés, mientras que valoraron la personalidad y la ansiedad mediante cuestionarios validados. Encontraron que las mujeres que se mantuvieron infértiles tenían un diferente perfil de personalidad en términos de ser más suspicaces, sentirse más culpables y mostrar más hostilidad, quizás como respuesta a su infertilidad. Sus niveles de prolactina y de cortisol también fueron más elevados que en las mujeres que consiguieron ser fértiles mediante el tratamiento. Estos datos les hacen afirmar que el estrés psicológico puede afectar al resultado del tratamiento de la fertilidad mediante la fertilización in vitro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Hutchinson KA.:** Androgens and sexuality. *Am. J. Med;* 16; 18 (1A): 111S-115S, 1995.
2. **Copeland CE, Bosse MJ, McCarthy ML, MacKenzie EJ, Guzinski GM, Hash CS, Burgess AR.:** Effect of trauma and pelvic fracture on female genitourinary, sexual, and reproductive function. *J. Orthop. Trauma;* 11 (2): 73-81, 1997.
3. **Popov I, Sotikov S, Boiadzhieva M, Khristova P.:** Disorders in sexual function following hysterectomy. *Akush. Ginekol;* 37 (3): 38-41, 1998.
4. **Abraham S.:** Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J. Psychosom. Res;* 44 (3-4): 491-502, 1998.
5. **Morrell MJ.:** Effects of epilepsy on women's reproductive health. *Epilepsia;* 39 Suppl 8: S32-37, 1998.
6. **Tarnacka B, Rodo M, Cichy S, Czlonkowska A.:** Procreation ability in Wilson's disease. *Acta Neurol. Scand;* 101 (6): 395-398, 2000.
7. **Morrell MJ, Sarto GE, Shafer PO, Borda EA, Herzog A, Callanan M.:** Health issues for women with epilepsy: a descriptive survey to assess knowledge and awareness among healthcare providers. *J. Womens Health Gend. Based. Med;* 9 (9): 959-965, 2000.
8. **Penovich PE.:** The effects of epilepsy and its treatment on sexual and reproductive function. *Epilepsia;* 41 Suppl 2: S53-61, 2000.

9. **Abs R, Verhelst J, Maeyaert J, Van Buyten JP, Opsomer F, Adriaensen H, Verlooy J, Van Havenbergh T, Smet M, Van Acker K.:** Endocrine consequences of long-term intrathecal administration of opioids. *J. Clin. Endocrinol. Metab*; 85 (6): 2215-2222, 2000.
10. **Rostami K, Steegers EA, Wong WY, Braat DD, Steegers-Theunissen RP.:** Coeliac disease and reproductive disorders: a neglected association. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*; 96 (2): 146-149, 2001.
11. **Kearney-Cooke A, Ackard DM.:** The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *J. Gend. Specif. Med.*; 3 (6): 54-69, 2000.
12. **Bartoi MG, Kinder BN, Tomianovic D.:** Interaction effects of emotional status and sexual abuse on adult sexuality. *J. Sex. Marital Ther.* 26 (1): 1-23, 2000.
13. **Dove NL, Wiederman MW.:** Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J. Sex. Marital Ther*; 26 (1): 67-78, 2000.
14. **Heino J, Ojanlatva A.:** Healthy reciprocity in sexual interaction. *Patient Educ. Couns*; 39 (2-3): 169-175, 2000.
15. **Hofstede G.:** Comparative studies of sexual behavior: Sex as achievement or as relationship? En Hofstede G (ed): *Masculinity and femininity: The taboo dimension of national cultures.* Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA. 1998.
16. **Hurtado F.:** Estudio descriptivo por niveles educativos (7º de EGB - COU) y sexos, sobre la situación actual de la educación afectivo-sexual en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*; 42-43: 32-45, 1997.
17. **Kapamadzija A, Bjelica A, Segedi D.:** Children's knowledge of sex behavior contraception. *Med. Pregl.* 54 (1-2): 53-57, 2001.
18. **Creatsas G.:** Improving adolescent sexual behavior: a tool for better fertility outcome and safe motherhood. *Int. J. Gynaecol. Obstet*; 58 (1): 85-92, 1997.
19. **Dunn KM, Croft PR, Hackett GI.:** Satisfaction in the life of a general population sample. *J. Sex. Marital Ther*; 26 (2): 141-151, 2000.
20. **Simons JS, Carey MP.:** Prevalence of sexual disfunctions: results from a decade of research. *Arch. Sex. Behav*; 30 (2): 177-219.
21. **Bancroft J, Coles L.:** Three years' experience in a sexual problems clinics. *Briths Medical Journal*; 1: 1575-1577.
22. **Mears E.:** Sexual problems clinics. An assessment of the work of 26 doctors trained by the Institute of psychosexual medicine. *Public Health London*; 92: 218-223, 1978.
23. **Nathan SG.:** The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*; 12: 267-281, 1986.
24. **Labrador FJ.:** Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales. En Echeburúa E(ed). *Parejas en conflicto: estrategias psicológicas de intervención.* Universidad del País Vasco, San Sebastián, 1987.
25. **Hawton K.:** *Terapia sexual.* Doyma, Barcelona, 1988.
26. **Vázquez C, Graña JL, Ochoa EFL.:** Trastornos sexuales. En Fuentenebro F y Vázquez C (eds). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría.* McGraw Hill, Madrid, 1991.
27. **Hurtado F, Teodoro E, Royo A, Muñoz Y.:** Estudio sobre disfunciones sexuales femeninas: incidencia por sexos y análisis de variables biopsicosociales predictoras. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*; 37: 24-33, 1996.
28. **Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH.:** The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br. J. obstet. Gynaecol*; 105 (1): 93-99, 1998.
29. **Marqués MJ, Caballero J.:** Análisis de la población femenina atendida por disfunciones sexuales en centros de orientación familiar. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*; 49/50: 19-30, 1999.
30. **Oddens BJ.:** Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*; 59 (5):277-286, 1999.
31. **Oncale RM, King BM.:** Comparison of men's and women's attempts to dissuade partners from the couple using condoms. *Arch. Sex. Behav*; 30 (4): 379-391, 2001.
32. **Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R.:** Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil. Steril*; 75 (3): 485-488, 2001.
33. **Ketting E.:** The effect of oral contraception on society. *Ned. Tijdschr. Geneesk*; 144 (6): 254, 2000.
34. **Dei M, Verni A, Bigozzi L, Bruni V.:** Sex steroids and libido. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health. Care*; 2 (4): 253-258, 1997.
35. **DeCherney AH.:** Hormone receptors and sexuality in the human female. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine.* 9 Suppl 1S: 9-13, 2000.
36. **Zimmermann T, Dietrich H, Wisser KH, Hoffmann H.:** The efficacy and tolerability of Valette: a postmarketing surveillance. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health. Care*; 4 (3): 155-164, 1999.
37. **Farquhar CM.:** Extracts from the "clinical evidence". *Endometriosis. B. M. J*; 320 (7247): 1449-1452, 2000.
38. **Collard SG.:** Infertility and its psychological, marital, and sexual sequelae. *Disertation Ababstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 60 (4-B): 1846,1999.

39. **Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A.:** Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*; 78 (1): 42-48, 1999.
40. **Mikulincer M, Horesh N, Levy-Shiff R, Manovich R, Shalev J.:** The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *Br. J. Med. Psychol*; 71 (Pt 3): 265-280, 1998.
41. **Civic D, Scholes D, Ichikawa L, LaCroix AZ, Yoshida CK, Ott SM, Barlow WE.:** Depressive symptoms in users and non-users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*; 61 (6): 385-390, 2000.
42. **Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ, Davis A, Zuckerman A, Supran S, Kulig J.:** Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a postcoital study. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol*; 14(2): 71-76, 2001.
43. **Bergqvist A, Theorell T.:** Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 80 (7): 628-637, 2001.
44. **Muller MJ, Schilling G, Haidl G.:** Sexual satisfaction in male infertility. *Arch. Androl*; 42 (3): 137-143.
45. **Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P.:** Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J. Med. Sci*; 54 (1): 1-7, 2000.
46. **Schmidt L.:** Infertile couples' assessment of infertility treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*; 77 (6): 649-653, 1998.
47. **Lee TY, Sun GH.:** Psychosocial response of chinese infertile husband and wives. *Arch. Androl*; 45 (3): 143-148, 2000.
48. **Lee TY, Sun GH, Chao SC.:** The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum. Reprod*; 16 (8): 1762-1767, 2001.
49. **Nasseri M.:** Cultural similarities in psychological reactions to infertility. *Psychol. Rep*; 86 (2): 375-378.
50. **Matsubayashi H, Kosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T.:** Emotional distress of infertile women in Japan. *Jum. Reprod*; 16 (5): 966-969, 2001.
51. **Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP, Henriksen TB, Andersson AM, Kolstad HA, Ernst E, Giwercman AJ, Skakkebaek NE, Olsen J.:** Stress and fertility. A follow-up study among couples planning the first pregnancy. *Ugeskr. Laeger*; 162 (38): 5081-5086, 2000.
52. **Csemiczky G, Landgren BM, Collins A.:** The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish entering IVF-treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*; 79 (2): 113-118, 2000.

## Salud Reproductiva en el siglo XXI

Romeu Sarrio A.

Ginecólogo. Hospital Maternal La Fe. Valencia

Parece obvio señalar al inicio de una alocución en torno a un tema de salud que la actividad de los profesionales sanitarios está dirigida al mantenimiento de la salud de la sociedad a la que sirven.

Esta afirmación conduce a la necesidad de contestar a distintas preguntas:

- ¿Qué es la salud y, en particular, que es la salud reproductiva?
- ¿Qué demanda la sociedad en términos de salud reproductiva?
- ¿Cuál es el objetivo de los cuidados sanitarios?
- ¿Cuáles son las herramientas de que disponemos y cuáles las posibles intervenciones?

Han sido enunciadas numerosas definiciones de salud que no es necesario repetir. Verosíblemente, el estado de salud es aquel que permite al individuo ejecutar acciones o elaborar juicios con el mayor rendimiento posible y con el menor esfuerzo, es decir, con la máxima eficiencia.

En esta situación, cada individuo puede tener las mejores oportunidades para ver cumplidos sus objetivos personales, es decir, para realizarse y alcanzar así la felicidad.

Los objetivos personales que aquí nos ocupan son los relacionados con la reproducción, función que, además de afectar al individuo, tiene importantes repercusiones familiares, sociales, demográficas, económicas, etc...

Tradicionalmente, el carácter sexuado de la reproducción humana ha mantenido absolutamente unidas reproducción y actividad sexual. Sin embargo, en la sociedad occidental actual, reproducción y sexo ya no son dos actividades íntimamente vinculadas y esta disociación incide sobre los objetivos que sociedad e individuos se plantean. Pueden, probablemente, resumirse en:

- Ejercer saludablemente la sexualidad
- Tener los hijos deseados, en el momento deseado y con la pareja deseada (o sin pareja)

No es posible omitir los aspectos relacionados con el fin de la capacidad reproductora de la mujer, la menopausia. Esta, está vinculada al envejecimiento, en tanto que origina o participa en determinados fenómenos involutivos. Respecto a la menopausia, posiblemente, el objetivo sería:

- Envejecer saludablemente hasta morir con dignidad

Los objetivos de los cuidados sanitarios son:

- Mantenimiento de la salud
- Prevención, diagnóstico y curación de las enfermedades

Las herramientas de que disponen individuos, sociedad y sanitarios para alcanzar estos objetivos se derivan del conocimiento:

- El individuo debe conocerse a sí mismo
- La sociedad debe ser analizada, de forma que se caractericen aquellas entre sus circunstancias que pueden condicionar o caracterizar sus necesidades sanitarias y sus problemas de salud: pirámide de población, hábitat, circunstancias (catástrofes, guerras, etc...).
- El sanitario debe conocer todo ello, como detectar las alteraciones y como prevenirlas o remediarlas.

El conocimiento debe traducirse en:

- Educación sanitaria
- Promoción de la salud
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades

El sistema reproductor está constituido por una serie de órganos relacionados por un complejo sistema de señales de control y retrocontrol, cuya perfecta coordinación es estrictamente necesaria para la salud reproductiva.

Este sistema puede ser descrito como controlado por dos centros, cuya coordinación debe conducir a:

- puesta en marcha de la función reproductora (pubertad) y adecuado desarrollo de los caracteres sexuales secundarios
- establecimiento de la actividad ovárica cíclica
- nacimiento de un ser humano en cada gestación
- fin de la vida reproductora y mantenimiento de determinadas funciones tras la menopausia

Estos dos centros son:

#### **a) Unidad hipotálamo-hipofisaria**

El hipotálamo es una estructura nerviosa que recibe conexiones aferentes intero y exteroceptivas de todo tipo desde todos los niveles del sistema nervioso. Mediante estas conexiones neuronales (mediadores sinápticos) relaciona el mundo interno y el mundo externo con la función gonadotropa, que modula a través de la neurona secretora de GnRH.

Ésta es una célula neurosecretora. Como neurona, es susceptible de recibir información a través de las sinapsis aferentes (axo-dendríticas, axo-somáticas y axo-axónicas). Como célula glandular sintetiza el neuropéptido GnRH (LHRH), que es liberado en los capilares del sistema porta hipotálamo-hipofisario y vehiculado por éste hasta alcanzar las células gonadotropas adenohipofisarias cuya actividad regula. Síntesis y liberación de LHRH son moduladas por las aferencias de la célula neurosecretora. La liberación de LHRH es pulsátil, siendo la pulsatilidad una característica inherente a la célula neurosecretora.

Las células gonadotropas adenohipofisarias sintetizan y liberan gonadotropinas.

Éstas actúan sobre el folículo ovárico: FSH promueve la proliferación de las células granulosa del folículo antral y la síntesis de estradiol a partir de los andrógenos producidos en la teca; LH estimula la producción de andrógenos en la teca interna y determina la maduración final del folículo ovárico y del ovocito, la luteinización de la granulosa y la ruptura del folículo maduro en la ovulación.

Entre las actividades y funciones de esta unidad merecen especial atención:

#### **- Sistema leptina**

La leptina es una proteína producida en el tejido adiposo que informa al sistema nervioso central sobre la reserva energética almacenada en forma de grasa. La leptina juega un papel permisivo para el desencadenamiento de la menarquia, para lo que es necesario que su nivel circulante sobrepase determinado nivel, y es determinante en ciertas situaciones patológicas, como la anorexia.

#### **- Sistema CRF**

Este sistema se activa con el estrés para estimular la producción de ACTH y cortisol. Paralelamente se activa la producción de b-endorfinas. Como consecuencia, puede aumentar la producción de andrógenos suprarrenales y modificarse la liberación de LHRH

#### **- Sistema Inhibina**

La inhibina es producida por las células granulosa paralelamente a los estrógenos. Actúa sobre la hipófisis limitando específicamente la liberación de FSH. De esta forma, participa en los procesos de selección y dominancia, limita el número de folículos que alcanzan la madurez al folículo dominante y, en consecuencia, limita el número de embriones por gestación.

#### **- Sistema estradiol/progesterona**

Niveles circulantes crecientes de estradiol inhiben la liberación de FSH; esta acción se conoce como retrocontrol negativo.

Sobrepasado determinado nivel, el estradiol contribuye a inducir el pico preovulatorio de gonadotropinas; este efecto es conocido como retrocontrol positivo.

La acción combinada de estradiol y progesterona a nivel de hipotálamo incrementa la actividad opioidérgica estimulando la síntesis de b-endorfina. El aumento de tono opioidérgico induce un enlentecimiento de los pulsos de LHRH y ello conlleva un aumento de la liberación de FSH, lo que constituye la razón de la ciclicidad ovulatoria y menstrual.

#### **b) Folículo ovárico**

El número de estas formaciones, que constituyen la unidad funcional del ovario, disminuye constantemente por apoptosis desde el feto a término hasta la menopausia.

Está formado por dos tipos de células, las células granulosa y las células tecales; las primeras contienen receptores a FSH en el folículo no ma-

duro y receptores a FSH y LH en el folículo maduro.

Las células tecales sintetizan andrógenos estimuladas por la LH. Estos andrógenos alcanzan las células granulosas donde la actividad aromatasa los metaboliza a estradiol.

Después de la ovulación las células granulosas sufren una luteinización y dan lugar a la formación del cuerpo lúteo donde son sintetizados estradiol y progesterona.

En el caso de que no se produzca una gestación el cuerpo lúteo sufre un proceso regresivo y desaparece; en este caso se produce la menstruación. En el caso de que se produzca una gestación la hCG producida en el embrión mantiene la actividad del cuerpo lúteo durante los primeros meses del embarazo.

Al margen de los sistemas reguladores descritos, hormonas producidas en glándulas ajenas al sistema hipotálamo-hipofiso-ovárico pueden inducir en este señales inadecuadas y alterar su función.

#### - *Insulina*

Niveles anormalmente elevados de insulina pueden promover la síntesis de cantidades anormalmente elevadas de andrógenos e inhibir la producción de SHBG. Esta situación anormal induce hiperandrogenismo en la mujer y suele acompañarse de oligomenorrea. Es una situación que se observa con elevada frecuencia en el síndrome del ovario poliquístico (oligomenorrea hiperandrogénica)

#### - *ACTH*

La producción exagerada de ACTH, como se observa en casos de déficits enzimáticos suprarrenales parciales, induce la producción de excesivas cantidades de andrógenos. Éstos -y su metabolización a estrógenos- provocan disfunciones en el sistema hipotálamo-hipofiso-gonadal.

#### - *Prolactina*

La producción exagerada de prolactina (que puede ser debida a la existencia de un prolactinoma, la consecuencia de un hipotiroidismo primario o idiopática) puede afectar o anular la función ovárica.

La fertilidad de la mujer depende de la correcta y coordinada función del sistema neuroendocrino que ha sido descrito. No obstante, con ello solo se consigue la liberación periódica de un ovocito fecundable. Este ovocito debe ser fecundado (para ello debe encontrarse con el espermatozoide), debe producirse un embrión viable y éste debe implantar en el endometrio.

Todo ello implica la normalidad de otras funciones:

- coitos no protegidos
- semen con adecuada motilidad y capacidad fecundante
- existencia de trompas funcionales
- existencia de útero con capacidad para albergar una gestación
- endometrio deciduado y receptivo
- formación de un embrión con capacidad para implantar
- otros aspectos como cambios inmunológicos, etc

Estas funciones pueden sufrir agresiones y, como consecuencia, sufrir alteraciones que dificulten o impidan la reproducción. Es obvio que no es posible ocuparse de todas ellas, de forma que sólo serán consideradas algunas posibilidades a modo de ejemplos; estas posibilidades han sido seleccionadas en función de su interés desde el punto de vista de la salud.

#### a) *Agresiones infecciosas*

Ha sido descrito que la acción de gérmenes a nivel de distintas estructuras del aparato genital femenino puede alterar o impedir la reproducción causando alteraciones tubáricas, endometriales o cervicales.

Aunque me consta que se discute esta asociación, en el contexto de este congreso pueden tener especial importancia las infecciones vinculadas a la anticoncepción mediante DIU.

Otras infecciones, como VHC o HIV pueden ocasionar serias alteraciones del feto y recién nacido.

#### b) *Alteraciones energéticas o alimentarias*

La masa corporal debe mantenerse dentro de determinados límites para la que las funciones reproductoras se desarrollen adecuadamente:

- La obesidad puede acompañarse de hiperinsulinismo, desencadenarlo o agravar el preexistente. En tal situación puede producirse una anovulación crónica hiperandrogénica causante de esterilidad.

- La excesiva delgadez, como la que se observa en casos de anorexia nerviosa, suele asociarse a hipogonadismo hipogonadotropo, causante de amenorrea y esterilidad. Esta última suele revestir escasa importancia puesto que este trastorno afecta a mujeres adolescentes o a niñas en edad peripuberal; sin embargo, desnutrición y amenorrea suelen inducir osteoporosis que es difícilmente recuperable.

### *c) Agresiones químicas*

Existen evidencias que permiten afirmar que diversas sustancias químicas exógenas pueden alterar la función reproductora

- Tabaquismo
- Pseudoestrógenos
- Drogas

Volviendo al inicio de esta exposición, podríamos admitir, con Aristóteles y Platón, que la salud se deriva de la armonía del medio interno del ser humano y de éste con su entorno; en otras palabras, de la perfecta coordinación de los sistemas de señales y de la ausencia de agresiones, lo que es probablemente lo mismo, de una adecuada codificación genética y la ausencia de factores ambientales desfavorables.

Han sido analizadas las bases de la salud reproductiva y algunas de las causas de sus alteraciones. Parece conveniente, analizar algunos aspectos de lo que podría ser la base de la actuación de los sanitarios en material de salud reproductiva.

#### *- Educación sanitaria*

La educación escolar ofrece magníficas oportunidades para el desarrollo de una adecuada educación sanitaria. Ésta debe incluir aspectos como alimentación y sexualidad saludables, anticoncepción, toxicología de consumo, etc.

Otras acciones educativas pueden ser emprendidas (lo son de hecho en nuestro entorno) como la edición controlada por expertos de revistas o folletos educativos.

#### *- Promoción de la salud*

La comunidad dispone de medios suficientes para desarrollar programas cuyo objetivo sea la promoción de la salud reproductiva.

Un buen ejemplo es la promoción del ejercicio físico. Esta medida puede jugar un extraordinario papel contribuyendo a disminuir obesidad e hiperinsulinismo; combatir la obesidad y el hiperinsulinismo supone mejorar la función ovárica, disminuir las complicaciones del embarazo y disminuir el riesgo de las alteraciones cardiovasculares a partir de la quinta década de la vida.

#### *- Prevención de alteraciones*

Este tipo de acción es particularmente importante en determinados casos, cuando se conoce la existencia de determinados riesgos:

-Es conveniente incrementar las medidas de control del desarrollo en niñas nacidas con escaso desa-

rollo para la edad gestacional puesto que existen evidencias que apoyan una prevalencia aumentada de alteraciones puberales, tales como adrenarquia precoz e hiperandrogenismo.

-No es conveniente utilizar un DIU como método anticonceptivo en mujeres sexualmente activas sin pareja estable, sobre todo nulíparas, porque puede incrementar el riesgo de infecciones ascendentes que pueden comprometer la fertilidad ulterior.

-Es conveniente incrementar las medidas de atención al embarazo en mujeres obesas porque presentan un incremento de la prevalencia de alteraciones como diabetes gestacional, aborto espontáneo, etc.

-Es conveniente incrementar las medidas de control de la masa ósea y la administración de calcio en mujeres con antecedentes de hipogonadismo hipogonadotrópico (tal como anorexia) puesto que estas mujeres presentan una prevalencia aumentada de osteoporosis postmenopáusicas.

#### *- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades*

Un breve comentario respecto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Es necesario hacer un diagnóstico tan completo como sea posible y para ello es necesario conocer suficientemente bien la fisiopatología. También es necesario cuidar las indicaciones terapéuticas y programar los controles necesarios para valorar los efectos del tratamiento y sus posibles consecuencias no deseables.

Por ejemplo, ante un caso de esterilidad asociada a oligomenorrea e hirsutismo, es necesario descartar la existencia de un déficit enzimático suprarrenal. Para que estimular la ovulación con gonadotrofinas cuando bastan pequeñas dosis de corticoides para restablecer el ciclo normal y la fertilidad?

Ante un caso de síndrome de ovario poliquístico es necesario establecer si existe o no hiperinsulinismo: en caso afirmativo la interesada debe conocer la posible evolución hacia obesidad, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y cardiopatía; también, si desea gestar, debe saber que la prevalencia de diabetes gestacional y malformaciones en estos casos es mayor. Del mismo modo, cualquier tratamiento debe iniciarse por una dieta baja en hidratos de carbono y, quizá, de la asociación a metformina. Si este tratamiento no basta para restablecer la ovulación y se busca una gestación, puede asociarse cualquier tipo de estimulación ovárica. Sí, por el contrario, se pretende combatir el hirsutismo o mantener una anticoncepción, se hará necesario controlar una posible evolución hacia la diabetes, el posible agravamiento del hiperinsulinismo o la asociación de una hiperlipidemia.