

Mujer, Cultura y Salud: Adolescencia



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Edita: Generalitat Valenciana
Conselleria de Sanitat
Direcció General de Salut Pública

Elaboración: Servicio de Salud Infantil
C/ Rodriguez Fornos,4
46010 Valencia

I.S.B.N.: 84-482-2251-2

Depósito Legal: V-3664-1999

Fecha de edición: Octubre de 1999

Impreso en : Kolor Litógrafos, S.L.

MUJER,CULTURA Y SALUD: ADOLESCENCIA

**Curso celebrado en Valencia
el 16 y17 de diciembre de 1998**

GENERALITAT VALENCIANA

**Conselleria de Sanitat
Direcció General de Salut Pública
1999**

SUMARIO

SUMARIO

Presentación.....	7
<i>Francisco J. Bueno Cañigral, Director General de Salud Pública</i>	
ADOLESCENCIA Y SALUD	
La adolescencia desde la perspectiva de la Epidemiología y la Promoción de la Salud.....	13
<i>Carmen Barona</i>	
Fisiología de la pubertad.....	33
<i>J. A. F. Tresguerres</i>	
Precocidad sexual.....	53
<i>A. Monzó, A. Argudo Pechuán, M. Romeu</i>	
Retardo puberal.....	67
<i>A. Monzó, M. Romeu, A. Romeu</i>	
Psicología de la adolescencia.....	81
<i>Diana Guerra</i>	
Anorexia nerviosa. Factores de vulenrabilidad: cultura y medios de comunicación.....	87
<i>L. Rojo, J. Bofill, M. A. Oliveras</i>	
Anticoncepción en la adolescencia.....	95
<i>E. Díez, M. Romeu, L. A. Quintero, A. Romeu</i>	
Embarazo en la adolescencia.....	119
<i>A. Argudo, A. Argudo Pechuán, M. Romeu</i>	

ADOLESCENCIA Y CULTURA

Algunos juegos prohibidos y resplandores en la hierba.....	139
<i>Juli Leal</i>	
Amores adolescentes: mitificación y realidad.....	163
<i>Elena Real</i>	
Las niñas y el sexo en la novela libertina francesa del siglo XVIII.....	183
<i>Dolores Jiménez</i>	
De impúber a mujer: aprendizajes de la memoria y la escritura.	199
<i>S. Matalia</i>	

PRESENTACIÓN

Es para mí una satisfacción inaugurar este curso sobre mujer, cultura y salud, ya que presenta algo que lo hace altamente sugerente, y que es abordar de una forma integral las condiciones de salud de las mujeres (en este caso en la etapa de la adolescencia) bajo distintos puntos de encuentro y uniendo dos palabras clave: cultura y salud.

El debate y el intercambio de ideas que van a tener lugar durante estos días tiene una enorme importancia porque, entre los procesos que conducen a la salud y a la enfermedad, existe un determinante básico que es la susceptibilidad de los individuos y de los grupos sociales a las formas de cultura imperantes en su sociedad.

La etapa de la adolescencia tiene además una especial relevancia, debido a las importantes transformaciones que se operan en los individuos durante la misma, no sólo en el terreno biológico (con un rápido crecimiento y con el desarrollo puberal), sino también en el psicológico (con los cambios propios de las diferentes etapas de la adolescencia, y a veces con frecuentes problemas como la anorexia nerviosa, la bulimia, la depresión, etc.) y en establecimiento de relaciones sociales (que llevan a una progresiva independencia de la familia y el establecimiento de relaciones con amigos, pareja, etc.

Gran parte de los hábitos que perdurarán durante largos periodos de la vida se adquieren en esta etapa, de ahí la importancia de que sean hábitos que repercutan positivamente en la salud. Además determinadas actitudes propias de esta etapa hacen que los adolescentes lleven a cabo con frecuencia conductas de riesgo cuyas consecuencias pueden marcar sus vidas. En este sentido todos tenemos presentes conductas sobre consumo de tóxicos, tráfico y relaciones sexuales. Es innegable el importante papel de la sociedad en el desarrollo de hábitos y en el fomento de determinadas conductas de riesgo.

Deseo que este curso y otros que podamos realizar, ayuden a valorar la importancia de la participación activa de la mujer en el desarrollo social, cultural y por tanto en la salud del conjunto de la sociedad.

Quiero manifestar mi agradecimiento al Servicio de Reproducción Humana del Hospital Universitario La Fe, y más concretamente al Dr. Alberto Romeu, por su esfuerzo y entusiasmo en la organización de este magnífico curso. Asimismo, agradezco la participación de todos y cada uno de los prestigiosos ponentes que se van a dar cita en estas jornadas. Por último, también deseo agradecer a todos los asistentes su presencia en esta sala, esperando que sea muy provechoso para su labor en nuestra sociedad.

Francisco J. Bueno Cañigral
Director General de Salud Pública

ADOLESCENCIA Y SALUD

La adolescencia desde la perspectiva de la Epidemiología y la Promoción de la Salud

Carmen Barona Vilar

LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Carmen Barona Vilar

Direcció General de Salut Pública, València

Introducción

El interés que despierta la adolescencia y juventud como grupo social desde el punto de vista de la Salud Pública, radica en la necesidad de orientar hacia la prevención y la promoción de la salud las estrategias dirigidas a mejorar la salud de este grupo de población.

Tradicionalmente los servicios de salud pública mostraron un interés especial por determinados grupos de población, considerados más vulnerables, en los que los indicadores de tipo sanitario como las tasas de mortalidad y morbilidad, ponían en evidencia la necesidad de intervención. Un ejemplo de ello son los esfuerzos dirigidos a atender la salud infantil, que a lo largo de todo el siglo se pusieron de manifiesto, primero a través de campañas específicas dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil, y más tarde, con la culminación del proceso de transición demográfico-sanitaria, a través del desarrollo de programas de salud específicos con un importante componente de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, el interés por la adolescencia no lo despertaron las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en este grupo de población, sino más bien el reconocimiento de la influencia que los estilos de vida tienen sobre el nivel de salud de la población (1), y la constatación de que muchos de los problemas que afectan a los adolescentes derivan de estos estilos de vida (accidentes de tráfico, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos...). No es necesario insistir, en la gran importancia que debe concederse a que los adolescentes vayan adquiriendo los valores y creencias relacionados con la salud que les permitan desarrollar actitudes y comportamientos positivos. Centrándonos en el área de la salud sexual y reproductiva, objeto de este curso, la adopción de actitudes y comportamientos positivos derivará en una reducción de los principales problemas de salud que afectan de manera particular a este grupo de población como son: los embarazos no deseados, los abortos y las enfermedades de transmisión sexual, con especial atención al SIDA.

El acercamiento epidemiológico a los diferentes aspectos que perfilan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, hace necesaria la concepción de la adolescencia, mas que como un período estable marcado por una serie de estadios o fases del desarrollo puberal, como una construcción cultural en la que el peso de los factores sociales y culturales juega un importante papel a la hora de comprender las actitudes y comportamientos de este grupo de población. Por ello, el término **juventud**, incorporado más recientemente para definir la etapa de transición entre niñez y edad adulta, se ajusta más a la visión que debe tenerse desde la epidemiología. Obviamente, en el ámbito de los países subdesarrollados no cabría plantearse la existencia de este grupo social, pues en esas sociedades el paso de niño a adulto se produce de manera automática con la pubertad y el inicio de la capacidad reproductiva. Por lo tanto, la consideración de la adolescencia y la juventud como grupos sociales que requieren una atención específica en el terreno sanitario, es algo que preocupa exclusivamente a los países occidentales desarrollados.

Consideramos que una persona alcanza la edad adulta cuando, además de haber culminado su proceso de maduración fisiológica y psicológica alcanza la independencia económica, cuando accede a un puesto de trabajo o cuando ha finalizado los estudios, aspectos por otro lado que van a tener una importante repercusión sobre su salud sexual y reproductiva. De ahí la importancia de integrar los indicadores de carácter sanitario con los de índole social, al analizar la situación de la población comprendida en este período de transición entre la niñez y la edad adulta. Por otro lado, el concepto de juventud es dinámico y ha ido variando a lo largo del tiempo, de manera que en los años 60, en que la mayoría de edad marcaba el final de esta etapa, eran jóvenes quienes no habían cumplido los 22 años. En los 70, el período juvenil se prolongó hasta los 24 años cumplidos, y ahora se es persona oficialmente joven desde que se cumplen los 15 hasta que se ingresa en la treintena. Si bien las personas entre los 15 y los 29 años constituyen un grupo heterogéneo cuando se atiende a criterios biológicos, no lo es tanto al valorarlo desde el punto de vista del papel que ocupan en la sociedad actual. La prolongación de la edad juvenil va a tener una repercusión clara sobre el comportamiento sexual y reproductivo de este grupo de población, hecho que deberá relacionarse claramente con factores socioeconómicos como las dificultades para alcanzar una independencia económica y una estabilidad laboral, que derivarán en un retraso en la edad en que se accede al matrimonio, una reducción del número de hijos y un retraso en la edad a la que se tienen dichos hijos (2).

En definitiva, lo que queremos plantear aquí es que la perspectiva de la Salud Pública a la hora de abordar los problemas de salud propios del grupo de población comprendido entre la niñez y la edad adulta, debe hacerse desde la concepción dinámica que acabamos de plantear y sobre la que se sustenta la definición de juventud.

Fuentes para el estudio de la salud sexual y reproductiva

A partir de la segunda mitad de los años 80 y sobre todo en la última década, comenzaron a realizarse los primeros estudios de prevalencia de los comportamientos y hábitos en relación con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, así como de las consecuencias derivadas de sus comportamientos de riesgo. Tres son los problemas que vinculan las políticas de salud pública con el estudio de los comportamientos sexuales de la juventud: la epidemia de SIDA, el incremento de la tasa de abortos entre las adolescentes y los embarazos no deseados. A nivel institucional, y desde el punto de vista fundamentalmente sanitario, se utilizan una serie de indicadores que permiten monitorizar las consecuencias negativas de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia y juventud. Así, la Región Europea de la OMS en sus objetivos de Salud Para Todos en el año 2000 plantea monitorizar dos indicadores en relación con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes:

- 1 Tasa de abortividad en menores de 20 años
- 1 Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años

Los indicadores de cada uno de los países miembros están incorporados en una base de datos, que forma parte del Eurostat, y que permite realizar su seguimiento en los últimos años y establecer comparaciones entre los diferentes países. En España, además de los registros oficiales, que permiten calcular las tasas de fecundidad, abortividad y embarazos en los diferentes grupos de edad de las mujeres, y del registro del SIDA que permite conocer la evolución de esta ETS, se ha ido completando la información sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, mediante la realización de encuestas específicas, que dan idea de las actitudes de los jóvenes en este campo, y entre las que merece la pena nombrar:

- 1 Encuestas de Fecundidad. INE 1985 y 1998
- 1 Informes sobre la Juventud en España, 1992 y 1996
- 1 Estudio sobre "La Fecundidad adolescente en España", CESIC 1997

Estas son las fuentes, junto con los registros específicos de la Comunidad Valenciana (CMBD y parte de actividad de los CPF), que nos van a servir para conocer los aspectos más importantes de la salud sexual y reproductiva de nuestros jóvenes. Por su parte, el CDC de Atlanta ha desarrollado un sistema de vigilancia de las conductas de riesgo de los jóvenes de USA (Youth Risk Behavior Surveillance System), que recoge datos desde 1991 y que consiste en la realización de encuestas bianuales a jóvenes de 10-24 años de todos los Estados americanos.

Vamos ahora a analizar algunos indicadores sociodemográficos considerados como determinantes de la salud sexual y reproductiva de este grupo de población:

Indicadores socio-demográficos

De los diferentes países que componen la Europa de los 15, España es el que presenta una mayor representación del grupo de los jóvenes en el conjunto de su población.

En el caso de la Comunidad Valenciana, este porcentaje es similar al de España, situándose en un 25,5% del total de la población (998.010 personas entre 15-29 años), y centrándonos en el grupo de 15-19 años, en nuestra Comunidad está compuesto por 334.249 personas, que suponen el 8,5% del total de la población.

Otro aspecto que consideramos interesante analizar es el estado civil y la edad de acceso al matrimonio, dado que actualmente puede decirse que se ha producido una prolongación de la soltería en datos referidos al conjunto del Estado Español, y además el decrecimiento del número de casados entre la población joven ha sido muy rápido. La mayoría de los hombres jóvenes llegan solteros a las puertas de la edad adulta. Por su parte, la mayoría de las mujeres jóvenes traspasan solteras la frontera de los 25 años, aunque ellas se casan más jóvenes que ellos, siguiendo una pauta tradicional, que trae como consecuencia que exista una diferencia de edad entre las parejas jóvenes, aunque la diferencia de años sea menos acusada que en generaciones anteriores. Además, un hecho singular que nos diferencia de otros países europeos es la escasa proporción de jóvenes solteros que viven en pareja (15%), observando además que este porcentaje ha ido decreciendo en los últimos años y sobre todo a expensas de los jóvenes de 25 años o más, ya que hace 8 años en ese segmento de edades ya estaban emparejadas la mitad de las personas jóvenes y ahora lo están solo el 40%. Este aspecto pensamos que puede estar relacionado con la completa autonomía económica respecto a las familias que caracteriza el acceso a la convivencia en pareja (2).

Evolución del porcentaje de población joven casada por grupos de edad

	1977		1987		1995	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
16-19	1,1	4,5	0,9	3,2	0,3	1,4
20-24	12,0	31,0	8,5	20,1	4,1	10,8
25-29	54,8	73,0	42,0	61,8	27,2	45,7
15-29	20,1	34,1	15,9	26,9	10,4	19,3

Fuente: Informe Juventud en España, Instituto de la Juventud 1996.

Actitudes y comportamientos en relación con la sexualidad y la salud reproductiva

Inicio de la relación coital

La separación entre sexualidad y procreación constituye ya una realidad social en España, que unida a la prolongación de la etapa de soltería, determinan que las actitudes de la mayoría de los jóvenes se adapten a esta situación, de manera que a diferencia de generaciones anteriores socializadas en un mundo moral más rígido, en estos momentos existe una aceptación más amplia de las relaciones sexuales prematrimoniales. En España, la edad promedio de la primera relación sexual coital se sitúa en 17 años y 7 meses para los chicos, y en 18 años y 9 meses para las chicas. En el caso de la Comunidad Valenciana, estos datos son muy similares, pues para los varones es de 17 años y 6 meses y para las mujeres de 18 años y 7 meses. Estudios realizados entre las adolescentes usuarias de algún C.P.F. de la Comunidad Valenciana (3), apuntan una edad más precoz -16 años y medio- como edad promedio de inicio de las relaciones coitales, siendo lógico si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos las adolescentes no buscan asesoramiento sobre sexualidad y/o anticoncepción hasta que no han iniciado las relaciones coitales, por lo que en los C.P.F. se produce en cierto modo una autoselección entre las que ya las han iniciado.

Entre los factores que se asocian a un inicio temprano de las relaciones coitales cabe destacar:

- 1 La situación laboral: los que trabajan exclusivamente se inician antes que los que no estudian ni trabajan
- 1 Status socioeconómico: a más bajo status iniciación más temprana
- 1 Nivel de estudios: Primaria o inferior y formación profesional se inician antes que los que tienen nivel de estudios universitarios
- 1 Los no católicos y los que viven en ciudades con más de 1 millón de habitantes se inician antes
- 1 Edad de la menarquia: a una edad más temprana de la menarquia, mas precoz es el inicio de las relaciones coitales

El uso de anticonceptivos

Uno de los principales motivos que desembocan en embarazos no deseados, es la escasa utilización de métodos anticonceptivos entre los jóvenes. En USA, de acuerdo con el estudio realizado por el CDC (4), habían utilizado preservativo en la última relación con penetración un 54,4% de los estudiantes, y un 17,4% manifestaron haber tomado la píldora anticoncepti-

va. En España, puede decirse que, aunque aún son mejorables, las prácticas anticonceptivas han mejorado considerablemente en los últimos años, ya que la proporción de mujeres que nunca habían utilizado métodos anticonceptivos ha descendido considerablemente (5).

Utilización de métodos anticonceptivos entre las jóvenes españolas

	1985		1995	
	Nunca	Alguna vez	Nunca	Alguna vez
18-19	80,5	19,5	68,8	31,20
20-24	49,16	50,8	41,7	58,3

Fuente: INE (1985) y CIS (1995).

Las encuestas del Consejo de la Juventud también demuestran que entre los jóvenes con experiencia sexual, ha aumentado la proporción de quienes dicen utilizar algún método anticonceptivo, ya que ha pasado del 77% en 1992 al 82% en 1996. El motivo principal por el que manifiestan los jóvenes españoles utilizar métodos anticonceptivos es la prevención del embarazo, y en segundo lugar protegerse frente al SIDA. Sin embargo, existe un dato que consideramos negativo, y es que el miedo a los embarazos ha descendido precisamente entre el grupo de chicas más vulnerable que es el de 15 a 17 años (ellas se dejan llevar más por la conservación de la virginidad y el convencionalismo social de "qué dirán", que por la racionalidad que proporciona el conocimiento de los riesgos o las responsabilidades), mientras que la preocupación y el miedo al embarazo aumenta con la edad de las chicas.

Fecundidad, abortividad y embarazos en adolescentes y jóvenes

Uno de los indicadores más estudiados a la hora de valorar la salud reproductiva de una población es la **fecundidad**, cuyo cálculo se obtiene mediante el cociente entre los nacidos vivos, y el número de mujeres del grupo de edad cuya tasa se quiere hallar. El interés de analizar la fecundidad en las adolescentes radica fundamentalmente en las consecuencias sociales que tiene esta fecundidad precoz, sobre todo porque todo apunta a que buena parte de esa fecundidad puede ser no deseada en principio, aunque más tarde pueda ser aceptada.

El estudio sobre la evolución de la fecundidad general en España que acaba de publicar el INE (6), resalta el descenso producido entre 1970 y 1994 en todos los países de la Unión Europea, pero que en España se ha producido con mayor rapidez, ya que si bien en 1970 ocupaba el 2º lugar de la Unión Europea, con cerca de 3 hijos por mujer, en 1994 el indicador de 1,2 hijos por mujer, sitúa a España, junto con Italia y Alemania en el extremo inferior, con la tasa de fecundidad más Baja de Europa.

Evolución de la fecundidad en los países de la Unión Europea

	1970	1975	1980	1985	1990	1994
Alemania	2,03	1,48	1,56	1,37	1,45	1,24
Austria	2,29	1,82	1,62	1,47	1,45	1,44
Bélgica	2,25	1,74	1,68	1,51	1,62	1,55
Dinamarca	1,95	1,92	1,55	1,45	1,67	1,80
España	2,86	2,8	2,21	1,64	1,36	1,21
Finlandia	1,83	1,68	1,63	1,65	1,78	1,85
Francia	2,47	1,93	1,95	1,81	1,78	1,65
Grecia	2,39	2,38	2,21	1,68	1,39	1,35
Holanda	2,57	1,66	1,60	1,51	1,62	1,57
Irlanda	3,93	3,40	3,25	2,50	2,12	1,85
Italia	2,42	2,20	1,64	1,42	1,34	1,21
Luxemburgo	1,98	1,55	1,49	1,38	1,61	1,72
Portugal	2,83	2,58	2,18	1,72	1,57	1,44
Reino Unido	2,43	1,81	1,90	1,79	1,83	1,74
Suecia	1,92	1,77	1,68	1,74	2,13	1,88
Unión Europea	2,38	1,96	1,82	1,60	1,57	1,44

Fuente: INE 1998.

Respecto a la fecundidad, distinguimos tradicionalmente dos regímenes, la fecundidad natural y la fecundidad dirigida, que caracteriza la utilización de procedimientos que tienen por objeto limitar los nacimientos. El paso del primer régimen al segundo es el principal responsable de la reducción de la fecundidad europea y de las diferencias actuales entre poblaciones. Las importantes transformaciones sociopolíticas que acontecieron en Espa-

ña a finales de los 70, comportaron también cambios demográficos, ya que el comienzo del descenso de la fecundidad en España coincide con la despenalización de los anticonceptivos, que tuvo lugar en 1978. Y si esto fue importante para todas las edades, con mayor motivo lo fue para las adolescentes, ya que si bien antes de la despenalización podían recetarse los anticonceptivos con fines "terapéuticos" para las adolescentes resultaba más difícil acogerse a esta opción terapéutica, dada la moral imperante en la época.

La fecundidad de las adolescentes experimentó en los años 60 un cierto incremento en la mayor parte de los países occidentales, destacando EEUU donde el fenómeno alcanzó proporciones preocupantes, y en estos momentos sigue teniendo las tasas más elevadas de los países desarrollados. Tras EE.UU., las tasas más altas eran las de Canadá y Reino Unido, seguidas ya a cierta distancia de las de los países europeos. Sin embargo ya en los años 70, la fecundidad adolescente comenzó a disminuir de manera generalizada salvo en Italia y España en que siguió aumentando, y donde el inicio del descenso se produjo con un retraso de 5 y 10 años respectivamente en relación con los países de su entorno. En España, como demuestran los trabajos de Margarita Delgado (7), cuando las tasas de fecundidad en el resto de grupos ya habían empezado a disminuir, en el grupo de las menores de 20 años aumentaba, y no fue hasta comienzos de los años 80 cuando se inició la reducción, que además no alcanzó en ningún momento la envergadura de la experimentada por otros grupos. La evolución es comparable a la seguida por los países de nuestro entorno, aunque con el consabido retraso. Los niveles que se alcanzan en los 90 son similares a los de Italia y Francia, y bastante más bajos que los del Reino Unido y sobre todo que los de Estados Unidos, país que registra la tasa de fecundidad adolescente más elevada del mundo desarrollado.

En 1994, las comunidades con una tasa de fecundidad adolescente más elevada eran Canarias, Extremadura, Murcia y Andalucía, mientras que los valores inferiores los tenía la zona vasco-navarra y catalano-aragonesa, además de Castilla-León, Rioja y Madrid.

En la tabla siguiente puede observarse como la evolución decreciente de la fecundidad en las adolescentes no presenta diferencias geográficas apreciables en las tres provincias de la Comunidad Valenciana. El peso de los nacimientos en este grupo de mujeres se ha ido reduciendo en los últimos años, ya que ha pasado de representar un 4,4% de todos los nacimientos en 1978 a un 2,8% en 1995. Esta misma reducción en la proporción de nacimientos en menores de 20 años la observamos cuando analizamos de manera separada las tres provincias.

Evolución de los nacimientos de mujeres menores de 20 años. Comunidad Valenciana

Año	Castellón		Valencia		Alicante		C.V.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1978	279	4,05	1.421	3,97	1.060	5,18	2.760	4,37
1981	246	5,29	994	4,34	881	5,75	2.121	4,94
1986	334	5,62	1.475	4,1	1.074	5,77	2.883	5,28
1991	172	3,95	668	3,21	625	4,3	1.475	3,7
1992	177	4,1	582	2,75	592	4,17	1.351	3,4
1993	147	3,39	561	2,70	473	3,47	1.181	3,05
1994	130	3,2	537	2,74	503	3,79	1.170	3,16
1995	121	2,86	460	2,38	431	3,29	1.012	2,76

Fuente: IVE y elaboración propia.

La respuesta a la pregunta de a qué se debe este generalizado cambio de tendencia creo que hay que buscarla en gran parte en la despenalización del aborto, que tuvo lugar en España en 1985, para los tres supuestos que todo el mundo ya conoce, estando disponibles las estadísticas oficiales desde 1987. La **abortividad**, es otro de los indicadores de obligado análisis en el caso de la salud reproductiva de las adolescentes, ya que la suma de abortividad y fecundidad nos aproximará a la situación real de los embarazos en la adolescencia. Además, aunque la tasa de fecundidad evolucione de una determinada manera, la tasa de embarazo no necesariamente lo va a hacer en el mismo sentido, ya que la influencia del aborto puede ser decisiva en esa tendencia. Al observar la evolución de las tasas de abortividad entre 1987 y 1994, vemos como en la mayoría de las comunidades este indicador ha seguido una tendencia ascendente entre las adolescentes, tendencia de la que solo escapó Navarra. En el País Vasco, Madrid y Valencia, la tasa se multiplicó pero sin llegar a duplicarse, pero en la mayoría de comunidades los aumentos fueron de más del doble. En Cataluña y Andalucía la tasa se multiplicó por 26,35 y 19,78 respectivamente. En 1994 las áreas con una tasa de aborto más elevada en el grupo de las adolescentes son, en primer lugar Asturias (que ya lo era en 1987), a la que se ha sumado Cataluña, y las que presentan menores tasas son Navarra y el País Vasco.

Evolución de las tasas de abortividad (por mil) entre las adolescentes de las diferentes Comunidades Autónomas de España

	1987	1994	1994/1987
Asturias	4,41	7,92	1,80
Cataluña	0,21	5,60	26,35
Canarias	0,94	5,39	5,73
Baleares	0,71	5,26	7,44
Madrid	3,40	4,63	1,36
C. León	2,00	4,46	2,23
Aragón	0,50	4,28	8,50
C. Valenciana	2,51	4,27	1,7
Cantabria	1,70	3,83	2,24
Andalucía	0,19	3,75	19,72
Murcia	0,66	3,36	5,08
Rioja	1,38	3,13	2,26
Galicia	0,60	2,83	4,75
Extremadura	0,74	2,75	3,73
C. Mancha	1,06	2,30	2,17
País Vasco	1,13	1,62	1,43
Navarra	2,16	0,99	0,46
Total España	1,31	4,17	3,17

Fuente: Delgado, M. "La Fecundidad joven y adolescente en España", CSIC, 1998.

La evolución del aborto es la que va a determinar el curso seguido por la **tasa de embarazos**. Un embarazo puede desembocar en un nacimiento, un aborto o una muerte fetal tardía. Pero ya que estas últimas representan menos del 1% de la tasa de embarazo, los factores con mayor peso en dicha tasa son los nacimientos y los abortos. La tasa de fecundidad, como ya hemos comentado, comprende exclusivamente los nacimientos. Por tanto, las diferencias entre las tasas de fecundidad y embarazo se deben a la influencia del aborto.

En el conjunto de España, en 1987 poco más del 7% de los embarazos de adolescentes desembocaban en abortos, mientras que en 1994 la proporción era de un tercio (33,67%). Obviamente esto quiere decir que las adolescentes han recurrido más al aborto como salida ante un embarazo no deseado.

**Proporción de la tasa de embarazos en adolescentes
que representan la fecundidad y la abortividad en las distintas
Comunidades Autónomas 1994**

	Fecundidad	Abortividad
Asturias	46,53	53,14
Cataluña	48,51	51,31
Madrid	51,48	48,31
Aragón	51,49	47,55
C. León	56,9	42,89
Cantabria	60,10	39,41
Rioja	61,73	38,27
Baleares	61,95	38,05
C. Valenciana	62,10	37,47
País Vasco	63,54	36,19
Canarias	73,75	26,18
Navarra	75,00	25,00
Galicia	76,62	23,15
Andalucía	76,88	22,77
C. Mancha	78,54	21,02
Murcia	79,67	19,82
Extremadura	82,85	17,15
España	66,06	33,67

Fuente: Delgado, M. "La Fecundidad joven y adolescente en España", CSIC, 1998.

A modo de conclusión podríamos decir que, si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha descendido considerablemente en los últimos años, la tasa de embarazos no ha descendido en igual medida, y la diferencia en la evolución entre una y otra la marca el aborto. Aunque las técnicas anticonceptivas han alcanzado un alto grado de difusión y perfeccionamiento, influyendo sin duda en la reducción de las tasas de fecundidad y embarazo, todavía se producen muchos embarazos no deseados. Esto nos plantea que la información que reciben los jóvenes o no es la necesaria o no es la adecuada, o no se ha imbuido lo suficiente la idea del riesgo que supone una relación sexual sin protección.

Consecuencias de los embarazos en las adolescentes: Las dificultades frente a las que se enfrentan las adolescentes que experimentan una maternidad precoz son innegables. Mientras el riesgo biológico del embarazo adolescente es algo discutible, y sobre todo en los casos de las chicas a partir de 18 años, lo que sí es evidente es que las adolescentes que experimentan una maternidad se enfrentan a multitud de dificultades que en definitiva alteran su ciclo vital en aspectos sociales y de proyecto personal:

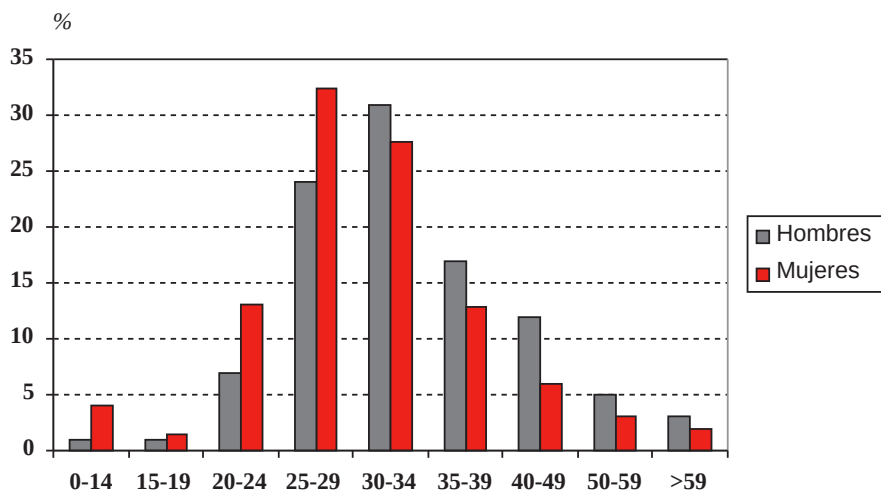
- 1 Su formación se ve alterada, en el mejor de los casos retrasada
- 1 Su acceso al mercado laboral se ve restringido
- 1 Viven matrimonios más conflictivos, con mayor propensión al divorcio

Por nuestra parte, lo que sí podemos apuntar es que, de acuerdo con la información que proporciona la "Hoja Resumen del Embarazo", el acceso de las adolescentes a los cuidados de salud durante el embarazo se produce con mayor retraso que en las embarazadas de edades más avanzadas, ya que el primer control o examen de salud sólo se realiza a lo largo del primer trimestre en el 51,6% de las adolescentes.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La importancia de las ETS en la adolescencia radica, más que en su elevada incidencia, en la falta de conciencia que existe entre los jóvenes sobre la posibilidad que tienen de contagiarse. Haciendo referencia de nuevo al informe de la juventud, son pocos los jóvenes que se abstienen de tener encuentros sexuales por el "riesgo de adquirir el SIDA", y si la equivalencia que tiene el SIDA con enfermedad grave e incurable no es capaz de despertar la necesidad de protección entre los adolescentes y jóvenes, en menor medida lo serán las demás ETS. Esta falta de temor a contraer el SIDA, aunque aumenta con la edad, puede que se deba a la creencia de que su pareja joven, esa con la que mantiene una relación afectiva cálida y valiosa, no puede ser portadora del virus. No obstante, más de un tercio de los casos de SIDA en la Comunidad Valenciana se han producido entre las personas de 15-30 años (36%), y aunque en los hombres el grupo de edad más afectado es el de 30-34 años, en las mujeres es el de 25-29. Esto supone que, dado que la media del período de incubación de la enfermedad es de 10 años, muchas de las personas que desarrollaron el SIDA entre los 20 y los 29 años, adquirieron la infección a lo largo de la adolescencia.

Distribución de casos de Sida por edad y sexo Comunidad Valenciana



Fuente: Registro de SIDA de la Comunidad Valenciana. D.G.S.P., 1998.

El registro de casos de SIDA de la C. Valenciana (8) muestra a través de los casos acumulados hasta septiembre de 1998, como la categoría de transmisión más frecuente entre los menores de 30 años fue la adicción a drogas por vía parenteral (78%) (78% de los casos en hombres y 79% de los casos de mujeres), y en segundo lugar la transmisión heterosexual (8%) (3,5% en hombres y 19% de los casos de mujeres). Un hecho que por otro lado preocupa es el aumento progresivo de casos por transmisión heterosexual.

El recurso del preservativo como prevención del SIDA, sólo preocupa a quienes no tienen pareja, siendo mayor la preocupación entre varones que entre las mujeres.

Estrategias para abordar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes

1. Vertiente asistencial

Desde el sistema sanitario, la atención a los adolescentes en la Comunidad Valenciana se realiza fundamentalmente en dos niveles. En el **área**

pediátrica, a través del programa de supervisión de la salud infantil, se incluyen dos exámenes de salud en esta etapa: uno a los 11 años y otro a los 14, que además de permitir a los profesionales valorar el grado de maduración sexual y hacer un seguimiento del mismo, les permitirá establecer de manera oportunista consejos/asesoramiento positivo relacionados con la salud sexual. El pediatra además, como profesional que atiende al niño desde su más tierna infancia y como conocedor de su biografía, debe ser capaz de identificar posibles comportamientos de riesgo y servir de elemento de apoyo a la familia ante la aparición de conflictos, que puedan producirse a esta edad, y de vehiculizarlos en su caso (CPF, USM, etc.).

Los programas de planificación familiar y educación sexual, tienen especial importancia no sólo para la detección de posibles conductas de riesgo, sino también para ofrecer medidas preventivas, educacionales y asistenciales. Para dar respuesta a las demandas de la salud sexual de los jóvenes, la C. Valenciana dispone de una red de **C.P.F. y Sexualidad** distribuidos a lo largo de toda su geografía, y que en la estructura sanitaria constituyen Unidades de Apoyo a la Atención Primaria. Estos centros, que vienen funcionando desde los años 80, reúnen las características específicas que marcan las recomendaciones de la OMS para un servicio de atención a los jóvenes:

- ┆ Gratuidad
- ┆ Fácil acceso
- ┆ Sin necesidad de cita previa
- ┆ Atención integral
- ┆ Interdisciplinar: admisión, medicina, enfermería, sexología

Los C.P.F. dentro de lo que es la atención a los jóvenes mantienen dos grandes líneas de actuación:

1. La atención directa a jóvenes: Uno de los aspectos fundamentales para que los jóvenes utilicen este servicio es que realmente les resulte accesible. Y ello se consigue teniendo en cuenta algunos aspectos fundamentales:

┆ Las campañas de captación deben hacerse por métodos directos y próximos a los jóvenes (en los centros de estudio o de trabajo, asociaciones, centros juveniles...), más que a través de cauces institucionales (derivación por otros profesionales). La mayoría acceden directamente, no por derivación de profesionales sociosanitarios.

┆ Tiempo y espacio específicamente dedicado a ellos. Es importante que el joven pueda ser atendido sin cita previa, que no tenga que esperar mucho para ser atendido, y que no tenga posibilidades de que algún adulto le reconozca (garantía de confidencialidad). Es decir, se recomienda un espacio físico, días y horario específico.

¹ Consulta relajada, amistosa, sin enjuiciamientos por parte de los profesionales. Es importante que las personas que tratan con los jóvenes sean flexibles y tolerantes.

¹ El primer contacto es muy importante, y la persona que está en admisión es una pieza clave en el equipo.

La atención directa a los jóvenes se realiza desde los C.P.F. a través de la atención individual y a través de la atención en grupo:

¹ *Atención individual:* La experiencia que aportan los C.P.F. demuestra que los jóvenes acuden a buscar asesoramiento cuando ya han iniciado las relaciones sexuales coitales (existe lo que se denomina en anticoncepción "el tiempo de riesgo" definido como el tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones coitales y la utilización de un método anticonceptivo seguro). Este período, es variable dependiendo de diversos factores, aunque algunos estudios apunta a que la mayoría de jóvenes (71%) buscan asesoramiento sobre métodos anticonceptivos a lo largo del primer año de inicio de las relaciones sexuales coitales.

La evolución del perfil de los usuarios de los C.P.F. muestra como la población atendida se ha desplazado hacia edades más jóvenes, de manera que tanto en el grupo de 15-19 (ha pasado del 11% en 1992 al 15% en 1996) como en el de 20-24 (ha pasado del 18% al 21,5%) se han incrementado considerablemente el volumen de usuarios, que por otra parte son en un 90% do los casos mujeres.

Aunque en la mayoría de los casos, el motivo principal de la primera visita realizada por los adolescentes es la demanda de un método anticonceptivo seguro, no debe desecharse la creciente demanda de intercepción postcoital, que ha pasado de representar el 4% de las consultas atendidas en 1995, al 6% en 1996. La demanda de la píldora postcoital indica que, o bien no se han utilizado medidas preventivas (no que no se conozcan), o si se han utilizado ha sido de manera inadecuada.

¹ *Atención a grupos:* Consiste básicamente en la realización de talleres y cursos, ya sea en el propio C.P.F. o en lugares de reunión, formación u ocio de los jóvenes. En el terreno preventivo destacan los "talleres sobre sexo seguro" para trabajar la utilización del preservativo tanto a nivel informativo, como actitudinal y de habilidades.

También quisiéramos nombrar aquí la existencia en la Comunidad Valenciana, de una red específica de centros dedicados a la prevención del SIDA, desde los que se lleva a cabo una importante labor tanto de atención como de información y asesoramiento. Nos estamos refiriendo a los C.I.P.S., uno por provincia, y a las U.P.S., integradas en los Centros de Salud Pública. Entre las funciones de los C.I.P.S. destaca la prevención primaria y la educación sanitaria a los jóvenes en relación con las conductas sexuales y la adic-

ción a drogas, además del diagnóstico de seropositividad al VIH y otras enfermedades infecciosas, con consentimiento informado. Por su parte, las UPS centran su ámbito de actuación en la prevención comunitaria, mediante la colaboración en programas de intervención comunitaria, respaldo a la escolarización de niños seropositivos, apoyo a programas de reducción de daños, etc.

2. Vertiente educativa/informativa

La salud y la calidad de vida de los niños, adolescentes y jóvenes son un interés común y una responsabilidad compartida para el conjunto de la sociedad. Este objetivo requiere un esfuerzo conjunto de las familias, personal sanitario y personal docente. Las familias por su importante responsabilidad sobre el bienestar y la educación de los hijos, el personal sanitario por la función de atención y cuidado de su salud, y el personal docente por asumir una buena parte de su proceso de socialización y educación.

También queremos resaltar el importante papel que están jugando los medios de comunicación en la sociedad actual, transmitiendo valores y modelos a imitar a través de las películas, libros, canciones, chistes, etc.

El papel de los profesionales de la salud, no es el de sustituir a los docentes en sus tareas en el aula, sino el de colaborar con el profesorado en el desarrollo de estas actividades, contribuyendo con su conocimiento y experiencia profesional a que los temas de educación para la salud sean abordados de la manera más adecuada posible al facilitar una información más completa. Las funciones más eficaces que puede asumir el personal sanitario se pueden concretar en:

- ┆ Apoyo a la formación del personal docente
- ┆ Participación en actividades realizadas con las familias de los alumnos y alumnas

La educación sexual debe ser parte de la educación integral de la persona, y debe ser entendida y vivida como una forma de desarrollar nuestra capacidad de comunicación, de entendimiento, de ternura, de sensibilidad y de responsabilidad en relación a los demás.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. *Los objetivos de Salud para Todos*, WHO, Copenhagen, 1985.
2. Martín Serrano, M.; Velarde Hermida, O. *Informe Juventud en España*. Instituto de la Juventud, Madrid, 1996.
3. García Cervera, J., Pereiró, I., Pérez-Campos, E. *¿Influye la edad de la menarquia en el comportamiento sexual, contraceptivo y reproductivo de las adolescentes usuarias de planificación familiar?*. Clin. Invest. Gin. Obst., 25, 1998, 71-78.
4. CDC. *Pregnancy, sexually transmitted diseases, and related risk behaviors among U.S. adolescents*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
5. Delgado Pérez, M. *La fecundidad en España. Aspectos sociales que influyen en el comportamiento reproductivo*. VI Congreso Estatal de Planificación Familiar, Valencia, 1996.
6. INE. *Evolución de la fecundidad en España 1970-1994*. INE, Madrid, 1998.
7. Delgado Pérez, M. *La fecundidad joven y adolescente en España*. Instituto de Economía y Geografía, CSIC, 1998.
8. Registro de casos de SI DA de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública, Valencia, 1998.

Fisiología de la pubertad

J.A.F. Tresguerres

J. A. F Tresguerres

**Departamento de Fisiología (Endocrinología Experimental)
Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid**

Resumen

La pubertad es una etapa de la vida que se caracteriza por la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios en ambos sexos, la finalización del crecimiento somático y la adquisición de fertilidad. Responsable de este proceso parece ser la reactivación del eje hipotálamo hipófiso gonadal, que aunque había jugado un papel durante la época fetal había quedado en situación afuncional durante toda la niñez por el incremento de sensibilidad del gonadostato y la actuación de inhibidores específicos. La puesta en marcha de la secreción pulsátil de LHRH, da lugar al incremento de LH y FSH que a su vez estimulan a las hormonas sexuales. La cooperación del eje GHRH -GH - IGF-I contribuye al estirón puberal por un lado y al desarrollo sexual por el otro.

1. Introducción

La pubertad es una etapa de la vida durante la cual se va a producir paso de la niñez a la edad adulta, con la correspondiente maduración de la capacidad reproductora y la finalización del periodo de crecimiento somático. En la especie humana, este hecho ocurre a lo largo de la segunda década de la vida y comprende el periodo que va desde el inicio de los caracteres sexuales secundarios, hasta el desarrollo completo de los mismos con la correspondiente fertilidad potencial y la consecución de la estatura definitiva y la maduración correspondiente de la capacidad intelectual y afectiva.

2. Cambios morfológicos

Los cambios en el hábito morfológico que ocurren durante la pubertad suponen la adquisición de los caracteres sexuales secundarios definitivos para cada sexo, y son el resultado de la acción de las hormonas sexuales sobre sus tejidos diana correspondientes. Para su estudio debemos consi-

derar separadamente a niñas y niños, estableciendo en cada caso las diferentes etapas en que puede dividirse el proceso, y que se correlacionan mucho mejor en la edad ósea que con la edad cronológica (1,1 bis).

NIÑAS: El comienzo de los caracteres sexuales suele ser un discreto abultamiento de la areola mamaria que se acompaña de un enlentecimiento de la velocidad de crecimiento de corta duración. Al cabo de unos 6 meses aproximadamente comienza a aparecer el vello pubiano y poco después el axilar (P2). A esto sigue un incremento progresivo del tamaño mamario, con desarrollo genital y aumento del vello sexual que coincide con el "estirón" puberal y la primera menstruación (P4) entre los 12,5 y 13 años. Puede aparecer también acné, completándose el proceso puberal 3-4 años después de comenzar alcanzándose la estatura definitiva tras la fusión de los cartílagos de crecimiento, unos 2 años después de la menarquía. (Fig. 1).

NIÑOS: Los testículos incrementan su tamaño a partir de los 12 años siendo el primer indicador de comienzo puberal (3 ml de vol. testicular con un diámetro longitudinal 2.5 cm) juntamente con el inicio de la pigmentación y rugosidad escrutada. El pene incrementa también gradualmente su tamaño en respuesta al incremento de secreción de T por las células de Leydig y se produce la máxima velocidad de crecimiento alrededor de los 14-15 años de edad. En algunos casos puede ocurrir también un cierto crecimiento mamario, sobre todo en los estadios P3-P4 que generalmente regresa espontáneamente en algunos meses. (Fig. 1)

Las etapas del desarrollo puberal en ambos sexos han sido analizadas por el grupo de Tanner y puede verse en la tabla tomada de (2).

3. Cambios endocrinos durante la pubertad

GONADOTROFINAS

Durante los primeros años de vida, los niveles de gonadotrofinas permanecen bajos y comienzan a elevarse progresivamente durante el periodo prepuberal, presumiblemente debido a un incremento en la secreción de GnRH. La llegada de la pubertad se caracteriza por la secreción pulsátil de gonadotrofinas, que comienza a producirse inicialmente durante el sueño, y por un aumento de la respuesta de las mismas al GnRE. Primeramente responde más la FSH que la LH (patrón prepuberal) hasta que gradualmente se llega al patrón adulto con mayor respuesta de la LH. En este momento la pulsabilidad de las gonadotropinas ocurre durante las 24h. del día (2 bis,3).

También parece ocurrir un incremento en la actividad biológica de las gonadotropinas a la largo de este periodo.

GnRH

El incremento en la amplitud y frecuencia de los pulsos de Gn RH, parece ser el responsable último de la activación de todo el eje HHG (4). Se ha comprobado, que si se somete a monos prepuberales a la administración pulsátil de GnRH exógeno, éste da lugar en pocas semanas a un desarrollo puberal completo (4 bis) lo que reafirma la importancia capital que tiene esta hormona hipotalámica en el desencadenamiento de la pubertad (5). Sin embargo seguimos sin conocer la señal que desencadena la producción de GnRH. ¿Se trata simplemente de un proceso de "maduración" de núcleo arcuato hipotalámico o es necesaria la acción de algún inductor?. (1 bis).

HORMONAS GONADALES

Durante la pubertad y como resultado del incremento de gonadotropinas se produce, en los niños, un aumento de los niveles de testosterona, dihidrotestosterona, androstendiona y androstendiol, y la activación del sistema enzimático de la 5 α -reductasa, que aumenta la capacidad de transformación de la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), que es la forma activa de la testosterona en los órganos sexuales accesorios. En las niñas, se produce un aumento de los estrógenos (6).

Este incremento de las hormonas sexuales en ambos sexos será el responsable de la aparición de los caracteres sexuales secundarios detalladas anteriormente.

HORMONAS ADRENALES

A partir de los primeros años de vida y hasta finalizada la pubertad, la adrenal aumenta la secreción de dehidroepiandrosterona y de sulfato de dihidroepiandrosterona. Este fenómeno se denomina adrenarquía, y precede al incremento en la secreción de hormonas gonadales. La importancia de los esteroides de origen adrenal estriba en que, en las niñas, parecen controlar el desarrollo del vello axilar y pubiano. La secreción de andrógenos adrenales durante la adrenarquía está bajo el control de la ACTH y de alguna otra hormona hipofisaria.

GH Y SOMATOMEDINAS

La llegada de la pubertad condiciona la aparición de un patrón pulsátil

de secreción de GH, que se acompaña de la presentación de picos de secreción de la hormona durante el sueño, a la vez que aumenta su síntesis y liberación en respuesta al GERH. Este periodo se acompaña, asimismo, de un aumento de los niveles de somatomedinas, que coinciden con los incrementos de Testosterona en niños y estradiol en niñas, y con la aparición del estirón puberal (7).

4. Control neuroendocrino del eje Hipotálamo Hipófiso Gonadal

Aunque el mecanismo que inicia todo el proceso es todavía hipotético (8), todo consiste aparentemente en la puesta en marcha del eje Hipotálamo Hipófiso Gonadal (HHG) que será responsable de la aparición de las hormonas sexuales secundarias característicos de cada sexo. Este eje está constituido por:

GONADOTROPINAS. Las estructuras moleculares de LH y FSH son muy similares. Químicamente, ambas son glicoproteínas constituidas por: dos cadenas de aminoácidos, las subunidades α y β . Las subunidades α de LH y FSH son idénticas, con 89 aminoácidos y un peso molecular de 14000, mientras que las subunidades β son específicas de cada una. El contenido glucídico está constituido por grupos de oligosacáridos, incluyendo manosa, galactosa, fucosa, galactosamina, glucosamina, ácido siálico y ácido neuroamínico (3).

Tanto la LH como la FSH presentan una secreción pulsátil en el hombre con un pico aproximadamente cada hora y media o dos horas es directamente consecuencia de la secreción hipotalámica del factor estimulante de las gonadotropinas, el decapeptido LH-RH o GnRH.

GnRH. Esta hormona hipotalámica, aislada en 1971, es un decapeptido, que presenta la doble propiedad estimuladora sobre LH y FSH —con mayor influencia sobre la LH—, y aparece en la sangre portal. Se produce en neuronas cuyo soma se encuentra localizado fundamentalmente a nivel del núcleo arcuato hipotalámico. Tiene una vida media de muy pocos minutos, por lo cual el control que ejerce sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal depende de su secreción pulsátil (9).

El GnRH regula la secreción de LH y FSH no a la forma tradicional, esto es, a más hormonas más acción, sino a través de modificación de su frecuencia de pulsos. De esta manera, consigue no solamente incrementar o disminuir los niveles de ambas gonadotropinas, sino que es capaz de controlar por separado LH y FSH. Si administramos GnRH a razón de un pulso por hora intravenosamente de 5 a 10 μ g, mantendremos los niveles de LH y

FSH en cualquier persona que tenga alterada su función hipotalámica; sin embargo, si incrementamos la frecuencia de administración a 5 o más pulsos por hora, o incluso lo administramos de manera continua, ambas gonadotropinas disminuyen al cabo de varios días. Al parecer ocurre un fenómeno denominado de regulación negativa de receptores ("down regulation") a nivel de las células gonadotropas hipofisarias, que las hace insensibles al estímulo con GnRH. Por el contrario, si disminuimos la frecuencia de administración GnRH a un pulso cada 3 a 5 horas, aparece una disminución neta de los niveles de LH con una subida, al menos relativa, de los niveles plasmáticos de FSH (9). La secreción fisiológicamente pulsátil de GnRH a nivel hipotalámico desencadena en las células gonadotropas de la hipófisis la síntesis y liberación de LH y FSH, sin embargo, la magnitud de la respuesta es proporcional al ambiente hormonal de esteroides sexuales y a los niveles de inhibina. De esta manera, la testosterona o sus metabolitos y la inhibina son capaces de regular la función hipofisaria, bien por acción directa sobre las células gonadotropas, o indirectamente a través de la modificación de la frecuencia de descarga del GnRH (10).

TESTÍCULO. En el varón la FSH se une específicamente a receptores situados en las membranas de las células de Sertoli para estimular en éstas la producción de AMP cíclico que, a su vez, activa una proteinquinasa que, actuando a través de una cadena de mensajeros, estimula la producción de varias sustancias. Las más importantes son ABP (proteína ligadora de andrógenos) e inhibina, aunque también se estimula la producción de transferrina y lactato. Todas ellas sirven para regular la proliferación y maduración de las células germinales (11).

La inhibina, que disminuye selectivamente los niveles de FSH, ha sido identificada recientemente (12). Se produce en las células de Sertoli en relación con las células germinales para que, a más espermatozoides producidos, más cantidad de inhibina secretada, con lo cual se ajustan los niveles de FSH a la espermatogénesis.

La LH es la responsable del desarrollo y funcionamiento de las células intersticiales de Leydig. Se une a los receptores de su membrana induciendo un incremento de AMP cíclico que conduce a una elevación de la biosíntesis de testosterona a través de la activación de la enzima desramificante del colesterol, de la 17 hidroxilasa y de la 17-20 desmolasa. Además, tiene una acción morfogenética sobre las células de Leydig, adaptándolas a la producción androgénica. A su vez los niveles de testosterona alcanzados ejercen una acción de "feed-back" negativo sobre la LH (11).

La interpelación entre la LH y los receptores en la membrana de las células de Leydig plantea una serie de interrogantes, todavía no bien explicados, que parecen indicar que es necesaria la pulsatilidad de LH para conseguir una máxima respuesta de la célula de Leydig. Si se mantiene el esti-

mulo de manera permanente, la célula de Leydig puede llegar a disminuir la respuesta, e incluso anularla totalmente. Este proceso, denominado "desensibilización de las células de Leydig", parece llevar involucrada, bien una disminución de los receptores capaces de responder a la LH, o una autolimitación de algunas de las funciones enzimáticas que conducen a la biosíntesis de testosterona (13).

OVARIO. En la mujer la FSH actúa sobre los folículos ováricos determinando la maduración de los mismos, hecho que va emparejado con el incremento de la producción de estradiol por dicha estructura. La LH, a su vez, contribuirá sinérgicamente con la FSH a la maduración folicular y será la responsable de la transformación en cuerpo lúteo responsable de la secreción hormonal durante la segunda fase del ciclo. A su vez, la secreción de LH y FSH estará gobernada a través de sistemas de "feed-back" por la propia secreción de esteroides ováricos (11).

Según se van incrementando los niveles de estradiol al ir madurando el folículo, disminuirán los niveles de gonadotropinas, fundamentalmente de FSH. Además, estrógenos y progesterona son capaces de determinar variaciones en la secreción de la propia GnRH hipotalámica, y la secreción hipotalámica está bajo control de estructuras nerviosas superiores.

Clásicamente, se venía admitiendo que el ciclo menstrual estaba gobernado por una interacción entre hipotálamo, hipófisis y ovario, donde el hipotálamo desempeñaba un papel preponderante. Se planteaba, sin embargo, una dificultad en el entendimiento de cómo un sistema de retroalimentación negativo, como el mencionado anteriormente, ejercido por estrógenos y progesterona sobre la secreción de LH y FSH, podía, en un momento determinado (alrededor de la fase ovulatoria), convertirse en un "feed-back" positivo que determinase la presencia del pico ovulatorio de LH y FSH. La interpretación actual es que los ciclos suprimidos por destrucción del núcleo arcuato en la mona, pueden reinstaurarse simplemente con la administración intravenosa de manera pulsátil, de 5 µg, de GnRH cada hora. Sin variar para nada la frecuencia de administración de este decapeptido ni la magnitud de sus pulsos, la mona es capaz de reinstaurar un ciclo menstrual absolutamente normal, con la presencia de un pico ovulatorio de LH y FSH en la mitad del ciclo (9,10,11).

Si la misma cantidad de GnRH administrada con una frecuencia similar es capaz de desencadenar una serie de cambios en ambas gonadotropinas con la presencia de picos ovulatorios en la mitad del ciclo, deberemos volver a la interrelación hipófisis-ovario como lugar de génesis de la mayoría de los cambios hormonales que dan lugar al ciclo menstrual, desempeñando el hipotálamo un mero papel secundario en su desarrollo.

Mecanismos da "feed-back" hipotálamo-hipófiso-gonadales. Los mecanismos fundamentales de regulación entre las gonadotropinas y el

GnRH y los productos de secreción gonadal siguen el principio de la retroalimentación negativa. Cuando bajan los niveles de T, disminuye su efecto inhibitorio sobre el hipotálamo y se aumenta la secreción de GnRH que, a su vez, estimula las gonadotropinas. La LH aumentada producirá una elevación de los niveles de T, y al revés (11).

La secreción de FSH adenohipofisaria se regula fundamentalmente por la inhibina, que tiene una acción selectiva a nivel hipofisario, disminuyendo los niveles de FSH tanto basales como tras estímulo con GnRH, sin modificar los niveles de LH.

5. Control del proceso puberal

El momento de aparición de la pubertad está determinado por factores genéticos hereditarios y se modifica a través de toda una serie de factores del entorno que actúan al parecer a través del SNC. Los factores socioeconómicos, la nutrición, la salud y los factores geográficos parecen jugar un papel importante (Fig. 2).

Los mecanismos específicos determinantes del comienzo puberal sin embargo son poco conocidos. Parece que el peso juega según Frisch y cols (14) un papel preponderante e independiente de la edad cronológica. Para estos autores el "peso crítico serían 48 kg. para la menarquía, lo que explicaría el adelantamiento puberal en la obesidad moderada frente al retraso en la malnutrición o/y estados de actividad física intensa (15).

También la glándula pineal se ha involucrado, como parte de un complejo regulador a través de la producción de melatonina (16), que es un potente antigonadotrópico, si bien esta posibilidad parece haber ido perdiendo fuerza. Las feromonas (17) la luz y la temperatura juegan también papeles importantes.

Durante la etapa fetal, existen unos niveles elevados de hormonas sexuales y el eje H-H-G funciona en todos sus componentes endocrinos. A partir del nacimiento, parece extremarse la sensibilidad del eje H H al "feed back" negativo ejercido por las hormonas sexuales, de forma que cantidades extremadamente pequeñas de estas (E, en niñas y T en niños) son capaces de frenar la producción de GnRH y por lo tanto de las Gonadotropinas. Según se acerca la pubertad, y bajo el influjo de la maduración del SNC - HÍPOTALAMO por un lado, y de la respuesta a señales específicas por otro va disminuyendo la sensibilidad del eje H H de forma que son necesarias cantidades cada vez mayores de esteroides sexuales para frenar GnRU-LH-FSH, hasta que llega a establecerse un nuevo equilibrio (18). De hecho en niños prepuberles bastan con cantidades muy pequeñas para frenar el eje mientras que en adolescentes ya en la pubertad o en adultos son necesarias

dosis mucho más altas (19, 20) estableciéndose un nuevo equilibrio de todo el eje, con unos niveles mucho más elevados de hormonas sexuales que conducen a la aparición de los caracteres sexuales secundarios. (Fig. 3)

No se conocen todavía los cambios humorales que dan lugar a las alteraciones en la sensibilidad del gonadostato y conducen a un incremento de la frecuencia y amplitud de las descargas de GnRH, aunque se ha involucrado varios neurotransmisores. La Noradrenalina incrementa la síntesis y liberación de gonadotropinas mientras que la dopamina parece ser Inhibidora lo mismo que la melatonina (21, 22).

Se han considerado también a los opiáceos endógenos como elementos importantes en el desarrollo puberal (23) ya que la administración de antagonistas de sus receptores es capaz de potenciar la respuesta de las gonadotropinas al GnRH una vez establecida esta y no antes.

Finalmente también la inhibina parece jugar también un papel en la regulación del gonadostato bloqueando la liberación de gonadotropinas (Fig. 4).

La caída en los niveles de gonadotropinas que ocurre entre los 4 y los 11 años, se explica en parte según la teoría del gonadostato, pero como aparece también en niños agonadales, ésta no puede ser la única (24) y se postula la existencia de un mecanismo intrínseco inhibitorio de naturaleza desconocida, cuya supresión daría lugar a la reactivación del HHG durante la pubertad. Este mecanismo juntamente con el gonadostato serían los últimos responsables de la puesta en marcha del periodo puberal.

6. Papel de la GH - IGF-I - GHRH

Cada vez son mayores las evidencias del papel que juegan otros factores distintos del eje H.H.G. en el desarrollo puberal. En estos últimos años ha ido aumentando el interés sobre todo por la GH y el GHRH.

Las observaciones clínicas, que el déficit aislado de GH se asocia frecuentemente con un retraso de la pubertad (25), de la función de las células intersticiales de Leydig (26, 27, 28) y su respuesta a las gonadotropinas exógenas (29). Además el tratamiento con GH es capaz de restablecer la función endocrina testicular en pacientes infértiles (30) indicando que la GH tiene una función permisiva sobre la función testicular (29,31), teniendo en cuenta que la GH se incrementa durante la pubertad, en estrecha relación con las hormonas sexuales (32) su posible relación con el proceso puberal parece evidente. Por otra parte, Argente y cols (33) han visto que los niveles plasmáticos de GHRH se incrementan durante la pubertad alcanzando los niveles máximos durante la P3 en niños y P4 en niñas seguidos en ambos casos de

una disminución en los niveles, con lo que se puede postular que es todo el eje GHRH-GH el involucrado.

Además, Harris y cols. (7) han visto que las concentraciones de Som C/IGF I presentan unos valores máximos correspondientes a P3 en ambos sexos, y con una mucho mejor correlación con el estadio puberal que con la edad cronológica. Teniendo en cuenta que el tratamiento con análogos de LHRH disminuyen la secreción de GH - IGF I, estos autores concluyen que el de los esteroides sexuales sobre IGF-I está mediado por la estimulación de la secreción de GH.

El Crecimiento durante la pubertad es pues un efecto sinérgico de GH-IGF-I (34, 35) con los esteroides sexuales (29, 31, 36).

Hay otra serie de datos que relacionan la función del eje HHG con el eje GHRH-GH-IGF-I. Bajo el estímulo de la FSH, las células de la granulosa ovárica son capaces de sintetizar IGF I, que a su vez parece ser el responsable de la diferenciación, crecimiento y maduración de las células foliculares, (37) además de estimular la producción de andrógenos por las células fetales juntamente con la LH (38). Por otro lado el tratamiento simultáneo de pacientes infértiles con gonadotropinas y GH consiguen una respuesta macho más brillante con aumento del número de ovocitos reclutados y más elevados niveles de estrógenos (39). También la IGF I se ha visto que es capaz de potenciar la acción aromatizadora de la FSH sobre los andrógenos para su paso a estrógenos (40).

Bien sea la acción de la GH per se, la de la IGF I o la de la GHRH, lo cierto es que este eje desempeña un papel cadyuvante muy importante también durante el proceso puberal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Du Charme J.R. Normal Puberty: Clinical Manifestations and their Endocrine Control. Pediatric Endocrinology. Raven Press, Ltd., New York, 1989.
- 1 BIS. Aguilar E. Pubertad en FISIOLÓGÍA ENDOCRINA. Tresguerres J.A.F. ed. EUDEMA, Madrid. 1989. pp 311-325.
2. Marshall, W.A., and Tanner, J.M. (1970): Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch. Dis. Child., 45:1323.
- 2 BIS. Styne D.M. and Grumbach M.M. Puberty in the male and female en Reproductive endocrinology, SCC Yer and R. Jaffe eds., 1986, pp 313-384.
3. Moreno Esteban, B., y Tresguerres, J.A.F. Fisiología de las gonadotropinas. Hipogonadismos hipogandotróficos. Medicine 33:1405-1413 (1985).
4. Jakacki, R.I., Kelch, R.P., Sauder, S.E., Lloyd, J.S., Hopwood, N.J., and Marshall, J.C. (1982) Pulsatile secretion of Luteinizing hormone in children. J. Clin. Endocrinol. Metab. 55:453-458.
- 4 BIS. Tresguerres, J.A.F., Rodríguez Poyo-Guerrero, P., Pato Castel, I. Posibilidades actuales en el diagnóstico de los hipogonadismos hipogonadotróficos. An. Med. Interna 6:598-602 (1989).
5. Delemarre-van-de Waal, H.A., Van den Brande, J.L., and Schoemaker, J. (1985). Prolonged pulsatile administration of luteinizing hormone-releasing hormone in prepubertal children: Diagnostic and physiologic aspects. J. Clin. Endocrinol. Metab., 61:859-867.
6. August G.P., Grumbach M.M. and Kaplan S.L. Hormonal changes in puberty. J. Clin. Endocrinol. Metab. 34:319 (1972).
7. Harris, D.A., Van Vliet, G., Eglí, C.A., Grumbach, M.M., Kaplan, S.L., Styne, D.M., and Vainsel, M. (1985). Somatomedin-C in normal puberty and in true precocious puberty before and after treatment with a patient luteinizing hormone-releasing hormone agonist. J. Clin. Endocrinol. Metab., 61:152-159.
8. Reiter, E. O., and Grumbach, M.M. (1982): Neuroendocrine control mechanisms and the onset of puberty. In: Annual Review of Physiology, edited by I.S. Edelman, R.M. Berne, pp. 595-613. Annual Reviews, Palo Alto, Cal.

9. Knobil E. The neuroendocrine control of the menstrual cycle. recent Prog. Horm. Res 36:53 (1980).
10. Knobil E., Vildt, L. Neuroendocrine control of the ovarian function in higher primates en Leyendecker G., Stock H., y Vildt L., eds Brain and pituitary peptides II, Karger, Munich, 1983, pp. 11-30.
11. Tresguerres, J.A.F. Reproducción I y II en FISIOL. ENDOCRINA (J.A.F. Tresguerres) ed. EUDEMA, Madrid, 1989, pp. 258-310.
12. Shao-yao Ying. inhibins, activins and follistatin. Gonadal proteins modulating the secretion of FSH. Endocrine Reviews 9:267, 1988.
13. Moreno Esteban, B., Pérez-Méndez, L., Pato Castel, I. y Tresguerres, J.A.F. Respuesta del glucuronato de testosterona a diferentes dosis de estímulo con HCH. Endocrinología 30:129-133 (1983).
14. Frisch, R.E., and R. Revelle. Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weights and adolescent events. Science 169:397, 1970.
15. Frisch, R.E., H. Wyshak, and L. Vincent. Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers, N Engl J Med 303:17, 1980.
16. Cohen, H.N., I.D. Hay, T.M. Annesley, G.H. Beastall, A.M. Valace, R. Spooner, J.A. Thomson, P. Eastwold, and G.G. Klee. Serum immunoreactive melatonin in boys with delayed puberty, Clin Endocrinol 17:517 (1982).
17. Ojeda, S.R., W.W. Andrews, J.P. Advís, and S.S. White. Recent advances in the endocrinology of puberty, Endocrine Rev. 1:228 (1980).
18. Reiter, E.O., and Kulin, H.E. (1972): Sexual maturation in the female. Pediatr. Clin. North. Am., 19:581-603.
19. Kelch, R.P. Kaplan, S.L., and Grumbach, K.M. (1973): Suppression of urinary and plasma follicle-stimulating hormone by exogenous estrogens in prepubertal and pubertal children. J. Clin. Invest., 52:1122-1128.
20. Reiter, E.O., Kulin, H.E., and Hamwood, S.M. (1974): The absence of Positive Feedback between estrogen and luteinizing hormone in sexually immature girls. Pediatr. Res., 8:740-745.
21. Attanasio, A., Robkamp, R., Bernasconi, S., Terzi, C., Ranke, M.B., Giovanelli, G., and Gupta, D. (1987): Plasma adrenocorticotropin, cortisol, and dehydroepiandrosterone response to corticotropin-releasing factor in normal children during pubertal development. Pediatr. Res.

22. Bala, R., Lapatka, F., Leung, A., McCoy, E., and MacArthur, R. (1981). Serum immunoreactive somatomedin levels in normal adults, pregnant women at term, children at varicose age, and children with constitutionally delayed growth. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 52:508-512.
23. Mauras, N., Veldhuis, J.D., and Rogol, A.D. (1986). Role of endogenous opiate in pubertal maturation: Opposing actions of naltrexone in prepubertal and late pubertal boys. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 62:1256-1263.
24. Conte, F.A., M.N. Grumbach, S.L. Kaplan and E.O. Reiter. Correlation of LRF-induced LH and FSH release from infancy to 19 years. with the changing pattern of gonadotropin secretion in gonadal patients: Relation to the restraint of puberty, *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 50:1163, 1981.
25. Tanner, J.M. and Whitehouse, R.H. (1975). A note on the bone age at which patients with true isolated growth hormone deficiency enter puberty. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 41:788-790.
26. Paulsen, C.A., Espeland, D.H., and Michals, E.E. (1970). Effects of hCG, hMG, hLH and hGH administration on testicular function. In: *Human Testis*, edited by E. Rosenberg and C.A. Paulsen, pp. 547-562. Plenum Press, New York.
27. Rivarola, M.A., Heinrich, J.J., Podesta, E.J., De Chojnik, M.F., and Bergara, C. (1972). Testicular function in hypopituitarism. *Pediatr. Res.*, 6:634-640.
28. Zachmann, M. (1972). The evaluation of testicular endocrine function before and in puberty. Effect of a single dose of human chorionic gonadotropin on urinary steroid excretion under normal and pathological conditions. *Acta Endocrinol. (Suppl.) (Copenh.)*, 164:3-94.
29. Kulín, H.E., Samojlik, E., Santen, R., and Santen S. (1981). The effect of growth hormone in the Leydig cell response to chorionic gonadotropin in boys with hypopituitarism. *Clin. Endocrinol.*, 15:463-472.
30. Swerdloff, R.S., and Odell, W.D. (1977). Modulating influence of FSH, GH, and prolactin on LH-stimulated testosterone secretion. In: *The testis in Normal and Infertile men*, Edited by P. Troen and H.R. Nankin, pp. 395-401. Raven Press, New York.
31. Liu L., Merriam, G.R., and Sherins R.J. (1987). Chronic sex steroid exposure increases mean plasma growth hormone concentration and pulse amplitude in men with isolated hypogonadotropic hypogonadism.

F. Clin. Endocrinol., 64:651-656.

32. Mauras, N., Blizzard. R.M., Link, K., Johnson, M.L., Rogol, A.D., and Veldhuis, J.D. (1987). Augmentation of Growth hormone secretion during puberty; Evidence for a pulse amplitude modulated phenomenon. F. Clin. Endocrinol. Metab., 64:596-601.
33. Argente, J., Evaín-Brion, D. , Muñoz-Villa, A., Garnier, P., Hernández, M., and Donnadieu, M. (1986). Relationship of plasma growth hormone-releasing hormone levels to pubertal changes. J. Clin. Endocrinol. Metab., 63:680-682.
34. Luna, A.M. , Wilson, D.W., Wibbelsman, C.J., Brown, R.C., Nagashima, R. J., Hintz, R. L., and Rosenfeld, R.G. (1983). Somatomedin in adolescence: a cross sectional study of the effect of puberty on plasma insulin like growth factor I and II. J. Clin. Endocrinol. Metab., 57:268-271.
35. Rosenfield. F.I., Furlanetto, R., and Bock, E. (1983). relationship of somatomedin-C concentrations to pubertal changes. J. pediatr., 103:723-728.
36. Zachmann, M., and Prader, A. (1970). Anabolic and androgenic effect of testosterone in sexually immature boys and its dependency on growth hormone. J. Clin. Endocrinol. Metab., 30:85-95.
37. Caubo, B., De Vinna R.S., and Tonetta S.A. Regulation of Steroidogenesis in Cultured Porcine Theca Cells by Growth Factors. Endocrinol 125:321, 1989.
38. Magoffin D.A., Kurtz K.M., Ericksson G.F., 1990. IGF-I selectively stimulates Cholesterol side chain cleavage expression in ovarian thecal cells Mol. Endocrinol., 4:489.
39. Homburg R., Vest C., Torresani T., and Jacobs H.S. (1990). Cotreatment with hGH and gonadotropins for induction of ovulation: a controlled clinical trial Fert & Sterility 53:254.
40. Adashi E.Y., Resnick C.E., Svoboda M.E., Van Wyk J.J. 1985. Somatomedin C synergises with follicle stimulating in the acquisition of progesterin biosynthetic capacity by cultured rat granulosa cells. Endocrinology, 116:2135-2142.

Tabla I

ETAPAS DEL DESARROLLO PUBERAL EN NIÑAS Y NIÑOS SEGÚN MARSHALL Y TANNER

	NIÑOS	NIÑAS
P1	Prepuberal. Testículo < 2,5 cm. diámetro longitud.	Prepuberal.
P2	Comienzo desarrollo testicular (2.5-3,2 cm). Escroto ligeramente pigmentado y rugoso. Aparición de vello escrotal.	Botón areolar. Con o sin aparición de vello pubiano.
P3	Longitud testicular superior a 3.5 cm Aumento de tamaño peneano. Aumento de vello pubiano con o sin vello axilar.	Aumento tamaño de la glándula mamaria. Aparición de vello pubiano y axilar. Olor corporal apocrino característico.
P4	Longitud testicular 4,1-4,5 cm. Aumento de grosor y longitud del pene. Cantidad de vello pubiano adulta. Aparición de barba y vello corporal característico. Voz más profunda. Acné. Eyaculación.	Aumento mamario. Acné. Menarquia posible.
P5	Diámetros mayor testicular > 4,5 cm. Genitales externos y vello sexual de adulto. Espermatogénesis.	Mama adulta con areola protingente. Menstruación regular. Extensión del vello pubiano.

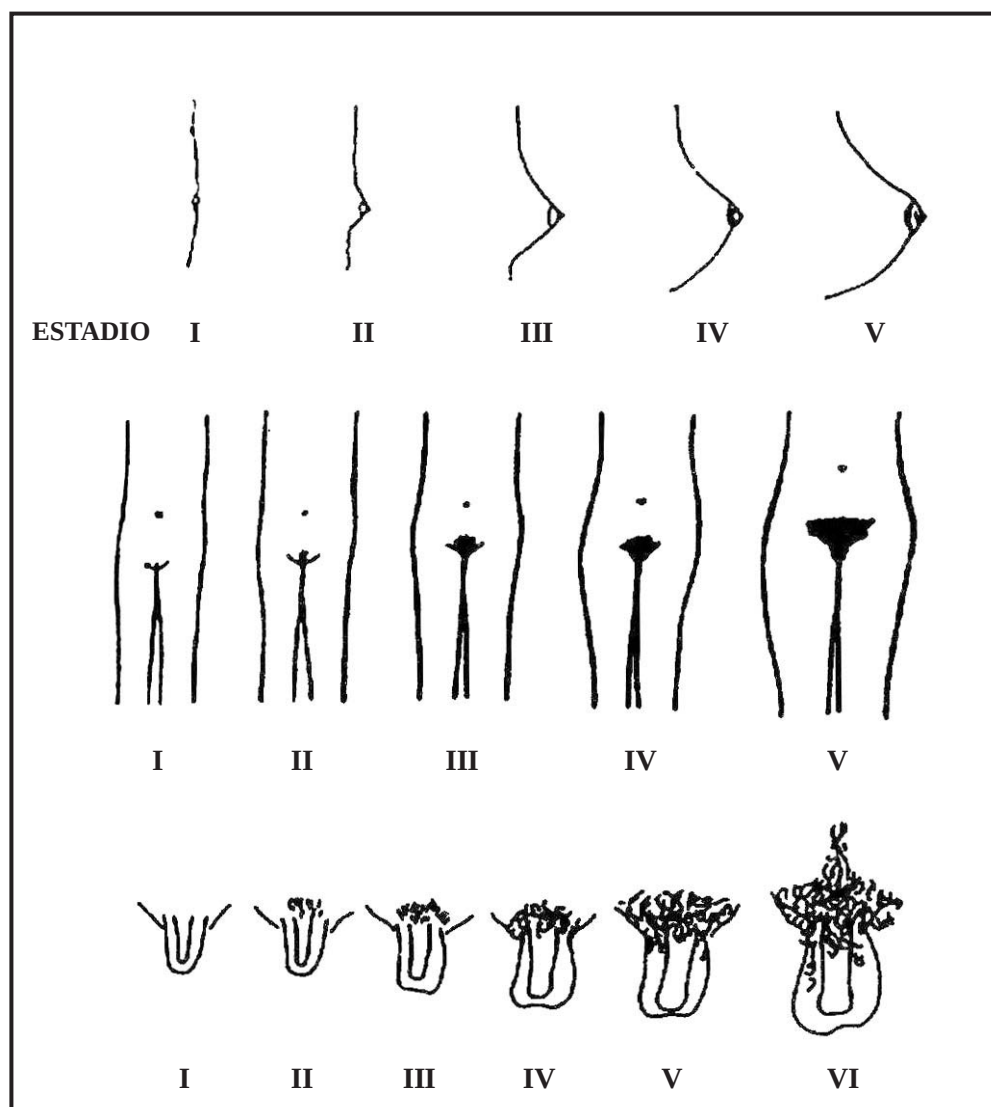


Fig. 1. Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en niños y niñas.

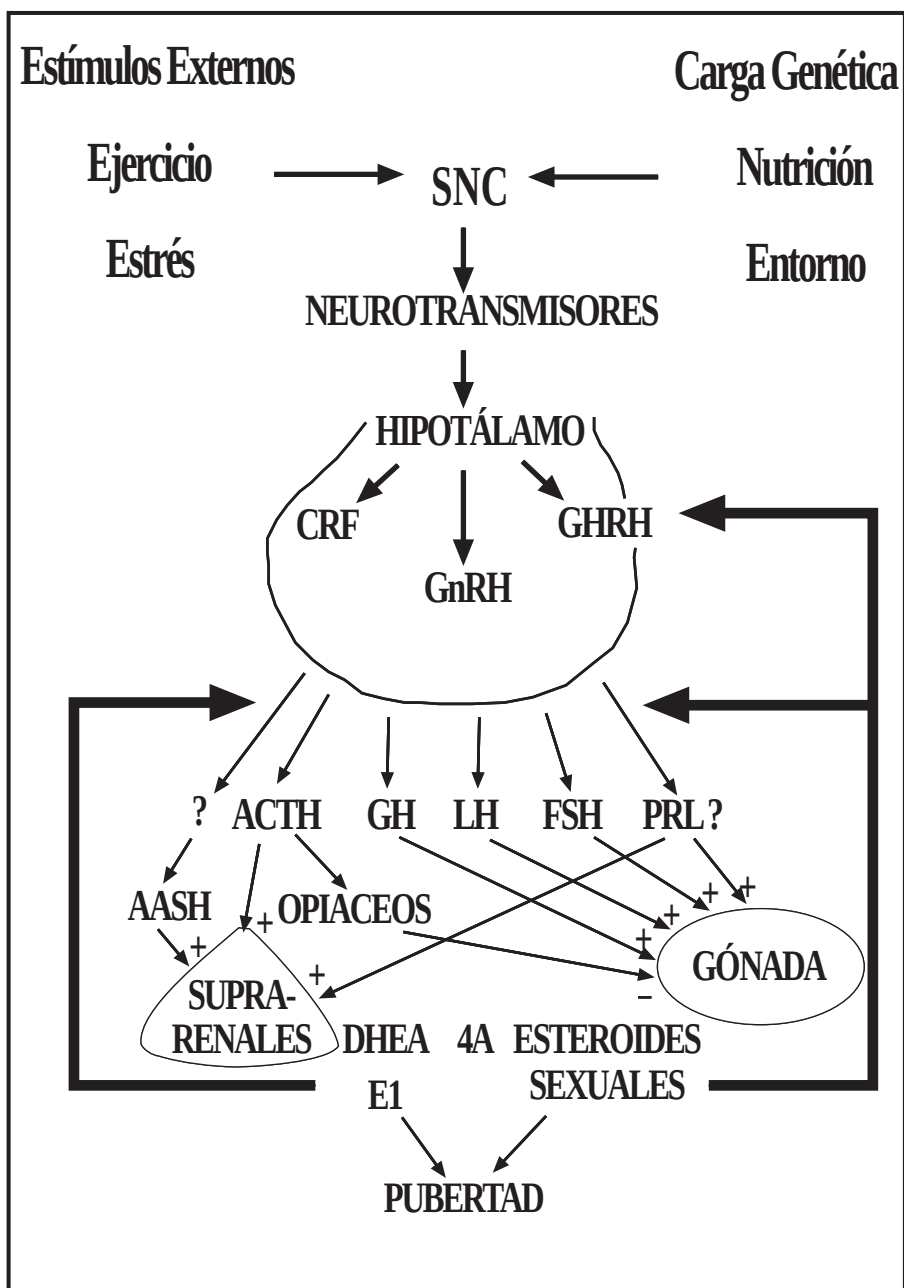


Fig.2. Factores que influyen la pubertad

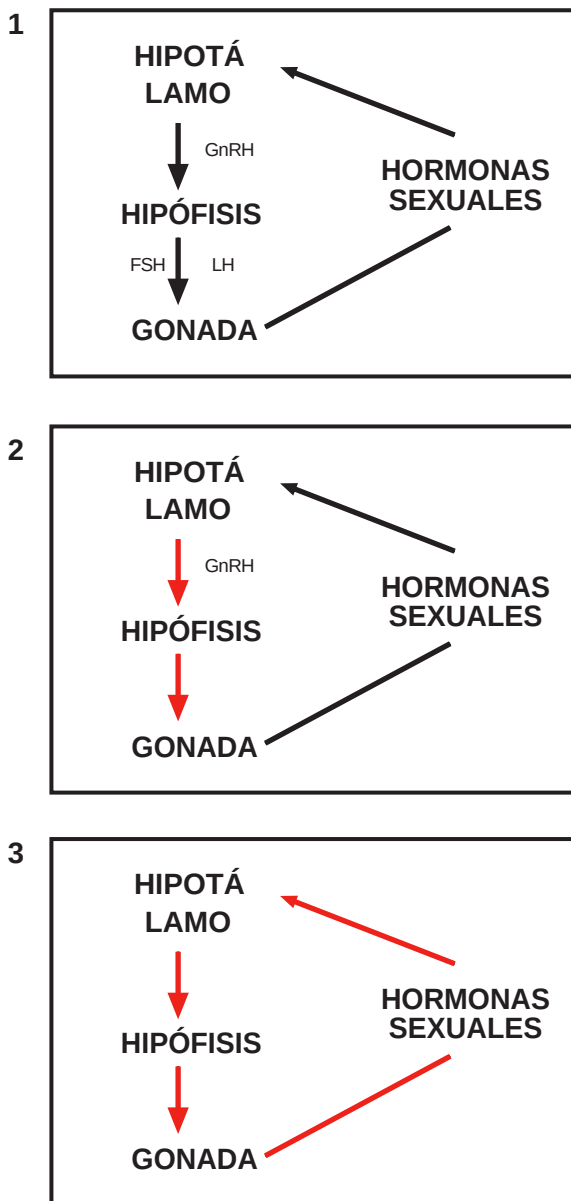


Fig. 3. Modificación de la sensibilidad del gonadostato. Eje Hipotálamo Hipófiso Gonadal. 1. Situación prepuberal. 2. Activación de hipotálamo. 3. Situación adulta con aumento de secreción de hormonas sexuales por disminución de la sensibilidad hipotálmica al feed back negativo de las mismas.

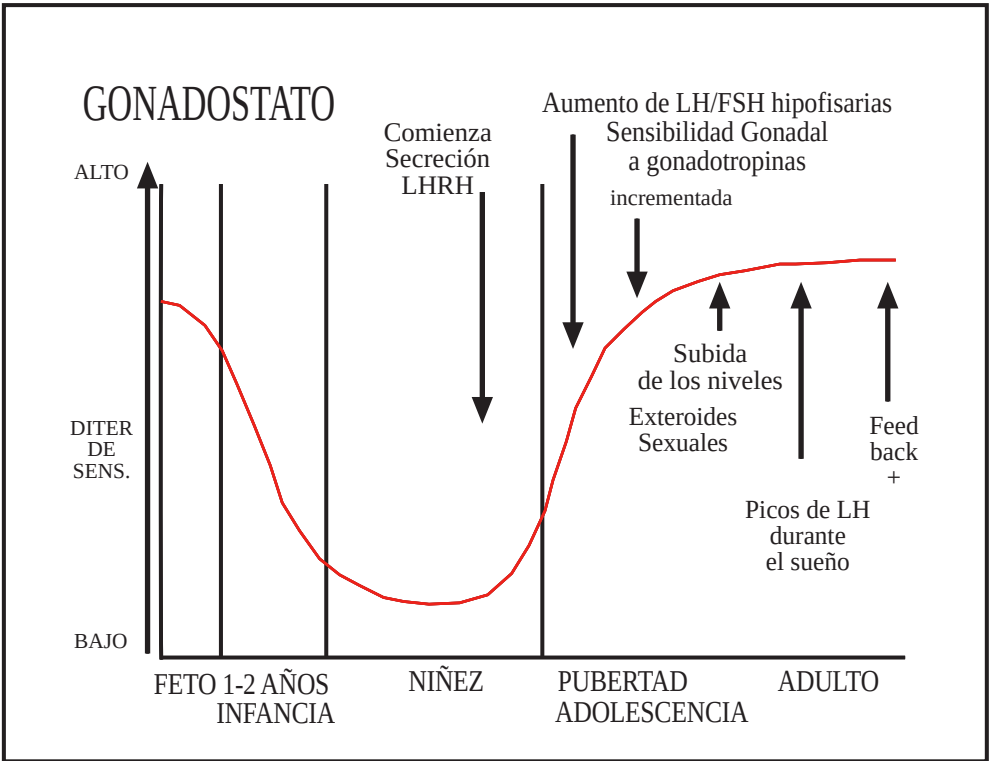


Fig. 4. Evolución de la sensibilidad del Gonadostato

Precocidad sexual

A. Monzó, A. Argudo Pechuán, M. Romeu

PRECOCIDAD SEXUAL

A. Monzó, A. Argudo Pechuán, M. Romeu

Hospital Clínico Universitario de Valencia
Hospital Universitario La Fe. Valencia

En sentido estricto "pubertad" designa el hecho de cubrirse de pelo y, en consecuencia, señala el inicio del aumento de la acción androgénica que se produce como consecuencia de la adrenarquia, precediendo a la activación de la función ovárica. Sin embargo, con el término pubertad se designa, habitualmente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Pubertad precoz es el término que, en medicina, explica el hecho de un inicio de desarrollo sexual a una edad anormalmente temprana.

La edad a la que se inician los cambios puberales depende de numerosos factores que se han puesto de manifiesto a través de estudios de población; posiblemente, el más importante de ellos es la herencia.

Los estudios de población han permitido determinar la edad media a la que, en dependencia de factores familiares, raciales, geográficos, alimentarios, etc..., se producen distintos acontecimientos que marcan la maduración sexual. Si se toma 2,5 desviaciones típicas por debajo de esta edad media, se puede determinar que determinada niña está presentando una pubertad precoz, hecho que necesita atención médica y psicológica.

La pubertad se inicia en las niñas por el agrandamiento de la areola mamaria y la aparición del "botón mamario", aunque, ocasionalmente, la aparición de vello pubiano puede precederle. La menarquia o primera hemorragia menstrual es, casi invariablemente, el último acontecimiento de la secuencia y tiene lugar después del pico de aceleración del crecimiento.

Aunque la menarquia supone que el útero ha alcanzado un estadio de madurez y que la función del sistema hipotálamo-hipófiso-ovárico se ha establecido, ello no significa que se haya alcanzado la madurez de la función reproductora y, durante un tiempo, los ciclos ováricos pueden ser anovulares.

Los mecanismos por los que se produce la normal activación puberal de la secreción pulsátil de LHRH por el hipotálamo después de unos 10 años de quiescencia no han sido dilucidados. Resulta particularmente interesante que el eje hipotálamo-hipofisario esté anatómicamente y funcionalmente intacto

durante a segunda mitad de la vida fetal y los primeros meses de a vida extrauterina.

Existen indicios que permiten suponer la existencia de un sistema de inhibición dependiente del sistema nervioso central: por ejemplo, la secreción de LHRH está bloqueada en niños que carecen de gónadas mientras que la administración de LHRH es capaz de inducir el desarrollo puberal completo en animales inmaduros y en pacientes hipogonadotrópicos.

Sin embargo, la demostración de que la administración de N-metil-D-aspartato puede estimular la secreción de LHRH en animales prepúberes confirma que la maduración puberal no está inhibida por factores intrínsecos al sistema neuronal LHRH.

En el desencadenamiento de la pubertad están implicados elementos intrínsecos al SNC, la inhibina, la leptina, los factores de crecimiento semejantes a la insulina y, probablemente, otros no identificados.

La edad de inicio de los cambios puberales varía notablemente de unas niñas a otras, de tal forma que cada uno de ellos puede observarse a lo largo de un rango de edad que comprende 5 años. Sin embargo, los mismos cambios se ajustan más si en lugar de la edad cronológica se considera un parámetro de maduración del organismo, como la edad ósea.

Cabe señalar que la edad a la que se experimentan los cambios puberales se ha modificado notablemente en el curso de los años, como se puede observar en a Figura 1, si se considera, por ejemplo, a edad de la menarquia.

Esta serie de consideraciones tiene como consecuencia que se admita que una niña presenta un desarrollo precoz de la pubertad cuando éste se produce a una edad excesivamente temprana en función de su entorno familiar, racial y geográfico. Existen pocos datos firmemente establecidos pero, en la práctica, puede considerarse que la menarquia antes de los 8 años es un signo de maduración puberal precoz.

En las niñas la pubertad precoz depende siempre de la secreción precoz de hormonas sexuales por la glándula suprarrenal o por el ovario.

Se considera que la pubertad precoz es completa, central o LHRH-dependiente cuando se debe a una reactivación precoz del eje hipotálamo-hipofisario y se acompaña de secreción pulsátil de LH y niveles elevados de FSH y LH.

Se considera que es incompleta o independiente de LHRH cuando se produce precozmente una secreción autónoma de esteroides sexuales suprarrenales u ováricos o cuando éstos son de origen exógeno.

En la Figura 2 se resume en un esquema la fisiología de la pubertad precoz.

Precocidad sexual central

La pubertad precoz es mucho más frecuente en niñas que en niños (5/1) y entre aquéllas son mucho más frecuentes las formas idiopáticas (10/1); sin embargo, no deja de ser necesario investigar las posibles lesiones causantes. Se asocia a una prevalencia aumentada de alteraciones electroencefalográficas.

En ocasiones se observa una clara tendencia familiar en la aparición de pubertad precoz verdadera, que es idiopática y puede mostrar carácter autosómico recesivo o dominante.

Se produce desarrollo de las mamas y de los labios menores y la progresión de los signos puberales es más o menos rápida. El crecimiento de vello pubiano se produce o no en dependencia de que la adrenarquia acompañe o no a la gonadarquia. Esto no suele suceder cuando la edad de aparición del trastorno es menor de 5 ó 6 años; en consecuencia, el crecimiento de vello pubiano suele faltar en las niñas menores de 6 años.

La aparición de caracteres sexuales secundarios puede acompañarse de la aceleración del crecimiento típico de la pubertad y, en estos casos, los niveles de GH e IGF-I están elevados.

Tanto la evolución del desarrollo de los caracteres sexuales como el crecimiento pueden ser más o menos rápidamente progresivos e incluso evolucionar con fluctuaciones de progresión y regresión.

En todos los casos de pubertad precoz central o LHRH-dependiente los niveles de gonadotrofinas, la pulsatilidad de las mismas y la respuesta a la administración de LHRH son normales para el estadio puberal alcanzado.

La pubertad precoz central se divide básicamente en dos categorías: idiopática y neurogénica. En el primer caso no es posible demostrar la existencia de patología alguna a nivel del SNC mientras que la de tipo neurogénico se presenta en el contexto de una amplia variedad de lesiones de aquíel.

Fisiopatología

En el caso de la pubertad precoz idiopática, es decir, la forma clínica en la que no se observan lesiones del SNC, se produce por activación precoz de las células neurosecretoras de LHRH y todo parece indicar que se trata de un fallo de los mecanismos que, en condiciones normales actúan como represores de esta activación. En todo caso, la causa exacta de esta precoz activación neuronal no es conocida. La secreción pulsátil de LHRH induce la producción de gonadotrofinas y éstas activan la secreción de esteroides gonadales: la consecuencia es la aparición precoz de los caracteres sexuales secundarios.

Muy variadas lesiones del SNC en distintas localizaciones pueden causar el inicio precoz de los cambios puberales de forma LHRH-dependiente. Puede tratarse de tumores, como gliomas del nervio óptico, quistes aracnoideos post-infecciosos, granulomas, etc. La pubertad precoz puede presentarse como consecuencia de lesiones inflamatorias de origen infeccioso, como encefalitis o abscesos cerebrales. También puede ser causada por irradiaciones craneales por tumores o leucemia.

El hamartoma del tuber cinereum constituye un caso particular de tumor asociado a pubertad precoz de origen central. Se trata de tumores congénitos compuestos por neuronas neurosecretoras, bucles de fibras nerviosas y células gliales. La pubertad precoz, a menudo muy temprana, puede asociarse a convulsiones focales o generalizadas, retraso mental y trastornos del comportamiento. Estas formaciones contienen neuronas productoras de LHRH que envían axones a la eminencia media. Deben ser consideradas como un oscilador ectópico, que no está sujeto a los mecanismos inhibitorios normales y que produce liberación pulsátil de LHRH a la circulación portal, induciendo la liberación pulsátil de gonadotrofinas.

Neurofibromas hipotalámicos causantes de pubertad precoz pueden ocurrir en la neurofibromatosis o enfermedad de von Recklinghausen. Esta es una enfermedad hereditaria, que se transmite con carácter autosómico dominante de penetrancia variable. Se acompaña de múltiples manchas "café con leche", neurofibromas subcutáneos o profundos y alteraciones esqueléticas variables; en particular, neurinomas de las raíces nerviosas medulares pueden causar dolor y disfunciones sensitivas y motoras. La degeneración sarcomatosa de las tumoraciones nerviosas se produce en un 5 a 15 por cien de los casos. La neurofibromatosis puede cursar con convulsiones, trastornos visuales y retraso mental.

1. Telarquia precoz

Se caracteriza por el desarrollo aislado de tejido mamario que tiene lugar fundamentalmente en niñas menores de 2 años de edad y rara vez en niñas mayores de 4 años. El desarrollo mamario puede estar ya presente al nacimiento y, en este caso, es debido a la acción de los estrógenos maternos sobre la mama fetal.

Este trastorno, que a menudo regresa espontáneamente, es benigno y compatible con un ulterior desarrollo normal de la pubertad.

Pudiendo ser unilateral, es la causa más frecuente de desarrollo mamario asimétrico y no debe ser motivo de innecesarias intervenciones quirúrgicas.

El desarrollo estatural no suele verse afectado en este tipo de trastorno.

2. Menarquia precoz

En ocasiones se ha comprobado la existencia de la menarquia en niñas de 1 a 9 años de edad, en ausencia de cualquier otro signo de cambio puberal. La causa es desconocida. En general, las hemorragias ceden y, con la cronología adecuada, los cambios puberales se producen normalmente.

No obstante, en un 50 por cien de las niñas que sangran precozmente suele encontrarse una lesión debida a infecciones, cuerpos extraños y neoplasias.

Siempre debe descartarse una posible agresión sexual.

3. Pubarquia precoz

Se denomina así la aparición de vello pubiano debida a la presentación de la adrenarquia antes de los 8 años de edad, si no va acompañada de otros signos de desarrollo puberal. Esta situación es debida a un aumento en la producción de andrógenos suprarrenales que suele aparecer antes de los 6 años de edad.

La prevalencia está, aumentada en niñas con daño cerebral y los patrones electroencefalográficos pueden estar alterados.

Es compatible con el desarrollo normal del resto de caracteres sexuales secundarios.

Han sido descritos raros casos familiares.

Puede presentarse en niñas con déficits parciales de enzimas suprarrenales, aunque la prevalencia de pubarquia precoz en pacientes con este tipo de déficit enzimático no es conocida. En la Figura 3 se resume en un esquema la fisiopatología de la precocidad sexual central.

Precocidad sexual incompleta

Se denomina así la precocidad sexual que no es debida a la reactivación del sistema hipotálamo-hipofisario, sino a la producción prematura de esteroides sexuales por la suprarrenal o por el ovario, cuando ésta se produce de forma autónoma o como consecuencia de un trastorno periférico. En las Figuras 4, 5 y 6 se esquematiza la fisiopatología de la precocidad sexual de causa adrenal ACTH dependiente o independiente, o de causa ovárica.

Parece más adecuado denominarla precocidad sexual periférica.

Las formas de **origen adrenal** pueden ser debidas a déficits de los enzimas que participan en la síntesis de cortisol y a tumores suprarrenales productores de esteroides sexuales (andrógenos o estrógenos).

El diagnóstico se lleva a cabo mediante determinaciones hormonales (basales o tras ACTH) o mediante tomografía computarizada de la suprarrenal.

Ocasionalmente se asocian signos de hipercortisolismo.

Siempre es delicado el tratamiento con corticoides en la infancia (y, en todo caso, debe ser cuidadosamente monitorizado) porque puede tener como consecuencia una inhibición del desarrollo estatural.

Las formas de **origen ovárico** pueden ser debidas a:

—*Quistes ováricos*

Se trata de quistes foliculares, en general de pequeño tamaño. El diagnóstico se hace mediante ecografías seriadas.

—*Enfermedad de McCune-Albright*

Este síndrome está ocasionado por la mutación de la subunidad G_{α} del complejo de la proteína G, que la hace constitucionalmente activa. Aunque el fenotipo resultante es muy variado, en dependencia del momento del desarrollo en que se produjo la mutación el trastorno cursa con pigmentaciones cutáneas tipo café con leche, displasia poliostótica fibrosa del esqueleto y pubertad precoz asociada a quistes ováricos recurrentes. Aumentos periódicos de estradiol son detectables, en ausencia de estimulación gonadotropa.

—*Tumores ováricos*

Distintos tipos histológicos del ovario derivados de líneas celulares de la granulosa y la teca, incluso del estroma y de líneas germinales puede cursar con precocidad sexual.

En general, se trata de tumores poco frecuentes y, al menos los derivados de granulosa y teca, son muy poco invasivos o metastásicos.

—*Tumores hipofisarios*

Aunque han sido diagnosticados en casos de precocidad sexual, son extraordinariamente raros y no existen suficientes datos acerca de estos tumores en la infancia.

—*Hipotiroidismo primario*

Ocasionalmente, niñas hipotiroideas han presentado precocidad sexual asociada a retardo de crecimiento y galactorrea. El cuadro hormonal se caracteriza por bajas T3 y T4 y elevación de TSH y PRL. FSH y LH pueden estar elevadas, lo que puede contribuir a confusión en el diagnóstico.

El tratamiento con hormonas tiroideas hace remitir rápidamente el trastorno.

Precocidad sexual exógena

Las niñas prepúberes son muy sensibles a los estrógenos exógenos y no es infrecuente que el uso de pomadas, lociones, etc... se haya visto implicado en casos de precocidad sexual. También se conocen casos consecutivos a la ingesta de carnes contaminadas con estrógenos.

Precocidad contrasexual

Se define con este concepto la situación de niñas que desarrollan una pubertad precoz al mismo tiempo que se virilizan.

Se trata de situaciones poco frecuentes:

- | Déficit de 3 β -hidroxi esteroide deshidrogenasa/ Δ 5-isomerasa.
- | Formas incompletas de resistencia a los andrógenos en sujetos XY.
- | Síndrome de Cushing.
- | Arrenoblastoma.
- | Gonadoblastoma.

Manejo de la paciente

Muy verosíblemente, si hay una situación que pueda hacer sufrir a un médico, es la de ver a un niño enfermo y, entre las situaciones en las que tanto un niño como su entorno sufren, se encuentra el patetismo de la niña que padece precocidad sexual. Esto hace del manejo de estas pacientes uno de los problemas más delicados de la práctica médica en ginecología.

Probablemente, la mayor parte de las niñas que desarrollan una pubertad precoz serán adultas orgánicamente normales y del manejo de la situación, de su desdramatización, dependerá que lleguen a ser adultas psíquicamente normales.

Las preocupaciones del médico que se responsabiliza del cuidado de una niña afecta de precocidad sexual deben ser:

1. Determinar si se trata de un trastorno funcional o si, por el contrario, se trata de un trastorno orgánico y, en este caso, valorar en qué medida el trastorno causal amenaza la salud e incluso la vida.
2. Diagnosticar la causa del trastorno, establecer un pronóstico y, en la medida de lo razonable, tranquilizar a la paciente y a su entorno familiar, tanto en cuanto a las repercusiones a corto plazo como en las repercusiones a largo plazo.

3. Llevar a cabo el tratamiento más oportuno.
4. Tomar las medidas necesarias para que la paciente sufra el menor trauma psíquico posible.

Debe ser tomada una cuidadosa historia familiar y personal, poniendo especial cuidado en tomar la cronología de la aparición de alteraciones y la progresión de las mismas. Debe también hacerse un gráfico que permita establecer la velocidad de crecimiento estatural y sus cambios.

La posibilidad de absorción de estrógenos exógenos debe ser investigada.

Debe practicarse una cuidadosa exploración física de carácter general durante la cual se investigue la presencia de pigmentaciones, de alteraciones neurológicas y de masas abdominales. Además debe realizarse una exploración ecográfica de útero, anexos y suprarrenales.

La situación, en función de los estadios, de Tanner, debe ser establecida, y debe investigarse la existencia de galactorrea.

Las siguientes exploraciones complementarias son siempre de utilidad diagnóstica:

- 1 Determinación basal de FSH, LH, TSH, hGH y estradiol.
- 1 Valoración de la respuesta de FSH y LH a la administración de LHRH.
- 1 Determinación de la edad ósea.
- 1 Resonancia magnética de cráneo.

En ocasiones, se hace necesario el estudio de la función suprarrenal, con el fin de determinar la existencia de defectos enzimáticos virilizantes o de síndrome de Cushing.

El tratamiento más eficaz en la actualidad es la administración de agonistas de LHRH. Con ellos se consigue detener la progresión de los signos puberales e incluso hacerlos regresar. También su efecto sobre la talla final es beneficioso.

En los casos en que se asocia un déficit de hGH es necesaria la administración de ésta.

Obviamente los tumores deben ser tratados específicamente.

Debe ponerse especial atención a los problemas psicológicos que la precocidad sexual puede ocasionar y debe asociarse el tratamiento por el psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Styne DM, Grumbach MM (1991).
Disorders of Puberty in the Male and Female.
En: Yen, SCC, Jaffe, RB. Reproductive Endocrinology. Physiology, Pathophysiology and Clinical Management (3ª edición). Ed. WB Saunders Company, Philadelphia, pp. 511-554.
2. Abnormal Puberty and Growth Problems (1994).
En: Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility (5ª edición). Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 361-399.
3. Boepple PA, Crowley, WF (1996).
Delayed Puberty.
En: Adashy EY, Rock JA, Rosenwaks Z. Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology. Ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, pp. 989-1006.

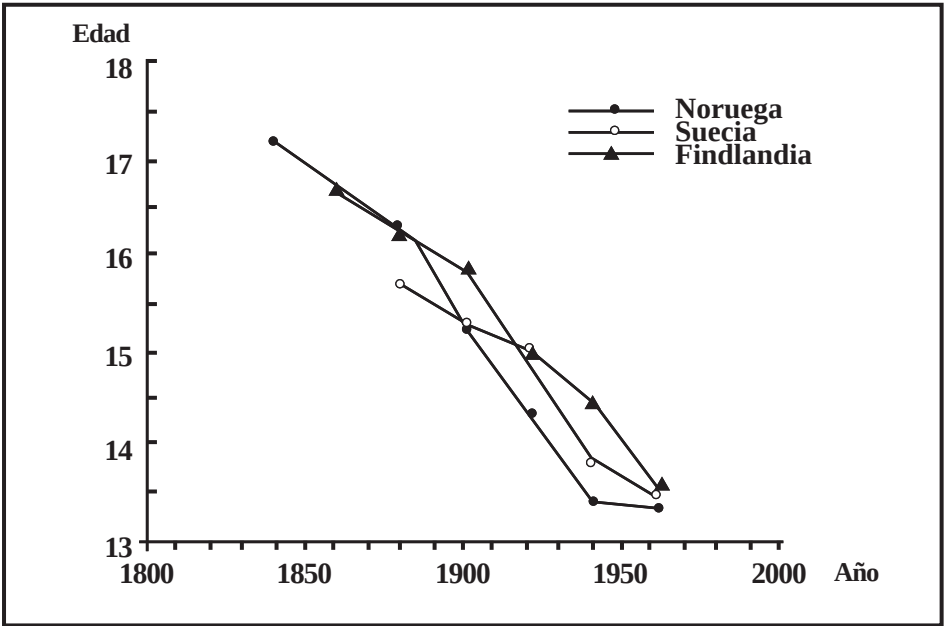


Figura 1. Evolución de la edad de la menarquia en los últimos años en distintos países

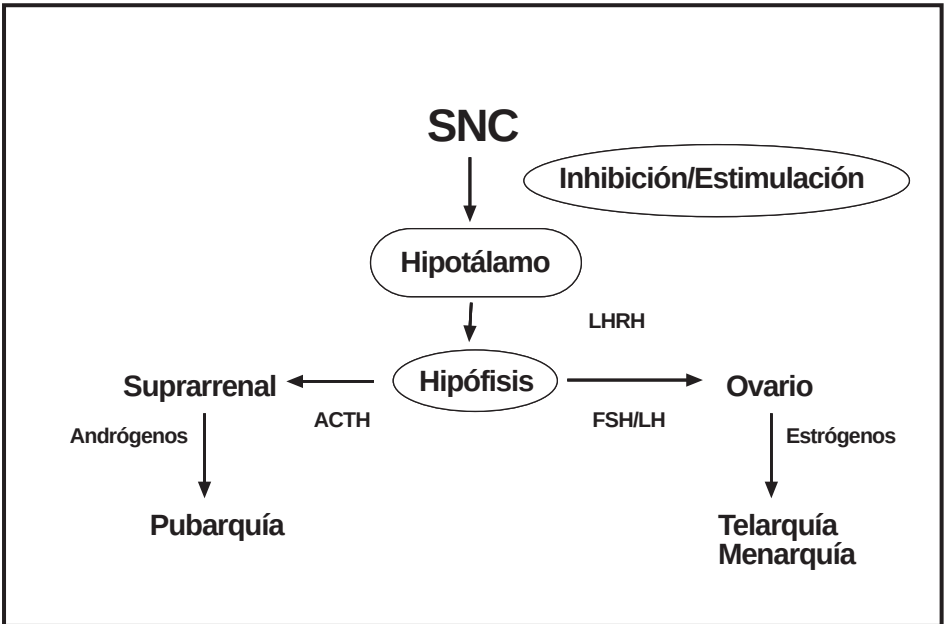


Figura 2. Esquema de la fisiología

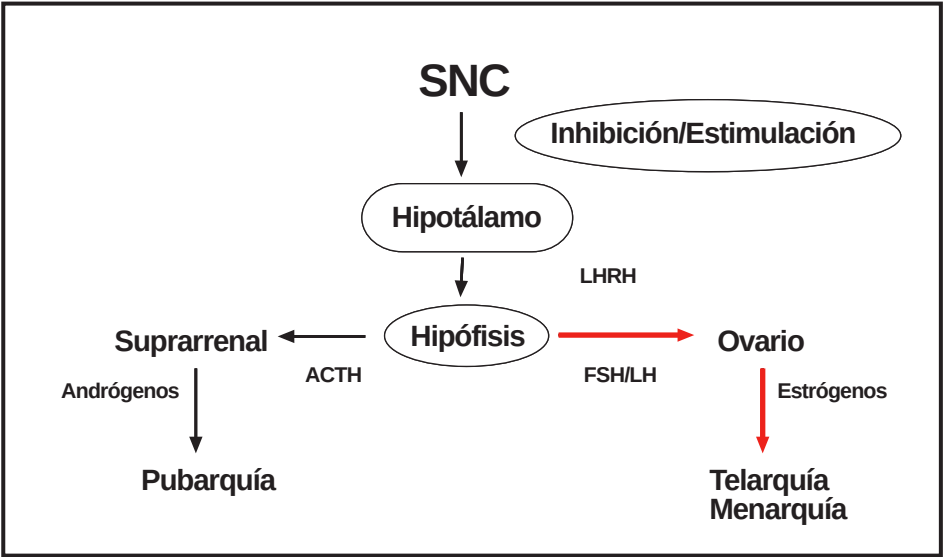


Figura 3. Precocidad sexual central

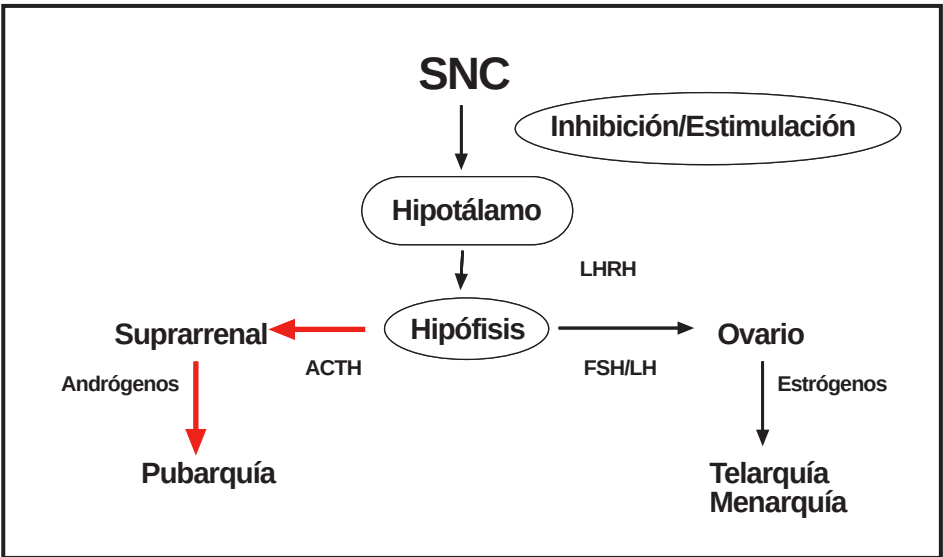


Figura 4. Precocidad sexual de causa adrenal (ACTH-dependiente).

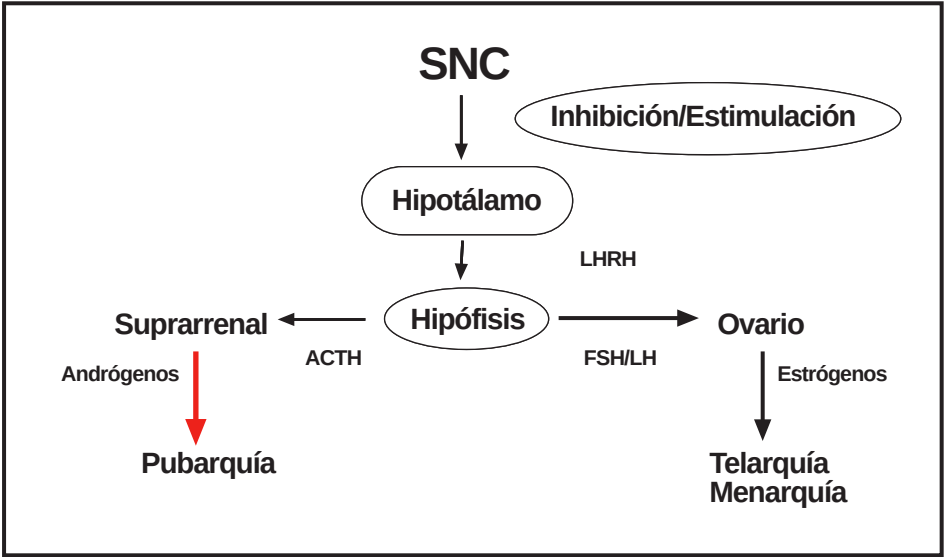


Figura 5. Precocidad sexual de causa adrenal (ACTH-independiente).

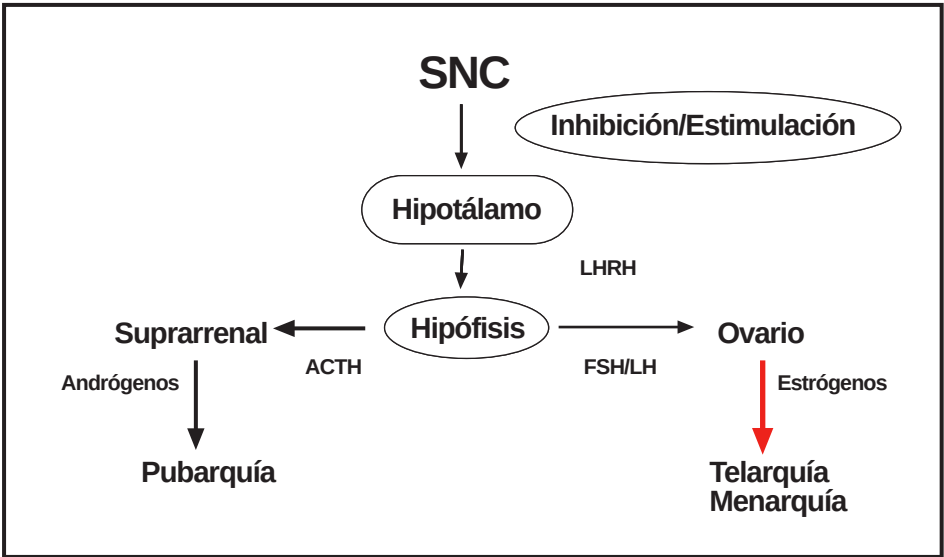


Figura 6. Precocidad sexual de causa ovárica.

Retardo puberal

A. Monzó, M. Romeu, A. Romeu

RETARDO PUBERAL

A. Monzó, M. Romeu, A. Romeu

Hospital Clínico Universitario de Valencia
Hospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción

La pubertad es el periodo de transición entre la infancia y la adolescencia. Algunos de los acontecimientos más marcados durante la pubertad incluyen la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el brote de crecimiento, el inicio de la etapa fértil y profundos cambios psicológicos. Estos cambios se producen como consecuencia de la reactivación de los pulsos hipotálamo-hipofisarios después de una etapa de quiescencia durante la infancia, de la estimulación subsiguiente sobre los órganos sexuales y, finalmente, de la secreción de esteroides sexuales.

La edad media de la menarquia en países europeos industrializados ha disminuido 2 a 3 meses por década durante los últimos 150 años. En Estados Unidos la disminución ha sido de 2 a 3 meses por década en el último siglo. Esta tendencia se ha estabilizado a partir de aproximadamente 1960. La mayoría de informes focalizan la edad de la menarquia cuando se refieren a cambios puberales porque es el dato aislado más fácilmente observado y recordado. En la Tabla 1 se presentan las edades medias de aparición de los cambios puberales en esta población.

	Media	Rango
Botón mamario (Tanner 2)	10,8	9-13
Vello púbico (Tanner 2)	11,2	9-13
Elevación mama (Tanner 3)	11,9	10-14
Vello sexual (Tanner 3)	11,9	10-14
Menarquia	12,7	10,8-14,6

Tabla 1. Edad de aparición de los cambios puberales en niñas norteamericanas.

Las condiciones socioeconómicas, la nutrición y el estado físico influyen sobre la edad de comienzo de la progresión del desarrollo puberal. Incluso si las condiciones socioeconómicas son óptimas, factores genéticos influyen sobre la talla adulta. Así, los niños japoneses han experimentado marcados aumentos en la talla adulta desde los últimos 40 años, pero son, como media, más bajos que la media en el norte de Europa.

La progresiva disminución en la edad de la pubertad parece ser consecuencia de mejoras importantes en las condiciones socioeconómicas, nutrición y salud en general. Así, en la cultura nómada lapona, en la cual el estandar de vida no se ha modificado mucho, no se han documentado cambios en la aparición de la menarquia. La tendencia secular a la disminución en la edad de la menarquia en Europa y Estados Unidos se ha enlentecido o ha cesado desde los últimos 30 años y no hay grandes diferencias entre clases sociales.

El retraso puberal puede ser la manifestación de una enfermedad crónica o malnutrición; la actividad física extenuante en niñas puede retrasar el inicio de la pubertad, sobre todo cuando se asocia a déficit de peso. Por el contrario, la obesidad se asocia a menarquia temprana, aunque en casos de obesidad severa puede producirse un retraso en la aparición de la menarquia. La importancia de los factores genéticos está ilustrada por la similar edad de menarquia dentro de los miembros de la misma población étnica y en estudios de madres e hijas. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios es más temprano en niñas de raza negra en Estados Unidos que las de raza blanca.

Concepto

Se considera que existe un retardo puberal cuando no se han desarrollado los caracteres sexuales secundarios después de los 13 años, cuando la menarquia no ha aparecido después de los 16 años, o cuando han transcurrido más de 5 años entre el inicio del desarrollo mamario y la menarquia. Generalmente estas pacientes presentan amenorrea primaria. Tres por cien de los niños y niñas presentan un retardo en la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Las niñas presentan retardo puberal con menor frecuencia que los niños. La mayor parte de individuos con retardo puberal se diagnostican como constitucionales, una variante de la normalidad. En estos casos no se asocia ninguna patología, y el pronóstico en cuanto al desarrollo sexual y a la talla definitiva es excelente. No obstante, hay causas patológicas del retardo puberal, distintas de las relacionadas con trastornos de la alimentación, que deben ser diferenciadas del retardo constitucional del desarrollo.

Cuando una niña de más de 13 años es llevada al médico por falta de cambios puberales, debe ser practicada una exploración general, que incluya peso y talla. Si esta es normal, si no hay evidencias de disgenesia gonadal y, particularmente, si existe alguna evidencia de cambio puberal, como vello sexual o presencia del botón mamario, no se necesita hacer nada más aparte de tranquilizar a la paciente y a sus padres, y plantear un seguimiento con los oportunos intervalos.

Si una niña presenta un aspecto saludable y aparentemente crece con normalidad, es muy importante conocer la historia familiar del patrón de desarrollo puberal.

Está publicado el caso de una mujer de 20 años de edad que acudió al médico por amenorrea primaria. Su madre tuvo la menarquia a los 22 años; su abuela materna inició las menstruaciones a los 28 años y tuvo un hijo sano a los 56 años, y la menopausia a los 65 años. La paciente tenía una talla normal y presentaba desarrollo mamario y vello sexual. La radiografía de cráneo era normal y las gonadotrofinas indetectables. No le fue administrado ningún tratamiento, y a los 23 años inició un patrón normal de menstruaciones.

Este es un ejemplo de un caso extremo del control genético en la aparición de la menarquia. El desarrollo mamario indica que la secreción de estrógenos por los ovarios se ha iniciado. La talla normal refleja que es normal la producción de hormona de crecimiento y de hormonas tiroideas, y el desarrollo de vello púbico indica que la secreción de hormonas adrenales está conservada. La radiografía de cráneo normal descartó un tumor hipofisario o supraselar, y la existencia bajos niveles de gonadotrofinas descartó que la amenorrea se debiera a un fallo ovárico primario. Con todos estos datos, y conociendo la historia familiar se consideró apropiado esperar en lugar de iniciar un tratamiento sustitutivo.

El valor de la perspectiva genética presentó un valor distinto en el siguiente caso:

Una mujer de 18 años acudió al médico por amenorrea primaria. Había crecido con un ritmo adecuado, pero sin presentar un auténtico tirón púberal y tenía una talla baja comparada con otras mujeres en su familia. El vello púbico y axilar aparecieron a los 12 años, y el aumento del volumen de las mamas a los 15 años. Un escaso acné facial se había desarrollado a partir de los 17 años. Los antecedentes clínicos no presentaban ningún interés a excepción de un accidente de tráfico con conmoción cerebral a los 9 años de edad. Su madre, su tía y su abuela maternas tuvieron la menarquia a los 18 años.

La temperatura y la textura cutáneas eran normales, el tiroides no estaba aumentado de tamaño, y el vello púbico y axilar eran normales. Las

mamas presentaban un estadio primario de desarrollo, sin galactorrea a la expresión. El examen pélvico mostró un clítoris normal, un útero de pequeño tamaño y ovarios de aspecto normal. Los niveles de gonadotrofinas eran bajos; la función tiroidea fue normal; la secreción de hormonas suprarrenales fue normal, y la reserva de ACTH tras el test de metopirona fue también normal. No se produjo elevación de hormona de crecimiento después de hipoglucemia. La radiografía de cráneo mostró una silla turca aumentada de tamaño, sugestiva de un tumor hipofisario.

Este caso ilustra varios hechos. La paciente tenía una larga historia familiar de menarquia retrasada, y en vista de su casi normal crecimiento además de la evidencia de la adrenarquia, se podría pensar que no se debería hacer nada. Pero, a los 18 años, a pesar de la historia familiar, un estudio más exhaustivo estuvo apropiadamente indicado. La talla de esta paciente, aun estando dentro del rango de normalidad, era baja con respecto a la altura de sus familiares. Esta discrepancia proporcionó una pista para la falta del habitual tirón de crecimiento puberal, y sugirió que, a pesar de los cambios parciales puberales, no había una secreción normal de andrógenos y estrógenos. La radiografía de cráneo mostró que existía una lesión hipofisaria, y llevó al diagnóstico de insuficiencia hipofisaria. La comparación de este caso con el anterior demuestra que el diagnóstico de retardo puberal constitucional debe basarse en la historia familiar, pero las pruebas dinámicas deben ser normales.

La falta de desarrollo mamario a los 13 años constituye un retardo puberal. Este es el principal cambio puberal a considerar, puesto que es el primer signo de actividad estrogénica. El desarrollo del vello puberal suele aparecer más tardíamente en el curso normal de la pubertad, y es resultado de la adrenarquia.

Cuando el comienzo de la pubertad está retrasado, la menarquia se retrasa también. El intervalo medio entre la aparición del botón mamario y de las menstruaciones es de 2.3 ± 1 año.

Fisiopatología

La maduración neuroendocrina y somática parecen ser los determinantes comunes causantes de trastornos que retrasan la maduración ósea típica del retardo puberal. Esta situación está presente en muchas circunstancias, que incluyen en su etiología enfermedades en la primera infancia, malnutrición, anemia crónica y déficit de GH.

Aunque la etiología del retardo puberal constitucional es incierta, ésta parece ser el resultado de variaciones heterogéneas extremas de la normalidad, que dan lugar a que el estado de hipogonadismo relativo sea inhabitualmente persistente.

Ha sido implicada una baja secreción de GH como causa de retardo puberal constitucional. Parece probable que haya una secreción continua de GH (que forma parte de la variación poblacional en crecimiento y maduración), y que estos niños están en la parte final de la curva de las manifestaciones clínicas puberales.

La secreción de GH e IGF-I aumentan cuando aparece la pubertad o, como es el caso de pacientes hipogonádicos, cuando éstos son tratados con cantidades puberales de esteroides sexuales. Estos datos sugieren que la relación entre la producción de GH y la pubertad suponen, en parte, un aumento de GH inducido por IGF procedente de la respuesta gonadal a las gonadotrofinas.

Muchos estudios sugieren una falta de algunos de los factores que determinan la maduración del sistema neuroendocrino-gonadal. La respuesta de LH a GnRH es generalmente puberal en la mayoría de los pacientes que demandan asistencia médica. La inmadurez selectiva de la secreción de FSH se debe, posiblemente, a que la FSH es necesaria para inducir receptores a LH. Explicaciones posibles de un déficit transitorio aislado de FSH incluyen una maduración discordante de un factor de liberación de FSH distinto a GnRH. Otra hipótesis sería que el SNC aumenta la restricción en la secreción de Gn RH.

La secreción de GH e IGF-I aumentan cuando aparece la pubertad o, como es el caso de pacientes hipogonádicos, cuando éstos son tratados con cantidades puberales de esteroides sexuales. Estos datos sugieren que la relación entre la producción de GH y la pubertad suponen, en parte, un aumento de GH inducido por IGF procedente de la respuesta gonadal a las gonadotrofinas.

En este sentido, una amplia revisión llevada a cabo con el fin de analizar la participación de la GH en la pubertad y la reproducción sugiere que esta hormona produce un aumento de la maduración sexual una vez que el patrón puberal de secreción de gonadotrofinas se ha establecido. Es posible que la GH module la producción de esteroides sexuales aumentando la producción hepática de IGF-I, o bien directamente, actuando sobre receptores de GH localizados recientemente en las células de la granulosa y del cuerpo lúteo del ovario humano.

Muchos estudios sugieren una falta de algunos de los factores que determinan la maduración del sistema neuroendocrino-gonadal. La respuesta de LH a GnRH es generalmente puberal en la mayoría de los pacientes que demandan asistencia médica. La inmadurez selectiva de la secreción de FSH se debe, posiblemente, a que la FSH es necesaria para inducir receptores a LH. Explicaciones posibles de un déficit transitorio aislado de FSH incluyen una maduración discordante de un factor de liberación de FSH distinto a GnRH. Otra hipótesis sería que el SNC aumenta la restricción en la secreción de Gn RH.

Un reciente estudio en ratas ha implicado la difluorometilornitina en el comienzo de los cambios bioquímicos y hormonales que dan lugar al inicio de la pubertad. En efecto, esta poliamina juega un papel esencial en el crecimiento y diferenciación tisular, en el incremento del peso corporal, en la organización cerebral, y en los mecanismos moleculares de la acción hormonal, tales como señales intracelulares y comunicación célula a célula. Se ha comprobado que la inhibición de esta sustancia, un inhibidor específico e irreversible de la ornitina descarboxilasa, administrada a ratas hembra prepúberes, va seguida de unos niveles séricos persistentemente elevados de FSH y de un retraso en el comienzo de la pubertad.

Otros autores, en cambio, han sugerido que el sistema muscarínico, que representa una parte de la innervación colinérgica en el ovario, juega un papel en la regulación del crecimiento y maduración del ovario durante la pubertad, ya que han comprobado que antagonistas muscarínicos (propanetelina) producen una inhibición del crecimiento del ovario y retardo puberal en ratas.

Otra investigación llevada a cabo en ratas hembra con retardo puberal concluyó que:

1. La activación serotoninérgica en el área preóptica es más baja que en ratas con pubertad normal.
2. La activación dopaminérgica en el área preóptica afecta negativamente al incremento de peso corporal, al aumento de peso del timo y al inicio de la pubertad.
3. El peso del timo se correlaciona negativamente con la activación dopaminérgica en el área preóptica y en la activación serotoninérgica en el cortex prefrontal, y se relaciona positivamente con el peso del ovario y con la aparición de los signos iniciales de la pubertad.

También ha sido implicada la acción de la melatonina en el retardo puberal. Una experiencia llevada a cabo en ratas prepúberes a las que se administró melatonina se comprobó la inhibición en el desarrollo y sensibilidad del eje timo-hipotálamo-hipófisisgonadal, con el subsiguiente retardo puberal.

Otras hipótesis han relacionado los niveles de leptina en los mecanismos fisiológicos que dan lugar al inicio de la pubertad.

Diagnóstico

Si una niña no presenta ningún cambio puberal a una edad límite, debe determinarse si se trata de una variación de la normalidad o si es preciso hacer una evaluación exhaustiva del caso e instaurar un tratamiento. La falta

de progresión de los diferentes estadios de la pubertad, aun cuando la edad de comienzo fue normal, también puede requerir una completa evaluación.

El diagnóstico del hipogonadismo hipergonadotropo se establece por una elevación de los niveles plasmáticos de FSH y LH. No obstante, el diagnóstico diferencial entre hipogonadismo hipogonadotropo y retardo puberal constitucional es más difícil, puesto que se produce una superposición entre los hallazgos físicos y de laboratorio en ambas circunstancias, incluyendo la incapacidad de diferenciar entre concentraciones bajas y normales de gonadotrofinas séricas.

El diagnóstico de presunción puede realizarse durante la primera evaluación, cuando se obtiene la historia clínica y el examen físico. La historia clínica puede poner de manifiesto síntomas de una enfermedad crónica. Alteraciones durante el embarazo o el parto pueden sugerir que algún acontecimiento congénito o neonatal pueda estar relacionado con un retardo puberal. Un retardo del crecimiento durante la infancia y un estado de malnutrición puede reflejar una alteración del crecimiento de larga evolución. Los antecedentes familiares de consanguinidad son importantes para la detección de trastornos autosómicos recesivos.

La historia clínica y el examen físico son muy útiles como procedimientos diagnósticos del retardo puberal. Debe constatarse especialmente los antecedentes médicos, registros de peso y talla de la paciente y de sus familiares. El examen físico debe incluir, además de la determinación de los estadios de Tanner, una evaluación de signos de hipotiroidismo, disgenesia gonadal, hipopituitarismo o enfermedad crónica. La persistencia de los dientes de leche es típica de hipotiroidismo. La ausencia de vello púbico en una paciente con útero y vagina indica hipopituitarismo. La ausencia de vello púbico en una mujer con vagina ciega indica que existe un síndrome de insensibilidad a los andrógenos. La disgenesia gonadal (45,X) se asocia a talla baja e infantilismo sexual con edad ósea o ligeramente reducida e hipergonadotropismo.

La exploración neurológica es importante: la evidencia de patología intracraneal, alteraciones del campo visual o falta de sentido del olfato son hallazgos clave. Deben sospecharse defectos anatómicos de los conductos müllerianos, sobre todo cuando existe una disparidad entre una pubertad normal y amenorrea.

Los estudios de laboratorio incluyen la determinación de FSH y LH plasmáticas, respuesta de LH a la estimulación con GnRH, niveles plasmáticos de estradiol, hormonas tiroideas, suprarrenales y prolactina.

El estudio radiológico debe incluir una edad ósea y un examen de la silla turca mediante la realización de una resonancia magnética.

La evaluación ultrasonográfica de útero y ovarios proporciona información sobre el estadio de desarrollo de genitales internos, e informa acerca de la existencia y aspecto de estas estructuras.

La realización de un cariotipo está indicado en todos los casos de retardo puberal, y es imprescindible para establecer un diagnóstico preciso en aquellos en los que se asocia talla baja, aunque no se encuentren signos específicos de un síndrome de disgenesia gonadal.

El diagnóstico de presunción de retardo puberal constitucional puede efectuarse a partir de la anamnesis de los antecedentes familiares y personales. La elevación de los niveles de gonadotrofinas y esteroides gonadales precede en varios meses al desarrollo puberal. Así, los niveles de LH, FSH y estradiol pueden predecir un desarrollo puberal próximo. Además, un aumento en la concentración de LH de más de 2 ng/mL después de la administración de 100 mcg de GnRH precede generalmente un año a los primeros signos de maduración sexual.

La principal dificultad en el diagnóstico del retardo puberal consiste en distinguir entre hipogonadismo hipogonadotroppo y retardo puberal constitucional. En pacientes con hipogonadismo hipogonadotroppo existen una tendencia a presentar la pubarquia a una edad normal, y a presentar niveles más elevados de SDHEA que las pacientes con retardo puberal constitucional, pero este hecho no está presente en todos los casos. En el momento actual no existe una prueba endocrina definitiva para diferenciar las dos condiciones con certeza. (Table 2).

Las pacientes con déficit aislado de gonadotrofinas presentan una talla adecuada a su edad. Los niveles plasmáticos de esteroides gonadales son bajos, así como los de gonadotrofinas, y no se observan aumentos de LH después de la administración de GnRH. La amplitud y los pulsos de LH están disminuidos. En general, la falta de aparición de los primeros signos de maduración sexual o la ausencia de un aumento de los niveles de gonadotrofinas o esteroides gonadales a los 18 años, siendo normales los niveles de SDHEA apoyan el diagnóstico de este trastorno.

En el síndrome de Kallman el sentido del olfato está afectado.

	FSH-LH	Respuesta LH a GnRH	Estradiol	SDHEA
Retardo puberal constitucional	↓	↓	↓	↓/nr
Hipo-Hipo	↓	↓	↓	/nr
Fallo ovárico primitivo	↑	↓	↓	/nr

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del retardo puberal.

Aquellas pacientes que presentan déficit de gonadotrofinas asociado a otros déficits de hormonas hipofisarias requieren una evaluación minuciosa para descartar una neoplasia del SNC. Alteraciones del campo visual o de la papila óptica en el fondo de ojo apoyan el diagnóstico de un tumor del SNC, y aún cuando estos resultados sean normales, es necesario realizar un examen de la silla turca y de la región supraselar para detectar posibles calcificaciones o erosiones mediante una RN o TC.

La determinación de gonadotrofinas, sobre todo de FSH, permite diferenciar los estados hipogonadotropos del hipogonadismo hipergonadotropo. Además, la realización de un cariotipo confirma la existencia de una disgenesia gonadal.

Tratamiento

Los objetivos básicos del tratamiento en los casos de retardo puberal están orientados a:

1. Corregir cualquier trastorno orgánico subyacente
2. Proporcionar apoyo psicológico
3. Corregir la talla baja cuando esté presente
4. Inducir feminización puberal

La actitud más recomendable en casos de retardo puberal constitucional es tranquilizar a la paciente y a su familia, y mantener una conducta expectante, proporcionando el apoyo psicológico necesario.

Las niñas con retardo puberal presentan un dilema terapéutico difícil cuando se acompañan de talla baja, porque no se pueden aplicar tratamientos que puedan comprometer la talla definitiva. El tratamiento más aconsejable consiste en iniciar la administración de esteroides anabolizantes a partir de los 12 años de edad cronológica (10 años de edad ósea) durante un periodo de 6 meses. Dosis bajas de testosterona depot (30 mg/mes) u oxandrolona (0,1 mg/Kg/día) proporcionan resultados similares en cuanto al desarrollo del vello púbico, con una clitoromegalia despreciable. El tratamiento con GH no está indicado en el retardo puberal constitucional.

El tratamiento para inducir feminización suele iniciarse a los 13-14 años de edad con estrógenos a dosis bajas. Dosis fisiológicas de estradiol consisten en 0,5 mg/mes IM de cipionato de estradiol, 5 mcg/día de etinil estradiol oral, o 0,3 mg/día de estrógenos con jugados vía oral. Estos preparados estimulan el desarrollo mamario y el crecimiento gradualmente, preservando la talla potencial. Las dosis señaladas suponen la cuarta parte de la dosis necesaria para que se inicien las menstruaciones. Dosis mayores de estrógenos,

como las contenidas en los contraceptivos inhiben el crecimiento y provocando un cierre precoz de las epífisis. Por otra parte, los progestágenos no están fisiológicamente indicados en el tratamiento de niñas que no han presentado la menarquia.

Es importante interrumpir el tratamiento tras 6 meses y reevaluar la curva de crecimiento, el desarrollo puberal, la edad ósea y el estado hormonal. En general, las niñas con retardo puberal constitucional continúan un normal desarrollo sexual sin precisar otro tratamiento cuando la edad ósea alcanza los 13 años. En casos de retardo extremo, un segundo periodo de tratamiento con una dosis doble de la comentada puede ser de utilidad. El requerimiento de un tercer ciclo de tratamiento obliga a reconsiderar el diagnóstico de hipogonadismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Styne DM, Grumbach MM (1991).
Disorders of Puberty in the Male and Female.
En: Yen, SCC, Jaffe, RB. Reproductive Endocrinology. Physiology, Pathophysiology and Clinical Management (3a edición). Ed. WB Saunders Company, Philadelphia. pp. 511-554.
2. *Abnormal Puberty and Growth Problems (1994)*.
En: Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility (5a edición). Ed. Williams and Wilkins, Baltimore. pp. 361-399.
3. Rosenfield RL (1996)
Delayed Puberty
En: Adashy EY, Rock JA, Rosenwaks Z. Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology. Ed. Lippincott-Raven, Philadelphia. pp. 1007-1015.

Psicología de la adolescencia

Diana Guerra Díaz

PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

Diana Guerra Diaz

Institut Universitari Dexeus. Barcelona

El término adolescencia hace referencia a la época de la vida que va desde el final de la infancia hasta el inicio de la vida adulta, con todas las modificaciones en los planos físico, psíquico y psicosocial que esto implica.

Esta es, sin duda, una época de grandes modificaciones psicológicas. Es en esta etapa de la vida en la que, según Piaget, se deja de ser "operacionales concretos, para ser operacionales formales". Esto quiere decir que los adolescentes empiezan a tener capacidad de pensar de manera abstracta, sus razonamientos son mucho más elaborados. Es también la edad en la que se aprenden una serie de tareas, como son la adquisición de la identidad, la autonomía, la intimidad y la sexualidad.

Todos los cambios mencionados son evolutivos y varían según en qué etapa de la adolescencia: temprana, media o tardía.

En la adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años) hay menor interés por los padres y mayor amistad con adolescentes de la misma edad y del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad y empieza a necesitarse una cierta privacidad. En esta etapa aumentan las habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía, que se traduce en metas vocacionales irreales y en una cierta falta del control de los impulsos. Durante esta época crece la preocupación por los cambios puberales y la incertidumbre acerca de la apariencia física.

Durante la adolescencia media (entre los 14 y 16 años) se observa la conflictividad con los padres y la mayor interrelación con los compañeros, con un aumento de la experimentación sexual. Existe conformidad con los valores de los compañeros y un sentimiento de invulnerabilidad que lleva a tomar conductas de riesgo. A esta edad la preocupación por la apariencia física y deseos de tener un cuerpo más atractivo son notables. Es por lo tanto, una época de riesgo en cuanto a los trastornos alimentarios.

En la adolescencia tardía (entre los 17 y 19 años) los jóvenes se vuelven más próximos a sus padres y a sus valores. Existe una disminución de la influencia del grupo y una prioridad por las relaciones íntimas, se forman

las primeras parejas estables. Los adolescentes desarrollan entonces una escala de valores y pueden tener metas vocacionales reales, pues ya empiezan a conocer sus capacidades y limitaciones. Es también en esta época cuando se acepta la imagen corporal.

A estos cambios físicos y psíquicos se asocian toda una serie de cambios sociales, es el momento de adquirir la mayoría de edad y perder la protección legal de los padres (a pesar de que a diferencia de otras culturas, no existe apenas rituales en este sentido en nuestra sociedad).

Los adolescentes son un grupo de edad que ha sido poco estudiado, sobre todo en lo que se refiere a su salud. En el Instituto Universitario Dexeus de Barcelona se llevó a cabo un estudio sobre adolescentes escolarizados teniendo como objetivo analizar los diferentes factores que pudieran influir en su salud (1). Para ello se les administró a 3.200 adolescentes entre 14 y 19 años un cuestionario anónimo y autoadministrado validado por los propios autores del trabajo.

En general, el grupo de estudio tenía buena salud, habiendo subgrupos suficientemente importantes como para tenerlos en cuenta a la hora de hacer las conclusiones sobre el estudio:

- el 18,4% no sabía quien era su médico de cabecera.
- el 45% de las chicas y el 17% de los chicos no se sentían orgullosos de su cuerpo.
- el 27% del grupo fumaba y el 16% bebían alcohol "a menudo" o "diariamente".
- el 25% decía haber tenido problemas importantes, pero solo un 4% había buscado ayuda profesional.
- uno de cada 10 había pensado en el suicidio.
- el 5% había sufrido abusos sexuales y el 1/5 abusos físicos.
- el 34% de chicos y el 18% de chicas que conducían coche, lo habían hecho alguna vez bajo una intoxicación.
- el 4,2% de los jóvenes que tenían relaciones coitales no utilizaban ningún método anticonceptivo y el 27,4% utilizaban el "coitus interruptus".

Los adolescentes parecen tener una buena relación con sus padres, según la encuesta, siendo estos la principal fuente de ingresos.

A pesar de que a la mayoría le satisfacía ir a colegio, las relaciones con los profesores no eran demasiado buenas, refiriendo muchos de ellos ocasiones en las que se había consumido drogas o alcohol en las escuelas y se habían provocado peleas o actos de vandalismo.

La mayoría de los encuestados habían ido una vez al médico en el último año, pero eran muy pocos los que manifestaban poder hablar con su médico de cualquier tema.

De forma sorprendente, se encontró un nivel bajo de actividad sexual (13%) y un porcentaje alto (68% chicas y 84% chicos) que utilizaba como método habitual de anticoncepción el preservativo.

Las conclusiones finales del estudio apuntan a la importancia del esfuerzo desde los diferentes ámbitos (familia, escuela, servicios sanitarios y Administración) para poder adecuar programas y servicios a las necesidades de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soris, J. C., Porera M., Puig y C. *Enquesta de Salut als Adolescents de la Ciutat de Barcelona 1993.*

Anorexia nerviosa. Factores de vulnerabilidad: cultura y medios de comunicación

*Luis Rojo Moreno, Isabel Bofill Moscardó,
M^a. Angustias Oliveras Valenzuela*

ANOREXIA NERVIOSA. FACTORES DE VULNERABILIDAD: CULTURA Y MEDIOS DE COMUNICACION

Luis Rojo Moreno

Profesor Titular de Psiquiatría. Universitat de Valencia. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. H.U. La Fe

Isabel Bofill Moscardó

Unidad Salud Mental Infantil I. Hospital Provincial. Castellón

Mª Angustias Oliveras Valenzuela

Prof. A. Psiquiatría. Facultad de Medicina Miguel Hernández. Elche

La Anorexia Nerviosa se define como un trastorno de la conducta alimentaria, no de la alimentación. La implicación más relevante que subyace en esta matización es que, lejos de ser una mera alteración del apetito, donde realmente reside el problema es en los aspectos motivacionales del comportamiento alimentario. Cuando se revisan los criterios diagnósticos del trastorno es de destacar que en ninguno de ellos se hace referencia a la falta de apetito (anorexia) sino fundamentalmente a aspectos *conductuales* (rechazo a mantener el peso corporal a un nivel igual o superior al mínimo que corresponde por edad y altura, realizándose acciones conscientes encaminadas a evitar ganarlo), *emocionales* (miedo intenso a la ganancia ponderal) o *cognitivos* (alteración en el modo como se percibe el peso y la figura, con una influencia inadecuada del peso corporal sobre la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso) que son los que mejor explican esas conductas tan peculiares de las parientes por las que llegan a poner en peligro su supervivencia.

El origen de estos trastornos no es único. Su génesis es compleja y se podría decir, en sintonía con los conocimientos actuales, que cada individuo teje su enfermedad a través de sus propias experiencias y sobre sus propias predisposiciones entre las que no se deben excluir ni los factores biológicos ni el ámbito cultural o familiar en el que se desenvuelve. El final común es el inicio de conductas de restricción alimentaria, y muchas veces de purga, que se traducen en una pérdida ponderal progresiva. Esta nunca finalizaría; las

pacientes engañosamente sienten que ganan en control y bienestar psicológico a través de este proceso, se siguen sintiendo con desagrado en sus cuerpos —de los que a menudo abominan total o parcialmente— y/o temen que la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos tenga repercusiones desproporcionadas sobre su estado físico y ponderal. Llegados a este punto difícilmente podremos esperar que la paciente rectifique por su voluntad. Las anormalidades psicológicas, parte de las cuales son sustentadas por la propia desnutrición, terminan por anularla y hacerla esclava ciega de un ideal aberrante.

Una de las cuestiones con más atractivo y que más especulaciones han generado tiene que ver con el contexto cultural en que se producen estos trastornos. Si tuviéramos que subrayar dos elementos en nuestra cultura que parecen especialmente significativos en su relación con estos trastornos citaríamos en primer lugar a la "delgadez como estereotipo de belleza, éxito y control personal" y, en segundo lugar, el papel de los medios de comunicación. Son los elementos que a continuación se van a considerar aunque dejando bien claro que su papel debe ser considerado como el de un factor más en la constelación de variables que intervienen en la puesta en marcha y/o en el mantenimiento de esas alteraciones.

El que el peso de la cultura en que nos desenvolvemos es importante viene avalado por una serie de datos. Tal vez el más demostrativo es el que pone de manifiesto la proliferación de síntomas de trastornos de conducta alimentaria y de temores a la obesidad entre las jóvenes de culturas más tolerantes con el peso a medida que éstas se van occidentalizando. En este sentido nos hallamos inmersos en lo que podríamos llamar la "cultura de la belleza" en la que, lejos de primar los valores del individuo, el individuo es valioso en cuanto que da una buena imagen ante los demás. Parece no importar cómo somos y ser trascendental lo que aparentamos ser. En esta apariencia el aspecto físico es muy relevante, lo que facilita una excesiva corporalización del "yo". Además industrias importantes como la de la moda, cosméticos y del cine han ayudado a que se institucionalice como la más deseable de las apariencias el hecho de estar delgado. La persona delgada se equipara hoy a la persona saludable, con posibilidad de éxito social, con atractivo, que demuestra, a través de su apariencia, que cuida de sí misma con tesón y voluntarismo. Hasta principios de siglo en las sociedades hoy más avanzadas el estar bien alimentado, e incluso el estar relleno, era una expresión de estatus, de tener recursos. Sin embargo, a medida que la disponibilidad de alimentos se ha ido generalizando, la capacidad para privarse se ha ido transformando en una serial de distinción. Ya no estaba delgado el que no tenía ni para comer sino quien, pudiendo hacerlo, lo controlaba gracias a su esfuerzo. Progresivamente se ha impuesto un estereotipo de belleza que cada vez se aleja más de los estándares de la población. Es un fenómeno bien cono-

cido que las medidas de las modelos se alejan progresivamente de las medidas medias de las mujeres, que ven cada vez más inalcanzable un "cuerpo atractivo" que en absoluto es representativo de la población.

Sería ingenuo pensar que todo esto se debe a los medios de comunicación. Son varias las preguntas que pueden plantearse en la relación de éstos con la Anorexia Nerviosa. Empezando por el final existen evidencias de que los estímulos estéticos provocan respuestas diferentes en mujeres con Anorexia Nerviosa que en mujeres sin este trastorno. Ello significa que la población enferma es especialmente sensible a estos estímulos que ayudarían a perpetuar el trastorno antes que a generarlo. Los medios de comunicación no son por sí mismos quienes generan cambios en los estándares de belleza sino que parecen hacerse eco de los cambios en los estereotipos culturales. No obstante su influencia no es neutral, difunden y rutinizan un rango muy estrecho de modelos corporales, se repite en ellos una constante asociación de determinados modelos corporales con símbolos de prestigio y promocionan la falsa idea de que podemos tener, con sólo proponérselo y esforzarnos, el cuerpo que queramos. Esta noción, completamente antinatural por entrar en conflicto con los mecanismos fisiológicos —en gran medida genéticamente determinados— que regulan nuestro estado corporal, está ampliamente difundida y determina un tratamiento de la corporalidad como producto de consumo y una creciente corporalización de la identidad personal.

No siendo, como se dijo, la cultura y la validación de ciertos elementos culturales a través de los medios de comunicación los únicos elementos que intervienen en la génesis de la Anorexia Nerviosa lo que parece evidente es que la presión del entorno sobre los individuos propensos es mayor. La Anorexia Nerviosa no es una enfermedad de este siglo; existen descripciones de casos, esencialmente similares a los actuales, de varios siglos de antigüedad. Lo que sí parece existir es un discreto incremento en su incidencia, probablemente asociado a la mayor exposición a un factor de riesgo clave: la dieta. Hacer una dieta no es ni mucho menos equiparable a desarrollar una Anorexia Nerviosa; esto sólo ocurre en una pequeña proporción de las mujeres que la hacen. Lo que sí sucede es que entre la población en edad de riesgo, fundamentalmente adolescentes, el porcentaje de mujeres que se someten a dieta es realmente impresionante.

La adolescencia es un periodo especialmente dificultoso. Ya no se es niño y aún no se es adulto. Los sistemas de valores del periodo infantil pierden vigencia y el adolescente debe luchar por desarrollar su propia identidad. Aunque frecuentemente discrepa de las normas de los adultos el adolescente tiene una gran necesidad de ellas, lo que se manifiesta en una gran adhesión a las normas del grupo en el que se integra. La opinión de los amigos es fundamental en unos momentos en que es importante disponer de elementos de valoración. Las fracturas en las relaciones interpersonales, el rechazo,

relaciones difíciles en la familia nuclear, con temores de disgregación familiar, el fracaso en áreas que previamente eran fuentes de estima personal, sobre todo cuando se es previamente vulnerable por deprivaciones emocionales o inseguridades psicológicas, pueden determinar la puesta en marcha de estrategias arriesgadas: la proyección en el cuerpo de las inseguridades o de las incapacidades, el traslado a la corporalidad de los conflictos buscando un campo sobre el que sentirse con cierta capacidad de acción, el moldeado del cuerpo como estrategia para mejorar la valoración de los demás y ganar en estima personal... Son algunos de los recursos posibles, culturalmente favorecidos, a ensayar. Si el ensayo proporciona algún "éxito", se consiguen comentarios positivos de los demás, la adolescente se siente máspreciada en su aspecto y en su capacidad para controlarse temerá volver a la situación previa y perseverará en sus comportamientos restrictivos traspasando el umbral en el que pierde por completo el control y del que, sin ayuda profesional, la marcha atrás se hace realmente improbable.

Las líneas anteriores no constituyen una descripción del camino que uniformemente siguen todas las adolescentes anoréxicas. Para nosotros cada paciente es un mundo y podríamos citar aquí, a partir de nuestra experiencia clínica, numerosos "malos atajos" por los que se huyó de una situación psicológica personal poco soportable, a resultas de la cual la estima personal estaba hundida. En la corporalización del malestar, en el no estoy satisfecha con mi cuerpo porque no me gusta, se encuentra al menos con un plan de solución para sus dificultades, con la esperanza de que podrá cambiarlo y ejercer su control al menos en este campo tan íntimo. Dedicándose a él, a moldearlo y hacerlo atractivo, la persona abandona sus posibles atributos personales positivos, se "objetiza", pero ello le permite dejar al margen temas que potencialmente le podrían resultar aún más angustiosos. El reencuentro consigo misma, con su auténtico yo, con quien una es, se insinúa como tremendamente perturbador por lo que tiene de reactualización del conflicto original.

El sexo femenino es, como hemos visto, el que acumula prácticamente la totalidad de los casos (90%). No descartamos que las diferencias biológicas puedan tener alguna influencia aunque por ahora se desconoce. Lo que no se puede negar es que la mujer ha soportado, y continúa haciéndolo, mayores y más prolongadas presiones que el hombre. Su cuerpo ha sido tratado de forma más intensa y prolongada como objeto: el atractivo físico —léase delgadez— ha sido y sigue siendo en muchos ámbitos la cualidad más predominante del valor personal que las mujeres deberían ofrecer. Los medios de comunicación harían bien, en este sentido, en preocuparse por no fomentar reiteradamente esa situación, esforzándose en diversificar el rango de formas corporales que ofrecen con connotaciones positivas para la totalidad de ellas.

Aún perpetuándose en nuestros días, no compartimos el rol que nuestra cultura atribuye aún en muchos casos a la mujer. No sólo ambos sexos tienen las mismas potencialidades sino además carece de sentido que la cualificación de las personas, a las que desconocemos, se pueda prejuzgar por algo tan artificioso como es la simple apariencia que tenga. Creo que los que leemos esto lo sabemos, hemos interiorizado más nuestros valores y nos basta asomarnos a la ventana para comprobar que entre quienes pasan por la calle tampoco sucede así. El problema incide, por eso, entre adolescentes quienes, además de las características que les atribuíamos antes, son grandes consumidores de imágenes y se encuentran en una época del desarrollo personal en que las relaciones con el otro sexo da origen a enormes sufrimientos emocionales, incertidumbres sobre la capacidad de atractivo, que son caldo de cultivo para identificaciones masivas con figuras de éxito, incluso en sus entornos próximos, a las que, por eso mismo, se pretende imitar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo Moreno, L.; Bofill Moscardó, I.; Rojo Moreno, J.; Livianos Aldana, L. *Consideraciones acerca de las Toxicomanías en la Adolescencia*. An. Psiquiatría. 2(3)100-104, 1986.
2. Szmukler, G.I.; Patton, G. *Sociocultural Models of Eating Disorders*. In: Handbook of Eating Disorders. G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure (eds). 1995. Wiley. Chichester, pp. 177-196.
3. Stice, E.; Schupak-Neuberg, E.; Shaw, H.E.; Stein R.I. *Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanism*. J. Abnorm Psychol 1994, 103:836-40.
4. Toro, J.; Cervera, M.; Pérez, P. *Body Shape, publicity and Anorexia nervosa*. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1988, 23:132-6.
5. Toro, J.; Salamero, M.; Martínez E. *Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa*. Acta Psychiatr Scand 1994, 89:147-51.

Anticoncepción en la adolescencia

E. Díez Febrer, M. Romeu Villarroya, L. A. Quintero, A. Romeu Sarrió

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

E. Díez Febrer, M. Romeu Villarroya, L. A. Quintero, A. Romeu Sarrió
Hospital Universitario La Fe. Valencia

Los conceptos Adolescencia y Pubertad, no son exactamente sinónimos, como más adelante definiremos, aunque en ocasiones, los usamos indistintamente. Se trata de un periodo en la vida de la mujer, de transición, caracterizado por la aparición de la Menarquia e inicio del ciclo menstrual y de la fertilidad.

En el varón, aparición de las primeras eyaculaciones.

En ambos adolescentes, descubrimiento del sexo propio y del "otro" y quizás el inicio de una nueva experiencia sexual aislada o en pareja.

Derivado de lo dicho, posibilidad de gestaciones no deseadas, de experiencias sexuales frustrantes y de contacto con una nueva patología, las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.). Estas tres importantes cuestiones, con un nivel de información muy débil, en la gran mayoría de los casos.

Información y educación, que han encontrado muchas reticencias en el colectivo de padres y educadores por razones socio-culturales, religiosas, etc., sin advertir que son asuntos que tras la infancia, forman parte del plan de Salud Integral de la persona que todos preconizamos (Salud Reproductora), y que por razones fisiológicas elementales pasan a primer plano.

1. Generalidades

Estableceremos tres apartados: definición de conceptos, aspectos fisiológicos y aspectos psicológicos.

Definición de Conceptos

Esquemáticamente podemos considerar la vida de la mujer, dividida en cinco grandes periodos:

1. Infancia
2. Pubertad: MENARQUIA

- 3. Madurez Sexual
- 4. Climaterio: MENOPAUSIA
- 5. Senilidad

La Pubertad es el periodo de tiempo que transcurre entre la infancia y la madurez, en el que ocurren una serie de cambios somáticos y hormonales que acaban transformando a la niña en mujer adulta y preparan los órganos de la reproducción para la procreación (1)

El eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, comienza a funcionar en la vida fetal, pero no está completamente activo, hasta la segunda década. El *primum movens* de los cambios hormonales que desencadenan el desarrollo de la pubertad, es desconocido.

Se ha subdividido en tres etapas (2):

- 1 PREPUBERAL: 10 a 13 años. Termina con la MENARQUIA.
- 1 PUBERAL: 14 a 16 años. Alcanza el desarrollo completo.
- 1 POSTPUBERAL: 16 a 18 años. Alcanza madurez completa. Termina en la Nubilidad ("despertar a la fecundidad").

Adolescencia, según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, deriva del latín "adolescencia" y es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad, hasta el pleno desarrollo del organismo.

Para algunos, adolescencia y pubertad, son sinónimos, designando la primera, más aspectos psíquicos que somáticos. En países anglosajones, se habla de "teenagers" (13 a 19 años). Finalmente para la O.M.S. abarca de los 10 a los 19 años, considerando la etapa de 15 a 19 como adolescencia propiamente dicha, con el desarrollo psicosexual más acentuado (9).

Por lo que respecta al adolescente varón, va a experimentar igualmente cambios somáticos, hormonales, psíquicos y específicamente la aparición de la eyaculación y por tanto, de la fertilidad (3).

Aspectos Fisiológicos

La secuencia de acontecimientos en la pubertad, sería (4):

- 1 Iniciación crecimiento
- 1 Telarquia
- 1 Pubarquia
- 1 Menarquia

Brote de crecimiento repentino, hacia 10-12 años en las chicas y 12-14 años en los varones. Representa el 25% de la talla adulta.

Los cambios morfológicos de la mama (telarquia), comienzan hacia los 10 años y medio y duran 2-3 años. Coinciden con la liberación de gonadotrofinas y el comienzo de producción de esteroides ováricos.

La pubarquia suele ser el primer cambio y coincide con el inicio del crecimiento. Estimulada por Andrógenos suprarrenales. Se completa en tres años. Este aumento de andrógenos (Adrenarquia), precede a la producción de gonadotrofinas y de esteroides gonadales unos 2 años.

El desarrollo del vello axilar comienza hacia los 12 años y finaliza alrededor de los 15. Se desarrollan también las glándulas apocrinas axilares.

La Menarquia ocurre en nuestro medio entre 12 y 13 años. El mecanismo de producción es complejo. Hasta la pubertad, FSH y LH, están en niveles bajos. En la prepubertad, en el SNC, hay un aumento de sensibilidad a pequeños incrementos de estrógenos, que ocasionan feed-back negativo. Cuando comienza la pubertad, esta sensibilidad hipotalámica disminuye iniciándose la liberación de GnRH y Gonadotrofinas.

Parece que hay evidencia, además, de algún cambio intrínseco, madurativo a nivel del SNC, independiente de la acción de los estrógenos.

Recordemos que el Estradiol tiene efecto feed-back doble (positivo y negativo), sobre hipófisis e hipotálamo, pero que este mecanismo no está perfeccionado hasta que la pubertad se encuentra adelantada, con lo cual durante un cierto tiempo los ciclos son anovulatorios. Sólo cuando el ciclo es ovulatorio y regular, se ha completado la pubertad.

La edad de la menarquia tiene gran dispersión, según países, climas, razas, etc., habiendo experimentado un progresivo adelantamiento en las últimas décadas (4).

La duración media del ciclo durante el primer año es de 32,01 días con un D.S. de 11,9. En el curso de los 4-5 años siguientes, se estabiliza en 29,03 + 5,9 días (2).

Aspectos Psicológicos

Como característica fundamental, la existencia de una labilidad e inestabilidad psico-afectiva, acompañada por cambios en la escala de valores, condicionados por ambiente social, medios de comunicación, orientación de estudios futuros, toma de contacto con el mundo laboral, etc. (9).

Mayor libertad personal, teniendo que asumir decisiones propias que pueden generar ansiedad y posiblemente contradicciones.

El descubrimiento de la sexualidad es una de las cuestiones más importantes de esta etapa. Comienzo de la experimentación con el sexo y de cuya orientación va a depender el desarrollo de la identidad sexual futura (10).

Están capacitados para la función reproductora (relación coital), sin haber alcanzado un grado suficiente de madurez psico afectiva (9), con riesgos importantes como la gestación y las ETS.

Usuarios irregulares de métodos anticonceptivos por escasa motivación, sobre todo los varones, y tendencia a aceptar deliberadamente el riesgo (11).

2. Epidemiología

Población Adolescentes

Según datos del Manual de la FIGO de Reproducción Humana (5), la población adolescente se ha incrementado en el mundo:

- año 1960: 515 millones
- año 1980: 856 millones
- año 2000: previsión de 1.069 millones

En 1985, existían en USA aproximadamente, 30 millones de adolescentes entre 13 y 19 años (6).

En Europa, contando únicamente países miembros de la CEE, en el año 1990, 325 millones de habitantes, de los cuales, adolescentes chicas entre 15 y 20 años, aproximadamente 23 millones (7).

Procedente de datos de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Autónoma Valenciana (8) (Padrón Municipal-1996), 4.009.329 habitantes, de los cuales, adolescentes de ambos sexos entre 10 y 19 años, 574.654 (14,33% de la población total).

- 10 - 14 años: 249.280
- 15 - 19 años: 325.374

La distribución por sexos corresponde a 51,1% Varones (293.673) y 48,9% hembras (280.981).

Sexualidad en adolescentes

Existen pocos datos acerca de la orientación sexual en adolescentes. De una encuesta realizada en España en la ciudad de Barcelona, Comunidad de Madrid y Comunidad murciana (12), se desprende que la mayoría son heterosexuales, teniendo entre el 1,2 y 2,6%, orientación homosexual y entre el 0,4 y 2,1%, bisexual.

En adolescentes en general las cifras de actividad sexual coital oscilan entre 20 y 40% y si nos limitamos a universitarios, suponen 25-30%, siendo éste grupo, el mayor de edad (12). Conforme aumenta la edad de los adolescentes, lo hace la frecuencia de coito, así en el grupo de Murcia pasa de 2,9% a los 14 años al 50% a los 21 años.

En USA (10) existía en 1970, 29% de adolescentes sexualmente activas, cifra que pasó a 55% en 1990 y que se estima en 1998 al 50%. Por primera vez desde 1970, no ha aumentado la frecuencia de actividad sexual en adolescentes.

La edad de inicio del coito oscila entre 15 y 17 años. Los chicos un año antes que las chicas (15,3 y 16,1 años, respectivamente). Una vez establecidas las relaciones coitales, las chicas presentan mayor frecuencia, un 40%, una vez por semana, mientras que los chicos solo un 9%.

En datos de la Comunidad Autónoma Valenciana (Centros de Planificación Familiar), la edad media de inicio del coito es de 16,6 años (13), siendo la edad media de la primera visita, 17,6 años.

Respecto al número de parejas, se suele presentar a los adolescentes como monógamos simultáneos con cambio de pareja frecuente. En la encuesta citada anteriormente, el 38,4% de las adolescentes de Murcia tuvieron 1 pareja en el último año, frente al 15% de las del centro y casi el 100% de las de Barcelona, que mantuvieron entre 1 y 2 parejas de por vida.

Métodos anticonceptivos usados por adolescentes USA (10):

- Hormonal oral (píldora): 45%
- Preservativo: 38%
- Hormonal inyectable: 10%
- Implantes: 3%
- Coito interrumpido: 4%
- Abstinencia: 1%

En el año 1995, el 76% de chicas y 73% de varones adolescentes en USA (10), refieren haber usado algún contraceptivo en el primer coito. Específicamente, condón, el 54% de chicas y 68% de varones. El uso de contraceptivos orales en el primer coito, ha caído del 20 al 16%.

En España, en general, el método anticonceptivo más usado es el Preservativo, siguiéndole a mucha distancia el coito interrumpido y los anticonceptivos orales, referido a adolescentes que utilizan el método con continuidad alta (12). Entre universitarios, el 70% usa condón y el 14,5%, anticonceptivos orales. Un 50% de escolares de 15 a 18 años, reconocen no utilizar ningún método. La Unidad de Adolescentes del Instituto Dexeus de Barcelona, refiere que el 80% de adolescentes usa siempre A.O. o preservativo.

Como método más utilizado en adolescentes valencianas en su primera visita a Centro de Planificación Familiar, refieren preservativo el 61,3%, coito interrumpido el 27,45%, hormonal oral el 2,4%, ningún método el resto (13).

Como dato general, conforme aumenta la edad de los adolescentes, lo hace el uso de anticonceptivos orales y disminuye el de preservativo (10, 12).

En 1997, GARCÍA CERVERA y col. (13), analizan los datos de primeras visitas de adolescentes del Centro de P. Familiar de Masamagrell (Valencia), en un período de 10 años (1986-1996), encontrando un aumento de primeras visitas de adolescentes que oscila desde 7,1% (1986), hasta el 16,3% en 1996. La adolescente "tipo", tiene 17,6 años de edad media, es soltera, estudios primarios, menarquia a los 12,5 años. No ha tenido gestaciones previas, ni infecciones genitales. Inició las relaciones sexuales coitales a los 16,6 años, usando anticoncepción desde el comienzo. Acude antes del primer año tras el inicio del coito, demandando anticoncepción eficaz y su control. Hasta el momento actual han usado, sobre todo preservativo.

Se ha estudiado la posible relación de la edad de la menarquia con el comportamiento sexual, contraceptivo y reproductivo de un grupo de adolescentes (14), estableciéndose en 12,5 años la cifra de inflexión, que es justamente la edad media de la menarquia global del grupo. De forma esquemática diremos que la aparición más temprana de la menarquia se relaciona con: inicio más precoz de actividad coital, mayor número de gestaciones y a edades más precoces, mayor finalización de embarazos en parto y menor riesgo de infección genital. No se correlaciona con el comportamiento contraceptivo ni con el motivo de la visita al CPF.

Antes de finalizar este apartado quiero hacer hincapié en un incremento de demanda de anticoncepción postcoital en CPF, tanto en primeras visitas como en sucesivas y su relación con el uso de anticoncepción poco eficaz (15).

Gestación en Adolescentes

Hacia el comienzo de la década de los 70 llama la atención en Estados Unidos y en Europa, un incremento del número de gestaciones en adolescentes. Entre 1963 y 1972, el porcentaje de nacimientos en mujeres de menos de 20 años aumenta del 14,5 al 19,3% en USA y de 13,6 al 23% en la República Democrática Alemana (11).

Países como Dinamarca o Suecia, en los que las medidas de educación sexual comenzaron mucho antes, las tasas de gestación en menores de 20 años, descendieron desde el 11,8 y 11,7%, respectivamente, en 1963 a 6,8 y 7,5%, respectivamente en 1972 (11).

Otras zonas geográficas como Asia, Sudamérica y África, culturalmente diferentes al mundo occidental, han tenido siempre tasas de gestaciones en adolescentes entre 10 y 20%, sin sufrir modificaciones, ya que la edad del matrimonio es muy temprana (11).

Los países occidentales, en general, no se han preocupado hasta los setenta por el problema. Llama la atención que en el año 1971, en un Symposium sobre problemas de reproducción en la adolescente (16), no se habla apenas de métodos anticonceptivos, comenzando a considerar los cambios en la conducta sexual de los adolescentes y a plantear la creación de servicios anticonceptivos específicos.

Se analizan las causas del incremento de gestaciones en teenagers, atribuyéndolo a:

- 1 Adelantamiento edad Menarquia.
- 1 Cambio Social: mayor libertad sexual e inicio precoz relaciones sexuales.
- 1 Falta educación sexual: ignorancia temas sexológicos y de planificación familiar.
- 1 Carencia de consultas de Planificación Familiar y difícil accesibilidad para adolescentes.
- 1 Características psicológicas y emocionales de la adolescencia (rechazo a métodos, tendencia al riesgo, falta de motivación, etc.).

Las consecuencias sociales del embarazo en adolescentes son importantes:

- Interrupción de la educación (sobre todo la mujer).
- Disminución oportunidades de empleo y problemas económicos.
- Separaciones precoces pareja.
- Matrimonios extemporáneos.
- Desajustes psico-sociales de los hijos.
- Riesgo obstétrico elevado.
- Interrupciones de la gestación.

Aproximadamente 1 millón de adolescentes de 15 a 19 años en USA, gestan cada año, finalizando por aborto provocado el 30% (6) y entre menores de 15 años, hay unas 30.000 gestaciones de las que acaban por aborto el 45%.

La tasa de embarazos en adolescentes norteamericanas es más alta que en otros países desarrollados del mundo y las adolescentes USA tienen una tasa de abortos, más alta que las europeas. Mas del 50% de 1.6 millones

de abortos/año de EE.UU., lo son en mujeres menores de 25 años, con una máxima incidencia de edad entre 18 y 19 años (17).

En España, entre 1980 y 1991, bajó la cifra de gestaciones en menores de 20 años, del 7,1 al 4,5% (12).

En Valencia entre 1980 y 1986, en datos del Hospital La Fe, el número de adolescentes gestantes, menores de 20 años, ha oscilado del 7,31 al 6,04%.

Por lo que respecta a la interrupción legal de embarazo, en adolescentes de la CAV, la tasa anual está estabilizada desde 1987 hasta 1997, alrededor del 4,5 por 1000, lo que supone en cifra absoluta unas 700 IVE por año, que son en el año 1990 el 14,64% de todas las IVE practicadas en España en adolescentes y el 1,96% del total de edades (Datos de la Conselleria de Sanitat de la CAV).

Adolescentes y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Simultáneamente al aumento de la actividad sexual en adolescentes, lo hace el riesgo de contraer ETS. Se invocan como factores de riesgo el inicio del coito en edad temprana, la falta de medidas higiénicas, la falta de información en medidas preventivas y determinados ambientes como drogadicción, prostitución, homosexualidad, etc. (18).

No solo nos estamos refiriendo a las clásicas sífilis, gonococia, trichomonas, gardnerella, monilias, candidas, etc. El espectro se ha ampliado y hablamos de *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* (*Ureaplasma Urealyticum*) y las víricas: Hepatitis B y C, Herpes Genital, Papiloma virus (HPV) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV). (7, 18).

En una investigación de clamidias en adolescentes asintomáticos (18), encuentran entre un 9 y 12% de varones positivos y 12% en las chicas. GENUIS (19), relata una incidencia que oscila entre 8 y 25%.

BRAVERMAN y cols. (20) en un screening de adolescentes varones asintomáticos para clamidias, encuentran un 12,3% positivos, pero que además el 5,3% de los mismos, daban gonococo positivo.

Solo para el gonococo, WERNER y BIRO (21), relatan una incidencia en adolescentes entre 0,4 y 12%.

El espectro de la Sífilis ha cambiado en el sentido de una incidencia aumentada en jóvenes urbanos y alrededor del 46% de casos ocurren en individuos asintomáticos (22). Promiscuidad sexual, consumo de drogas via parenteral, adolescentes desprotegidos, etc. son factores de riesgo. Reportan la existencia simultánea de Gonococia en 22%, clamidia en 17%, condilomas acuminados en 5%, herpes genital en 7% y HIV en 7% de los casos.

HPV (Human papillomavirus), con una incidencia en adolescentes sexualmente activas, del 38% (chicas de 13 a 21 años) (23). FISHER y col. (24), encuentran en 107 adolescentes, una incidencia del 32%, de los serotipos 11, 16, 18, 31, 42, 45 y 56. Recordemos que los tipos que con mayor frecuencia se asocian a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) son 16, 18, 31 y 33.

La asociación HPV positivo, inicio precoz de relaciones sexuales y promiscuidad son factores de riesgo de neoplasia cervical.

HIV (Virus inmunodeficiencia humana): FUTTERMAN y col. (25) recogen los primeros 50 casos de adolescentes HIV positivos, en un programa de la ciudad de New York. Tienen una media de edad de 18.2 años y 1/3 de la muestra son chicas, que fueron infectadas por el coito (heterosexual).

En los años 1988 y 89, se realiza un estudio multicéntrico en USA que recoge 153.242 usuarios entre 15 y 24 años chequeados para HIV. La incidencia de seropositivos fue de 0,4% (15 a 19 años) y 1,4 % (20-24 años). La transmisión heterosexual fue la más frecuente en chicas (26). Otras vías de transmisión fueron la homosexual, drogas vía parenteral, transfusiones de sangre y tratamientos de hemofilia (27).

Se insiste, en general, en la importancia de programas de educación específicos para adolescentes, el papel de los padres y educadores, el uso de métodos anticonceptivos de barrera, el papel del personal sanitario y los medios de difusión, sobre todo televisión (18).

Por cada episodio de coito no protegido, el riesgo de cualquiera de los dos partenaires de transmitir una infección bacteriana es más grande que el riesgo de la mujer de quedar gestante y éste, a su vez, es más grande que el de transmitir una ETS viral. (28). En afectados de gonococia, el riesgo de transmisión, tras un solo coito no protegido es del 66% para los varones y del 33% en las mujeres.

El riesgo de embarazo tras un solo coito no protegido, oscila entre 0-20%, dependiendo del momento del ciclo (28).

El riesgo estimado de transmisión de patógenos víricos es más bajo, menor del 1% por acto coital no protegido para el HIV (28).

3. Métodos anticonceptivos

Siguiendo el esquema de FATHALLA y col. (5), los clasificaremos en:

- ▮ Métodos Preferidos
 - Anticonceptivos orales
 - Preservativos

- ‡ Métodos Aceptables
 - Diafragma, Esponja, Espermicidas
 - Inyectables
- ‡ Menos Aceptables
 - DIU
 - Abstinencia Periódica
 - Anticoncepción Quirúrgica
- ‡ Métodos de emergencia
 - Contracepción Postcoital

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales combinados son el método más seguro, por su alta eficacia para prevenir el embarazo, y más utilizado en USA y en Europa (7, 17, 31), entre la población adolescente. En nuestro medio, como ya hemos citado anteriormente, el método más utilizado es el preservativo, siguiendo en frecuencia los A. O. (13), por lo menos antes de su primera visita al Centro de Planificación Familiar.

Por otra parte, siguiendo el razonamiento de SPEROFF y DARNEY (17), se trata de una población sana en la que difícilmente encontramos contraindicaciones para el uso de los A.O. El riesgo de muerte por el uso del método en adolescentes es prácticamente nulo.

Antes de considerar a una adolescente como candidata al uso de A.O., debe el clínico valorar la existencia de un eje hipotálamo-hipofiso-gonadal maduro, manifestado por 12-18 meses de periodos menstruales regulares(31). Otros autores (7), opinan que basta con tres ciclos menstruales espontáneos consecutivos, antes del comienzo.

En adición a lo anterior, la adolescente debe tener actividad sexual entre dos y cinco veces por semana o más de seis veces al mes; tiene un bajo cumplimiento con otros métodos contraceptivos y desea máxima e inmediata protección (31).

Las adolescentes fumadoras son un problema importante, aunque no disponemos de ninguna evidencia de que exista un riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares en adolescentes usuarias de A.O. Debemos recomendar preparados con baja dosis de estrógenos y que traten de abandonar el uso del tabaco.

Existen muchos preparados comerciales en nuestro país. Para simplificar, diremos que nos referimos a píldora combinada en formulación mono-

fásica o trifásica. El componente estrogénico es Etinil-Estradiol (EE) a dosis de 30 ó 20 microgramos, con la única excepción del producto que usa como gestágeno, acetato de Ciproterona, que lleva 35 mcgr. de EE.

Por lo que se refiere al gestágeno, hay tres variedades:

- Gestágeno de 2ª generación: Levonorgestrel (LNG).
- Gestágenos de 3ª generación: Desogestrel y Gestodene.
- Acetato de Ciproterona (gestágeno-antiandrógeno).

Existen comercializados preparados de 50 mcgr. de EE, que no recomendamos con finalidad anticonceptiva.

De la minipíldora de progesterona no hacemos ningún comentario, por no existir en el comercio.

La eficacia anticonceptiva de uso ideal de la píldora, oscila entre 0,1-1%, siendo la tasa real de 3% (30). Para la minipíldora de progesterona se describen cifras más altas, entre 4 y 9%.

Como contraindicaciones absolutas enumeramos (31):

- Enfermedades tromboembólicas actuales o pasadas.
- Accidentes vasculares cerebrales.
- Enfermedades hepáticas.
- Cáncer de mama conocido o sospechado.
- Neoplasias estrógeno dependientes.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Embarazo.
- Hiperlipidemia congénita (hipertrigliceridemia)

Efectos beneficiosos, además de la elevada eficacia anticonceptiva, como (7,17,30):

- Mejora de la dismenorrea y síndrome de tensión premenstrual.
- Ciclos regulares.
- Menor incidencia de menorragias, anemia, hemorragia uterina disfuncional.
- Disminución del riesgo de quistes funcionales ováricos y de cáncer de ovario.
- Protección frente al cáncer de endometrio.
- Menor incidencia de enfermedad fibroquística de la mama, gestación ectópica y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mejoría del acné y seborrea

Se ha hecho mucho hincapié acerca de posibles aumentos de peso con el uso de AO, sobre todo los de elevada dosificación de estrógenos. No existe ninguna evidencia en adolescentes, con preparados de 30 ó menos microgramos de Etinil Estradiol, de la existencia de incremento en el peso corporal (17). Respecto al acné, decir que mejora con los gestágenos de la tercera generación y con el acetato de ciproterona.

Siguen existiendo controversias acerca del posible impacto sobre el sistema reproductor, cáncer de mama y tromboembolismo venoso.

Alrededor de la menarquia, el crecimiento y el desarrollo del aparato reproductor, está prácticamente completo. No existe ninguna evidencia de que el uso de un anticonceptivo hormonal precozmente, tras la menarquia, pueda alterar el desarrollo. Por lo que respecta a la fertilidad futura, está protegida debido al efecto beneficioso sobre la enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico (11, 17).

En la última década, estamos viendo mujeres usuarias de anticoncepción hormonal oral, largo tiempo (más de 5 años) y que comenzaron en edad muy precoz de su vida (adolescencia). Se ha sugerido un riesgo incrementado de cáncer de mama, cuando la aparición es entre 35 y 45 años, pero una disminución en el grupo de edad de 45-54, resultando una tasa global sin cambios en usuarias de A.O. (17). Se trata de un riesgo posible, pero poco probable, ya que en las encuestas epidemiológicas hay que descartar factores de confusión tales como el uso de A.O. con dosis elevadas de etinil-estradiol (50 microgramos), frente a los 20 ó 30 actuales; gestágenos de dos generaciones diferentes (2ª y 3ª generación); grupos de pacientes/edad con pequeño número de casos, etc. Hacen falta ulteriores estudios que contribuyan a aclarar la cuestión.

En la población adolescente usuaria de A.O., se discute la existencia de un riesgo incrementado de displasia cervical y de cáncer, sobre todo "in situ" y no invasor. Aquí tendríamos que valorar otros factores de riesgo, como múltiples parejas sexuales, ETS previas, etc. En todo caso se recomienda el control frecuente de citología vaginal, por lo menos anual (7, 17).

En Octubre de 1995 salen a la luz los resultados de cuatro estudios epidemiológicos (35, 36, 37, 38) en los que se afirma que el uso de A.O. con gestágenos de la tercera generación (desogestrel y gestodene), implica un riesgo más elevado de tromboembolismo venoso que el que tienen las usuarias de gestágenos de 2ª generación o las no usuarias. Este tema es en la actualidad motivo de debate. La tendencia es hacia un aumento del riesgo, sobre todo en los tres primeros meses de uso, pero que en todo caso es inferior al que se produce en el embarazo. Un gran porcentaje de estas pacientes presentan déficits congénitos de antitrombina-III, proteína C y S y un aumento de la resistencia a la proteína C activada, causada por una mutación del factor V de Leyden. En este pequeño grupo de pacientes, el RR esta-

ría multiplicado por 30. Así pues, se trata de practicar una historia clínica minuciosa para investigar el antecedente de trombosis, personal o familiar y en estos casos estaría indicado la práctica del screening del mencionado factor Leyden.

Las tasas de enfermedad inflamatoria pélvica están reducidas a un 50% (30), en usuarias de A.O., pero no existe protección contra las ETS víricas, por lo que se recomienda un doble enfoque, combinando la eficacia anti-conceptiva de los AO con el uso de métodos de barrera (preservativo), para prevenir las ETS víricas (7, 17, 30, 31).

Se recomienda, en general, la eliminación del examen pélvico y mamario en la primera visita a la consulta de planificación familiar, por el temor de la adolescente al mismo. Si se debe obtener la historia clínica, escuchar las demandas de los adolescentes y tomar constantes (Peso y T.A.). Este contacto permite valorar la existencia de factores de riesgo. Estableceremos una prescripción limitada en el tiempo, entre 3 y 6 meses. En la segunda visita, será el momento adecuado para la exploración genital, toma de citología, cultivos, analítica general, etc. y establecer la pauta de futuros controles.

Preservativos

En la actualidad disponemos de preservativo masculino y femenino. Nos referiremos en primer lugar al preservativo masculino.

Son el método más usado en adolescentes en el primer coito (10).

Después de los A.O., el preservativo con espermicida es la siguiente mejor opción para adolescentes (10,17). Incluso pueden ser el método de elección por su doble efecto anticonceptivo y protección frente a ETS (5).

No precisan prescripción ni control médico y no ocasionan efectos secundarios sistémicos.

Implican al varón en la responsabilidad contraceptiva, aunque se critica la dependencia del varón, que con frecuencia rechaza su uso alegando interrumpir la espontaneidad sexual y disminución de la sensibilidad en el coito. Se han descrito por parte de la mujer, molestias de fricción y en ambos, alergias al látex.

Para su uso es necesario conseguir una motivación y educación suficientes. Es necesario proporcionar unas instrucciones de uso correcto, ya que una buena parte de los fallos (roturas, desplazamiento) del método, son debidos a uso inadecuado. No podemos dar por bueno que el adolescente conoce como usar el condón; se debe disponer de un modelo al que SPE-ROFF (17) llama "banana work" y demostrarlo.

SHOUPE, en su trabajo de 1996 (30), refiere que en USA hay más de 100 marcas de condones masculinos, variando en color, espesor, tamaño, textura, olor, con o sin espermicida, lubricante y reservorio en la punta.

Se fabrican de intestino (ciego) de oveja, que no protegen frente a virus; permiten mayor sensibilidad y tienen mayor tasa de roturas, por lo que su uso es poco recomendable.

Los hay de látex, que previenen el paso de bacterias y virus. Hay descritas alergias al látex, por lo que actualmente se fabrican de poliuretano y de un elastómero termoplástico (similar a los guantes de examen) (30), para obviar este problema. Ambas sustancias protegen frente a ETS, incluidos virus como el HIV.

La tasa típica de fallos en el masculino es del 12% en el primer año de uso. Con "uso perfecto" oscila del 3 al 5% (28, 30, 33).

Hay que recordar que en ocasiones se usan algunos lubricantes oleosos que pueden aumentar el riesgo de rotura del condón (bronceadores, aceite mineral, mantequilla, vaselina, alguna crema vaginal y algunos lubricantes sexuales).

Tanto el condón masculino como el femenino, proporcionan una reducción en el riesgo de neoplasia cervical al 50-60% (30).

Los condones proporcionan la mejor protección documentada frente a patógenos (28), como: Gonococia, HSV (Herpes Simplex Virus), Hepatitis B, HIV y Clamidia. A los varones también protegen frente a *Ureaplasma Urealyticum*. Se han publicado cifras variables acerca de protección sobre HPV y HIV, que aparecen recogidas en la publicación que estamos comentando (28). En el estudio europeo de transmisión heterosexual del HIV (32), queda claro que entre las parejas que siempre utilizaron condones, no hubo ninguna seroconversión.

Así pues, el condón protege frente a las ETS de forma directamente proporcional a la frecuencia y constancia de uso (siempre).

Los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), recomiendan condón para la prevención de HSV, Gonococia, Tricomoniasis, Hepatitis B, Sífilis, Clamidia y HIV infección.

Respecto al Condón femenino, decir que es una suave bolsa de poliuretano, con dos anillos flexibles. El interno, suelto, cumple la misión de inserción cubriendo el cérvix internamente, como un diafragma. El segundo anillo permanece por fuera de la vagina, para proteger los genitales externos (31). No es necesaria una posición precisa, como con el diafragma.

Puede insertarse algún tiempo antes del coito. Es desechable y no necesita prescripción médica.

No existe mucha experiencia de uso en adolescentes.

En el comercio, existe el modelo descrito, comercializado en USA con el nombre "The Reality" ; en Europa como "Femidom" y en España, "Femy".

En USA existen además otros dos modelos, el "Bikini Condom", de látex, que recuerda un bikini y el "Women's Choice" de látex que es como una versión del condón masculino que se inserta con un aplicador de tampones.

Hemos de recordar que tiene dos ventajas. La primera que su uso, es decisión únicamente de la mujer y que además protege a los genitales externos. Puede resultar difícil de colocar para algunas mujeres y su precio elevado.

En resumen, creemos que el preservativo es un método anticonceptivo de primera magnitud en adolescentes, tanto para uso único en su doble vertiente para prevenir el embarazo y como protección frente a ETS, como método complementario de los A.O.

Diafragma

Diafragma y capuchones cervicales no son procedimientos de elección en adolescentes. Su colocación puede resultar complicada y poco comfortable. Su uso requiere adolescentes muy motivadas (7, 17).

Espemicidas

El Nonoxynol-9 es el agente activo en la mayoría de espemicidas (30). La otra opción es el Octoxynol.

Puede ir vehiculizado en película, espuma, gel, crema, supositorio o tableta. Comienza su protección 15 minutos después de la inserción y permanece una hora. Cuando se usa con un diafragma o una copa cervical, es efectivo 6-8 horas.

In vitro, destruye Clamidia, Virus Herpes Genital, Gonococo, Tricomonas, Sífilis y HIV.

Los espemicidas son tóxicos sobre el epitelio vaginal y pueden aumentar las tasas de conversión de HIV, con el uso prolongado.

Tiene efecto protector limitado frente a Hepatitis B y neoplasia cervical. Las candidas son resistentes.

La **Esponja Contraceptiva**, (30) es moldeable, de poliuretano y contiene 1 gr. de Nonoxynol-9. Protege hasta 24 horas. Debe dejarse en posición por lo menos 6 horas tras el coito. No es recomendable dejarla en posición más de 24-38 horas por riesgo de síndrome de shock tóxico.

Implantes subdérmicos

No disponemos en el comercio en España de ninguno de los modelos. Si están comercializados en Europa y USA. (10, 30).

Existen modelos de dos clases:

- Biodegradables: CAPRONOR. Implante de Levonorgestrel.
- No biodegradables: NORPLANT y NORPLANT-II (ambos de Levonorgestrel) e IMPLANON (Desogestrel).

Eficacia anticonceptiva muy elevada, próxima al 99%.

Duración de efecto prolongada, entre 1,5 y 5 años (Norplant).

Ocasionan alteraciones menstruales, con tasas de amenorrea tras el primer año de uso del 15-25%.

Se discute su uso en adolescentes.

Inyectables de depósito

Básicamente, Acetato de Medroxiprogesterona en solución microcristalina a la dosis de 150 mgr. Intramuscular cada 3 meses.

Eficacia anticonceptiva muy elevada, próxima al 100% en nuestra experiencia (40, 41).

Tendencia al aumento de peso. Aproximadamente el 50% de las usuarias, aumenta entre 1 y 2 kg. el primer año de uso.

No se modifica T.A. ni metabolismo hidrocarbonado ni lipídico.

Aparecen sangrados irregulares, sobre todo en los tres primeros meses de uso. Al final del primer año, la tasa de amenorrea es del 25%.

El restablecimiento del ciclo ocurre tras 6-9 meses de suspender el tratamiento.

Su uso puede ser útil en determinados colectivos de adolescentes, como deficientes psíquicas, drogodependientes, en HIV positivos asociada a métodos de barrera, etc.

Dispositivo intrauterino

Tradicionalmente el DIU no ha sido recomendado en nulíparas y en mujeres con riesgo elevado de ETS (17).

Debe recordarse que es la actividad sexual y no la edad "per se", la que hace al DIU inapropiado para adolescentes (10).

La adolescente de mayor edad, con relación monógama estable y que tiene un hijo, podría ser una buena usuaria de DIU (17).

DUEÑAS (42), concluye que el DIU puede ser un método aconsejable en nulíparas sin antecedentes de EIP o de infecciones genitales recurrentes, que tengan una pareja fija y única.

Anticoncepción de emergencia

Indicaciones: "Accidentes con condones" (rotura, deslizamiento), "Coito no protegido".

Debe usarse dentro de las primeras 72 horas, tras el coito no protegido. En nuestro medio, se puede realizar de dos maneras:

- Método de Yuzpe: dos dosis de 100 mcgr. de Etinil estradiol y 500 mcgr de Levonorgestrel, intervaladas 12 horas. (10, 17).

- Inserción de un DIU, en las primeras 72 horas. (10).

También se puede administrar una dosis de 600 mgr. de Mifepristone ó bien 0,75 mgr. de Levonorgestrel de una única dosis. No tenemos disponibilidad en el comercio de estos preparados.

4. El consejo contraceptivo

Clásicamente existía por parte de padres, educadores y médicos, una resistencia a la información y atención de adolescentes acerca de procedimientos anticonceptivos, por creer que implicaba el reconocimiento de una actividad sexual prematura, pudiendo incrementarla.

Con el aumento de las gestaciones en adolescentes y sus consecuencias, así como de las ETS, ha variado la actitud del colectivo adulto.

Se trata en primer lugar de proporcionar INFORMACIÓN, a todos los niveles. Escuela, familia, medios de comunicación (sobre todo TV), acerca de la Reproducción Humana, siguiendo el Plan de Salud Integral, iniciado desde el Nacimiento, continuando a través de la Infancia y que no debemos interrumpir en la Pubertad.

Información acerca de los cambios fisiológicos de la Pubertad a los Adolescentes de ambos sexos. Posibilidad de Gestaciones. Cambios en la Sexualidad. Existencia de ETS. Métodos Anticonceptivos.

Crear consultas específicas para adolescentes para realizar estas tareas, si desean consultar, con facilidad de acceso y a ser posible con cargo al Sistema Nacional de Salud.

Los profesionales no deben adoptar actitudes paternalistas. Hay que escuchar y tratar de identificar la demanda. Identificar si el adolescente es receptor de actividad sexual y tiene información adecuada. Si el "cliente" está confortable con su papel sexual activo, debe ser aceptado y no juzgado.

Hay que tratar de investigar el entorno familiar y de pareja. Contemplar las necesidades anticonceptivas inmediatas y explicar los efectos sobre su salud y fertilidad futura.

Explicar el balance beneficios-riesgos de cada método contraceptivo, así como los riesgos asociados al embarazo en la adolescencia.

Discusión detallada sobre E.T.S.

En base a lo anterior, los adolescentes identificarán el método más compatible con su historia médica y hábitos sexuales.

Debemos hacerles comprender que su decisión actual sobre un método determinado, no es irrevocable y que en el futuro se puede modificar, según sus circunstancias. Se establece un plan de seguimiento individualizado para cada adolescente, garantizando facilidad de acceso y de contacto futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. MASTROIANNI, Jr. L. and COUTIFARIS, Ch. Physiology of Reproduction in the Female. In The FIGO Manual of Human Reproduction. Ed by A. Rosenfield and M. Fathalla. The Parthenon Pub. Group. Lancaster. U.K. 1990. Vol. 1, pp. 40-53.
2. ZANDER, J. y HOLZMANN, J. Ciclo Menstrual. En Ginecología y Obstetricia. Ed. O. Käser y cols. Salvat. Barcelona. 1971. Vol. 1, pp 239-297.
3. MASTROIANNI, Jr. L. and COUTIFARIS, Ch. Spermatogenesis, sperm maturation and sperm transport. In The FIGO Manual of Human Reproduction. Ed by A. Rosenfield and M. Fathalla. The Parthenon Pub. Group. Lancaster. U.K. 1990. Vol 1, pp. 54-69.
4. SPEROFF, L.; GLASS, R. H. and KASE, N. G. Clinical Gynecologic, Endocrinology and Infertility. Chapter 11. Abnormal Puberty and Growth Problems. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore (USA). 5ª ed. 1994, pp. 361-399.
5. FATHALLA, M.; ROSENFELD, A.; INDRISO, C.; SEN, D. K. and RATNAM, S. Embarazo y sexualidad en la adolescencia. In The FIGO Manual of Human Reproduction. Ed by A. Rosenfield and M. F Fathalla. The Parthenon Pub. Group. Lancaster. U.K. 1990. Vol. 3, pp. 107-127.
6. CONNELL, E. B. Contraception and the Teenager: Extent of the Problem. In Gynecology and Obstetrics. Ed. by J.J. Sciarra. Lippincott Co. Philadelphia. 1990. Vol. 6. Chapter 9.
7. DEXEUS, S. y MARTÍNEZ, F. Riesgos y beneficios de la anticoncepción en la adolescencia. Revista Europea de Contracepción y Salud Reproductiva. 1997; 2: 89-94.
8. Población Comunidad Autónoma Valenciana. Padrón Municipal 1996. Distribución edades y sexos. Fuente: Conselleria de Sanitat i Consum. 1999.
9. ROS RAHOLA, R. Adolescencia y Sexualidad. En Contracepción Femenina a lo largo de la Vida Reproductiva de la Mujer. Ed. Por I. Leta Lasa (XXI Congreso SEF). Jarpyo Ed. Madrid. 1996, pp. 11-18.
10. POLANECZKY, M. Adolescent Contraception. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 1998; 10: 213-219.

11. HAWKINS, D. F. and ELDER, M. G. Family Planning Counselling, Clinical Trials: Special Group of Patients (Teenagers). In Human Fertility Control: Theory and Practice. Ed. By D.F. Hawkins and M.G. Elder. Butterworths. London. 1979, pp. 383-387.
12. SURIS i GRANELL, J. C. La Sexualidad de los Adolescentes en España: datos epidemiológicos. En Contracepción Femenina a lo largo de la Vida Reproductiva de la Mujer. Ed por I.Lete Lasa (XXI Congreso SEF). Jarpyo Ed. Madrid. 1996, pp. 7-10.
13. GARCÍA CERVERA, J.; PEREIRO, I y PÉREZ CAMPOS, E. Comportamiento Sexual, Contraceptivo y Reproductivo de las Adolescentes atendidas en primera visita en un CPF. Diálogos 1997; nº 33: 25-30.
14. GARCÍA CERVERA, J.; PEREIRO, I y PÉREZ CAMPOS, E. ¿Influye la edad de la Menarquia en el comportamiento sexual, contraceptivo y reproductivo de las Adolescentes usuarias de Planificación Familiar? Clin. Invest. Gin. Obst. 1998; 25: 71-78.
15. GARCÍA CERVERA, J.; PEREIRO, I y PÉREZ CAMPOS, E. Consultas de Adolescentes: primeras visitas y sucesivas. VII Congreso estatal de Planificación Familiar. Libro de Comunicaciones. Cáceres, Octubre 1998.
16. WALLACE, H. M. Problemas de Reproducción en la Adolescencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Ed. Interamericana. México. Junio 1971. Edición en español.
17. SPEROFF, L. and DARNEY, Ph. A Clinical Guide for Contraception: Clinical Guidelines for Contraception at different Ages. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore. 1992, pp. 243-261.
18. CREATSAS, G. K. Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 1993; 5: 774-783.
19. GENUIS, S. and GENUIS, S. K. The Challenge of Sexually Transmitted Diseases in Adolescents. Adolesc. Pediatr. Gynecol. 1995; 8: 82-88.
20. BRAVERMAN, P. K.; BIRO, F. M.; BRUNNER, R. L.; GILCHRIST, M. and RAU, H. J. L. Screening Asymptomatic Adolescent Males of Chlamydia. J. Adolesc. Health Care, 1990; 11: 141-144.
21. WERNER, M. J. and BIRO F. M. Contraception and Sexually Transmitted Diseases in Adolescent Females. Adolesc. Pediatr. Gynecol. 1990; 3: 127-130.
22. COX, J. M.; LAWRENCE, J. and SILBER, J. J. Substance Abuse and

- Syphilis in Urban Adolescents. A New Risk Factor for an old disease. *J. Adolesc. Health Care* 1992; 13: 483-486.
23. ROSENFELD, W.; VERMUND, S. H.; WENTZ, S. J. and BURKE, R. D. High prevalence rate of human papillomavirus infection and association with abnormal Papanicolaou smears in sexually active adolescents. *Am.J.Dis Child.* 1989; 143: 1443-1447.
 24. FISHER, M.; ROSENFELD, W. D. and BURK, R. D. Cervicovaginal Human Papillomavirus Infection in Suburban Adolescents and Young Adults. *J. Pediatr.* 1991; 119: 821-825.
 25. FUTTERMAN, D.; HEIN, K.; REUBEN, N.; DELL, R and SHAFFER, N. Human Immunodeficiency Virus-Infected Adolescents: the first 50 patients in a New York city Program. *Pediatrics* 1993; 91: 730-735.
 26. WENDELL, D. A.; ONARADO, I. M. ; McCAY, E et al. Youth at Risk. Sex, Drugs and Human Immunodeficiency Virus. *Am.J.Dis.Control*, 1992; 146: 76-81.
 27. KU, L.; SONENSTEIN, F L. and PLECK, J. H. Patterns of HIV Risk and Preventive Behaviors Among Teenage Men. *Publ. Health Rep.* 1992; 107: 131-138.
 28. BARNHART, K. T. and SONDHEIMER, S. J. Contraception choice and Sexually Transmitted Disease. *Current Opinion Obstetrics and Gynecology.* 1993; 5: 823-828.
 29. FATHALLA, M.; ROSENFELD, A.; INDRISO, C. Métodos anticonceptivos de Barrera. En "The FIGO Manual of Human Reproduction. Ed. By A. Rosenfield and M.Fathalla. The Parthenon Pub. Group. Lancaster. U.K. 1990. Vol. 2, pp. 117-133. Cap. 5.
 30. SHOUPPE, D. Contraception in the 1990's. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 1996; 8: 211-215.
 31. BAILEY, P; SANFILIPPO, J. J. Contraception in the Adolescent. In "Contraception". Ed by D.Shoupe and F.P. Haseltine. Springer-Verlag. New York. 1993, pp. 93-111.
 32. The European Study on Heterosexual Transmission of HIV: Comparison of Female to Male Transmission of HIV in 563 Stable Couples. *B.M.J.* 1992; 304: 809-813.
 33. TRUSSEL, J.; WARNER, D. L.; HATCHER, R. Condom Performance During Vaginal Intercourse". *Contraception* 1992; 45: 11-19.
 34. HATCHER, R. A.; WARNER, D. L. New Condoms for Men and Women, Diaphragms, Cervical Caps and Spermicides: overcoming barriers to

barriers and spermicides. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 1992; 4: 513-521.

35. World Health Organization Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception: Venous Thromboembolic Disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 1995; 346: 1572-1582.
36. JICK, S.; GUREWICH, V.; MYERS, M. W.; VASILAKIS, C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*, 1995; 346: 1589-1593.
37. BLOEMENKAMP, KWM.; ROSENDAAL, F. R.; HELMERHORST, R. M.; BULLER, H. R.; VANDENBROUCKE, J. P. Enhancement by factor V Leyden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third generation progestagen. *Lancet* 1995, 346: 1593-1596.
38. SPITZER, W. O.; LEWIS, M. A.; HEINEMAN, L. A. J.; THOROGOOD, M.; MacRAE, K. D. Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. *B M J* 1996; 312: 83-88.
39. LEWIS, M. A.; SPITZER, W. O.; HEINEMANN, L. A. J.; MacRAE, K. D.; BRUPPACHER, R.; THOROGOOD, M. Third generation oral contraceptives and risk of myocardial infarction: an international case-control study. *B M J*. 1996; 312: 88-90.
40. DÍEZ, E.; ROMEU, A.; PARRILLA, J. J. Gestágenos inyectables: 1ª parte. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 1997; 14: 199-213.
41. DÍEZ, E.; ROMEU, A.; PARRILLA, J. J. Gestágenos inyectables: 2ª parte. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 1997; 14: 215-241.
42. DUEÑAS, J. L. Dispositivo intrauterino. En *Manual Básico de Contracepción*. Ed. J. Calaf Alsina. Ed. Masson S.A. Barcelona. 1997, pp 65-86.

Embarazo en la adolescencia

A. Argudo, A. Argudo Pechuán, M. Romeu

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

A. Argudo, A. Argudo Pechuán. M. Romeu

Hospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción

El embarazo en la adolescencia recibe el nombre o se conoce también como "maternidad precoz" o "maternidad joven" y es sabido desde hace tiempo que supone un desafío, no sólo para la madre y su hijo sino también para familiares, educadores y médicos (Dexeus-1997). Dado que la adolescente no ha completado su ciclo de desarrollo, por lo menos en las más jóvenes, se le conoce también como "maternidad en la edad escolar" y a los hijos de éstas se les llama los "niños de las niñas" o "hijos de niñas".

Es un problema cuya base radica en la edad de la adolescente, en sus características y en su conducta sexual, siendo una cuestión médico-social en un colectivo numeroso (Fraser-1995).

En el mundo se calcula que a comienzos del año 2000 habrá una población de adolescentes del orden de 1.120 millones. De mantenerse esta población estable, por la disminución de la natalidad, habrá en los países desarrollados con edad inferior a 19 años 1 de cada 8 personas, mientras que en países no desarrollados la proporción será el doble, 1 de cada 4 personas (Creatsas-1995).

En la Europa Comunitaria se estima que existirá en la primera década del próximo siglo entre 12 y 13 millones de mujeres que estarán comprendidas también en esa horquilla de edad. (Otterblad-1997).

En España —partiendo de la base de que se sobrepasen los 40 millones de habitantes— llegaremos en esas fechas a los 5 o 5,5 millones de adolescentes.

Es pues, comprensible la inquietud que suscita el problema del embarazo en las adolescentes en todos los países por las repercusiones no sólo médicas sino socioeconómicas y culturales.

Bases de sustentación

Las bases en que se sustenta el problema de la gestación en la adolescente son: la edad, las características y la conducta.

1. Edad de la adolescencia. Por definición se entiende por adolescencia la edad comprendida entre los 10-12 años y los 18-20. La OMS pone el tope alto en los 19 años, debiendo distinguirse una adolescencia de primer tramo —hasta los 16 años— de una adolescencia de segundo tramo —después de 16 años—. A la primera se le denomina adolescencia de baja edad —la de mayor riesgo— y a la segunda adolescencia de edad alta.

2. Características de la adolescente. De las características de la adolescente es preciso puntualizar en relación con el embarazo que están implicadas no sólo las físico-endocrinológicas sino las psíquico-conductuales.

El comienzo de la adolescencia y pubertad manifestado por signos físicos (telarquia, pubarquia, menstruación, ovulación y crecimiento en talla) y psíquicas (identidad genérica, orientación sexual y proceso de complementación) se ha adelantado en los últimos 150 años en los países desarrollados (Martí-Henneberg-1994).

La duración de la pubertad está relacionada con la edad del comienzo, de manera que cuanto más precoz sea éste mayor duración será la de aquélla (Martí-Henneberg-1997).

La adolescente no tiene desarrollado completamente su aparato genital ni su sistema osteomuscular ni su personalidad hasta el final de la adolescencia.

De las características citadas se derivan dos hechos en relación con la gestación: baja la edad de riesgo y se alarga el periodo del mismo.

3. Conducta sexual de la adolescencia. Durante la adolescencia la actividad sexual tiene unas peculiaridades que predisponen al embarazo y además con riesgos añadidos (Spitz-1996).

▮ **Predisposición.** La actividad sexual de la adolescente facilita el embarazo por ser precoz, intensa e inadecuada.

—Precoz, porque cada vez está más anticipada la madurez física estimándose esta precocidad en 10 meses por cada generación.

—Intensa, porque el 20% tienen relaciones sexuales y de ellas la mitad son sexualmente activas.

—Inadecuada, porque la anticoncepción o no existe o es insuficiente, fallando la información, el acceso al método o la colaboración sanitaria.

¹ **Riesgos.** La actividad sexual conlleva además del embarazo otros riesgos añadidos como son las infecciones genitales y las alteraciones psicoafectivas.

—*Infecciones genitales:* De todas las enfermedades de transmisión sexual, las que más repercuten sobre el embarazo son lues, gonococia, virus del papiloma humano (VPH), virus del herpes simple (VHS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Genuis-1995).

—*Alteraciones psicoafectivas:* Son disfunciones de identidad genérica (disforias y disorexias) con rechazo familiar a veces y disfunciones del proceso de complementación (mal de amor) con ansiedad y depresión.

4. Factores personales e interpersonales. Están relacionados con la maduración social y actúan como psicológicos o como sociológicos.

Ser púber —capacidad de procrear— no significa ser madura ni física ni psíquicamente y todavía menos tener capacidad o independencia económica.

Los principales factores son (The Alan Guttmacher Institute-1994):

—**Imitación.** Sigue pautas familiares o de amistades.

—**Insatisfacción.** Presentan desinterés escolar y bajo rendimiento.

—**Soledad.** Buscan la gestación deliberada como medio de huir del aislamiento.

—**Matrimonio.** Buscan el hijo como un medio de llegar al casamiento.

—**Inseguridad sexual.** Desean conocer y confirmar su capacidad generativa.

—**Otros.** El resto de factores están relacionados con violación, incesto, deficiencia mental, etc.

Actitudes frente al embarazo

Las opciones que la adolescente embarazada puede tomar como actitud básica son dos: interrumpir o proseguir el embarazo.

En caso de proseguir la gestación a su vez puede optar por quedarse con el hijo contrayendo matrimonio (casada) o sin contraer nupcias (madre soltera) o cederlo en adopción.

Cualesquiera de ellas representa una decisión difícil en la que están implicados no sólo la adolescente y su pareja, sino los familiares de ambos.

Las posibles soluciones por tanto son:

1. Matrimonio forzoso. Es una solución arraigada en ciertos países por razones culturales, entre ellos el nuestro, pero abocados al fracaso con divorcio en altas proporciones. En otros países occidentales (USA, Canadá, Inglaterra, etc.) con información al respecto se sabe que si el padre es adulto, situación que ocurre en el 30% de ocasiones, la evolución del matrimonio es mejor que si el padre es otro adolescente (Taylor-1997).

2. Aborto. Es la opción más en auge en los países con el supuesto legalizado de afectación física o psíquica de la madre. La legalización del aborto no ha suprimido la práctica clandestina y cuando la adolescente decide la IVE se expone todavía a tres tipos de críticas, algunas de ellas vigentes por raíces culturales o religiosas, como son familiares, sociales y sanitarias (American Academy of Pediatrics-1998).

3. Madre soltera. Pese a las modificaciones legales que favorecen a los hijos de madre soltera o nacidos fuera de matrimonio, en la mayoría de países todavía existe cierta discriminación latente, no sólo social sino también laboral, cebándose más con este colectivo. Esta actitud social equivocada puede conducir a la madre y al hijo a la marginación y a la infelicidad, pese a lo cual en países desarrollados es la opción a la que más tiende la adolescente. (Delgado-1998).

4. Adopción. La "cesión" en adopción es una decisión muy difícil para la madre adolescente, máxime si se tiene en cuenta la tensión sufrida por ésta a lo largo del embarazo y parto. No sabe con certeza lo que quiere hacer con el hijo y muchas veces ha de soportar las presiones de la pareja y familiares. Actualmente en todos los países occidentales esta opción está reglamentada para ambas partes, permitiendo al hijo que pueda desarrollarse en otras condiciones socioeconómicas y afectivas (The American Academy of Pediatrics-1998).

Incidencia

La frecuencia del embarazo en adolescentes está disminuyendo de la misma manera que ocurre en la población general, sobre todo por razones

socioeconómicas. Sin embargo las tasas de actividad sexual están aumentando, sobre todo en países desarrollados, por razones previamente expuestas (The Alan Guttmacher Institute-1994).

En el mundo desarrollado (USA, Canadá, Inglaterra, etc.) donde los países tienen políticas de anticoncepción y aborto legalizado, el fenómeno de descenso es progresivo desde los años 70, con tasas que oscilan entre 1-10%, a excepción de USA, que a partir de 1985 volvió a presentar ascenso (Spitz-1996, Otterblad-1997).

En la Europa Comunitaria (CEE) los estudios multicéntricos realizados en los 12 países que la integran denotan descenso progresivo hasta la actualidad, con tasas que oscilan entre 0,5-1% (Creatsas-1995).

En España las tasas en la década de los 90 también varían entre 1-2% (Bedoya-1997, Delgado-1998).

En la Comunidad Valenciana como en el resto de España la tasa de embarazos ha disminuido, relacionándose con el descenso de fecundidad debida a la legalización de anticonceptivos, aunque la tasa de abortos ha aumentado a partir de 1986 —fecha de la legalización del supuesto por peligro físico-psíquico de la madre—.

En cualquier país de la esfera occidental la adolescente contribuye al 10-12% de partos y al 20-30% de abortos (Fraser-1995, Spitz-1996, Otter-Had-1997).

Sociodemografía

Epidemiológicamente hay una serie de factores que contribuyen jugando un papel decisivo en el embarazo de la adolescente, siendo unas veces biológicos y otras socioeconómico-culturales. Los más importantes son:

1. Edad. La edad es un factor clave en la aparición del embarazo observándose que la tasa de gestaciones crece a medida que lo hace aquella, de manera que alcanza cifras del 3% en menores de 16 años y cifras entre 20-30% en las mayores de 16 años. Es un fenómeno generalizado estas diferencias en todos los países —sean o no desarrollados— guardando relación con la actividad sexual (Doval-1995, Spitz-1996).

2. Estado civil. La incidencia de embarazo es mayor en solteras que en casadas, siendo la norma en las primeras estar viviendo en domicilio familiar. Entre las casadas la mayor incidencia la presentan las adolescentes que han superado los 16 años, siendo además muy escasa las divorciadas o en

concubinaje. Cuando se produce matrimonio posterior al embarazo, la frecuencia del matrimonio es mayor si el padre es un adulto y no un adolescente (Escribá-1996).

3. Nivel cultural. La influencia epidemiológica de este factor se conoce por las encuestas realizadas durante el embarazo o postparto. En países desarrollados la tasa es mayor en niveles culturales bajos siguiendo esta tónica en el nuestro (Escribá-1996). En países en vías de desarrollo se mantiene este perfil, pero con tasas superiores, llegando a ser del 80% en primaria y del 20% en secundaria o en estudios superiores (Gallais-1996).

4. Nivel laboral. La influencia a nivel laboral se deja sentir apareciendo tasas superiores para el desempleo que para las que poseen trabajo y dentro de éstas son mayores para obreras industriales que para el resto. El tipo de contrato parece influir, observándose mayor tasa de embarazo en las de trabajo eventual que en fijo o autónomo, tendencia que se mantiene en nuestro país (Doval-1995, Escribá-1996).

5. Nivel económico. Este factor va unido al cultural y económico de manera que a menor nivel económico mayor tasa de embarazo, repitiéndose la tónica en todos los países (Otterblad-1996).

6. Residencia. El lugar de residencia influye en la tasa de maternidad precoz, siendo mayor en el medio rural que en el urbano. En países desarrollados, se observa que la incidencia es mayor en los barrios periféricos de las áreas urbanas, hecho que se repite en el nuestro (Fraser-1995, Doval-1995).

7. Hábitos. El consumo de tabaco, alcohol y resto de drogas que camina unido a bajos niveles socioeconómicos incide en la tasa de embarazos en la adolescencia. Dentro de las drogas, la heroína predomina en los niveles bajos de economía, mientras que la cocaína lo hace en niveles medios o altos. La edad de comienzo en relación a los hábitos sigue una tónica general en todos los países: inicio con tabaco y alcohol para paso a drogas sintéticas tipo anfetaminas y otras drogas duras en edades posteriores. La pareja camina paralela a la gestante embarazada en este recorrido, iniciando el primer contacto casi siempre en situación escolar anómala (Griesler-1998).

Consecuencias

El estilo de vida de la embarazada adolescente condiciona los problemas médicos y obstétricos, tanto a corto como a largo plazo, por lo que es preciso distinguir factores agravantes y tipo de riesgo o consecuencia.

1. Factores agravantes

Existen varios tipos de factores que inciden ensombreciendo el pronóstico del embarazo y son: antecedentes obstétricos, control del embarazo, curso de gestación y hábitos.

1.1. Antecedentes obstétricos. La mayoría de adolescentes son nulíparas y de las que no lo son refieren como otro antecedente el aborto (sobre todo IVE), el embarazo ectópico y el parto, aumentando con la edad el número de reincidencias. La primiparidad en adolescentes de baja edad —menor de 16 años— agrava las consecuencias, puesto que compite en el desarrollo con su hijo, por lo que dentro del colectivo son las de mayor alto riesgo (Fraser-1995).

1.2. Control del embarazo. Es uno de los factores que empeora los resultados del embarazo en la adolescencia, pues son siempre escasos y tardíos, salvo que el control sea específico en programa de adolescencia. El control es escaso por las circunstancias socioeconómicas y psicológicas, no descubriéndose el embarazo en los momentos precoces y no prestando atención a los hábitos alimenticios. El control es tardío porque desconocen la existencia del embarazo en sus comienzos y no lo comunican a la pareja o familia por temor y ansiedad (Ruchi-1993).

1.3. Curso de la gestación. Durante la gestación y como factores adversos que condicionan patología, citaremos: incremento ponderal y hábitos nocivos.

—Incremento ponderal: Por ser mujeres con índice de masa corporal (IMC) bajo y malas condiciones nutritivas en edad de competencia en desarrollo con el hijo, el incremento ponderal durante el embarazo es escaso (< 7 Kg.), siendo este factor el causante de la morbilidad perinatal del hijo. La talla baja ($< 1,50$ m.) por estar en etapas de crecimiento continuo condiciona una estructura pélvica y un desarrollo muscular defectuoso, siendo causante de la alta tasa de intervencionismo obstétrico.

—Hábitos: Los hábitos adversos para el desarrollo materno-fetal (tabaco, alcohol, drogas, etc.) condicionan la patología propia del

embarazo en tasas de 20-30% y la patología asociada con incidencia del 10-15%. Las drogas diferentes al alcohol y tabaco las suelen consumir el 5-10% de las gestantes adolescentes (Strobino-1995).

2. Consecuencias

Las consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad materno-fetal, se pueden valorar a corto y largo plazo.

2.1. Consecuencias a corto plazo. En relación con el embarazo, parto y puerperio y los primeros 28 días del recién nacido, la morbimortalidad está relacionada con procesos específicos, bien sean propios o asociados. Distinguiremos:

Maternas anteparto. Es un embarazo de alto riesgo, al que se llega condicionando procesos que de menor a mayor incidencia son:

- ¹ Hiperemesis y hemorragias. Son patologías típicas del primer y tercer trimestre derivadas de la inmadurez psíquica y del escaso desarrollo genital, así como de la primiparidad y únicamente la gemelaridad, que es muy escasa, puede agravarlas (Patel-1997).
- ¹ Infecciones genito-urinarias. Suelen estar presentes como procesos previos al embarazo o desarrollados en su curso, constituyendo las de mayor riesgo las viriásicas tipo VHS y VIH, además de las bacterianas tipo E. Coli y estreptococos tipo β (Carne-1998).
- ¹ Anemia y preeclampsia. Son las complicaciones más frecuentes y de mayor riesgo.
- Anemia. Está relacionada con las condiciones de la alimentación (escasa y equivocada) y las infecciones previas que favorecen la aparición de la forma ferropénica que es la más frecuente. El hierro es un oligoelemento clave en el embarazo, teniendo la adolescente sus necesidades previas a la gestación (15-30 mg/día) incrementadas durante la misma (30-60 mg/día). Estas necesidades son mayores en las adolescentes de menor edad (Skinner-1991).
- Preeclampsia. Es un riesgo todavía más grave que la anemia y se produce en la adolescente por una disfunción endotelial que no sólo afecta a los vasos maternos (sobre todo uterinos), sino feto-placentarios. Es la causa más importante de parto prematuro y bajo peso en el feto, condicionando altas tasas de morbimortalidad materna. La mayor incidencia se da a menor edad materna, así como su gravedad (eclampsia) (Barton-1995, Leitch-1997).

Maternas intraparto. De las consecuencias o riesgos intraparto citaremos tres: parto prematuro, cesárea y parto vaginal instrumentado.

- 1 Parto prematuro. Está relacionado en este tipo de embarazos no sólo con las condiciones socio-económicas sino con la edad de la adolescente y las infecciones genitales que le provocan la rotura prematura de membranas (RPM). El mal desarrollo uterino y el "stress" son los dos factores por los que comienzan las contracciones y la RPM (Carrol-1995).
- 1 Cesárea. Se ha considerado como la consecuencia lógica del embarazo de alto riesgo por las consecuencias maternas y fetales antedichas. La tasa es más frecuente en las adolescentes más jóvenes y a cualquier edad con las de peor control antenatal. Las indicaciones mayores se relacionan con desproporción pelvifetal, parto estacionado en período de dilatación, presentación podálica y preeclampsia, con o sin hemorragia anteparto (Lubarsky-1994, Lao-1997).
- 1 Parto vaginal instrumentado. También guarda relación con la edad materna y el tipo de atención, puesto que las más jóvenes y peores cuidados condicionan más sufrimiento fetal y por tanto la necesidad de acabar el parto. La tasa es mayor en las menores de 16 años y sin control programado por su mayor alto riesgo.

El tipo de intervencionismo es más frecuente para ventosa y fórceps en las presentaciones cefálicas y ayuda manual en las podálicas (Savona-1990, Brabin-1998).

Maternas postparto. La morbilidad puerperal también está presente con mayor frecuencia en la adolescente. Los principales procesos son: infección puerperal, hemorragia con anemia y depresión.

- 1 Infección. La fiebre puerperal incide en el 50% de adolescentes al coincidir la baja resistencia de la madre con la alta infecciosidad del canal del parto, siendo más raras las infecciones de origen urinario, mamario o venosa (Jiménez-1994).
- 1 Hemorragia-anemia. Presentan frecuencias del 25% con o sin transfusión hemática y guardan relación con lesiones del canal blando y la atonía uterina (Lao-1997).
- 1 Depresión. La psicosis puerperal se presenta con mayor incidencia que en la población adulta alcanzando cifras del 10% (Piyasil-1998).

Fetales perinatales. La morbilidad fetal está relacionada con los factores socio-económicos y la patología materna. Los procesos más frecuentes son: bajo peso, hipoxia y malformaciones (OMS-1995).

¹ Bajo peso. Este término se refiere a los recién nacidos de menos de 2.500 gr., reservándose el de pequeño para la edad gestacional a los de peso inferior del percentil 10. En la adolescente todos los factores que condicionan escaso desarrollo fetal se dan con alta incidencia: edad, primiparidad, mala alimentación, tabaco, drogas, etc. Es comprensible que la hiperplasia o aumento del número de células hasta la semana 32 y la hipertrofia o aumento del tamaño celular hasta la semana 40 y posterior se afecten gravemente provocando el bajo peso. La tasa es mayor para las de más riesgo, o sea, menor edad y peor atención (Spitz-1996, Otterblad-1997).

¹ Hipoxia. La depresión o distrés perinatal se presenta con mayor frecuencia en los hijos de madre adolescente porque la patología propia y asociada de la gestación agrava los mecanismos compensadores fetales de adaptación al déficit de oxígeno. La hipoxia y la acidosis del embarazo empeora con el parto, por lo que la mayoría de estos recién nacidos precisan reanimación profunda si se desea evitar la secuela neurológica (Lubarsky-1994).

¹ Malformaciones. Son la tercera patología que presentan los hijos de madre adolescente y están relacionadas con los déficits alimenticios (flatos) y con los tóxicos (tabaco, alcohol y drogas). La mayor tasa se da en los defectos de tubo neural (espina bífida) y en las cardiopatías que a su vez son más frecuentes en las adolescentes de baja edad.

Mortalidad materno-fetal. Proviene de la morbilidad que sufre el binomio madre-feto a la que acabamos de referimos.

¹ Materna. La OMS ya estimó hace años, que los países en desarrollo soportaban la mayor carga, permaneciendo vigente este hecho. Se calcula que cada año mueren 500.000 mujeres en el mundo entorno al parto, de las cuales sólo un 1% pertenecen a los países desarrollados. En España la mortalidad materna perinatal es muy baja (1 de cada 9.000) y como en otros países se relaciona con la patología perinatal, siendo la frecuencia en la adolescente el doble que en la edad adulta. Las causas más frecuentes son por este orden: aborto y ectópico (21%), hemorragia (20%), preeclampsia y eclampsia (19%), rotura uterina y anemia grave (10%), sepsis (5%), anestesia (1%) y el resto (24%) (Johnson-1996).

¹ Fetal. Por definición abarca la anteparto (desde semana 26), la intraparto y la postparto (neonatal precoz hasta el octavo día y neonatal tardía hasta el día veintiocho). Los factores que condicionan la muerte son los referidos al hablar de morbilidad. Las tasas de mortalidad (3-6%) son mayores en las madres de baja edad y peores cuidados, siendo la tónica general en todos los países sea cual sea su grado de desarrollo (Saustad-1998).

2.2. Consecuencias a largo plazo. Las repercusiones que tiene el embarazo sobre la adolescente no terminan en el postparto, ni para ella ni para su hijo, continuando en épocas posteriores y constituyendo los llamados riesgos a largo plazo.

Maternas. La madre adolescente soporta dos tipos de riesgo a largo plazo: inevitables y evitables.

¹ Inevitables. Aunque el embarazo fuese deseado la adolescente tiene comprometido su porvenir tanto mayor cuanto menor sea su edad y su estatus. Los riesgos inevitables son dos:

—Incapacidad de completar su desarrollo. Por el cambio de "roll" y por sus responsabilidades de adulto, que son difícilmente asimilables dada su inmadurez física y psíquica (American Academy Pediatrics-1998).

—Dificultad de completar su formación. Por tener obstáculos casi insalvables para terminar sus estudios o encontrar trabajo, limitando su posterior poder adquisitivo y su independencia económica.

¹ Evitables. También son el resultado del mismo problema y distinguiremos las siguientes:

—Síndrome de fracaso. Es una secuela psicológica caracterizada por la imposibilidad de formar una familia estable y con independencia económica. Esta imposibilidad agrava su situación social y le aboca a estados de ansiedad y depresión, incluso al suicidio si hubo complicaciones obstétricas. Es evitable si se le presta ayuda médico-obstétrica, psíquica, social y soporte económico (Albanes-1998, Piyasil-1998).

—Nueva gestación. La recurrencia o recidiva es frecuente en los primeros cinco años y se debe a la falta de anticoncepción, abandono del estudio o trabajo y al matrimonio si lo hay (Stevens-Simon-1998).

Recién nacido. El hijo de la adolescente sufrirá consecuencias a largo plazo derivadas directa o indirectamente de las de la madre. Estas pueden ser: físicas, psíquicas y mentales.

¹ Físicas. El desarrollo corporal se verá comprometido sufriendo deficiencias añadidas a las intrauterinas y derivadas de las condiciones y entorno socio-económico. En la infancia persistirán las secuelas del trastorno de crecimiento con mayor vulnerabilidad a las infecciones. En la edad adulta tendrá propensión a padecer los procesos relacionados con el bajo peso como son: hipertensión arterial, dislipemia,

disglucosis, coronariopatía, accidente vascular cerebral y enfermedad pulmonar crónica (Verdú-1998).

▮ Psíquicas. El hijo de la adolescente es más propenso al deterioro psíquico y la mala relación madre-hijo, dándose con más frecuencia las "reacciones" de hiperprotección o rechazo con malos tratos.

▮ Mentales. El coeficiente intelectual (C.I.) alcanzado por el hijo de la adolescente es inferior al de los hijos de madre de edad superior hasta los cuarenta años y se equipara al de madres de edad superior a los cuarenta. El suicidio ha sido asociado con más frecuencia en el hijo de adolescentes al llegar éstos a su propia adolescencia y se le relaciona con las secuelas perinatales (Piyasil-1998).

Soluciones

Puesto que se admite que el embarazo en la adolescencia es un problema "primariamente social" y "secundariamente médico", es comprensible que se hayan puesto en marcha con gran "énfasis" tres *aspectos* bien diferenciados:

- Cribar los factores de riesgo para evitar la gestación.
- Atender el embarazo una vez producido.
- Evitar las recidivas postparto.

El conjunto de *medidas* preventivas encaminadas a solucionar el problema son (Stevens-Simon-1997):

- Programas de educación sexual y anticoncepción.
- Programas de asistencia médica y obstétrica.
- Programas de asistencia social y económica.

Es un hecho comprobado que pese a los programas de atención especializada, se han observado a nivel mundial dos tipos de *fenómenos* (Delgado-1998):

- Disminución de fecundidad (partos).
- Aumento de abortos inducidos (IVE).

Las soluciones subrayadas para paliar estos hechos y cubrir el vacío existente son:

Mejora de información. Ésta debe dirigirse no sólo a la sexualidad, sino también al riesgo que conlleva el embarazo y el aborto inducido (Salman-1997).

Mejora de cuidados perinatales. El embarazo y el parto se deberán atender como de alto riesgo y en hospitales de nivel terciario (Keirse-1998).

Mejora de anticoncepción. Ésta deberá reunir dos premisas que se pondrán en práctica no sólo antes de que se produzca el embarazo, sino también después de que acaezca el parto. Estas dos premisas son:

- Educativas. Se dirigirá hacia una "sexualidad responsable" para retrasar el inicio de las relaciones sexuales y una vez comenzadas, evitar las infecciones (Poppen-1994).
- Sanitarias. Se encaminará a elegir el momento y el método anticonceptivo aconsejando los anticonceptivos hormonales y el DIU para prevenir el embarazo y los de barrera, tipo preservativo, para evitar las infecciones (Dexeus-1997).

BIBLIOGRAFÍA

1. Albanes, D. *Violent suicide and obstetrics complications*. Br Med J. 1998. 317: 1333-1334.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence counselling the adolescent about pregnancy options. 1998. 101: 938-939.
3. Barton, JR.; Stanziano, GJ.; Jacques, DL., et al. *Monitored outpatient management of mild gestational hypertension remote from term in teenage pregnancies*. Am J Obstet Gynecol. 1995. 173: 1865-1868.
4. Brabin, L.; Verhoeff, FH.; Kazembe, P., et al. *Improving antenatal care for pregnant adolescents in Souther Malawi*. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998. 77: 402-409.
5. Carne, C. *Sexually transmitted infections*. Br Med J. 1998. 317: 129-132.
6. Carrol, SG.; Sebine, NJ.; Nicolaides, KH. *Preterm prelabour amniorrhexis*. Nicolaides KH ed. NY. The Parthenon Publ Group. 1995: 13-15.
7. Creatsas, GK.; Vekeman, SM.; Horejsi, J., et al. *Adolescent sexuality in Europe: a multicentric study*. Adolesc Pediatr Gynecol. 1995. 8: 5963-5965.
8. De Ridder, CM.; Thijssen, JHH.; Brunning, PF., et al. *Body fat mass, body fat distribution and puberal development: a longitudinal study of physical and hormonal sexual maturation of girls*. J Clin Endocr Metab. 1992. 75: 442-446.
9. Delgado, M. *La fecundidad joven y adolescente en España*. Instituto de Economía y Geografía (C.S.I.C.). Documento de trabajo. Madrid. 1998.
10. Dexeus, S.; Martínez, F. *Riesgos y beneficios de la anticoncepción en la adolescencia*. Rev Europ Contracep Reprod. 1997. 2: 98-94.
11. Doval, JL.; Blanco, S.; Vizcaíno, MA. y colab. *Embarazo en adolescentes: variables clínicas y sociales*. Acta Ginecol 1995. 52: 9-14.
12. Escribá, V.; Mas, R.; Grifol, R. *Planificación (deseo) de la gestación y actividad laboral*. Acta Ginecol. 1996. 53: 48-53.
13. Fraser, AM.; Brockert, JE.; Bard, RH. *Association of young maternal age with reproductive outcomes*. N Engl J Med. 1995. 332: 1113-1117.
14. Gallais, A.; Robillard, PY.; Nuissier, E., et al. *Adolescence et maternité en Guadeloupe*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1996. 25: 523-527.
15. Genuis, S.; Genuis, SK. *The challenge of sexually transmitted diseases in dolescents*. Adolesc. Pediatr. Gynecol. 1995. 8: 82-88.
16. Griesler, PC. *The impact of maternal drinking during and after pregnancy on the drinking of adolescent offspring*. J Studies on alcohol. 1998. 59: 292-304.

17. Jiménez, JS.; Hernández, JM. *Paridad y estado civil. Efecto sobre los pronósticos perinatal y materno en la gestante adolescente*. Acta Obstet Gynec. 1994. 6: 81-86.
18. Johnson, TRB.; Kwawkume, EY. *Maternal mortality: An International Perspective*. In: *Intrapartum obstetrics*. Ed Repke JT Churchill-Livingstone. NY. 1996: 541.
19. Keirse, M.J. *Changing practice in maternity care*. Br Med. J. 1998. 317: 1027-1028.
20. Lao, T.T.; Ho, L.F. *The obstetrics implications teenage pregnancy*. Hum. Reprod. 1997. 12: 2302-2305.
21. Leitch, CR.; Cameron, AD.; Walker, JJ *The changing patterns of eclampsia over a 60 year period*. Br J. Obstet Gynecol. 1997. 104: 917-927.
22. Lubarsky, SL.; Chiff, E.; Friedman, SA., et al. *Obstetrics characteristics among nulliparas under age 15*. Obstet Gynecol. 1994. 84: 365-368.
23. Martí-Hernneberg, C.; Moreno, A.; Sánchez, F., et al. *Tempo of puberty and final height in girls*. (Abstract). Harm Res. 1994. 41: 102.
24. Martí-Hernneberg, C.; Vizmanos B. *The duration of puberty in girls is related to the timing of its onset*. J. Pediatr. 1997. 131: 618-621.
25. Otterblad, PM.; Cnauttingius, S.; Goldenberg, RL. *Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden*. Obstet Gynecol. 1997. 89: 451-457.
26. Patel, D.; Piotrowski, ZH.; Lulla, RR. *Multiple birth among adolescents women in Illinois*. J. Reprod. Med. 1997. 42: 779-784.
27. Piyasil, V. *Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study*. J. Med. Assoc. Thai. 1998. 81: 125-129.
28. Poppen, PJ. *Adolescent contraceptive use and communication: changes over a decade*. Adolesc. 1994. 29: 503-514.
29. Ruchi, KF.; Varner, MW.; Chase, RA. *The prevalence of substance abuse among pregnant women in Utah*. Obstet Gynecol. 1993. 81: 239-242.
30. Salman, R.B. *Equity distributive justice in european health care reform*. Int. J. Health Surv. 1997. 27: 443-453.
31. Saugstad, OD. *Practical aspects of resuscitating asphyxiated newborn infants*. Eur. J. Pediatr. 1998. 157: Suppl. 1:11-15.
32. Savona, C.; Grech, ES. *Risks in pregnancy teenager*. Int. J. Gynecol Obstet. 1990. 32: 7-13.
33. Skinner, JD.; Carrith, BR. *Dietary quality of pregnant and nonpregnant adolescent*. J. Am. Diet. Assoc. 1991. 7: 18-20.
34. Spitz, A.; Velebil, P.; Konin, LM., et al. *Pregnancy, abortion, and birth*

- rates among US. adolescent.* 1980, 1985 and 1990. J.A.M.A. 1996. 275: 989-994.
35. Stevens-Simon, C.; Kelly, L.; Singer, D., et al. *Reasons for first teen pregnancies predict the rate of subsequent teen conceptions.* Pediatrics 1998. 101: 81-86.
 36. Strobino, DM.; Ensminger, ME.; Kin, YJ., et al. *Mechanisms for maternal age differences in birth weights.* Am. J. Epidemiol. 1995. 142: 504-514.
 37. Taylor, D.; Chavez, G.; Chabra, A., et al. *Risk factors for adult paternity in birth to adolescent.* Obstet Gynecol. 1997. 89: 199-205.
 38. The Alan Guttmacher Institute. Sex and americans teenagers. The Alan Guttmacher Institute N.Y. The Contraception Report.1994.
 39. Verdú, J.; Martín, C.; García, G. *Tablas españolas de pesos neonatales según edad.* Ed. SEGO. Sección Medicina Perinatal. Menarini. Barcelona. 1998: 41.
 40. W.H.O. Physical Status: The use and interpretation of antropometry. W.H.O. Technical Report Series. 854. Genova. 1995.

ADOLESCENCIA Y CULTURA

**De algunos juegos prohibidos y otros
esplendores en la yerba.
(Recorrido personal por el imaginario de la
pubertad femenina en el cine)**

Juli Leal

DE ALGUNOS JUEGOS PROHIBIDOS Y OTROS ESPLENDORES EN LA YERBA. (RECORRIDO PERSONAL POR EL IMAGINARIO DE LA PUBERTAD FEMENINA EN EL CINE)

Juli Leal

Universitat de Valencia

Debo comenzar mis reflexiones constatando que el resultado es fruto de un malentendido. Veamos: En un principio, creí que el tema propuesto para el estudio conjunto era la pubertad, —en mi caso la pubertad en el cine— cuando se añade el factor *femenina* al de pubertad, viniendo luego el de adolescente. Curiosamente, el término adolescente amplía enormemente el campo de visión, por lo que, una vez comenzado el trabajo decidí continuar en la primera opción, cautivado por lo particular del tema, menos tratado. No es mi intención divagar sobre los supuestos científicos, puesto que hay en el congreso especialistas calificados para ello, por lo que resumo mi preámbulo diciendo que lo efímero, la realidad de lo pubertario configura todo un imaginario que va desde la mitología griega hasta las representaciones posteriores plasmadas en arte, en teatro, ópera, acabando en ese cajón de sastre que es el cine, que, con su lenguaje globalizador muestra un complejo caleidoscópico de ejemplos de gran riqueza, por lo que mi propuesta será un recorrido por ese imaginario de la pubertad femenina que el cine propone partiendo de una personal selección.

En primer lugar, considero la edad de la pubertad femenina a partir de denominadores comunes consultados, desde los textos freudianos, psicoanalíticos hasta sociológicos (1), constatando que la pubertad es el estadio intermedio entre la infancia y la adolescencia, comprendiendo el estado pre-púber de los 8 a los 11 años aproximadamente, y el púber pre-adolescente de los 11 a los 13 años. Es decir, el terreno de la indefinición. Los conceptos clásicos de cambio, de relación entre lo físico y lo psíquico, la consecuente

(1) Entre ellos, principalmente, Sigmund Freud, *La Vida Sexual*, traducción francesa, publicada en PUF, París, 1985, Philippe Gutton, Jean-Paul Mialot, y Jean-Edmond Toubanc. *La Puberté*, PUF, Col. Que sais-je? 1447, París, 1993, y Françoise Dolto, *La Cause des Adolescents*, Pocket, 4225, Ed. Laffont, París, 1988.

crisis de identidad, se convierten en un filón temático para el cine, en ocasiones subrayando lo relativo de los límites tradicionales en ocasiones particulares. Un pero. Y es que el cine está lleno de protagonistas masculinos. El niño púber, pre-adolescente trae de inmediato a la memoria todo un sinfín de títulos: *La Luna*, de Bertolucci (1979), *Le Souffle au Coeur*, de Louis Malle, (1971), *Amarcord*, de Fellini, 1973, o *El Año de las Luces*, de Trueba, (1986) y tantas otras. Es difícil encontrar tantos ejemplos donde el personaje sea una niña. Lo que hace doblemente interesante la búsqueda, y nos vamos dando cuenta que, si la niña púber es el símbolo poético de la crisálida, a mitad metamorfosis, con sus impulsos y necesidades que difieren de las del niño, aparecen muestras interesantes a partir de los ejemplos claros, pero, sobre todo, de los sugeridos, en consonancia con ese estar a mitad camino entre la realidad y el deseo, entre la muerte de la infancia y el nacimiento de otro estatus, la adolescencia.

La precocidad

Entre esos ejemplos, elegimos el de *Jeux Interdits*, de René Clément, (1952) película célebre en su momento. Lanzada publicitariamente con el eslogan: *Le vert paradis des amours enfantines...*, frase que produce sensaciones equívocas, Juegos Prohibidos plantea la relación entre una niña de 6 años, Paulette, y un niño de 11, Michel. La manera de mostrar esa relación permite a Clément una doble lectura. Primero, la denuncia de la crueldad de la guerra, y señalar que en ese juego siempre pierde la inocencia. La otra lectura nos desvela un análisis del despertar a la vida y a los sentimientos de los protagonistas, mostrando como los tabúes desaparecen en situaciones límite. En este caso, el marco de la historia es el principio de la ocupación alemana en Francia. Durante la huida de los invasores, los padres de Paulette mueren en un bombardeo en plena carretera. Dato importante: con ellos, también muere el perrito de la niña, Paulette (Brigitte Fossey), que es recogida por una familia de campesinos, los Dollet. Paulette se hace pronto muy amiga y cómplice de Michel, (Georges Poujoly), de 11 años, quien a su vez, se siente fascinado por la pequeña parisina. Juntos descubren la muerte, observan el amor en la hermana de Michel y su novio, y sienten una especial atracción el uno por el otro. En la crudeza de la situación, inventan un juego que consiste en crear su propio cementerio para los animales muertos, al enterar Paulette a su perro, al que encuentra en el campo. La muerte ha de sacralizarse con una cruz sobre la tumba, para lo cual roban cruces del cementerio vecino, y Michel no dudará en matar animales para conseguir la admiración de su dama. Amor, muerte, sensualidad precoz, el juego de Eros y Tánatos en una edad suspendida, incierta, como el tiempo iniciático,

suspendido, de la guerra. Los niños queman etapas y se convierten en adultos antes de tiempo por la fuerza del contexto. Como Coré, la diosa de la juventud eterna de los griegos, Paulette, es raptada, y, si no violada, sí iniciada al juego amoroso en su lenguaje particular, y, como Coré, desciende a los infiernos, simbolizados en el pajar donde proliferan las cruces, la muerte, y donde copulan la hermana de Michel y el cabo desertor. Quizá sorprenda el alcance de tales deducciones, pero vienen dadas al reflexionar sobre la nada inocente publicidad que lanza la película sobre el tema de los amores precoces. En realidad, las concomitancias con el mito griego son muchas. Sin entrar en más detalles, como en el caso de Coré, el descenso a los infiernos es metafórico, símbolo de la virginidad perdida. Paulette, antes de conocer el proceso, se ve forzada a reaccionar como adolescente. Al final de la película, entregada a la beneficencia, deberá asumir su nueva identidad, pronunciando el nombre de Michel, único lazo de la existencia anterior.

Proyección secuencias de *Jeux Interdits* (2)

Secuencia primera. Michel ha matado un polluelo y se lo entrega a Paulette haciéndole creer que lo ha encontrado muerto, para conseguir su admiración. En secuencias anteriores hemos visto como Michel contempla y/o vela el sueño de Paulette con mirada adulta.

Secuencia 2. Los celos. Paulette manda. Transgrede: propone la aventura del cementerio. El erotismo púber nace de la consciencia de transgredir juntos, en complicidad. Una vez en la cueva del molino, se intercalan las escenas del amor entre los adultos, parábola de un futuro posible donde el ciclo se hubiera cerrado en condiciones distintas.

Un imaginario recurrente en el cine, es también el descubrimiento del primer amor que ha dado un sinfín de ejemplos más o menos edulcorados. El cine americano de los años 50 y 60, propondrá un gran número de comedias llamadas de playa donde la transición de la pubertad a la adolescencia era normalmente encarnada jovencitas como Sandra Dee, en comedias donde los universitarios tenían una edad cercana a la de los profesores. El cine europeo, sin embargo, influido por el realismo nos dará títulos más cercanos a la realidad, sobre todo a la nuestra. Del Rosa al Amarillo (1963), es una película de Manuel Summers que tuvo una gran repercusión en nuestro depauperado cine. Con gran naturalidad y ternura evitando el habitual tono del cine español de los 60, Summers cuenta dos posibilidades de amor. La primera parte, Del rosa, es la que nos incumbe. Guillermo se enamora por

(2) *Jeux Interdits*, de René Clément. 1951-2. Guionistas: Francois Boyer Jean Aurenche, Pierre Bost, René Clément. Música: Narciso Yepes. Michel: Georges Poujoly, Paulette, Brigitte Fossey. Francia.



JUEGOS PROHIBIDOS (Jeux Interdits, 1952). René Clément. Brigitte Fossey y Georges Poujoly.

primera vez de Cristina que es algo mayor que él. Cristina le corresponde. Parte de su transición a la adolescencia la configura el sentirse objeto de deseo. El sentirse admirada. Los avatares de Guillermo para crecer, tener vello, o cambiar la voz para ser digno de su amada ofrecen un divertido y fresco retrato. Pasadas las vacaciones de verano, Margarita vuelve ya realizado el cambio, enamorada a su vez de "un chico de dieciocho años". Guillermo ha servido de escalafón. Con este leve y reconocible argumento Summers muestra un retrato de costumbres y reacciones preadolescentes que es cita obligada en cine europeo para el tema que nos ocupa. Los juegos infantiles que se transforman al introducir todo un subterfugio de miradas, roces, insinuaciones aparecen en esta escena del *Desplantaio* donde Guillermo hace lo posible para perder y poder coger la mano de Margarita.

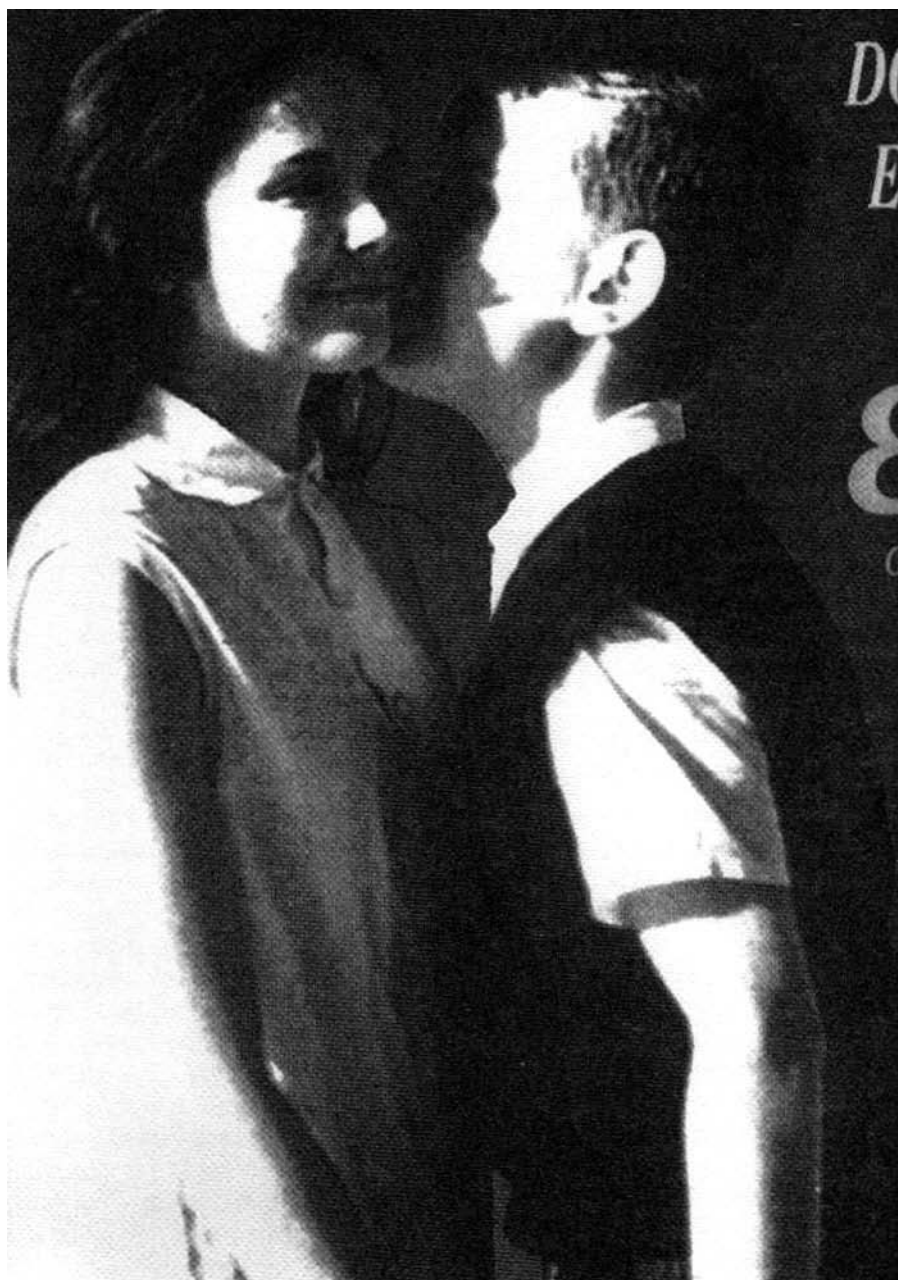
Proyección secuencia *Del Rosa al Amarillo*: el desplantaio.

Tras la apariencia, Summers va mostrando en la conducta de los niños las fases típicas físicas y psíquicas del proceso. La evolución progresiva de Margarita frete a la de Guillermo, la mimesis del mundo de los adultos a la hora de realizar fantasías eróticas, etc. Todo un mundo que llega, quizá sea el único handicap de la película, al techo de lo permitido por la censura del momento, lo que supuso un reto para Summers, y para todo director de cine español del momento que quisiera mostrar la realidad sin subterfugios. Proyectamos la escena de la lectura de la carta de Margarita a Guillermo y la fantasía amorosa de éste.

Proyección secuencia *Mirando al Mar*.

Proyección final de la película.

El dolor subsecuente contrasta con la reacción más adulta, despiadada para Guillermo, de Margarita. Como apostilla citemos que, anteriormente, pero con otra óptica, Berlanga había tocado el mismo tema en su comedia *Novio a la Vista*, ambientada en la playa del San Sebastián de primeros de siglo. Aquí se juega ya con asunción de la adolescencia, los protagonistas tienen quince años, aunque el final es el mismo en ambos casos. Como anécdota nada gratuita, observemos que Berlanga, para el personaje de la protagonista, Loli, contó con una actriz francesa desconocida, Josete Arno, al no poder hacerlo con la actriz para la que escribió el personaje, una casi niña Brigitte Bardot, cuyas portadas en *Elle* anunciando lencería adolescente ya hacían correr tinta. Un punto en común en todos estos casos es el victimismo del niño frente a la iniciativa de la mujer. Ya he citado antes que predominan-predominaban las películas sobre el púber-el adolescente sobre las niñas. Pero no deja de ser curiosos que en estos tres casos, la mutación femenina está vista, comentada, y vivida-o sufrida, desde el punto de vista del niño. Lo cual nos lleva a pensar que hay muy pocas películas sobre el tema dirigidas por mujeres, con excepciones como *L'adolescente*, de Jeanne Moreau (1978), cuyo tema se escapa de los límites de nuestro comentario.



DEL ROSA AL AMARILLO, Manuel Summers. Cristina Galbó y Pedro J. Díez del Corral.

La pubertad negada

En el imaginario que estamos recorriendo, tiene un lugar predominante por su incidencia a lo largo de la historia del cine la niña-mujer como objeto de contemplación, contemplación, utilización que entendemos bajo un doble signo que confluye en resultados parecidos. En la novela *Lolita* de Vladimir Nabokov encontramos un texto que sienta las bases de nuestro punto de partida. El protagonista Humbert Humbert dice:

Entre el límite de las edades entre los nueve y los catorce años, se dan doncellas que a ciertos viajeros cautivados, dos veces más viejos que ellas o más, revelan su verdadera naturaleza que no es humana, sino nínfica, esto es, demoníaca; y yo propongo designar a esas criaturas con el nombre de *nymphets*.

Aplicando el criterio de Humbert, encontramos que la *nynphet* aparece con una doble y exitosa vertiente en el cine, una, la niña prodigio, fuente de diversión, con edad paralizada hasta que la evidencia física se impone y detienen el negocio, y otra, la niña-mujer presentada como consciente de su papel prematura de mantis religiosa *avant l'age*. Sin detenerme en *Lolita*, cuyo referente, la Dolores de Nabokov, de trece años, tendrá su imagen en Sue Lyon, una actriz de dieciséis, con la que se produce una contradicción entre el original de Nabokov, y el film de Kubrick (1962).

Puesto que la literatura supone otro campo distinto, pasaremos por alto los nueve años de la Beatrice de Dante, los trece de la Julieta de Shakespeare, y tantos otros personajes femeninos en esa línea. Volviendo al cine, tenemos en el primer grupo citado la irrupción de las niñas prodigio, a la cabeza de todas ellas, Shirley Temple, (1928), con una carrera que supone un filón de dólares. La fórmula americana consistente en agotar dichos filones, exprime el jugo de la niña sabihonda que canta, baila, arregla las familias, y crea una imagen deseada por muchas madres para sus hijas. La carrera de Temple empieza sus éxitos a los cuatro años, y termina a los diez, cuando la Metro prefiere a Judy Garland para rodar el clásico infantil *El Mago de Oz*. Temple pone, o mejor, los estudios proponen, una imagen de pelo rizado, optimismo y dinamismo imparables, y una picardía propias de una vieja prematura, eso sí, sin sexo. No es de extrañar que Aldrich la convirtiera en la caricatura sangrienta que Bette Davis borda en *¿Qué fue de Baby Jane?*, donde se cuentan los sacrificios que supone ser como Baby Jane. Porque, ¿qué ocurre cuando la actriz es Judy Garland (1922-1969)? Después de sus triunfos con la serie de títulos musicales que rueda con Mickey Rooney como pareja, surge la idea de *El Mago de Oz*, dirigida por Victor Fleming en 1939, a partir de los cuentos de L. Frank Baum. Judy es la más comercial, pero ya ha rodado escenas de escauceos amorosos-blancos i asexuados, y su físico de diecisiete años lozanos dista mucho de ser el de la de la niña Dorothy de

doce del cuento de Baum. El contraste al ver la imagen de Garland con el personaje literario es, cuanto menos, chocante. Independientemente de las virtudes como actriz y cantante, cosa que nadie pone en cuestión, resalta el camuflaje del físico con vestido cortado ad hoc, y posiciones de la cámara estratégicas para detener, al menos en imagen, el crecimiento de la persona. Matices que entonces pudieran parecer cotidianos, resultan hoy grotescos con la llegada de los 70 y la apertura de la censura. Las pantallas se poblaron de niña buena púber pero casta, entre la legión recordemos a Hayley Mills y su *Pollyanna*, o *Tú a Boston y yo a California* (1961), las incontables versiones de Heidi, etc. Entre nosotros, es forzoso destacar la presencia de Marisol, surgida como un remedo español de los ejemplos anteriores. *Un rayo de luz*, de Luis Lucia, su mentor (1960), fue una operación de marketing que obtuvo el resultado esperado. El problema vino cuando la saturación del eterno papel de niña angelical empezó a chirriar con su personal voz de cazalla, y, ya en *Tómbola*, el invento se pone en peligro. ¡Marisol tiene tetas! Según un sabroso artículo de José Luis Guarner, que la llama respuesta de España a *Lolita*.

Mientras su pubertad era un motivo tácito de interés público, su conversión en símbolo erótico se haría progresivamente deliberada y flagrante desde *Marisol rumbo a Río* (1963), título casi emblemático. Andando el tiempo, y ya lejos de la adolescencia, por poco se convirtió en símbolo erótico tout court (3).

He elegido a Garland y Marisol como representativas de esta utilización-inmolación en aras del éxito porque coinciden en una autoncienciación. Garland cambiaría el rumbo al casarse con Minnelli, ofreciendo después gloriosas interpretaciones. Marisol, convertida en niña-mujer, pagaría caro el recuerdo infantil. La industria española se limitó a repetir el cliché, hasta que se independizó. El símbolo fue el famoso desnudo en *Interviu*, en 1976, evidenciando, como protesta, su espléndida belleza. Siguiendo con Guarner:

Su desnudez dorada de Tanagra en fotografías tomadas años atrás, provocó una auténtica catarsis nacional, que cabría describir no como un post-coitum, sino como un post-Franco: este cronista no ha olvidado la imagen casi surrealista en el aeropuerto de Barcelona, una mañana de Septiembre de 1976, en la que docenas de viajeros, masculinos, por supuesto, circulaban con la revista en cuestión bajo el brazo. Marisol, vuelta a su condición natural de Pepa Flores, había renegado de aquella antigua imagen. Un nínfula con ínfulas. (4)

(3) Guarner, José Luis. El Sí de la Niña. Artículo incluido en la antología *Diablas y Diosas*, Ed. Laertes, Barcelona, 1990. pp. 95-102.

(4) Guarner, José Luis. Op.cit., p.99.

Señalaré que, dos años más tarde, Marisol-Pepa, contaría en una desgarradora entrevista para la misma publicación, los entresijos del calvario físico y moral que le supuso ser Marisol. Garland, en una biografía de... Padeció siempre las secuelas. El precio siempre fue muy alto para detener el tiempo. Otra alternativa la aportarían las niñas-mujer precoces, lujo de paidófilos, dejando en suspenso su conformidad o no. Y en esto tienen lugar casi siempre la figura folklórica de la productora, pero, historia del cine dixit, sobre todo, la madre de la artista. Como ilustración veamos la célebre secuencia de *El Mago de Oz*, donde Judy-Dorothy canta su famoso *Over The Rainbow*, que se convertiría en caballo de batalla de sus posteriores recitales. Prólogo de la película, si la pensamos aparte del conjunto, resulta, por la voz, el físico y actitud de la actriz, dirigida en este número por King Vidor una imagen transgresora. Contrastemos luego con la distinta actitud y aspecto falsamente infantil de Garland en el no menos famoso *Sigue el camino de baldosas amarillas*. La adolescente vira un camino hacia atrás, dejando *Over the Rainbow* su naturaleza, convertida en un híbrido entre un Peter Pan femenino a punto de convertirse en Wendy, que crece y envejece, para desesperación de espectadores y paidófilos.

EL MAGO DE OZ.-Proyección de las secuencias

- 1) Over the Rainbow
- 2) Follow...

La pubertad pervertida

Proyección secuencia canción Little Lamb de la película *Gypsy*, de Mervin Leroy.

Comentario. La perversión viene a cuento de la otra cara de la moneda. El imaginario de la niña utilizada-mostrada como objeto erótico, unas veces veladamente, otras, abiertamente, ya más flexible la mano de la censura, explorando científica, psicoanalítica, o simplemente pornográficamente. La industria de Hollywood, pionera en estos casos tendrá una excelente aliada en la antes citada figura de la madre de la artista, curioso ejemplar que no dudará en traspasar los límites de la permisible con tal de que la niña triunfe y realice sus frustraciones propias. La canción que acabamos de ver la canta Natalie Wood en la película *Gypsy*, de Mervin Leron, basada en el musical de Broadway del mismo título de Jule Styne y Stephen Sondheim, estrenada en 1962 por Ethel Merman. *Little Lamb*, el corderito es el testigo de la detención del tiempo en *Gypsy*, obligada como su hermana Baby June a tener eternamente —hasta que la naturaleza sea evidente— once y doce años.



EL MAGO DE OZ (The Wizard of Oz), M. Curtiz. Judy Garland, una Dorothy convenientemente enfajada

Basada en la autobiografía de Gypsy Rose Lee, conocida después como la Reina del Vaudeville, *Gypsy* narra la epopeya de Mama Rose, que representa a sus dos hijas en un número musical esperando el salto a la fama. Baby June, (la actriz June Havoc después) abandona la garra materna al casarse a los trece años con uno de los boys, escapando de su cárcel. Ropse entonces lanza a Louise, remedo del cuento del patito feo, no dudando ni un instante en lanzarla como estrella sexy. Gypsy cuenta en su libro cómo en una tarde, oferta económica por medio, pasa de ser una niña vestida de chico a reconocer su identidad, después su sexo, e inmediatamente saber que sus encantos ocultos son una fuente de ingresos. La secuencia que vemos ilustra nuestro comentario. Es destacar la acidez subyacente, al ver como Mama Rose va alentando a la nueva niña-mujer-puta, a ir desnudándose. En la vida real, ello supuso la venganza de Gypsy, quien inventó el strip-tease sofisticado consiguiendo la fama y la independencia. La misma Nathalie Wood, reconoció haber utilizado su experiencia como actriz infantil para ello. Wood empezó su carrera a los cinco años.

Proyección de la secuencia de *Let me entertain you*, de Gypsy de Mervin Leroy.

La imagen de la niña consciente, y mostrada con más o menos subterfugios como en plenitud erótica supone pues el reverso de la moneda anterior. Y, si el tema de la madre como factotum e impulsora de la prostitución bajo sus múltiples facetas dará pie a la obra maestra de Visconti *Bellísima*, (1951) también tenemos cita obligada con las niñas púberes o preadolescentes que ejercen su seducción sexual con pleno convencimiento, evidenciando la relatividad de los límites de edad supuestos como norma. Si nos atenemos a las deducciones de Philippe Gutton según las cuales el cambio real fisiológico implica las etapas psicológicas de cambio, rechazo, y sexualización asumida, (5) también es cierto que se dan en Hollywood, y en otros lugares, condiciones contextuales, educacionales, u hormonales que hacen que niñas de seis a nueve años se comporten como adolescentes, e incluso como adultas. Por ejemplo, Guarnier en el artículo citado *El sí de la niña*, evoca como precedente de las Lolitas en el cine la aparición de Lita Grey en una secuencia onírica de *El Circo* de Chaplin:

¿Fue Lita Grey la primera Lolita del cine? Tal vez. Pero no cabe la menor duda de que fue la primera Lilita. Los anales —no busquen ninguna connotación obscena en esta palabra, por favor—, registran que Lita McMurray atrajo por primera vez la atención de Charlie Chaplin en 1914. Tenía entonces seis años. A los doce, Chaplin dio a Lilita un papel en *The Kid* (1921),

(5) Gutton, Philippe. *La Puberté*. Op. Cit., p. 19.



GYPSY (Gypsy, de Mervin Leroy). Nathalie Wood, de oruga a crisálida a ritmo de strip-tease.

un angelito picarón que revolotea con infantil pero perversa coquetería por un paraíso soñado que no tarda en devenir pandemonium, durante una secuencia onírica que Barrie, autor de Peter Pan, juzgó un error (6).

A partir de tan ilustre precedente, sin entrar en detalles sobre las inclinaciones personales de Chaplin, digamos que, frente a la imposición del peterpanismo femenino, se enfrenta toda una galería de Lolitas-Lilith, en palabras de Guarnier, que reivindican la sexualidad precoz femenina. Unas veces provocada por elementos ajenos, como hemos dicho, y otras asumida por la industria, madre de la artista y artista incluida. Los ejemplos más relevantes los tendremos en la época de los setenta al filo de la liberalización del imaginario sexual. Justo es homenajear a Nabokov que se atreva a poner en entre dicho la noción tradicional de la inocencia sexual de los niños y su componente de dominio de la persona receptora de su seducción, al menos, de bastantes niños. El concepto de paidofilia, asumido siempre como sombra de culpa judeocristiana debe aplicarse entonces al concepto de violencia o ataque. O pensemos en tantos ejemplos ilustres donde la niña-o el niño roza el límite de lo hoy permisible. Traigamos a la memoria sino la influencia del cine. ¿O impulso estético natural del país? De tantas niñas de cuatro, seis, ocho años, que aparecen los concursos televisivos actuales vestidas de Pantojas, Jurados, o Marta Sánchez, con kilos de maquillaje, tacones, escotes, y gestos que remedan a la imitada, y cuanto más procaces, más arrobada aparece mamá en la pantalla. Más aún, entre nosotros, bastaría con contemplar en la Semana Santa marinera la cantidad de Salomé, Verónicas, o Marías Magdalenas diminutas, pero con apariencia de seductora experta se contonea altiva por las calles. Buñuel pondría su guinda crítica y profunda los personajes de niña en proceso de adolescencia en obras como *Los Olvidados* (1950), *La Joven* (1960), o las transgresiones crueles de niña inmolada antes de ser niña en flor por interés económico y lubricidad en *Tristana* (1970), o desmitificando el mito de Caperucita en la brutal violación de la pequeña de *Journal d'une femme de Chambre* (1964). Y, andando los 70 nos topamos con dos ejemplos que conmoverán la opinión internacional por la crudeza y sinceridad de los retratos. El primero, el personaje de Iris, prostituta de trece años, que supondría el lanzamiento de Jodie Foster, en la película de Scorsese *Taxi Driver* (1976), prototipo de la niña-puta que ofrece su mutación en aras de una malentendida y "moderna" independencia, fruto de la espuma suburbana, y el de Violet, niña nacida, crecida y educada en un burdel novecentista de New Orleans, cuya virginidad rifa su madre, Susan Sarandon, al mejor postor cuando tiene doce años, ofrecida en una bandeja, remedo del mito de Salomé, pero invertido. La película, *Pretty Baby*, de Louis Malle,

(6) GUARNIER, José Luis. El Sí de la Niña. Op.cit., p. 95.

1978, marcaría otro jalón y pondría el listón más elevado. Veamos la secuencia de *Taxi Driver*, en que el taxista alucinado por la violencia, Travis Bickie, intenta redimirse, redimiendo inútilmente a la precoz puta.

Proyección secuencia *Taxi Driver*.

En cuanto a *Pretty Baby*, añadamos que el comprador de la virginidad de Violet es el fotógrafo del burdel, investigador y creativo que lleva tiempo retratando a Violet, su musa favorita y objeto de su amor. Se impone el recuerdo de Lewis Carroll y sus célebres fotografías que *Alice in Wonderland*.

Siguiendo en esta línea podríamos encontrar otros ejemplos de niñas perversas, o contaminadas por el síndrome de la precocidad como el de *Pro-piedad Condenada*, de Sidney Pollack, según Tennessee Williams, o la niña dedicada a la pornografía dura y buscada por su padre en *Hardcore*, de Schrader (1979), no por casualidad el guionista de *Taxi Driver*. Se abre así una larga lista de inventario del pubertario femenino que ya sería más prolijo enumerar, pero que debe su aparición a ejemplos pioneros como los citados. Así citemos la galería de pre-adolescentes, o adolescentes en pleno aprendizaje que nos muestra la filmografía de Eric Rohmer (7), o el delicado ejemplo que presenta Téchiné en *Les Roseaux Sauvages* (1994).

Las anomalías, los márgenes y lo fantástico

Entre las conclusiones técnicas sobre el concepto de pubertad, resaltamos algunas que arrojan más luz sobre ciertos personajes límite en películas clásicas, cuyo comportamiento puede ser mejor comprendido si tenemos en cuenta ciertos problemas que pueden darse en el transcurso del cambio niña-adolescente. Por ejemplo, Françoise Dolto nos dice que el momento más fuerte del proceso lo configura la autoconcienciación del cambio, la pulsión hacia el objeto amoroso, sexual o no, es decir, la autoconciencia de la preparación, de asumir un riesgo que puede derivar en deseo o en miedo, derivado del vértigo a lo desconocido (8). Si a ello añadimos factores socioculturales, como el subdesarrollo, la educación dictatorial o represiva, encontraremos ejemplares personajes delincuentes juveniles, o pre-drogadictos, como el de *La Petite Voleuse*, de Claude Miller, (1988) según guión de François Truffaut. Según el resumen argumental de Augusto M. Torres (9),

(7) ROHMER, ERIC. Citemos, por ejemplo, *Le Genou de Claire* (1970), o *Quatre Aventures de Reynette et Mirabelle* (1987).

(8) DOLTO, Françoise. *La Cause des Adolescents*. Pocket, Ed Laffont, Paris, 1988, p. 20-2.

Janine Castang (Charlotte Gainsbourg) recién efectuado el cambio a la adolescencia, abandonada por su madre, es obligada por sus padres a trabajar como criada para deshacerse de ella. Enamorada por necesidad de protección de un hombre mayor, y luego de un deportista que le descubre el mar, se dedica a pequeños hurtos. Detenida es llevada a un correccional. Asumido su papel en la sociedad, decide fugarse, lo que consigue, y, tras descubrir que está embarazada, hacerse cargo del niño. A lo largo del film se nos van mostrando todos los factores humanos, económicos, ambientales, afectivos, que van marcando paralelamente al cambio físico y psíquico, la superación del vértigo del que habla Dolto. Dentro del contexto de la marginalidad, tenemos toda una serie de personajes marginales semejantes aparecen en semejantes características, del que recordamos el de Rosario Flores en *Colegas*, de Eloy de la Iglesia, o los de Cristina Marcos en *Maravillas*, de Gutiérrez Aragón (1980), o el de *Deprisa, Deprisa*, de Saura (1980). Unos superarán el pánico o la amenaza, con instinto de supervivencia, exorcizando la destrucción, camino que será por reducción a la nada la elección de otros, como la amalgama femenina-masculina, indefinida la punzante Kids, donde la marginalidad, la ignorancia y la drogadicción como resultas de la falta de perspectiva acaba destruyendo a todo el grupo, víctimas de contagio colectivo de Sida desde los once años.

Este terreno de lo ambiguo se presta en el cine a presentar casos donde se traduce estados mentales límite donde la púber sublima la frustración o el miedo con la transgresión de lo establecido. Así, en *La Calumnia* de William Wyler (1962), una niña-voyeur, no duda en arruinar el trabajo y la vida de sus dos maestras acusándolas de lesbianas en una ciudad de provincias americana, desviando su propia obsesión, y realizándose eróticamente en la maldad, como la niña asesina compulsiva de *Mala Semilla* (1956), de Mervin Leroy, que, inexplicablemente devuelve la paz familiar con una masacre. Esta última está basada en hechos reales que Maxwell Anderson tradujo en obra teatral.

El paso siguiente a la extrapolación que propone lo límite, el cine nos ofrece una galería de púberes cuyo proceso físico-psicológico es la causa del conflicto del film, y utilizado como metáfora o doble lectura de lo que nos muestran las imágenes. Y es aquí donde lo fantástico encuentra un verdadero filón. Entre los ejemplos más significativos por incidencia y calidad he elegido dos fundamentales, *Carrie*, de Brian de Palma (1976), y la reciente *Entrevista con el Vampiro* (1994), de Neil Jordan. En ambos casos, el componente fantástico que atañe a los personajes femeninos, se inscribe en torno al rito de la sangre, a la primera menstruación como paso simbólico a una

(9) TORRES, Augusto M. Diccionario de Cine, Espasa-Calpe. Madrid, 1996, p. 665.



CARRIE (Carrie). Brian de Palma. Sissy Spaceck víctima de la maldición de la sangre.

nueva vida, paso que se vive en clave de metáfora de la maldición apocalíptica que pesa sobre la mujer en la literatura tradicional. No deja de ser curioso que en los dos ejemplos escogidos subyace la referencia a la mítica de los cuentos infantiles, subvertida por el tratamiento añadido de lo terrorífico. Carrie, por ejemplo, sería un remedo monstruoso de *El Patito Feo* de Andersen. Basada en una novela de Stephen King, Carrie, la protagonista es una niña de trece años, hija de una madre alucinada, fanática religiosa, obsesionada con el sexo como tabú. Carrie tiene su primera regla en los lavabos del colegio, presa del pánico, pues nadie la había informado antes al respecto, pide ayuda a gritos, convencida de que se está desangrando. Sus compañeras se burlan cruelmente. Al reprochar a su madre su oscurantismo, ésta la amenaza con el anatema de que la primera sangre conlleva fatalmente el primer pecado. Tras sufrir idéntica metamorfosis que el famoso patito, Carrie consumará su venganza tras haberle derramado encima un cubo con sangre de cerdo, como burla atroz alusiva a su menstruación retardada. La venganza de Carrie, que tiene dones telequinésicos ocasiona una matanza apocalíptica con el rojo como leit-motiv constante. Complejo de culpa colectiva para los supervivientes.

Proyección y comentario de la primera y última secuencias de CARRIE.

El caso de *Entrevista con el Vampiro*, de Neil Jordan (1994), basada en el best seller de Ann Rice, nos muestra otra variante: Claudia, niña de diez años, que ha sido mordida-iniciada por el vampiro Lestat. Según el rito, Claudia se transforma a su vez en vampira viviendo eternamente, condenada a envejecer en un cuerpo de niña. El símbolo de la menstruación no realizada, es suplido por Claudia con una avidez monstruosa, con una sed de sangre insaciable. El letargo eterno de Claudia y el retraso subconsciente de las reglas de Carrie son mostrados en ambas cintas según las fases fisiológicas tradicionales. Y el tratamiento fantástico del tema, con simbologías de colores, ambientes irreales, atmósferas inquietantes, remiten a la iconografía utilizada en los cuentos infantiles, y a las conclusiones expuestas por Bruno Bettelheim en su famoso (10) *Psychanalyse des Contes de Fées*. Dada la similitud entre el los personajes de Carrie y Claudia y el letargo de cien años de *La Bella Durmiente del Bosque*, de Perrault, citamos las siguientes reflexiones de Bettelheim que muestran la íntima relación con nuestros ejemplos.

Mientras que numerosos cuentos de hadas insisten en las hazañas que debe realizar el héroe para llegar a ser él mismo, La Bella durmiente del Bosque, insiste en la concentración interior, larga y apacible, igualmente

(10) BETTELHEIM. Bruno. *Psychanalyse des Contes de Fées*. De. Robert Laffont. Paris, 1976.

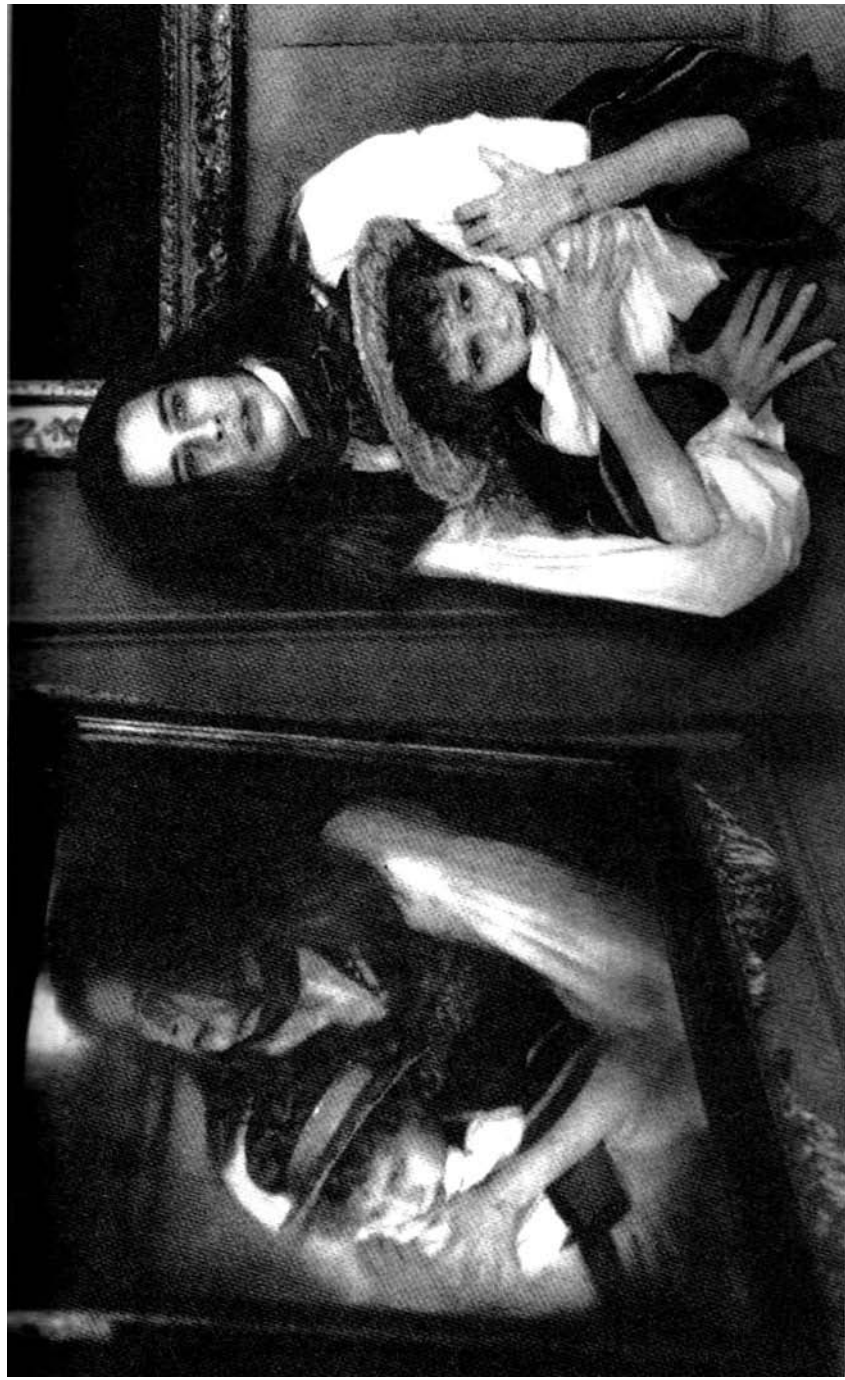
necesaria. Durante los primeros meses que preceden a las primeras reglas, y, a menudo, durante el período que les sigue inmediatamente, las muchachas son pasivas, están como aletargadas, se replegan en sí mismas... Se comprende entonces que el cuento de hadas donde un largo período de sueño comienza al mismo tiempo que el principio de la pubertad, haya sido tan popular tanto entre las niñas como los niños... Las trece hadas que la maldición fatal evoca claramente la menstruación de las dos versiones del cuento recuerdan los trece meses lunares que antaño dividían el año. Este simbolismo puede escapar a aquellos que no estén familiarizados con el año lunar, pero todo el mundo sabe que las reglas vuelven con una cadencia media de veintiocho días de los meses lunares, y no con los doce meses de nuestro año solar; por ello, las doce hadas, a las que se une el hada malvada, expresan simbólicamente que la maldición fatal evoca claramente la menstruación (11).

Curiosamente, Ann Rice escribe su libro el mismo año que Bettelheim el suyo. Neil Jordan realiza una película a mitad camino entre el cine de terror y el cuento gótico, haciendo justicia al relato tradicional con los valores tradicionales invertidos, donde vivir en el letargo antes citado es una bendición que puede acarrear beneficios tales como la sabiduría y la sensibilidad eternas. La imagen que presta a tal icono la actriz infantil Kirsten Dunst resulta una perfecta simbiosis entre el modelo literario y la transposición cinematográfica. Concluimos con la referencia a esta imagen entre fascinante y aterrador que nos da otra visión de la maldición tradicional de la menstruación, afirmando que, si faltan en general ejemplos donde el proceso elegido para nuestra reflexión sea mostrado bajo un prima cotidiano, normalizado en la vida corriente, sea quizá a que aún no están superados del todo los viejos prejuicios.

O que, posiblemente, el terreno de la ambigüedad del tránsito del estatus físico-psíquico a otro mediante el rito de la sangre sea más interesante de plasmar en imágenes visuales del tipo que sean, primando sobre la referencia naturalista.

¿Quiere esto decir que la ambigüedad, que lo incierto, es más sugerente que lo concreto? Concluyamos al filo de este interrogante prolongando nuestro caleidoscopio con la imagen de la ambigüedad misma: el efebo. El niño/niña. El espectro perfecto de la indefinición de la pubertad, que encuentra su más reconocida representación en el célebre final de *Muerte en Venecia*, de Luchino Visconti (1971). Visconti, partiendo de la novela del mismo título de Tomas Mann, utiliza al músico Mahler como contrafigura del profesor Aschenbach de Mann. La creación del artista se ve turbada por el amor que le inspira el adolescente Tadzio. El descubrimiento —y la ascensión— de que la belleza y la atracción pueden sorprendernos desde cualquier frente provo-

(11) BETTELHEIM, Bruno. Op. cit., pp. 283-291.



ENTREVISTA CON EL VAMPIRO (Interview with the Vampire, N. Jordan) Brad Pitt inicia a Kristen Dunst, la niña vampira.

cará la muerte artística y física del protagonista, en un agónico final con música del mismo Mahler, donde el efebo Tazio, sonriente como la Gioconda posa como un nuevo David en la playa del Lido, en una Venezia moribunda de cólera, con el símbolo de la cámara fotográfica al lado del artista. La belleza supera al concepto puramente intelectual. Hay que asumir que no existen barreras. El siguiente paso será dejar vía libre a la adolescencia, aunque sea justo que Visconti se anticipa a su época al subrayar la proyección indefinida de la inconcreción, como hoy podemos observar en la iconografía actual del efebo niño o niña. Como esos inciertos y bellos seres que anuncian ropa de Calvin Klein en la más turbadora de la falsa inocencia disfrazada de anorexia.



TAZDIO (Muerte en Venezia). El adolescente con sonrisa de gioconda de Visconti.

Amores adolescentes: mitificación y realidad

Elena Real

AMORES ADOLESCENTES: MITIFICACIÓN Y REALIDAD

Elena Real

Universitat de València. Facultat de Filología

Permítaseme en primer lugar reflexionar sobre el título que he propuesto, pues a la hora de elaborar este trabajo me ha planteado toda una serie de problemas conceptuales que me parece imprescindible abordar antes de entrar en materia. ¿Qué entendemos por "amor"? Y ¿qué entendemos por adolescencia? La respuesta no es tan obvia como a primera vista puede parecer y quizás sea bueno que nos detengamos unos momentos en estas cuestiones antes de centrarnos en el tema que nos ocupa.

Comencemos por el concepto de amor. No pretendo aquí ni mucho menos hacer una disertación sobre qué es el amor, cuando tanto se ha escrito, desde ópticas distintas y muchas veces contradictorias sobre él (1). Tampoco pretendo hacer un recorrido de lo que es y ha sido el amor a lo largo de la literatura. Pero puesto que sí voy a hablar del concepto del amor que se desprende de algunos textos literarios, querría únicamente señalar que según las épocas, los momentos y los autores, el amor aparece como una pasión absoluta, única, total, (casta o no, fuera o dentro del matrimonio) o por el contrario como una búsqueda sistemática del placer sexual a través de la diversidad. Entre esos dos polos extremos encontramos toda la gama de situaciones y de conflictos amorosos que nos presentan las obras literarias, hasta prácticamente nuestro siglo, cuando se empieza a esbozar una dialéctica para encontrar una conciliación de estas antinomias, entre sentimiento y sensación, afectividad y deseo, unicidad y diversidad, aunque, como veré más adelante, aún en el siglo XX perduran en muchos casos conceptos rígidos y restrictivos del amor.

(1) Los trabajos teóricos sobre el concepto de amor o su evolución histórica son tan numerosos que sería imposible remitir siquiera a los principales. Son sin embargo, entre tantos otros, de útil consulta *Les libérateurs de l'amour*, de ALEXANDRIAN, París, Editions du Seuil, 1977; *Le sexe et l'Occident*, de JEAN-LOUIS FLANDRIN, París, Editions du Seuil, 1981; *Amour et sexualité en Occident*, bajo la dirección de G. DUBY, y AAVV, París, Seuil, 1991; *L'Erotisme et l'Amour*, de ETIEMBLE, París. Arléa, 1987; *El Erotismo*, de G. BATAILLE, Tusquets Editores, 3ª edición, 1982.

El segundo término, más conflictivo de lo que a primera vista puede parecer, es el de "adolescente". ¿Qué es exactamente una adolescente? Cuando uno es lego en la materia, suele acudir en primer lugar a los diccionarios, que se supone deben dar el significado general de la palabra. Ahora bien, si repasamos los distintos diccionarios al uso leemos las definiciones siguientes: "Edad comprendida entre el término de la niñez y el comienzo de la edad adulta" nos dice el Julio Casares (2). La definición deja al lector un tanto perplejo. ¿Cuáles son los criterios que permiten determinar el fin de la niñez y el comienzo de la edad adulta? ¿Se trata de principios médicos, legales, morales, culturales...? ¿Existen coincidencias o discrepancias entre el punto de vista social y, por ejemplo, el biológico? Don Julio Casares, y con él los demás diccionarios españoles no son capaces de esclarecernos estas preguntas. Los diccionarios franceses son algo más explícitos, al menos en lo que se refiere al inicio de la adolescencia, si bien siguen sin precisar exactamente cuando se termina la adolescencia, y considerando (lo cual nos deja un tanto perplejas) que la adolescencia concierne al hombre y no a la mujer: "Adolescente: cuya edad está comprendida entre la pubertad y la edad viril (entre quince y dieciocho años aproximadamente)" dice el Larousse (3). El diccionario francés define pues el término apoyándose en criterios biológicos, (aunque parece algo discutible que sitúe el inicio de la pubertad a los quince años) y probablemente se base también en criterios legales al hacer indirectamente coincidir el inicio de la edad viril con la mayoría de edad establecida por la ley. En inglés, la lengua misma parece definir de forma espontánea —a través de la experiencia colectiva— el concepto de adolescente mediante la partícula *teen* que marca la edad entre los trece y los diecinueve años. (*thirteen* - *nineteen*). Y el sustantivo *teenager* designa de este modo a unos adolescentes que comienzan a serlo, si nos atenemos a las definiciones, antes que los franceses, y que dejarían de serlo más tarde.

Como cuando de niños buscábamos clandestinamente en los diccionarios la explicación de términos oscuros y comprobábamos que no nos aclaraban casi nada que no supiéramos ya, en este caso también hay que constatar que las definiciones de los diccionarios son poco menos que decepcionantes y que la lexicografía permite difícilmente dilucidar de qué estamos hablando o de qué queremos hablar. Frente a los científicos que pueden apoyarse en datos biológicos, medibles y comprobables —producción de hormonas, y tantos elementos más—, los filólogos nos encontramos en un terreno impreciso, resbaladizo, si no tenemos en cuenta los

(2) JULIO CASARES, *Diccionario ideológico de la Lengua Española*, de Gustavo Gili, 1959.
(3) DUBOIS, LAGANE, NIOBEY, CASALIS, MESCHONNIC, *Dictionnaire du Français contemporain*, París, Larousse, 1971. El subrayado es nuestro.

conocimientos médicos y psicológicos que posee cualquier persona medianamente culta de nuestro tiempo e intentamos atenernos únicamente a los documentos puramente lingüísticos de que disponemos —los diccionarios— y a la literatura.

Porque la literatura, al menos hasta la época actual, viene a complicar aún más este problema del concepto del adolescente. Quiero decir con ello que en realidad, en la literatura, y sobre todo en la novela y el teatro, el adolescente como tal no existe hasta que llegamos al siglo XX. Sí que aparecen personajes masculinos y femeninos cuyas edades corresponden a lo que hoy llamaríamos adolescentes, pero siempre están presentados e interpretados como adultos. Son jóvenes mujeres de trece, catorce o quince años y apuestos galanes de quince o dieciséis años, enamorados, y cuya relación está dificultada por una serie de obstáculos (de muy distinto tipo: separación, piratas, naufragio, diferencia de clases, etc.). El desenlace del entramado amoroso será distinto según el género. Feliz, en la mayoría de las novelas y en la comedia —que concluyen con el matrimonio de los jóvenes— o dramático, en el caso de la tragedia, que se cierra sobre la separación definitiva o la muerte de los amantes. Los ejemplos de estos jóvenes enamorados literarios son innumerables. Pensemos en Calixto y Melibea de *La Celestina*, en el *Romeo y Julieta* de Shakespeare (donde se nos dice explícitamente que Julieta tiene trece años), en prácticamente todas las heroínas de la novela amorosa medieval, que suelen tener entre trece y catorce años y en tantas protagonistas de las novelas del Siglo de Oro español, algo mayores que sus predecesoras medievales —alrededor de dieciséis años— pero en todo caso pertenecientes a esa etapa que ahora llamamos la adolescencia.

Uno de los intereses que tiene la literatura es que no sólo es una manifestación estética, artística —aunque ése sea su mayor valor— sino que también, de un modo u otro, es reflejo de la sociedad del momento en el que se inscribe y se escribe. Y el hecho de que la literatura presente a las niñas de trece o catorce años y a los chicos de quince o dieciséis no como lo que para nosotros son ahora sino como adultos, con un físico perfectamente formado y definido según su sexo, con una psicología y con unas reacciones de adultos, significa que para la sociedad de esa época, el adolescente como tal no existe. Desde la Edad Media hasta prácticamente la época contemporánea, se pasa directamente y sin transición de niña a mujer. En la literatura como en la sociedad real. Piénsese que el derecho canónico medieval permitía que los jóvenes se casaran en cuanto fueran púberes, concretamente con catorce años los chicos y doce años las chicas. A finales del siglo XVI, el legislador de derecho canónico P. Benedicti, afirmaba, en relación con la edad requerida para que el matrimonio fuera válido, lo siguiente:

"¿Cual es la edad que se requiere? Once años y medio por lo menos en una chica y trece años y medio para el varón: antes de esa edad el matrimonio contraído es inválido, excepto si la malicia suple a la edad, como dice la ley. *Ejemplo*: si un chico de diez años tiene la discreción y la complexión tan fuerte como para poder espermatar y desflorar a una chica virgen, no hay ninguna duda de que pueda contraer matrimonio... Y lo mismo vale para una chica, cuyo matrimonio será válido desde el momento en que pueda soportar la compañía de un hombre" (4).

Así pues, tanto en la literatura como en la vida real, la adolescencia, considerada como una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta no existe. Las niñas que aparecen en la literatura hasta prácticamente el siglo XX, no son ni niñas, ni adolescentes. Son mujeres. En algunos casos precoces, o muy precoces, como sucede en las novelas libertinas francesa e inglesa del siglo XVIII, pero mujeres, con un cuerpo, una libido y una psicología de mujer adulta.

Es en el siglo XIX y sobre todo en el XX (Freud ha tenido mucho que ver en eso) cuando el niño o la niña y el/la adolescente se convierten en temas literarios. Y sin embargo, a pesar de la presencia de la adolescente en los textos literarios y cinematográficos, la figura de la niña púber ha seguido siendo en muchos casos una imagen deformada, prefabricada y manipulada, bien sea por estructuras sociales y morales heredadas de los siglos anteriores bien fruto del imaginario de numerosos autores —en su mayoría hombres como veremos más adelante— los cuales, según sus fantasmas personales o colectivos mitifican igualmente la representación de la mujer adolescente. Me dedicaré pues en las páginas que siguen a analizar algunas de las diferentes representaciones que ofrece, o ha ofrecido la literatura del siglo XX de la adolescente. No voy a tener en cuenta aquí la calidad de la escritura literaria, pues no es tanto el arte en sí lo que me interesa, sino la visión de la niña adolescente que transmite la literatura, y la difusión, a nivel de la lectura, que tienen los textos.

Esta es la razón por la que me voy a referir en un primer momento a las lecturas para niñas jóvenes que ofrecía la España de los años cincuenta y sesenta y que me parece un extraordinario reflejo de lo que la sociedad de entonces exigía que fuera la niña adolescente española. Me apoyare sobre todo en las célebres revistas y semanarios de la época, llamadas TBO, lejanas precursoras de los *comics* y de las revistas actuales para jóvenes, aunque haré alguna referencia a novelas que la gran mayoría de las niñas leían. (Niñas que son las madres de esta generación).

(4) J. BENEDICTI, *La Somme des péchez*, París, 1601, libro IV, capítulo VI, n° 15, p. 504.

La adolescente asexual: el mito de Beatriz

Existían entonces TBO para chicos —*El capitán Trueno*, *Roberto Alcázar* y *Pedrín*, *El guerrero del antifaz*— y TBO para chicas, revistas semanales como *Florita*, o *Sissí*, o las historietas semanales que ofrecían colecciones como *Rosas Blancas*, *Gacela*, o la *Colección Azucena*. No me detengo en las colecciones para chicos —aunque el tema merecería la pena— pues no es lo que nos reúne aquí hoy. Pero sí me interesa ya señalar como obvio punto de partida que esta literatura de consumo masivo se dividía ya inicialmente por sexos: para los chicos las aventuras del capitán, del detective o del guerrero, las hazañas heroicas, varoniles, del aguerrido desfacedor de entuertos o del inteligente e intrépido detective. Para las chicas había también varias posibilidades: cuando lo que interesaban eran las historias de amor, se podía optar por la cándida ingenuidad, y natural pureza, de las tiernas adolescentes de las *Rosas Blancas* o de las deliciosas princesitas de la colección *Azucena* o de *Gacela*, que sistemáticamente al final de cada historieta se reunían con el joven de sus sueños y le prometían amor eterno a través del púdico gesto gráfico de unas manos enlazadas o de unos rostros moderada pero pudorosamente próximos el uno del otro (véanse Láminas I y II).

Cuando lo amoroso interesaba menos, las editoriales tenían asimismo a disposición de las jovencitas revistas como *Florita*, simpática quinceañera "revoltosilla", totalmente despreocupada por el amor, cuyas andanzas y travesuras alternan en la revista con otras secciones fijas, como son el semanal relato de "vidas ejemplares" (todas ellas ejemplares y desconocidas mujeres de la Edad Media o del Renacimiento hispano, como Doña Violante de Aragón, Doña Ermengarda de Narbona, célebres desconocidas en cuyas vidas no hemos querido indagar para comprobar su ejemplaridad), y recetas de cocina, labores, o moda actual. Añadamos al panorama de lectura —que no pretende ser exhaustivo— la llamada "revista femenina" *Sissí*, que junto a algunos reportajes sobre la actualidad cinematográfica, fotos de artistas y dirección de los mismos, etc., tiene importantes secciones dedicadas al consultorio sentimental, "el correo de la amistad", el horóscopo, y una o dos páginas de "Confesiones", relatos sentimentales supuestamente "vividos", en los que siempre el amor puro y verdadero consigue triunfar de los obstáculos para desembocar felizmente en el matrimonio de los jóvenes.

Toda esta literatura construye una representación sentimental, "poética" podríamos decir, de la mujer adolescente, una especie de mitología de la niña y de la futura mujer, a la que la sociedad le impone unos roles que se presentan como inherentes a su naturaleza misma. La niña-adolescente es por naturaleza pasiva, adaptable, siempre llena de dulzura, de ternura y

de bondad. Y si no lo es, tiene que aprender a serlo y a parecerlo. Esta imposición de una norma que se da como natural, es evidente en la revista *Florita*, donde las travesuras de la joven —de un gusto dudoso quizás para la sociedad actual— se ven contrarrestadas por todo un protocolo educativo a través de secciones como "Florita aconseja", "Vidas ejemplares", "Pequeños defectos", donde se impone a través de ejemplos y consejos la imagen de la adolescente dulce, sumisa y bondadosa, como las princesitas de *Azukena*, las puras jóvenes de *Rosas Blancas*, o las jóvenes sinceras y transparentes a las que pretende formar y aleccionar la revista *Sissi*, a finales de 1959, instándolas a que se alejen de la coquetería y "sean fieles a ellas mismas".

Ayer fuiste a una fiesta de noche. Estrenaste tus primeros zapatos de tacón "decididamente alto" y te diste unos leves toques de rimmel en las pestañas. Tus cabellos, más cuidados que de ordinario, aparecían brillantes y sedosos, peinados como al descuido, imitando a los de tu actriz preferida... Te sentiste distinta. Y coqueta. Y frívola. Y bailaste incansable, charlando con todos, ligera e inconsciente. Te sentías segura de ti misma. Flirteaste. Y dijiste e hiciste cosas que no sentías. Cosas que ahora desearías no haber dicho o no haber hecho.

"No. No tengo nada que reprocharme", te dices ahora a ti misma. Y tienes razón. Aunque no tanta como imaginas...

Evita que vuelva a ocurrirte. No dejes que unos zapatos, un ambiente, una galantería, te hagan renunciar a la muchacha que hay en tí. Porque ella, con su ingenuidad, con su sinceridad, con las cualidades que te son propias, es en realidad lo mejor que hay en tí. Lo único auténticamente real.

Evidentemente el modelo que subyace tras esta representación es el de la Virgen María o el de las "damas angelicales" del amor platónico, la resplandeciente Beatriz de Dante elevándose de esfera en esfera hasta las puertas del paraíso. Pero además y sobre todo esta niña-adolescente se caracteriza por una ausencia total de pulsiones sexuales. No hay más que ver los distintos dibujos que presenta la literatura de la época para comprobar que desde el punto de vista físico no hay nada en su cuerpo que indique la pubertad (Lámimas I, II y III). No tiene pechos, ni curvas; la mirada es pura y transparente como la de un niño, el óvalo sigue siendo aún el de la infancia. Las niñas-adolescentes que encontrábamos en la literatura anterior (tanto de la Edad Media como de siglos posteriores) eran, como he señalado anteriormente, mujeres. Tienen trece, catorce, quince años, pero su cuerpo, sus sentimientos y sus deseos son los de una mujer. Por el contrario, las adolescentes que nos presenta este tipo de literatura española de los años cincuenta y sesenta, no son realmente adolescentes, sino niñas. No se percibe en su cuerpo ningún cambio físico, ni en sus actitudes y sentimientos ningún deseo erótico. En realidad aparecen como seres castrados, o peor aún, asexuados.

Si se mira con atención, sólo se distinguen de los jóvenes masculinos de la misma edad, por el corte de pelo y por la ropa que llevan. En la Lámina I se observa perfectamente cómo la joven —que según el texto está en edad de contraer matrimonio, y que así lo hace al final del relato— es físicamente como una niña. Pero, lo que es aún más grave, obsérvese igualmente que el protagonista masculino es exactamente igual que ella. Intercambiables el uno por el otro si exceptuamos la largura del pelo y la ropa, no hay nada en ellos que marque físicamente una diferencia sexual. Él, infantil, rubio, barbilampiño; la mirada perdida en dirección del lector. Ella prácticamente "clónica", dirigiendo la vista públicamente en una dirección contraria a la de su enamorado. Las miradas divergentes de la pareja enamorada (recurrentes en la viñeta final de todas estas historietas de amor), contrarrestan en cierto modo las mínimas implicaciones eróticas que puede tener la púdica cercanía de los rostros de los protagonistas.

Esta representación de la joven adolescente evacúa radicalmente algo que es propio y consubstancial precisamente de esa edad, el nacimiento del deseo físico, el despertar al erotismo, y literalmente opera, en el sentido médico de la palabra, una insidiosa ablación del sexo de la mujer, en cierto modo comparable a la que realizan aún en la actualidad algunos pueblos africanos a las niñas. A través de toda esta literatura la joven adolescente, queda brutal y perversamente "liberada" de la pulsión sexual. Y esto se ve perfectamente no sólo en las historietas sentimentales, donde la pareja de protagonistas está representada gráficamente por auténticos niños, sino incluso en las historias de *Florita* o en los púdicos y asexuados modelos que la revista presenta para las jóvenes quinceañeras y que en nada se distinguen de los que se proponen para las niñas de seis o siete años. Si observamos atentamente es sólo el tamaño del dibujo lo que distingue a unas y a otras. El modelo del vestido, el rostro y el cuerpo son exactamente iguales (Lámina II).

De ahí que evidentemente en ningún momento se planteen en esta literatura problemas carnales. La relación amorosa es puramente sentimental, platónica, pura, en ningún momento contaminada por lo pecaminoso, es decir por el deseo físico (5). Por esta razón se puede pasar sin transición y de la manera más "natural" del mundo desde el punto de vista literario, pero más innatural desde el punto de vista de la realidad, del primer encuentro a la boda. Y esto en incontables relatos e historietas, donde la frase conclusiva del tipo de "El hijo del alcalde se enamoró de ella y la pidió en matrimonio" (Lámina IV) escamotea insidiosamente todo el proceso físico y afectivo del enamoramiento.

(5) Ver a este respecto la obra de ARMANDA GUIDUCCI, escritora, periodista y crítica literaria, que estudia en un lúcido libro, *La pomme et le serpent, auto-analyse de la féminité*, los dos temas tabús fundamentales que marcan a la mujer en la sociedad contemporánea: la menstruación y el embarazo.

En todos los casos, sea cual sea el texto que consideremos, el deseo de la joven, la atracción física, queda ocultos, enterrado, tras el velo nebuloso de un sentimiento impreciso, pero que se considera sublime, y al que esta literatura llama el "amor verdadero" que culmina, como demuestran todas historietas, en el matrimonio, finalidad última y exclusiva de la protagonista, que ve premiadas de este modo su bondad y su virtud (siempre acompañadas — requisito imprescindible, bien es cierto— de una maravillosa belleza). El relato de *Los zapatos prodigiosos*, del que reproducimos algunas viñetas (Lámina IV) es altamente significativo a pesar de su prodigiosa ingenuidad. Se trata de la historia de tres jóvenes hermanas, muy buenas pero muy feas, y que por lo tanto no encuentran marido. Un hada se les aparece con un par de zapatos mágicos que dan la belleza a quien los calza, aunque sólo se pueden usar en dos ocasiones. Es lo que hace nuestra protagonista, Rosina, que consigue enamorar al hijo del alcalde, que la pide inmediatamente en matrimonio. La sinceridad de la joven, que confiesa a su enamorado que su belleza reside en los zapatos, hace que el hada se apiade de ella y le conceda una belleza permanente. La lección es clara: sin belleza no hay marido. (Y sin marido no hay felicidad.) Pero sin bondad tampoco.

Lo grave de esta representación mitificada y deformada de la adolescente es que pone de manifiesto la brutal represión de la que ha sido objeto la mujer por parte de la sociedad. Desde su infancia y durante toda su adolescencia, la religión, la literatura y la educación le han presentado el modelo que deberá encarnar en la vida: dócil abnegación, ternura, sentimientos puros y desaparición del sexo, aunque no de la belleza, que es un componente fundamental. Y obsérvese lo paradójico de todas estas representaciones mitificadas y sublimadas de la adolescente, ya que por una parte se le exige ser hermosa, es decir, tener un componente físico que pueda atraer, "gustar" al hombre, pero quitándole al verbo gustar las connotaciones físicas y sensuales que tiene. La joven debe ser atractiva, pero aérea, pura, desprovista de deseos corporales.

Toda esta literatura, —o sub-literatura— es la que consumían las niñas y las adolescentes en los años 50 y 60 de nuestro siglo. Ella es la que ha nutrido la imaginación de tantas y tantas jóvenes que son las madres de la generación actual. Ella es un ejemplo de la fuerza represiva que ha ejercido la sociedad sobre la niña y la mujer, exigiéndole una imagen y unos roles que le han venido impuestos por la imaginación masculina. Aunque quizás sea demasiado simplista afirmar que la niña (o la mujer) ha sido víctima del hombre. No siempre es fácil distinguir a la víctima y al verdugo. Y si bien lo miramos, el hombre también ha sido víctima de una mitología análoga, aunque opuesta.

La adolescente hipererotizada: el mito de la ninfa

En la actualidad el mito de Beatriz, de la joven hermosa, mística, pasiva y castrada a la que nos hemos referido en las páginas anteriores, ha perdido gran parte de su fuerza sugestiva. Pero ha aparecido un nuevo estereotipo literario que enlaza indirectamente con la novela libertina francesa de finales del XVIII, y que se va a desarrollar especialmente en el siglo XX a partir de los trabajos de Freud: El modelo de la adolescente ninfómana, obsesionada por el sexo, que celebra insaciablemente las alegrías del dios Pene, y que encontramos en tantos novelistas de la escuela erótica actual. Este modelo no es más que el envés de Beatriz, el mismo esquema, antagónico e invertido. La mujer mística, sumisa y asexuada da lugar al modelo opuesto, tan irreal como el anterior: la antimística, la agresiva mujer-vagina. Imagen también masculina de la mujer, tan absurda y vengativa como la que nos presenta el modelo idealizado. Dentro de esta línea se inscribe la célebre novela de Nabokov, *Lolita*, en la que la niña-mujer aparece como símbolo de la mujer fatal, libidinosa y perversa, tanto más perversa cuanto que se trata de una niña, que destruye al hombre con su monstruosa malignidad. No vamos a externarnos en el personaje de Lolita, ya que de él se habla extensamente en una de las colaboraciones que aquí se reúnen; quiero únicamente recordar que Nabokov se sitúa con este personaje en la línea misógina de Henry Miller y de Norman Mailer que han hecho célebres a tantas frenéticas insaciables de sexo y de placeres, pero también en la línea de los llamados escritores decadentes del movimiento literario francés que se conoce como "Fin de Siglo". La célebre novela de Pierre Louÿs, *La mujer y el pelele*, donde la joven protagonista, Cocha Pérez, adolescente lasciva, seductora y perversa, utiliza todas las artimañas posibles para atrapar al hombre en la red de sus encantos y destruirlo, es un antecedente claro de las distintas Lolitas que encontramos en la novela actual.

La desmitificación de los mitos: el ejemplo de M. Duras

Este modelo de la adolescente lúbrica y ninfómana es a todas luces tan reductor, simplista y falto de realidad como el anterior. Quizás porque ambos modelos son masculinos. Para encontrar una visión más auténtica de la adolescente —de sus sentimientos y de su erotismo— tendremos que volvernos a mi entender hacia algunas mujeres escritoras (no todas) que han presentado una imagen mucho más compleja y más matizada, más veraz en suma, de la adolescencia en la mujer. Los ejemplos, en la literatura francesa del siglo XX son relativamente frecuentes, y esto desde principios del siglo. Dentro de la literatura española tendremos que esperar hasta prácticamente la demo-

cracia —a título de ejemplo *Malena es un nombre de tango* de Almudena Grandes— para encontrar ejemplos de figuras creíbles de adolescentes.

El desfase temporal no nos debe extrañar. En Francia, como en Inglaterra, Estados Unidos, o tantos otros países occidentales, la represión social, religiosa, cultural, moral, no ha sido ni mucho menos lo que fue la española hasta finales de los años 70. Por esa razón las voces de las mujeres se han dejado oír antes, y de manera mucho más clara. Escritora como Colette, Françoise Sagan, Simone de Beauvoir, Marguerite Duras (por no citar más que a unas cuantas) han intentado plasmar en sus novelas una visión desmitificada de la mujer adolescente, presentándola con todas sus contradicciones, sus deseos eróticos —a veces no definidos desde el punto de vista sexual—, sus complejos, sus contradicciones, sus inseguridades, las relaciones conflictivas con la familia, y sobre todo con la madre, lejos de los tópicos y de los falsos mitos reductores que he señalado anteriormente.

De entre todas esas voces femeninas, una de las más auténticas y a la vez más artísticas desde el punto de vista literario es el de la gran escritora Marguerite Duras, una de las figuras más importantes y célebres del siglo XX francés; novelista, dramaturga y cineasta, galardonada por los mejores premios literarios del país vecino y fallecida recientemente. De toda su extensa obra, sin duda la más conocida es la novela *El amante* publicada en 1984 y llevada posteriormente al cine en la década de los noventa. La novela, situada hacia 1930 en la antigua colonia francesa de Indochina, es la historia de una niña francesa de quince años que tiene sus primeras relaciones sexuales y amorosas con un chino de veintisiete años. Ella es una joven, sensual e independiente que vive prácticamente en la miseria con sus dos hermanos y su madre, maestra de una escuela colonial, hundida en la desesperación desde que se arruinó, indiferente a todo lo que le rodea, arisca y solitaria. El chino es un hombre joven, millonario, perteneciente a las poderosas familias de banqueros chinos de Manchuria. Hermoso, culto y refinado, viste a la occidental, ha estudiado en Francia y vuelve a China para casarse. En el transbordador que cruza uno de los brazos del río Mékong ve a la niña, se le acerca y la invita a llevarla en su magnífico automóvil hasta el colegio. Este es el principio de una relación amorosa que va a durar unos ocho meses, hasta que la joven se va a final de curso a Francia para terminar sus estudios.

La historia es real. Autobiográfica. Marguerite Duras lo ha confesado abiertamente a raíz de la publicación del *Amante* y en entrevistas posteriores (6). Y esta historia del primer amor ha debido ser lo suficientemente

(6) Vid en especial la serie de entrevistas literarias de la TVF francesa, *Apostrophes*, donde en la especial dedicada a Marguerite Duras, tras la publicación de la novela la autora confiesa abiertamente, y por primera vez, que la historia que relata *El Amante* es autobiográfica. *Apostrophes*, prod. Antenne 2, émission de Bernard Pivot. Difusión 28 de septiembre de 1984.

importante en su vida para que no sólo la cuente en tres textos diferentes: *Un Dique contra el Pacífico*, *El Amante* y *El amante de la china del Norte* sino para que el tema del amor entre una blanca y un oriental aparezca en otras obras suyas, sobre todo en *Hiroshima mon amour* (7).

Pero autobiográfica o no, lo que aquí me interesa señalar es que la visión que la novela nos da de la adolescente no tiene las simplificaciones reductoras y manipuladas que hemos señalado en otros tipos de textos literarios. De ahí que la representación sea muy más ambigua y más compleja, como lo es sin duda la vida. La niña es una joven sensual, que ya quiere ser mujer, y que aunque no conoce aún el deseo, lo siente, y lo va buscando. Véase si no la manera como va vestida (tanto en la novela como en la versión cinematográfica que sin embargo, aunque por otras razones, desagradó profundamente a la Duras): llamativa, con los labios pintados de rojo oscuro, con el sombrero de hombre y esos zapatos de baile viejos, gastados, en "lamé negro con motivos de estrás". Véanse también las conversaciones que tiene por la noche en el pensionado con su amiga Hélène Lagonelle, cuando las dos en la misma cama se preguntan qué puede ser exactamente "gozar", y cuáles son las sensaciones de una compañera, interna como ellas en la pensión de Saigón, y que secretamente sale del internado todas las noches para acostarse con hombres, sólo "porque le gusta", dice el texto:

—Dice que le gusta eso... incluso mucho... que a esos hombres no se los conoce, no se les ve, casi nada... y que eso es lo que le gusta... como se dice...

La niña duda, y luego dice la palabra... Gozar.

Hélène dice: mi madre dice que no hay que decir esta palabra, incluso cuando la entiendes. Que es una palabra de mala educación. ¿Tu hermano pequeño qué dice?

—...mi hermano pequeño sabe que eso existe. Verás, la primera vez quo te ocurre...da miedo, crees que te estás muriendo. (8)

Es el deseo de conocer el placer lo que lleva a la protagonista —constantemente designada en el texto como "la niña"— a ofrecerse a este atractivo y millonario hombre chino. Obsérvese que en el relato es ella quien en dos ocasiones toma la iniciativa, cuando le coge la mano en el coche (escena invertida en la película) y cuando la da un beso a través del cristal. Es ella quien expresa la primera su sentir al decirle "Te deseo no puedes imaginar cuánto". El amor nace aquí en primer lugar de la atracción física. Se inicia como "deseo del deseo", como necesidad de conocer un placer sexual, físico,

(7) M. DURAS, *Un Barrage contre la Pacifique*, París, Gallimard, 1950; *L'Amant*, París, Editions de Minuit, 1984; *Hiroshima mon amour*, París, Gallimard, 1960.

(8) M. DURAS, *El Amante de la China del Norte*, De Tusquets, 1991, p. 49.

que el cuerpo aún inocente está proclamando en cierto modo a voces a través de la ropa ceñida, los labios pintados, los zapatos de tacón. La "niña" quiere ser mujer, quiere, como le dice al hombre chino, que "haga con ella lo mismo que hace con las otras mujeres".

Así, en esta novela, como en toda la obra de Marguerite Duras, la noción del amor se sitúa en un terreno diametralmente opuesto al que nos presentan las versiones edulcoradas de toda la tradición de la literatura sentimental (sea cual sea el valor literario de esta literatura). En estas últimas el amor nace de los sentimientos, y se reduce prácticamente a lo afectivo. En *El Amante* el componente inicial es físico, y en más de un sentido. Porque no es solamente la belleza del hombre chino lo que atrae a la niña, sino también su posición económica. Esta joven francesa pobre, despreciada por la colonia de los blancos ricos, que se pasea con vestidos remendados y zapatos desvencijados se siente fascinada por el millonario chino, por su magnífico automóvil Morris-Léon-Bollée, por el diamante que brilla en su anular, por el dinero que derrocha, por la mansión de cerámica azul en la que vive. El hombre chino es guapo; pero también es muy rico. Duras muestra así la complejidad de los distintos factores que incluso desde el punto de vista físico, material, entran en juego en la seducción amorosa de la adolescente. En la novela libertina del siglo XVIII de la que se ha hablado estos días, lo único que cuenta es el placer físico, el goce carnal. El deseo sexual es lo que pone en marcha la dinámica amorosa. Aquí hay deseo erótico, pero a él se suman toda una serie de componentes sociales y materiales cuya importancia es difícil de determinar, incluso para la misma Duras, que en más de una ocasión ha declarado que ella misma no sabe exactamente hasta qué punto la fascinación por todo ese mundo desconocido de lujos y riquezas, admirado siempre de lejos, no tuvo que ver con su primera experiencia amorosa (9).

Para algunos críticos y para cierto público *El Amante* es una obra impúdica. Impúdica no tanto por lo que cuenta —los ejemplos de literatura libertina, erótica y pornográfica son incontables, especialmente en nuestro siglo— sino porque lo que se cuenta es y se proclama autobiográfico. Lo que ha chocado a muchos lectores es que la escritora diga en esta novela que el primer amor de una niña, de la niña que ella fue, nace de los sentidos, del deseo, de la fascinación por el lujo. Que el gran descubrimiento en ese primer amor fue el del cuerpo, el placer sexual, el goce erótico. Que los sentimientos, si es que en el caso de la niña los hubo, fueron naciendo y surgiendo después, entremezclados con el complejo universo afectivo familiar, inseparables del odio que la protagonista siente por el agresivo hermano mayor, el amor hacia el indefenso hermano pequeño, y el amor-odio que tiene por una madre medio enloquecida, encerrada en sí misma, distante, "como

(9) Vid. *Apostrophes*, de Bernard Pivot, op. cit..

ausente". Lo que muestra esta novela es que sólo después de la separación es cuando la joven se da cuenta de que su relación con el chino no ha sido únicamente su primera experiencia del placer, sino también su primera historia de amor. Cuando ya está en el barco que la lleva para siempre a Francia, cuando todo se ha acabado, una noche, oyendo la música de un vals de Chopin:

La niña había llorado, porque había pensado en ese hombre de Cholen y de pronto no estaba segura de que no lo había querido con un amor del que no se había dado cuenta porque se había perdido en la historia como el agua en la arena, y únicamente ahora lo volvía a encontrar, en ese instante de la música lanzada a través del mar. (10):

Lo que dice Marguerite Duras en esta novela es que cuando una es adolescente —o quizás durante toda la vida— lo que en primer término y de modo inmediato percibe del amor es su dimensión corporal, física, erótica. El resto —los sentimientos— se descubre más tarde. Demasiado tarde. Cuando la historia ya ha terminado.

(10) M. DURAS. *L'Amant*, París, Minuit, 1984, p. 138. La traducción es nuestra.

La SECRETARIA

ELOISA ERA HIJA DE UNA RICA FAMILIA, A LA QUE REVERSES DE FORTUNA HABÍAN ARRUINADO. LA JOVEN QUEDÓ HUÉRFANA Y SE VIO OBLIGADA A BUSCAR TRABAJO.

CAROLINA.
EN CAMBIO.
PERTENECÍA
A UNA FA-
MILIA QUE
SE HABÍA
ENRIQUE-
CIDO...

RECIENTEMENTE.
SUS MODALES DE-
NOTABAN SU ES-
CAJA FORMACIÓN.
ASI COMO SU AL-
TANERIA.

-SEÑORITA,
SE HA PRE-
SENTADO LA
NUEVA SE-
CRETARIA.

- LA ASPIRANTE
A SECRETARIA.
QUIERES DECIR,
BIEN, QUE
AGUARDE.

- LA SEÑORITA
RECIBIRÁ, PER
HABRÉIS DE E
PERAROS.

-NO IMPORTA.
ME INTERESA
CONSEGUIR
EL EMPLEO.

NO QUIERO RECIBIRLA INMEDIATAMENTE. CONVIENE QUE SE ACOSTUMBRE A ESPERAR. TANTO ELLO COMO TODAS LAS QUE SOLICITEN ALGO DE MÍ.

8 - AHORA
TEMPO
QUE BUS-
CAR NUEVO
EMPLEO...

-¡Dios! Yo os puedo dar el empleo que necesitáis.

- SI, EL DE ESPOSA.
- AHORA YA NO ESTAIS
LIGADA A CAROLINA Y
PODEIS SEGUIR LO QUE
OS DITE VUES-
TRO CORAZON!
- VOS....?
- PARA VOS A

QUIEN IBAN DIRI-
GIDAS MIS
CARTAS!

SE CASARON Y FUERON FELICES. SU IDILIO HABÍA EMPEZADO MUCHO ANTES, CUANDO, CARTEÁNDOSSE, UNO Y OTRO HABÍAN EMPEZADO A COMPRENDERSE.

Fin

Creaciones FLORITA

162 Tejido azul blanco
falda acompañada
y a más, grueso cuello
es cosa que agrada

163 Para este modelo
cretona encrespa
y aplicados blancos
con gracia y majesta

166 Este vestidoito
muy bello en su rango
tambien va con topes
y con cuello blanco.

164 He aquí un precioso
vestido de seda
que adorna calados
para más belleza

165 Lindo modelito
que causa furor,
seda topes blancos
y blusa color.



Lámina II.



Lámina III.



Lámina IV.

Las niñas y el sexo en la novela libertina francesa del siglo XVIII

Dolores Jiménez





LAS NIÑAS Y EL SEXO EN LA NOVELA LIBERTINA FRANCESA DEL SIGLO XVIII

Dolores Jiménez

Universitat de València

La infancia, o incluso la pubertad, no tiene todavía un papel preponderante en el siglo XVIII, aunque el interés por ese periodo de la vida de un ser humano vaya creciendo en el último tercio del siglo. La infancia tan sólo interesa en tanto en cuanto, el niño como la niña, son un proyecto de futuro: un hombre y una mujer en pequeñito en suma. En este sentido, es evidente que el célebre filósofo Rousseau marcará una etapa fundamental en la historia de las ideas pedagógicas, al interesarse al niño como tal (Emilio), y como apéndice, a la niña (Sofía). Así, es evidente que el mundo de la infancia, en ese periodo, está en gran parte ligada a la historia de la educación y de la pedagogía.

Ahora bien, si los grandes proyectos educativos, a lo largo de la historia, han dado una importancia de primer orden al niño o al adolescente como futuro hombre (príncipe, noble, alto burgués, futuro financiero, etc...), el que lleva el barco de la sociedad, es porque, desde la más remota antigüedad, se instaló a la mujer en una situación de inferioridad física e intelectual. Ella, por su "naturaleza delicada",—como siguen diciendo en el siglo de las Luces—, es el sexo débil, o simplemente "EL SEXO". ¿Acaso Dios no utilizó una de las costillas de Adán para moldear a la diabólica Eva? Esa debilidad, comentada hasta la saciedad por los moralistas, filósofos y médicos desde siempre, procede de la célebre teoría de los humores y los temperamentos que la colocan muy próxima de los animales, las bestias. Todo esto justifica, por consecuente, que el *bello sexo* (como también llamaban a la mujer) estuviera bajo la dependencia del hombre, o de Dios. Ya lo manifestaba San Pablo (1).

(1) Ver, *Epístola I a la Corintios* (I, 2, 7, Acerca del matrimonio) en la Biblia, y concretamente "pues no procede el varón de la mujer, sino la mujer del varón: ni fue creado el varón para la mujer, sino la mujer para el varón" (I, 2,11).

El siglo XVIII sigue considerando a la mujer como un objeto de curiosidad. Una serie de interrogantes siguen vigentes sobre su naturaleza física y moral. Los hombres de aquel siglo, con su afán renovador y pedagógico y, —claro está—, sus supuestas nuevas bases ideológicas conducentes a la *catastrófica* Revolución francesa —la madre de las revoluciones—, para la mujer, profundiza su reflexión sobre ella: la observa, la analiza desde todos los prismas, pretende liberarla mediante una nueva educación. Para ello, es necesario asomarse hacia las niñas, las adolescentes, futuras mujeres-esposas y futuras-madres. Un porvenir de resignación proyectado, programado desde la infancia. Para la élite social, un preceptor, o a falta de él, una gobernanta, generalmente inculta; o el convento y colegio, donde reciben una educación propia a cada orden religiosa pero que se reduce en aprender el catecismo (fundamental), y los buenos usos sociales, es decir los buenos modales del momento. Muy poquito más. Para las que no pertenecen a dicha élite, *A falta de pan, buenas son tortas*. Ya se sabe.

Fenelon, un predicador de finales del siglo XVII, ya entendió la importancia de captar y moldear a las niñas desde su más tierna infancia: era necesario, según él, darles elementos espirituales para llenar su cabecita hueca y dominar una "imaginación siempre vagabunda" (2) y evitar la ociosidad que la sustenta; las más listillas se dejan seducir por las novelas, comedias o "relatos de aventuras quiméricas" que siempre hablan de amor (*op. cit.*), y claro, es difícil luego bajar del séptimo cielo heroico para ocuparse de las tareas del hogar.

Siguiendo ese proyecto educativo de inculcar la virtud y el pudor a las niñas, los conventos y colegios del siglo XVIII se enriquecen con discursos pedagógicos repletos de temores y obsesiones que desembocan en una disciplina muy férrea. Se trata de exorcizar a la Eva que habita fatalmente cada niña, para conducirla, como Dios manda, mansa y virgen al matrimonio. Para ello, es necesario neutralizar el cuerpo femenino joven, —tierno, podríamos añadir—, es decir toda manifestación física de su provocante feminidad. Comida, higiene y ropa deben ser controladas puesto que estas tres cosas fundamentales ofrecen siempre posibilidades de pecar como lo hacen todos los libertinos del siglo con sus excesos y desarreglos (3). Al salir del convento, estas niñas o adolescentes bien se pueden encontrar en la misma situación que la joven Cecilia de *Las Amistades peligrosas*, ignorante y torpe frente al mundo: por desconocer las realidades del amor, del cuerpo y del sexo,

(2) Fénelon, *De l'Éducation des filles*, in, *Oeuvres I*, Edition établie par Jacques Le Brun, Editions Gallimard. Bibliothèque de la Pléiade, 1983, p. 95.

(3) Para más detalles sobre estos aspectos tan fundamentales de la educación en los conventos, véase: Marie Sonnet, *L'Éducation des filles au temps des Lumières*, Préface de D. Roche, Les Editions du Cerf, 1987.

con sus 16 añitos, se encuentra indefensa frente a un seductor que no tiene escrúpulos en seducirla, es decir violarla. Pero no olvidemos que si la señora de Volanges, la madre de Cecilia, saca a su hija del convento es para casarla con un hombre mayor, que no conoce y por lo tanto no quiere.

Sin embargo, los médicos, ya desde el siglo XVI (4), van cambiando sus posiciones con respecto a la pubertad, la adolescencia y el matrimonio. Según ellos, no había que casar demasiado temprano a las chicas; no bastaba llegar a la pubertad, pues eran todavía demasiado tiernas para soportar embarazos; había pues que esperar que hubiera acabado su crecimiento (entre 16 y 18 años, con preferencia a los 18 años), y por otra parte, —dato interesante—, intentar tener en cuenta su opinión. Esto contribuirá a retrasar la edad del matrimonio, y disminuir considerablemente el matrimonio púber. De modo que, ante el "descubrimiento" de un espacio de tiempo nuevo, una "edad nueva" en la mujer, la que la conduce de la pubertad a la adolescencia y hace de ella una joven, la medicina de las luces demuestra un interés creciente hacia la pubertad femenina y aumentan los tratados dedicados al tema. Este interés contaminará paralelamente tratados de educación de mujeres, como el de Riballier (*De la educación física y moral de las mujeres*, 1779) o el del propio autor de *Las Amistades peligrosas* que participará a un concurso de la Academia de Chalons-sur-Marne con su tratado sobre *Las mujeres y su educación* de 1783, respondiendo a la pregunta "¿Cuales serían los mejores medios para perfeccionar la educación de las mujeres?". En éste, Laclos, siguiendo probablemente las ideas de su época, reconoce dos épocas diferentes en la infancia del hombre, que nombra como los latinos *infans* y *puer*. El autor concede un capítulo aparte a la pubertad (capítulo V), "espacio de tiempo que la naturaleza emplea en perfeccionar al individuo y ponerlo en estado de reproducirse" (5). Dentro de la perspectiva bajo la que enfoca su tratado, el proyecto de mujer natural, Laclos analiza las manifestaciones físicas y morales de la niña púber, cómo se manifiesta en ella la naturaleza (despertar de los sentidos al acabar su crecimiento, su transformación física, su descubrimiento del cuerpo, del otro, sus inquietudes, angustias etc...) y todo ello con un lirismo que poetiza indudablemente el despertar sexual y la inevitable atracción de un sexo hacia otro (6).

(4) Con respecto a estas consideraciones sobre el discurso médico, véase, Yvonne Knibiehler/Catherine Fouquet, *La femme et les médecins*, Hachette, coll. Analyse Historique, 1983; más concretamente el capítulo V (II.^a parte): "Les âges de la femmes. 2. La jeunes fille", pp. 138-155.

(5) Choderlos de Laclos, *Des femmes et de leur éducation*, in, *Oeuvres Complètes*, Texte établi, présenté et annoté par Laurent Versini, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1979, p. 396.

(6) El autor acaba ese capítulo preguntando "Goce delicioso, ¿quién se atreverá jamás a describirte ?", op. cit., p. 401. Cómo bien dice Versini en la edición de este texto, pese a la voluntad de Laclos de reescribir el *Emilio* de Rousseau en femenino, Laclos habla de una

No obstante, si el descubrimiento de la pubertad como nueva fase de crecimiento de la mujer puede ser enfocada bajo prismas positivos, no deja de presentar sus aspectos negativos y una "patología" propia. No cabe duda que las transformaciones físicas del cuerpo provocan diversas manifestaciones, en función de los temperamentos, como la melancolía, las manifestaciones del temperamento nervioso que conocen unos trastornos específicos, entre los cuales se destacan la ninfomanía y la histeria. Pero la ninfomanía es probablemente más peligrosa que la histeria, puesto que es, en suma, la manifestación femenina del onanismo. Para evitar trastornos mayores, los médicos de las luces recomiendan, un tipo de educación preventiva, [entramos aquí con cierto discurso pedagógico] que pasa, por un régimen alimenticio, una determinada higiene del cuerpo y un tipo de vestimenta que encierra por largo tiempo a la niña o la mujer en la braga y el corset (7). En ese punto, nos reencontramos con el tópico de la mujer cercana al animal: en el mundo animal la hembra busca al macho desde que es púber, y la joven, o adolescente, que roza esos comportamientos debe ser esposada, o, en el peor de los casos, encerrada de por vida en un convento.

Frente a estas realidades vistas quizá muy rápidamente, por lo que pueden pecar de esquematismo, se erige el imaginario literario. Aunque gran parte de las novelas de las luces se imponen una meta educadora, a través de personajes cuyo destino es la formación, la introducción en la sociedad, o la iniciación a la sociabilidad, al amor, no son todas las que intentan subvertir los principios educadores del mundo, y menos en materia de sexo. Pero, una corriente de la novela, libertina, erótica o pornográfica, va tomando importancia a lo largo del siglo para proyectar principios filosóficos, pedagógicos más o menos transgresores en torno a la sexualidad, no exentos de ambigüedades.

El mundo de los libertinos remite entonces a una élite social perteneciente a la fase decadente del Antiguo Régimen, una élite cuyo *modus vivendi* se caracteriza por una gran libertad de usos y prácticas amorosas, que se ve retratada o recreada en novelas en mayor o menor grado eróticas. Sin

mujer natural, cuyo amo es la naturaleza, para describir después la génesis de la mujer social. Pero la educación de la que habla Laclos es la del placer mediante el cual las mujeres pueden invertir a su favor la situación de dependencia en la cual se encuentran. Ese tipo de sensualismo de Laclos se opone a la idea de la mujer domesticada que propugna Rousseau. Véase, Laurent Versini, Notice, edición citada, p. 1413.

(7) Riballier, en su tratado, critica los métodos utilizados para enseñar la virtud a las chicas. Una de sus críticas alude concretamente al cuerpo "dolorosamente comprimido" de las chicas, con el supuesto fin de enderezar todo aquello que la naturaleza ha "desnaturalizado" (pechos, por ejemplo), cosa que, según él va en contra de la naturaleza. Véase la reciente edición de dicho tratado, *De l'éducation physique et morale des femmes*, 1779, Indigo & Côté-femmes éditions, 1996, y el interesante prólogo a cargo de Nancy M. O'Connor, quien compara los tratados educativos de Rousseau, Riballier y Laclos.

embargo, los libertinos de ficción, con el afán de convencer, basan sus comportamientos en principios que entroncan con una dimensión (y una tradición) filosófica libre-pensadora, el libertinage filosófico, que se torna, en el siglo XVIII, materialismo, sensualismo, o hedonismo, instalando como motor fundamental de los comportamientos humanos la búsqueda del placer, el placer de los sentidos, la voluptuosidad. Uno de sus máximos exponentes, La Mettrie y su *Arte de gozar*, fue tan consecuente con su lema "Para pintar la voluptuosidad, hay que sentirla", que tras experimentar la voluptuosidad de una cena, murió de una indigestión en la Corte del rey de Prusia.

Volvamos al imaginario literario. Me he centrado principalmente en tres novelas que fueron grandes éxitos del siglo XVIII: *Teresa filósofa* de Boyer d'Argens (1748), *Felicia* de A de Nerciat (1775) y *La cortina levantada o la educación de Laura* del conde de Mirabeau (1778) (8), aunque aluda a otras por detalles pertinentes que nos puedan interesar en esta reflexión. Todas ellas presentan como personaje central a una mujer que cuenta su vida sexual. Se trata de un protagonismo femenino que no deja de ser paradójico para poder hablar de su sexualidad, ya que fueron escritas por hombres, en un tiempo en que las mujeres se orientan más hacia la escritura de novelas sentimentales, y que, como bien dice J.-M. Goulemot, "visten (o disfrazan) el discurso brutal del cuerpo con los oropeles del corazón" (9).

Teresa, Felicia y Laura, al hacer la retrospectiva de su vida amorosa y sexual —ya son mayores cuando lo cuentan—, no dudan en detenerse en su infancia y crecimiento progresivo, cosa inusual en la mayoría de novelas no eróticas que inician el relato de las andanzas de un héroe por la vida cuando ya es un adolescente consagrado. En cualquier caso, cuentan su vida a una tercera persona que les pide, al parecer insistentemente conocer sus experiencias de niña a mujer.

Todas ellas, dejan constancia, al principio, de sus orígenes (padre y madre): Teresa queda huérfana de padre muy pronto, Laura pierde su madre a los 11 años y su padre no es su padre sino un sustituto que se casó con la madre estando ésta embarazada. En cuanto a Felicia, es una huerfanita que será adoptada por un matrimonio de artistas ricos que asumen el rol de tíos. La ausencia o presencia del padre o una figura sustituta es significativa para valorar los aspectos educativos de cada caso. Cada una de las historias,

(8) Remito a las ediciones francesas: *Thérèse philosophe*, Actes Sud, Babel, 1992; *Felicia ou mes fredaines*, coll. Chefs-d'Oeuvre Erotique du 19e siècle, 1980; *Le rideau levé ou l'Education de Laure*, Actes Sud, coll Babel, 1994. Me permito traducir yo misma algunas citas al no encontrar ninguna traducción disponible.

(9) J.-M. Goulemot, "Le lecteur-voyeur et la mise en scène de l'imaginaire viril", *Laclos et le libertinage, 1782-1782*, Actes du colloque du bicentenaire des *Liaisons dangereuses*, Préface de R. Pomeau, Publications du Centre d'Etudes du roman et du romanesque, Université de Picardie, P. U. F, 1983, p. 167.

orientada a contar las experiencias del cuerpo sensible, y sensual, arranca el protagonismo a una edad temprana. Teresa a los 7 años, Felicia a los 12, y Laura en la frontera de los 11 a los 12 años. Estas edades del recuerdo, aunque ficticias, son importantes en lo que se refiere a la memoria de lo sensible, de ahí un mayor efecto de verosimilitud.

De entrada, cada una se define según el físico y el temperamento con los que la naturaleza les ha dotado al nacer. Teresa, no cabe duda, hereda del "feliz temperamento voluptuoso" de su madre, una mujer del sur de Francia; Felicia, sin ninguna modestia, según le cuentan, se considera "la mujer más bella y bonita de mi siglo" (p. 15) y llega a compararse a Venus, pues como ella nació en el mar, aunque en circunstancias muy distintas (p. 16). Laura, "salida de las manos del amor", según sus propias palabras, se describe, en un principio, como un proyecto de mujer bella (rostro regular, formas bien tomadas y sueltas, con mucho brillo y blancura, ojos negros y pelo castaño, mezcla muy favorecedora, según ella). Si el cuerpo de cada una es descrito a lo largo de las novelas, siempre es en tanto que sujeto de deseo: cuerpos ardientes, aunque todavía tiernos, resultado de un temperamento fogoso que el descubrimiento de la sexualidad enciende aún más.

La niña más precoz es, sin lugar a dudas Teresa. No necesita mirar escenas provocadoras para descubrir su propio cuerpo sexuado. Su despertar sexual se realiza en varias fases importantes. Así, nos cuenta cómo, a partir de los 7 años, empieza a tener problemas de salud y por ello a adelgazar. No se precisa en ningún momento cuál es el problema. Su madre, inquieta ante síntomas como apetito devorador, ausencia de fiebre, y debilidad física, decide recurrir a un médico y velar el sueño de su hija. Una noche, he aquí lo que descubre:

"Cual fue su sorpresa cuando una noche, cuando creía que estaba dormida, notó que tenía la mano encima de la parte que nos diferencia de los hombres, donde, frotándome de modo benigno, me proporcionaba placeres poco conocidos por una niña de siete años, y muy corrientes entre las de quince. [...] en calidad de mujer prudente y conocedora, espera con paciencia el desenlace de mi acción. Fue como tenía que ser. Me agité, me estremecí, y el placer me despertó." (pp. 12-13).

Evidentemente, como cabe esperar, la madre se escandaliza y riñe a la pobre Teresa, inconsciente de lo que acaba de hacer. Siguen noches de observación tras las cuales, aunque la niña no pueda controlar sus "cosquilleos", no tiene más remedio que dominarlos, pues le atan las manos, y se llega a la conclusión de que es víctima inocente de un temperamento que le lleva a realizar, durante el sueño, "aquello que sirve a aliviar tantas pobres religiosas en vela" (p. 13).

Posteriormente, tras recuperar su salud y primer vigor, mediante ese remedio tan eficaz, entre 9 y 10 años, Teresa siente una especie de inquietud que no puede explicar. Sus juegos la llevan a reunirse con niños y niñas de su edad, en un desván o una habitación apartada. Juego de roles ya entonces: maestros y alumnos malos que deben quitarse los pantalones, faldas y camisas. Se observan unas a otros. Las niñas descubren que no tienen la misma cosita que los niños y ellas juegan con "ello" ("*guigu*" en francés) a moldear muñecas y darle besitos, ignorando así, "el centro de los placeres".

A los 11 años, su madre le interna en un convento, donde, tras confesar sus juegos inocentes, debe sufrir "el ayuno, las plegarias, la meditación, el cilicio" (p. 15) para combatir sus pasiones. Le encomiendan no usar el sentido del tacto para tocar "esa parte infame por donde se mea" (p. 15) ni "ese trozo de carne de los chicos de su edad" (p. 16). Tras obviar el período que la conduce a los 16 años, Teresa revela los conflictos interiores vividos entre Dios por una parte y sus deseos físicos por otra. Su imaginación no deja de evocar la serpiente que sedujo a Eva, y, pese a los castigos corporales que se impone, no puede dejar de masturbarse. Cae en un estado de languidez, (tez amarillenta, labios lívidos. esqueleto viviente) y su madre la saca del convento.

Finalmente, su madre la recomienda a un confesor que también lo es de una de sus amigas. Eradice está encantada con él. Teresa observa sin ser vista una escena que será definitiva para ella: el confesor, sin saberlo Eradice, la hace subir al cielo, no mediante un cordón milagroso, sino con uno más real, sodomizándola. Más adelante, el contacto con dos amigos de su madre, la conducirán por senderos que harán de ella, una mujer preparada por gozar de la felicidad. La protagonista vivirá otras aventuras propias a edades más adelantadas.

Felicia, por su parte, vive unas primeras experiencias análogas. Tras observar comportamientos extraños entre su tía y el confesor, siente deseos, ya a los 12-13 años, de amar. Las circunstancias climáticas (noche ardiente, calor excesivo) la trastornan y, al día siguiente, para compensar la mala noche anterior:

"ya hábil en el arte de proporcionarme placeres, reiteraré varias veces ese dulce ejercicio que encanta a tantas reclusas aburridas, que consuela tantas viudas, alivia tantas mojógatas, feas, etc..." (p. 39).

Hasta entonces, la narradora no ha cesado de subrayar su crecimiento: siempre anota cómo todos la consideran una niña deliciosa y bonita, hasta el punto que el obispo amante de su tía intenta violarla en un momento de desfallecimiento. Pero no será él quien la desvirgue sino el sobrino. El paso, aquí, al descubrimiento del sexo del otro, coronado por la escena de un sueño nocturno donde se metaforiza al pene, y el paso al acto amoroso se hace

con dolor. La sangre que fluye no es más que la sangre debida a la desfloración. A partir de esa etapa, Felicia, destinada a la felicidad como su nombre indica, será libre para elegir a sus amantes y competir con su tía. También ella podrá inciar al niño Monroso (14 años) encontrado por el camino.

Nuestro último ejemplo es el de Laura. Laura también descubre el sexo entre 11 y 12 años. Su caso está mucho más matizado que el de las anteriores. Una noche descubre a su "padre" acariciando el cuerpo desnudo de la sirvienta. Sin saber por qué siente una extraña sensación que la conduce a masturbarse. Decide entonces acomodar la cortina para ver mejor lo que hacen, días más tarde. De entrada, la niña se ve fascinada por los cuerpos desnudos de la pareja, y repite su ejercicio. A partir de ese momento, gozará de placeres limitados a caricias que nunca rebasan ciertos límites. La emoción de la niña es máxima cuando descubre el sexo de su padre, un padre que se ve obligado a explicar lo que está haciendo —y que posteriormente la masturba—. A partir de ese momento, la pequeña Laura comparte, inocentemente todavía, los juegos eróticos de su padre. Éste, ante su precocidad, le recomienda esperar el momento, y le impone (y pone) una especie de calçoncillo o braguero para evitar posibles tentaciones (tanto de ella como de él). Se trata de una especie de cinturón de castidad (sin llave, pero con correas metálicas, un agujerito delante y otro detrás, para respirar, agujerito tan pequeño que no puede ni masturbarse) que llevará durante 4 o 5 años. El padre le explica su decisión:

"la naturaleza, en el hombre, trabaja para el crecimiento de los individuos hasta los 15 o 16 años. Este plazo es más o menos lejano según los sujetos, pero bastante general para tu sexo. Sin embargo, tan sólo alcanza el complemento de su fuerza a los 17 o 18 años. En los hombres, la naturaleza tarda más en adquirir su perfección. Cuando se desvían estas operaciones mediante desahogos prematuros y multiplicados de una materia que debiera haber servido a dicho crecimiento, uno se resiente de ello toda la vida y los accidentes que de ello resultan son de lo más molesto. Las mujeres, por ejemplo, o mueren pronto, o se quedan pequeñitas, débiles y languidecen, o caen en un estado de marasmo, un adelgazamiento que degenera en afecciones de pecho de los que muy pronto serán víctimas, o privan su sangre de un vehículo propio para reproducir sus reglas en la edad normal y de modo ventajoso, o, por fin, son sujetas a vapores, crispaciones de los nervios, o furores uterinos, debilitación de la vista o desmejoran; acaban sus días en un estado muy triste generalmente. [Los jovencitos pasan por accidentes muy parecidos; arrastran días desgraciados, si no mueren prematuramente]." (pp. 42-43).

La jovencita Laura, con tal de seguir sana, atemorizada por las palabras de su padre, y deseosa de llegar al momento ansiado, se observa, día a día, y ve crecer sus "tetitas"; su padre observa también cómo su cuerpo cambia adquiriendo redondeces (la moda entonces estaba dominada por las féminas macizas), cómo se van formando sus "tetitas", cómo su "tierno

felpudo" se cubre de su protección natural, cómo su "coñito" adquiere el color deseado ("encarnado admirable") hasta que observa también cómo en la primavera de sus 15 años Laura experimenta los "preludios de una erupción" (p. 57). Así, a los 16 años, Laura se nota "más pesada", la cabeza muy "cargada", los "ojos menos brillantes", "dolores de riñones" y "sensaciones de un cólico extraordinario", y por fin, 8 o 9 días después, tiene sus primeras reglas, que le duran 9 días. Ese momento es saludado con entusiasmo ya que la acerca de la consumación de sus deseos. Pero, la sangre de su defloración será, para ella, más importante que la de sus reglas, puesto que con ella experimentará su primer goce, preludio a muchos otros.

Es de observar que tanto los personajes de Teresa y de Felicia viven una pubertad mal definida, imprecisa, una pubertad no exenta de patología con trastornos físicos y de la que se subraya fundamentalmente el descubrimiento del cuerpo sexuado y del sexo del otro. La más precisa es sin duda la de Laura, probablemente porque es el padre-amante quien conduce a la niña por los caminos graduales del placer, no sin marcar etapas fundamentales, como la de cruzar unas fronteras, entre ellas la de la pubertad.

Rousseau decía en su tratado de educación (*El Emilio*) que "hasta la edad núbil, los niños de los dos sexos no tienen nada aparente que los diferencie; mismo rostro, misma cara, misma tez, misma voz, todo igual: las niñas son niños, los chicos son niños; el mismo nombre es suficiente para aludir a seres tan parecidos. Los varones en los que se impide el desarrollo ulterior del sexo guardan esta constitución toda su vida; siguen siendo niños grandes toda su vida, y las mujeres, al no perder nunca esa constitución, parecen, en muchos aspectos, no ser jamás otra cosa" (10).

La niña de los relatos eróticos aquí mencionados sí descubren muy pronto las diferencias de orden sexual. Los cuerpos son, por temperamento innato, y desde el principio, cuerpos sexuados, que experimentan pronto los caminos naturales del placer mediante la masturbación, dulce ejercicio que practican por mimetismo del placer contemplado, visto, en calidad de mironas, puesto que todas son niñas curiosas. Desde un punto de vista de la "psicología" del personaje, o de la focalización del relato en la mujer, ellas siempre cuentan sus primeros escarceos desde un discurso de la inocencia: no saben muy bien lo que ven, lo que miran "in franganti", y desean saber. De ahí que se planteen estos relatos como una progresiva iniciación en la escala del placer de los sentidos, que va acompañada de un progresivo descubrimiento del cuerpo, y su extalación fuente de goce. Con diferencias, eso sí. Teresa descubre poco a poco realidades que la trastornan, sin valorarlas desde un punto de vista moral: no sabe que se está masturbando y su madre es quien le introduce las nociones del bien y del mal, quien la reprime.

(10) *Emile ou l'Education*, Garnier-Flammarion, 1966, p. 273.

Por otra parte, la reflexión segunda de Rousseau sí tiene pertinencia al referirse al niño-grande: la niña del relato libertino es por esencia niña-mujer, pues aunque crezca y alcance los 23 o 25 años como Teresa, parece mantenerse siempre niña, niña liberada que no conoce ni pudor ni otros criterios morales impuestos por la sociedad de la época. No tiene nada que ver con la niña-mujer, la hembra, vista por Rousseau, que necesita del pudor sin el cual predominaría en ella el instinto negativo (11). De ahí la importancia de la educación, para controlar, reprimir en suma, ya que se pretende aunar lo físico con lo moral. El relato pornográfico, por su parte, a pesar de sus ambigüedades, propone una educación, centrada en la sexual, que adopta, en muchos casos tintes utópicos. Se trata de mostrar, como en los tratados de educación, a niñas, esta vez ausentas de pudor, como cuerpos en deseo y sujetos activos de deseo, o que aprenden el deseo y el placer. Mediante la imagen de la niña o de la adolescente, se muestra cómo sería una educación libre de tabúes morales: ésta es al menos la pretensión de los textos aquí mencionados. Pero, por otra parte, la presencia de la niña no deja de ser ambigua: ella siente naturalmente el deseo, consciente o no, pero es a su vez objeto de deseo: quizás se encuentre aquí uno de los fantasmas de una época, trasladados a unos escenarios sexuales de ficción: deseo del cuerpo joven, púber, tierno, que alcanza su máxima cuota en una novela anterior a K, *La muñeca* (1747), de Bibiena. Un joven clérigo, enfadado con su amante, descubre en una tienda una preciosa muñequita, que compra. Es en realidad una sílfide (habitante de los aires, transparente, sin consistencia) que ha tomado la apariencia de una muñeca para dar una lección teórico-práctica sobre el amor al mencionado curita. A medida que él va aprendiendo, la muñeca va cobrando vida, ante la emoción del joven:

"En cuanto vi mi muñeca con esa altura en la que vemos generalmente a un niño de 5 años aproximadamente, el fuego voluptuoso que corría en mis venas se calmó, no tuve más deseos. Sentí esa amistad inocente que nos transporta cuando vemos una bonita niña, con una fisonomía fina y graciosa. Impulsado por un movimiento natural, la tomé en mis brazos. Me abrió los suyos con una sencillez que me encantó y me sentí menos molesto en mis caricias. La besé en cuanto la coloqué sobre mis rodillas y que ella se instaló con la facilidad natural de un niño que no es malicioso. Ella también me besó riéndose, tocando mi peluca, mis botones, mis mangas [...] Ese pechito cuyos encantos me habían causado arrebatos, me habían encendido tan sólo un momento atrás, no era ya para mí más que un pecho de inocencia que no me inspiraba ningún deseo ni gana alguna de tocarla." (12).

(11) Véase todo el principio de la quinta parte del *Emilio*, en el que Rousseau analiza las diferencias entre varón y hembra, con toda su concepción de la mujer servil.

(12) Bibiena, *La poupée*, Eds. Desjonquères, Paris, 1987, pp. 111-112.

En este caso, es la muñeca la que enseña las gradaciones que conducen al placer, y el hombre deberá merecerlo.

Por lo demás, en los mencionados escenarios de la sexualidad dieciochesca, pese a la voluntad de mostrar una sexualidad totalmente liberada, cuerpos que ya no se ocultan tras los *oropoles* de la moral puritana, el momento importante es el descubrimiento del sexo masculino por la niñas. Sexos viriles, siempre poderosos, siempre colosales, fuentes de placeres ilimitados que conducen los relatos hacia la exaltación del priapismo. Pero también, sexos que permiten realizar incestos de todo tipo, padre-hija (aunque sólo sea una paternidad, tío-sobrino, hermano-hermana, etc.), siendo éste un fantasma muy corriente en el siglo XVIII. Así se percibe la puesta en escena de un imaginario masculino —no olvidemos que los autores son siempre hombres— de un discurso sobre la sexualidad dominado por la voz del hombre. Es más, pese a los textos donde las niñas son vistas como carnes tiernas siempre dispuestas al placer, subsiste la creencia en los excesos peligrosos (caso de la vecinita de Laura, Rosa, que muere por una ninfomanía llevada al extremo), como subsiste la idea del placer que puede suscitar la violación (caso de Felicia), o la importancia de la defloración —la primera vez— para un hombre: la niña interesa en tanto en cuanto representa el primer bocado. Así, aunque Teresa parezca una exaltación del onanismo, en contra de las teorías de Tissot, hay aquí una prolongación de la espera de la pérdida del virgo. En efecto, a Teresa le constará llegar al final de sus andanzas para contar su defloración: tan sólo un exquisito conde, después de introducirla en una habitación llena de decoraciones alusivas y haberle hecho leer las novelas pornos del momento, podrá con la resistente Teresa, demasiado acostumbrada a la masturbación. También en esa novela, la prostituta que recoge a Teresa en París, La Bois-Laurier, representa el colmo de la resistencia: es prostituta pero virgen, y aunque ejércitos de hombres lo hayan intentado, nunca han podido con ella. Es cierto, dicho sea de paso, que estas novelas no carecen de humor.

Finalmente, no cabe duda que frente a los tratados de educación de mujeres que intentan más o menos reivindicar un estatuto nuevo para la mujer —siendo unos más liberales que otros—, la novela libertina y/o pornográfica esencialmente, pone en escena, a su manera, la reivindicación de una sexualidad diferente, liberada de falsos pudores, donde las protagonistas son niñas modélicas para la carrera del placer. Ellas, futuras *Lolitas*, fueron engendradas por hombres y recomfortaron su imaginario durante toda una época (incluso la nuestra) desde escenarios constitutivos de una utopía masculina del placer

De impúber a mujer:
aprendizajes de la memoria y la escritura.
(María Luisa Bombal y Clarice Lispector)

Sonia Mattalía

DE IMPÚBER A MUJER: APRENDIZAJES DE LA MEMORIA Y LA ESCRITURA. (MARÍA LUISA BOMBAL Y CLARICE LISPECTOR)

Sonia Mattalía

Universitat de València

I. El dispositivo

Comenzamos con una imagen que nos remonta a la Europa de Fines del XIX: *"Cuando paseo bajo el brillo de la luna — entre viejas construcciones cubiertas de musgo, que entre tanto me son familiares— me da miedo mi propia sombra. Cuando enciendo la lámpara, veo de repente el gran espejo que cuelga sobre la estufa me contemplo a mí mismo — mi propio rostro de fantasma —. Y vivo con los muertos — con mi madre, con mi hermana, con mi padre — sobre todo con mi padre — Todos los recuerdos, los más pequeños detalles desfilan ante mis ojos"* (1), escribía Edvard Munch en su manifiesto de St. Cloud, notas escritas a comienzos de 1890 en el suburbio parisino en el que vivía en ese momento. La sombra, proyección y deformación afantasmada del cuerpo, sería uno de los temas centrales de la obra pictórica del pintor nórdico y marca un momento central en la ruptura post-impresionista hacia la abstracción.



(1) Citado en Bischoff, Ulrich: Edvard Munch (1863-1944): Cuadros sobre la vida y la muerte, Taschen, Berlín, 1994, p. 34.

Pintado en 1894, sobre una versión de 1886 hoy perdida, Pubertad, se apoya sobre el peso de la sombra que aparece como la prolongación siniestra de un cuerpo femenino adolescente en inestable equilibrio. En consonancia con los interiores de confinamiento, encerrados, recludos, explorados por Munch en telas anteriores, como La niña enferma o Noche en St. Cloud, el de la habitación de Pubertad se condensa, en la línea horizontal del cuadro, en una cama cortada por el marco que, de abajo hacia arriba, señala una gradación del casi negro al ocre negruzco de la cama y al blanco manchado de rosados y azules de las sábanas.

En la vertical, la muchacha, asentada, casi fijada a la cama, se eleva desde el suelo, iluminada por la luz que entra desde la izquierda. Una sombra poderosa emana de la figura, alargándola hacia la izquierda, y refuerza la inestabilidad del cuerpo adolescente. Cuerpo desnudo, crudamente expuesto en su delgadez y formas incipientes. La posición de encubrimiento del sexo y de ligero encorvamiento de los hombros que protegen los pechos recién nacidos; el rostro aniñado, enmarcado por el pelo liso que aparece como continuación de la línea de la sombra, nos presentan una cierta indeterminación gestual, que nos sugiere una sexualidad aún no terminada de perfilar. Los muy abiertos ojos negros, de mirada acuosa y perdida, junto con las manos, que cubren y enfatizan el sexo, también sombreadas en su cruce, señalan el azoramiento y la amenaza del despertar de la sexualidad, prefigurando un tema que Munch desarrollará intensamente en su producción inmediata posterior: la asociación de miedo y sexualidad.

Si las notas de Munch expresaban su pavor ante la sombra de la muerte proveniente del pasado, la espesa sombra de esta adolescente desnuda parece condensar una amenaza futura: la de la definición de lo informe, lo no determinado, lo inacabado del cuerpo infantil, que adquirirá en el cambio de la infancia a la adolescencia su perfil sexual definitivo e ineluctable.

Límite y frontera la adolescencia ha sido uno de los temas preferidos de la representación moderna, desde las novelas de aprendizaje románticas a las exaltaciones del héroe adolescente atormentado en el salto hacia la madurez de fines del siglo XIX, una intensa producción literaria y pictórica señala la preocupación por el disciplinamiento o la relajación de los cuerpos adolescentes, Foucault describió, minuciosamente, las políticas sobre el cuerpo que acompañan el ascenso y asentamiento de las sociedades burguesas, señalando la radicalidad del cambio de las nuevas sociedades frente a los regímenes anteriores. En Estos últimos el derecho fundamental del poder y del soberano se concentraba en la administración y control de la muerte, incluyendo su más allá, a diferencia de las sociedades burguesas emergentes en las cuales el ejercicio del poder se sustancia en un control sobre la vida y los cuerpos vivientes. Un salto que podríamos expresar como el del buen morir al del buen vivir, cuya alentadora promesa de salud,

bienestar y longevidad no puede ocultarnos sus técnicas disciplinadoras. La intensidad del control alienta la teoría, la reflexión y el disciplinamiento de su dispositivo fundamental, la sexualidad, que llega, en nuestras sociedades actuales, a su paroxismo en las políticas de exaltación del cuerpo, un cuerpo cada día más descarnado y, a la vez, más arquetipizado y modelizado.

"Podría decirse —apunta Foucault— que el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir de las épocas clásicas fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de rechazar la muerte. Quizá se explique así esa descalificación de la muerte señalada por la reciente caída en desuso de los rituales que la acompañaban. El cuidado puesto en esquivar la muerte está ligado menos que a una nueva angustia que la tornaría insostenible para nuestras sociedades, que al hecho de que los procedimientos de poder no han dejado de apartarse de ella. En el paso de un mundo a otro, la muerte era el relevo de una soberanía terrestre por otra divina, singularmente más poderosa; el fasto que la rodeaba era signo del carácter político de la ceremonia. Ahora es en la vida y a lo largo de su desarrollo donde el poder establece su fuerza; la muerte es su límite, el momento que no puede apresar; se torna el punto más secreto de la existencia, el más «privado»."(2).

En la emergencia del ejercicio de políticas del y sobre el cuerpo se construye un dispositivo, el de la sexualidad, de alta eficacia que construye nuestras imágenes del cuerpo. Foucault muestra cómo en el siglo XIX se estructuran y afianzan estas microfísicas del poder que encuentran en los discursos de la medicina, la psicología y la sociología sus campos más eficaces para la reglamentación y el disciplinamiento del cuerpo. Políticas basadas en tres líneas fundamentales: la histerización de la mujer, la sexualización de la infancia y la psiquiatrización de las perversiones.

En lo que atañe a la histerización de la mujer, el "sexo" es definido de tres maneras: *"como lo que es común al hombre y la mujer; o como lo que pertenece por excelencia al hombre y falta por tanto a la mujer; pero también lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer, orientándolo por entero a las funciones de reproducción y perturbándolo sin cesar en virtud de los efectos de esas mismas funciones; en esa estrategia, la historia es interpretada como el juego del sexo en tanto que es lo 'uno' y lo 'otro', todo y parte, principio y carencia."* En lo relacionado sexualidad infantil, apunta Foucault, *"se elabora la idea de un sexo presente (anatómicamente) y ausente (fisiológicamente), presente también si se considera su actividad y deficiente si se atiende a su finalidad reproductora; o asimismo actual en sus manifestaciones pero*

(2) Foucault, Michel: La voluntad de saber, Historia de la sexualidad, t. 1, Siglo XXI, 1978, Madrid, p. 167.

escondido en sus efectos, que sólo más tarde aparecerán en su gravedad patológica", basta recordar, al respecto, la causalidad secreta que ciertas prácticas sexuales infantiles —como la masturbación, por ejemplo— tenían en relación a la impotencia, la esterilidad o la frigidez en la edad adulta. En lo referente a la psiquiatrización de las perversiones *"el sexo fue referido a funciones biológicas y a un aparato anatomofisiológico que le da su `sentido', es decir su finalidad; pero también fue referido a un instinto que, a través de su propio desarrollo y según los objetos que elige, forma la aparición de conductas perversas"*, "desviadas" según la terminología del XIX, de las cuales surge una perversión modélica —el fetichismo— que, al menos desde 1877, sirve de hilo para la explicación de las conductas sexuales diferentes.

Este dispositivo de la sexualidad, entre otros efectos, ha permitido esconder lo que hace el poder con el poder, aunque últimamente se habla de una "erótica del poder" para denunciarlo como el gran constructo imaginario del Occidente moderno—. La eficacia práctica de este dispositivo puede valorarse en su incidencia sobre los sujetos concretos, ya que ha promovido una idea del sexo como punto imaginario, desde el cual explicamos nuestra propia inteligibilidad como sujetos; en él se cifra la conciencia de la totalidad de nuestro cuerpo, nuestra identidad y nuestra producción de sentido sobre nosotros mismos. La paradoja —quizá la más sustancial y la más escondida— de este siglo nuestro que ya termina, dedicado a la exploración, la reflexión, la "liberación del sexo", es la de haber hecho del "sexo" el sustituto de los grandes dilemas morales que, en otras épocas, permitían la atemperación de la conciencia de la muerte. *"El pacto fáustico cuya tentación inscribió en nosotros el dispositivo de la sexualidad es, de ahora en adelante, éste: intercambiar la vida toda entera contra el sexo mismo, contra la verdad y la soberanía del sexo. Es en este sentido histórico, como hoy el sexo está atravesado por el instinto de muerte. Cuando Occidente, hace ya mucho tiempo, descubrió el amor, le acordó suficiente precio como para tornar aceptable la muerte; hoy, el sexo pretende esa equivalencia, la más elevada de todas. Y mientras que el dispositivo de sexualidad permite a las técnicas de poder la invasión de la vida, el punto ficticio del sexo —establecido por el mismo dispositivo— ejerce sobre nosotros bastante fascinación para que aceptemos oír cómo gruñe allí la muerte"* (3).

El desnudamiento de estas políticas puede explicarnos el por qué de la atención que, durante, dos siglos se ha concentrado sobre el cuerpo de la mujer y ha hecho surgir una edad "nueva" en las clásicas "edades del hombre" (infancia, madurez, senectud), la adolescencia. En el caso del adoles-

(3) Ibid. P. 187 a 190.

cente, figuración moderna —en las épocas clásicas el joven eran sujetos adultos a partir de su definición sexual, es en la modernidad donde aparece el adolescente como sujeto indefinido y en tránsito—, el control apunta al de la garantía de definición sexual normativa y prevención de las perversiones, o sea de la homosexualidad.

Así como el dispositivo de la sexualidad ha conformado imágenes de la mujer, también ha construido la del adolescente como figura mítica del conflicto cuerpo- espíritu, en el que la transformación física debe ser reglamentada por un aparato de control social que apunta a patologizarlo psíquica y físicamente. Frases como "la edad del pavo", "está hecho un adolescente insoportable", hasta la intensificación de nuevas enfermedades que caracterizan a este fin de siglo —entre las que la bulimia y la anorexia son las reinas en los países del capitalismo avanzado— expresan la concepción de la adolescencia como época turbulenta, conflictiva, de tentaciones a la rebeldía o a la extralimitación.

El adolescente, "*figura mítica del imaginario*" occidental, es una de las figuras más frecuentadas por las representaciones modernas y podemos pensar en él más que "*como una categoría de edad*" como una "*estructura psíquica abierta*"(4), en la cual se plantea el tránsito hacia una fijación identitaria —sexual y psíquica—.

También la literatura se ha hecho cargo de esta figuración. Desde la concepción roussoniana del niño que inicia un dificultoso viaje educativo e iniciático que lo conforma y fija a una identidad acabada, hasta la fascinación de nuestro siglo XX por las estructuras inacabadas, ambiguas, deslizantes entre la inocencia de la niñez y la adquisición de las estrategias de la seducción y la máscara, circula no sólo la organización, estabilización y despliegue del dispositivo de la sexualidad que apuntábamos, sino también todo un proceso de fascinación de las escrituras contemporáneas por lo informe e inacabado.

Desde Los hermanos Karamazov o El adolescente de Dostoievsky, pasando por la Lolita de Nabokov y los fluidos personajes del Gombrowickz en Transatlántico o Pornografía hasta el héroe resabiado y entrañable de El guardián entre el centeno de Salinger, se produce una deconstrucción de la fijación identitaria y sexual que Kristeva relaciona con "*el cuestionamiento de los valores forzosamente paternos, en los que el escritor se declara expresamente seducido por el adolescente o la adolescente*" (5). De tal manera que la pléyade de "antihéroes" contemporáneos que pueblan la narrativa de este siglo sostiene esta representación trabajando a sus

(4) Vid. Kristeva, Julia: "La novela adolescente", Las nuevas enfermedades del alma, Cátedra, Madrid, 1995.

(5) Kristeva, Julia: op. cit.

personajes centrales como héroes en tránsito, que buscan, encuentran o descoyuntan su fijación identitaria; novelas que, a su vez, se presentan como procesos, como estructuras abiertas, inacabadas.

Nos preguntamos ¿sucede lo mismo con las figuras femeninas adolescentes?, ¿es semejante la fascinación por lo informe, lo ambiguo?, ¿qué imágenes proponen de este tránsito las escrituras producidas por mujeres?. A partir de estas preguntas enhebraremos nuestra lectura de dos autoras latinoamericanas: María Luisa Bombal y Clarice Lispector.

II. La "nueva mujer"

"Te recuerdo, te recuerdo adolescente. Recuerdo tu pupila clara, tu tez de rubio curtida por el sol de la hacienda, tu cuerpo entonces, afilado y nervioso.

Sobre tus cinco hermanas, sobre Alicia, sobre mí, a quienes considerabas primas —no lo éramos pero nuestros fundos lindaban y a nuestra vez llamábamos tíos a tus padres— reinabas por el terror.

Te veo correr tras nuestras piernas desnudas para fustigarlas con tu látigo.

Te juro que te odiábamos de corazón cuando soltabas nuestros pájaros o suspendías de los cabellos nuestras muñecas a las ramas altas del plátano.

Una de tus bromas favoritas era dispararnos al oído un salvaje: ¡uh! ¡Uh!, en el momento más inesperado. No te conmovían nuestros ataques de nervios, nuestros llantos. Nunca te cansaste de sorprendernos para colarnos por la espalda cuanto bicho extraño recogías en el bosque.

Eras un espantoso verdugo. Y, sin embargo, ejercías sobre nosotras una especie de fascinación. Creo que te admirábamos. (...) Durante varios años no pudimos casi dormir temerosas de tu siniestra visita." (6).

En esta cita extraída de la novela de la chilena María Luisa Bombal, *La amortajada*, publicada en Buenos Aires en 1941, se pueden observar, modélicamente, la tensión entre los sexos que se tipifican en este período de transición que hemos dado en llamar adolescencia; pero, sobre todo, representa la conformación de una subjetividad femenina a partir de una dualidad "la debilidad" y "pasividad" de las niñas frente a la agresividad y actividad del compañero masculino.

(6) Bombal, Ma. Luisa: *La amortajada*, en *Obras completas*, edición de Lucía Guerra, Andrés Bello, Chile, 1996, pp. 100. Las citas seguirán esta edición.

Ninguno de los tópicos falta en este recuerdo de infancia y adolescencia de una mujer, protagonista de la novela, que desde el ataúd, ya cadáver, reconstruye su biografía y el aprendizaje de la femineidad de una señorita de la alta burguesía patrimonial latinoamericana: los juegos maternos con muñecas, los ataques de nervios, los llantos, el miedo y la admiración frente al mundo exterior —incluido el otro sexo— que se aprende a vivencias como hostil y fascinante.

La intensa urbanización y los procesos democratizadores que avanzan en América Latina desde fines del siglo pasado implicaron un reacomodamiento de las antiguas estructuras sociales lideradas por el patriciado criollo en el XIX y la emergencia de nuevos actores sociales —clases medias y proletariado urbano—, también una redistribución de los roles sociales. Junto al ingreso de la mujer al trabajo y a la educación media aparecieron nuevos lugares demostración y deseo de los cuerpos femeninos: sobre el cambio del viejo perfil de las ciudades coloniales, abiertas a fines del XIX por las grandes avenidas según el modelo del París de Haussmans, la avalancha comercial, la introducción de la cultura de masas, se recortan las imágenes de una "nueva mujer". Empleada del hogar, ama de casa, maestra, oficinista, dependiente, obrera, las mujeres ganan la calle y abandonan el recinto interior de las casas del XIX, dividido entre señoras y criadas, para ser objeto de una publicidad que, masivamente, propone ideales de cuerpos modernos: blancos, rubios, jóvenes, vestidos a la última moda de París.

Revistas de moda con páginas literarias de "sensibilidad", novelas rosas, folletines radiales, teatro sentimental, el avance del canon hollywoodense, y una publicidad que apunta a la histerización del cuerpo femenino, configuran un apasionante abanico discursivo que dialoga con los más atrevidos productos de la literatura de vanguardia. La expansión y fluidificación del mercado de bienes culturales producida en las capitales latinoamericanas —que incluye una oferta editorial diversificada y estratificada socialmente— encuentra en las mujeres a un consumidor ávido y con interesantes posibilidades adquisitivas. La mujer se convierte, lenta y trabajosamente, en un sujeto social que empieza a la par a integrarse en el mundo laboral y a estructurar sus propias plataformas reivindicativas. La literatura dirigida a ese nuevo público femenino, las líneas educativas, la publicidad, el melodrama radial y los esplendorosos ídola de Hollywood, promueven un cuerpo femenino dirigido a un nuevo consumo —emulsiones, cremas, tintes, ropas— que dispone un cuerpo concentrado en sí mismo pero diferido al cuerpo social.

Si repasamos las revistas y los anuncios de los grandes periódicos, publicados de norte a sur en América Latina, podemos observar el trabajo de una publicidad que se dirige a construir el cuerpo de la "nueva mujer" polarizando su imagen entre la mujer-niña o madre —cercana en su debilidad e

inestabilidad emotiva a la labilidad infantil— y la de la mujer fatal, seductora y enigmática, presentada como amenaza a la masculinidad. La patologización del cuerpo de la mujer se sustenta en la construcción de lo femenino como espacio de debilidad asociado a una naturaleza intrínsecamente frágil contrarresta las de la "nueva mujer", cada vez más integrada como sujeto social, en muchos casos desestabilizador y discordante. El cuerpo femenino, delimitado por la enfermedad y por las imágenes de la mujer frágil o fatal, tiene su contrapartida en la amenaza de la masculinización.

Pero lo que interesa es cómo ese discurso masivo genera un imaginario social que otorga a la mujer una relación reconcentrada en su propio cuerpo y en sus pasiones —sentimientos, angustias, ideales, deseos—. Imaginario, por cierto, diferenciado del que se dirige a los sujetos masculinos, hacia quienes se propone una integración y un modelo de ascenso social basado en la moral del trabajo exitoso y del ascenso a través de la educación superior, que coagula en los movimientos de Reforma universitaria en todo el continente, en la década del 20, y a través de los movimientos democratizadores protagonizados por las clases medias urbanas.

Esquemáticamente señalamos que tal polarización muestra un espacio, una escena cultural, en la que se debatirá la escritura de mujeres en la década del 20: la expresión poética intimista, que hace del conflicto cuerpo—pasión, cuerpo trastornado, desviación de lo "natural femenino" su eje reflexivo, se irá decantando hacia la ironía sobre el cuerpo y el distanciamiento, progresivamente crítico, de ese imaginario. Es decir: el proceso modernizador, desigual y periférico, va promoviendo y construyendo imaginarios "otros", y la coexistencia de diversas tendencias literarias —desde el modernismo a la vanguardia y a las diversas propuestas del realismo regionalista o social— en el seno de la Latinoamérica de los 20 y 30, no sólo se debe a la explosión de la cultura urbana y de masas, o al afianzamiento de la cultura letrada, sino a una demarcación de tendencias culturales afectadas en lo genérico: la modernización promueve a lo largo de la primera mitad de este siglo una estratificación, jerarquización, de los imaginarios de mujeres que, a su vez, buscan y diversifican las propuestas textuales que cuestionan el canon literario, no solamente, desde un punto de vista textual, sino desde diferentes lugares sociales.

Esto es, se producen también diferentes imágenes de la mujer "escritora": Entre las "señoritas díscolas" —estilo Teresa de la Parra, Victoria Ocampo— que cuestionan desde una ironía cargada de cosmopolitismo el lugar que su propia clase, la alta burguesía, les ha construido como mujeres—, y las "trabajadoras esforzadas" —estilo Alfonsina Storni o Gabriela Mistral— que se transforman en transgresoras o educadoras, santas o perdidas, portavoces de los ideales de las clases medias en ascenso, se despliega un matizado conjunto de imágenes de la mujer escritora.

Una de ellas es el de la escritora "hipersensible" e "inadaptada", desmesurada en sus actos y agresiva consigo misma, cuyas vidas son "enigmáticas" por algunos avatares biográficos. Como ejemplos elijo a dos: la chilena María Luisa Bombal (7) en la década del 30 y la brasileña Clarice Lispector (8), cuya producción abarca desde los 40 a los 70.

III. Desde el cuerpo muerto

En una de sus entrevistas, María Luisa recuerda su amistad con Borges: "Georgie no era aficionado a las tertulias en los cafés o en casa de Gironde. Pertenecía a un grupo mucho más cerrado, más Intelectual. Mi amistad con él era una amistad personal, particular", Los unen aficiones comunes: el cine, el tango y largos paseos por la ciudad y el Riachuelo.

A él le confía el tema de *La amortajada*, en la que está trabajando. Borges le comenta que "Ese argumento es de ejecución Imposible — le dice— Corres dos riesgos graves: o la muerta va a oscurecer los hechos humanos, o los hechos humanos van a opacar la parte sobre-

(7) La obra de María Luisa Bombal (Chile 1910-1980) ha sido reconocida, por la crítica y la historiografía latinoamericanista internacional, como una de las más significativas en el proceso de innovación narrativa en América Latina, producido a partir de las vanguardias históricas. Una creciente atención crítica, desde su publicación en las décadas del 30 y el 40 hasta nuestros días, ha acumulado una interesante bibliografía sobre su producción: Figuras como Pablo Neruda, Jorge Luis Borges, Norah Lange, Pedro Henríquez Ureña, Amado Alonso, Rosario Castellanos o Carlos Fuentes, marcan hitos en las consideraciones sobre la autora. Sin embargo son recientes los estudios que la insertan en su contexto de innovación. Me refiero fundamentalmente a los de Marjorie Agosín, Francine Massiello y Lucía Guerra Cunningham.

María Luisa Bombal pasó una parte importante de su juventud en París. Cuando Pablo Neruda regresa a Chile, en 1932, María Luisa Bombal formará parte de la tertulia de escritores que se reúnen en el café Mozart, donde se fragua una intensa amistad con el poeta, amistad que durará toda su vida. En Buenos Aires, Bombal entra en contacto con el grupo de Sur, revista colaborará en la crítica de cine latinoamericano, escribe guiones de cine y participa del mundillo literario rioplatense. Es también en Buenos Aires donde publica sus dos textos mayores: *La última niebla* (1935), publicada en la editorial Colombo, con prólogo de Norah Lange e ilustraciones del pintor Jorge Larco, y *La amortajada* (1938) publicada en la editorial Sur, novelas que son celebradas por la crítica argentina y chilena.

(8) Clarice Lispector nace en Ucrania en unas fechas imprecisas —algunos biógrafos la ubican en 1925, otros en 1920— y es trasladada inmediatamente a Brasil por sus padres, inmigrantes judíos rusos. Su intensa producción abarca ocho novelas —las más conocidas *Perto do coração selvagem* (1943), *O lustre* (1946), *A cidade sitiada* (1949), *A maça no escuro* (1961), *A paixão segundo G.H.* (1964)—, entre sus colecciones de cuentos citamos: *Laços de família* (1960), *A Legião Estrangeira* (1964), *A Mulher que matou os peixes* (1968). En 1976 es reconocida su originalidad en la literatura brasileña y se le concede el Premio Nacional de Literatura brasileño. Murió en 1977.

natural. No creo que puedas hacerlo". A pesar de las recomendaciones de su amigo, Bombal continúa, cuando la publica Borges la reseñará admirado: "Libro de triste magia, deliberadamente suranée, libro de oculta organización eficaz, libro que no olvidará nunca nuestra América" (9).

En efecto Borges no se equivocaba, el argumento de la novela —la historia de su vida reconstruida por una mujer muerta que, desde el cajón, observa a los asistentes a su velorio y va recuperando, en fragmentos discontinuos, su infancia y adolescencia, su primer y trágico amor de juventud, su vida matrimonial y familiar, su estrecha y sádica relación con un amigo y confidente, sus conflictos con el cura y el médico— se presenta como de una ejecución difícil. Bombal convierte a lo que podríamos denominar el periplo clásico de la novela de aprendizaje de la vida, en una novela del aprendizaje de la muerte.

Los sucesivos encuentros con los rostros de los visitantes que asisten a su velorio y se acercan a su cuerpo yacente permiten una reconstrucción autobiográfica no lineal, en la que se despliega un aprendizaje que va desde el salto hacia la sexualidad en el amor adolescente y su decepción hasta el fracaso matrimonial y familiar; aprendizaje, también, del tiempo, que se expresa en el progresivo desgaste de un cuerpo de mujer. Simultáneamente, la novela cuenta el desarrollo del velorio con sus rituales específicos, en el que se escenifica el aprendizaje de la muerte.

a) El trabajo sobre el doble:

La eficacia constructiva del relato, que preocupaba a Borges, se asienta en la ejecución de un punto de vista que oscila entre la voz de la propia amortajada y la de un narrador exterior pero focalizado e identificado con la muerta, que constituye la realización más ajustada y perspicaz de la novela. Garantía de unidad para un relato que cuenta una memoria imposible —la de una muerta— se alterna con una exterioridad omnisciente, pero concentrada en las sensaciones, los sentimientos, la voluptuosidad y la sensibilidad de la protagonista-narradora. Una muerta viva y un narrador identificado con una muerta, oscilación permanente del sujeto de la narración entre una primera y una tercera persona.

En esa oscilación se cuenta una doble historia: La historia secreta de Ana María, la amortajada, que ella misma y el narrador reconstruyen; y la historia de un ritual social, el velorio, en cuyo decurso —desde su cuerpo muerto en la cama matrimonial, los rituales del amortajamiento, el traslado al ataúd, las visitas, el camino al cementerio y el final enterramiento— marcan la linealidad del tiempo.

(9) Borges, J.L.: "La amortajada" revista Sur, vol. 8 n° 7, Buenos Aires, 1938, pp. 80 y 81.

Dos tiempos, entonces: el discontinuo de la memoria, que se cuenta en bloques biográficos y el continuo de la historia del cuerpo muerto. Ambos confluyen al final: la reconstrucción discontinua de la propia biografía —anagnósis vital— y la del velorio —aprendizaje de la muerte— culminan en la disolución en el todo inanimado.

La dualidad de las voces narrativas, de la historia que se cuenta, de los tiempos del relato marcados por la memoria y el velorio, se constituye en un desplazamiento tempoespacial —del pasado al presente y de la casa al cementerio— que, en el espacio de la escritura, se verifica en el desplazamiento de los estilos: desde las viñetas del comienzo, cercanas a la descripción sensualista del modernismo a la desestructuración final de la libre asociación surrealista:

En el comienzo aparecen retratados los personajes fundamentales de la historia de Ana María y ella misma, en una prosa de clara ascendencia modernista: "Y es así como se ve inmóvil, tendida boca arriba en el amplio lecho revestido ahora de sábanas bordadas, perfumadas de espliego —que se guardan siempre bajo llave—, y se ve envuelta en aquel batón de raso blanco que solía volverla tan grácil. Levemente cruzadas sobre el pecho y oprimiendo un crucifijo, vislumbra sus manos; sus manos que han adquirido la delicadeza frívola de dos palomas sosegadas". En el acercamiento a la definitiva integración del cuerpo muerto en la tierra la prosa de la novela se radicaliza en imágenes de corte surrealista: "Cayendo, a ratos, en blandos pozos de helada baba de diablo. Descendía lenta, lenta, esquivando flores de hueso y extraños seres, de cuerpo viscoso, que miraban por dos estrechas hendiduras tocadas de rocío. Topando esqueletos humanos, maravillosamente blancos e intactos, cuyas orillas se encogían, como en el vientre de la madre. (...) Vertientes subterráneas la arrastraron luego en su carrera bajo inmensas bóvedas de bosques petrificados. (...) Pero, nacidas de su cuerpo, sentía una infinidad de raíces hundirse y esparcirse en la tierra como una pujante telaraña por la que turbia temblando, hasta ella, la constante palpitación del universo. Y ya no deseaba sino quedarse crucificada a la tierra, sufriendo y gozando en su carne el ir y venir de lejanas, muy lejanas mareas; sintiendo crecer la hierba, emerger islas nuevas y abrirse, en otro continente la flor ignorada que no vive sino un día de eclipse. Y sintiendo aún bullir y estallar soles, y derrumbarse, quien sabe adónde, montañas gigantes de arena".

b) El doble en el cuerpo: Ver/ser vista:

En uno de sus artículos sobre arte moderno Baudelaire hace un Elogio del Maquillaje, en el que inscribe la artificialidad del maquillaje como un

impulso hacia el ideal del arte opuesto a la malignidad de la naturaleza, de la cual provienen los impulsos salvajes y bajos de la condición humana. Arte trivial, ejercido por la mujeres, que las coloca en vecindad con el poeta: "(...) para limitarnos a lo que nuestra época llama vulgarmente maquillaje, ¿quién no sabe que la utilización de los polvos de arroz, tan neciamente anatemizados por los filósofos cándidos, tiene como finalidad y resultado hacer desaparecer de la tez todas las manchas que la naturaleza ha sembrado de manera ultrajante, y crear una unidad abstracta en el tono y color de la piel, unidad que, como la producida por la envoltura, aproxima de inmediato al ser humano a la estatua, es decir a un ser divino y superior?" , en relación al negro marca los ojos y al rojo de mejillas y labios, dice, satisfacen una necesidad completamente opuesta: "El rojo y el negro representan la vida, una vida sobrenatural y excesiva; ese marco negro hace la mirada más profunda y más singular, da al ojo una apariencia más decidida de ventana abierta hacia el infinito; el rojo, que inflama el pómulo, aumenta más la claridad de la pupila y añade a un bello rostro femenino la pasión misteriosa de la sacerdotisa". Finalmente, afirma, "el maquillaje no tiene que ocultarse, que evitar dejarse adivinar; puede, por el contrario, mostrarse, si no con afectación, al menos con una especie de candor" (10).

Este arte del maquillaje acerca a la mujer, no sólo al poeta sino también a la divinidad y a lo sagrado, y se opone a la moral ilustrada dieciochesca exaltadora de las bondades del hombre "natural". Es interesante observar que este salto de fines del XIX está en consonancia con toda una nosología del cuerpo femenino como cuerpo para darse a ver, cuerpo expuesto a las miradas del hombre que lo transforma en acceso a la divinidad o en representación del Mal; y acompaña la conformación de un pensamiento científico y psiquiátrico sobre la mujer: los estudios sobre la histeria.

En su "elogio" de la histérica, Israel señala que el maquillaje apunta a una doble denuncia: señala la femineidad como máscara y, al tiempo, agujerea una negación, algo de lo que no se quiere saber nada: la pulsión de muerte. Y es en la máscara del maquillaje que encuentra su explicitud: "Sabemos que la histérica provoca, mediante la palabra, sus actitudes, su aspecto. (...) Desde siempre las ojeras han jugado un papel importante en el maquillaje. Debemos considerar que las ojeras no son esa zona que roza los ojos y que da testimonio de la consumición de la grasa en el juego del amor, sino que las entendemos en su sentido etimológico, como el círculo que limita, que recorta. (...) El maquillaje recorta, y para

(10) Baudelaire, Charles: "Elogio del maquillaje", Salones y otros escritos sobre arte, Madrid, La balsa de la Medusa, 1996, p. 385.

mostrar hacia dónde lleva el maquillaje yo diría que el maquillaje despedaza. (...) El maquillaje tiene la función de una verónica, para usar el lenguaje de las corridas de toros. La verónica sirve para hacer que el toro pase de largo; para llevar la atención hacia esos afeites que se exhiben y no hacia otra cosa. (...) Ese maquillaje, ese aparente llamado de atención sobre ciertas partes, centra el interés, trata de hacer olvidar que entre esas partes existen zonas intermedias que gracias al fantasma del maquillaje o a su fantasía, desaparecen" (11).

En el comienzo de la novela de Bombal encontramos a una muerta: una muerta que se da a ver y reflexiona sobre su imagen en el ataúd, atendiendo a otra de las peculiaridades del maquillaje, el peinado que recorta el rostro y lo enmarca: "Consiguieron, al fin, desenmarañarla, alisarla, dividirla, sobre la frente. Han descuidado, por cierto, recogerla. Pero ella no ignora que la masa sombría de una cabellera desplegada presta a toda mujer extendida y durmiendo un ceño de misterio, un perturbador encanto. Y de golpe se siente sin una sola arruga, pálida y bella, como nunca. La invade una inmensa alegría, que puedan admirarla así, los que ya no la recordaban sino devorada por fútiles inquietudes, marchita por algunas penas y el aire cortante de la hacienda".

La muerte ha devuelto a esta amortajada la belleza de su juventud; desde este cuerpo muerto pero recuperado en su máscara, en su señuelo, puede recuperarse la memoria. De hecho, lo que la memoria despliega, como una cabellera, es el tránsito de construcción del cuerpo de una mujer que se da a ver: desde el aprendizaje de la sexualidad con su primer amante a su negación frígida en el matrimonio. Hecho de pérdidas —la sangre menstrual, el primer hijo abortado, los hijos crecidos, un matrimonio convencional donde ella resiste a la pasión— este cuerpo histérico de una mujer viva, renace en el cuerpo amortajado. Pero renace para denunciarse a sí mismo: el pasaje que realiza este cuerpo es el de la negación para resistir —agresivamente— a la pérdida fundamental y terminar reintegrándose en la Cosa primigenia, la no vida, la muerte, la tierra, la naturaleza.

El dispositivo del relato nos pone en el camino de una subjetividad femenina construida como dispositivo de resistencia: un cuerpo vivo despedazado que se da a desear, para llevar al propio deseo —obliterado, negado— hasta su límite: el goce mortífero del cadáver. "La histérica nos obliga a una nueva lectura del cuerpo y, a menudo, a una lectura de los signos inscritos en el cuerpo. Lo que ella inscribe es la división, la escisión, el despedazamiento o la fragmentación del yo (...)", la que su cuerpo da a mirar denuncia, pone ante nuestros ojos, la ficción de que puede haber un objeto satisfactorio. "Lo que se despedaza ante nuestros ojos, lo que se

(11) Israel, Lucien: *El goce de la histérica*, Buenos Aires, Argonauta, 1979, pp. 56 a 58.

desmorona ante los ojos del hombre, frente al maquillaje de la mujer histérica es su propio fantasma: el de una totalidad que vendría a completarnos, a darnos el sentimiento de completud" (12).

Por ello, la culminación de la historia de nuestra amortajada es su negativa definitiva. Un "no" que está más allá de la muerte y de la disolución del cuerpo: "No tentó a la amortajada el menor deseo de incorporarse. Sola, podría, al fin, descansar, morir. Había sufrido la muerte de los vivos. Ahora, anhelaba la inmersión total, la segunda muerte: la muerte de los muertos".

IV. Escribir: El fluir del ser

En 1971, la narradora brasileña Clarice Lispector, seguramente la escritora de mayor potencia transgresora de este siglo en América Latina, publica un volumen de cuentos bajo el título de *Felicidade clandestina*, considerado la cima de la narrativa corta de una autora de densa trayectoria. Sobre su peculiar mundo y la ruptura modernizadora de su escritura ha dicho Cristina Peri Rossi, traductora de otro de sus libros de relatos *Onde estevestes de noite* (1974), presentado en español como *Silencio: "Digo lo que tengo que decir sin literatura"*. *Esta declaración de despojamiento tiene que ver con esa pretensión de veracidad de percepción y con el estilo de Clarice Lispector. Si la literatura es metáfora, y por lo tanto, polivalencia, multiplicidad de imágenes, el esfuerzo verista de la autora pasa por otra forma de lo literario, aparentemente renuncia a esa interpretación de lo poético. Clarice Lispector escribe como mira, sin adornos. En su búsqueda de lo esencial (es decir, del hueso último, de lo que está debajo de la superficie) prescinde justamente de lo metafórico, de la proliferación de imágenes, para que la literatura sea entonces una investigación de lo interior, y no espejos polivalentes. (...) el adjetivo es el que mejor define la obra de Clarice y su estilo: seco."* (13).

En efecto la busca de la esencialidad en lo cotidiano apunta a una escritura despojada y aguda que presenta situaciones, historias, anécdotas nimias en su vulgaridad, relatadas en toda su intensidad dramática. La variación, la indeterminación, la ambigüedad, marca la construcción y la eficacia del mundo de sus personajes: personajes comunes en situaciones comunes que despliegan toda una variación que la acerca a los fantasmagóricos y vulgares personajes de Kafka, pero, añadimos, despojados aún más de toda

(12) *Íbid.*, p. 60.

(13) Peri Rossi, Cristina: "Prólogo" a la edición castellana de *Onde estevestes de noite*: Lispector, Clarice: *Silencio*, Mondadori, Barcelona, 1995, p. 10.

trascendencia, en la medida que Lispector no cierra sus relatos, los suspende en una deriva abierta y amenazante.

No es casual que los mundos representados por Lispector tomen, a menudo, como protagonistas a niñas pre-adolescentes, en tránsito, o a mujeres enclaustradas cuyas identidades fluctúan y derivan hacia lo extraño, incluso lo monstruoso. Nos detendremos en dos relatos de Felicidad clandestina (14), que pueden ser leídos como dos tiempos de una misma historia: *Las desdichas de Sofía y Felicidad clandestina*.

Primera escena: Nos presenta a una niña *"de poco más de nueve años, edad dura como el tallo sin romper de una begoña"*, en el difícil equilibrio hacia la adolescencia, en su confusa, ambivalente, relación con un profesor. La voz narrativa, la niña ya adulta, se hace cargo de la distancia y asume los sentimientos y sensaciones de Sofía.

Una figura paterna, desaliñada y desprotegida, la del profesor —*"gordo, grande y silencioso, de hombros contraídos. (...) Usaba una chaqueta demasiado corta, gafas sin montura, con un hilo de oro montado sobre la nariz gruesa y romana"*, será el objeto que despierte en la niña dispares reacciones ante la sexualidad y el aprendizaje de la seducción. Un hombre descubierto en sus límites, en su desgracia, por una aguda mirada de niña y que provoca atracción y rechazo, fascinación y asco; un pobre hombre al que atacar y confundir: *"No lo amaba como la mujer que alguna vez sería, lo amaba como una criatura que torpemente intenta proteger a un adulto, con la cólera del que, sin haber sido cobarde aún, ve un hombre tan fuerte con los hombros tan encorvados"*.

En el relato se filtra, como gotas de lluvia en un techado agujereado, la desidealización de la figura masculina poderosa, que llega a cuestionar la noción misma de madurez. En el espacio de la confrontación se va perfilando la conciencia de su propio cuerpo y de su futuro ser mujer: *"La antipatía que aquel hombre sentía por mí era tan fuerte que yo misma me detestaba (...) Aprender, no aprendía en aquellas clases. El juego de hacerlo desgraciado me había poseído en exceso. Soportando con desenvuelta amargura mis piernas largas y los zapatos siempre torcidos, humillada por no ser una flor y, sobre todo, torturada por una infancia enorme que temía no acabase nunca, más infeliz lo hacía y agitaba con altivez mi única riqueza: mis cabellos lacios que, esperaba, un día la permanente embellecería y, a cuenta del futuro, ya me ejercitaba en sacudir"*.

El desenlace de la historia es la culminación de un aprendizaje: La niña escribe una redacción sobre un hombre cansado de buscar tesoros, exigida

(14) Lispector, Clarice: *Felicidad clandestina*, traducción de Marcelo Cohen, Grijalbo Mondadori, Barcelona, 1988. Las citas se harán por esta edición.

por el profesor a partir de un relato contado por él mismo en clase. La redacción es alabada y reconocida por el profesor en su originalidad y culmina con un encuentro, clímax emotivo del relato. La niña ha escrito una libre interpretación, propia, de la moraleja del cuento propuesto por el discurso paterno del profesor interpelado; y el reconocimiento de éste concluye el proceso de aprendizaje y diluye la ambivalencia amor-odio.

Doble descubrimiento, doble aprendizaje: Sofía descubre que contar historias "con sus propias palabras" significa *"contrariar arbitrariamente el sentido real de la historia"*; una promesa de futuro se abre: *"de alguna manera yo me prometía por escrito que el ocio, más que el trabajo, me proporcionaría las grandes recompensas gratuitas, las únicas a las que yo aspiraba"*.

Trazo indeleble, unión de la escritura y el amor, que hace surgir un saber, un hallazgo, que contempla —desde la voz adulta de la narradora— aterrorizada, asqueada, paralizada de fascinación, en un estado alucinatorio: la indeterminación sangrienta de la vida. *"Era demasiado temprano para ver tanto. Era demasiado temprano para que yo viese cómo nace la vida. El nacimiento de la vida era mucho más sangriento que la muerte. La muerte es ininterrumpida. Pero ver cómo la materia inerte trata de incorporarse lentamente como un gran muerto vivo... Ver la esperanza me aterrorizaba, ver la vida me revolvía el estómago. Estaban exigiendo demasiado de mi valor porque yo era valerosa, exigían demasiado de mi fuerza sólo porque era fuerte. "Pero ¿y yo?, grité diez años después por motivos de amor perdido. "¿Quién vendrá alguna vez hasta mi flaqueza"*.

La sabiduría-ignorancia de mujer que esta niña adquiere es la de aquella destinada a ser el lado del amor de la creación: *"El acababa de transformarme en algo más que en el rey de la Creación: había hecho de mí la mujer del rey de la Creación. Precisamente a mí, tan llena de garras y sueños, me había tocado arrancarle del corazón la flecha espinosa"*.

Segunda escena: A partir de aquí, solamente será posible una *"Felicidad clandestina"*, relato también contado por una voz femenina adulta sobre su experiencia de niña. Esta vez una niña que envidia en una compañera de colegio no sus pechos enormes frente a los chatos propios, ni el tener caramelos en los dos bolsillos, sino la posesión de *"lo que a cualquier niña devoradora de historias le habría gustado tener: un padre dueño de una librería"*. La feliz poseedora de las posibilidades de ese mundo de libros, cargado de sorpresas y maravillas, ostenta ante los ojos de la deseante narradora un libro, gordo, enorme, *"válgame Dios, era un libro como para quedarse a vivir con él, para comer, para dormir. Y totalmente por encima de mis posibilidades"*, el cual le será prestado. Cruel la compañera dilata el cumplimiento de la promesa. El aumento consecuente del deseo por el libro,

las sucesivas humillaciones a las que es sometida la narradora, permanentemente engañada por su sádica amiga, tienen un desenlace fundamental y trivial: la madre de la malvada descubre la perversidad de su hija y le hace entrega del ansiado bien *"Y tú te quedas con el libro todo el tiempo que quieras"*— le dice. *"Eso era más valioso que si me hubiese regalado el libro: el tiempo que quieras es todo lo que una persona, grande o pequeña, puede tener la osadía de querer"*.

Con el objeto deseado entre sus manos, la feliz poseedora del libro alarga su placer, se demora en abrirlo, lo abre y lo cierra, hace que lo olvida o lo pierde, crea *"obstáculos falsos para esa cosa clandestina que era la felicidad. Para mí la felicidad siempre habría de ser clandestina"*. La lectura-la escritura aparecen, entonces, como espacios de una libertad secreta, oculta a la mirada de los otros; espacios donde la escisión de ver/ ser vista se diluye, donde la relación con el otro cambia de lugar: convierte al lector, al escritor, en amante. La posesión ilimitada del libro, es la de una felicidad abierta, dilatada, donde pueden suspenderse la máscara, los avatares dolorosos del cuerpo, el amor o el desamor. Una nueva forma de relación amorosa en la que la niña se convierte en mujer:

"A veces me sentaba en la hamaca para balancearme con el libro abierto en el regazo, sin tocarlo, en un éxtasis purísimo.

Ya no era una niña con un libro: era una mujer con su amante".

V.

Volviendo a nuestras preguntas iniciales, podemos señalar que lo que estas escrituras femeninas proponen no es tanto la fascinación por lo informe e inacabado, ni el enaltecimiento de la ambigüedad enigmática de la adolescente, sino un tránsito que conduce a aprendizajes disímiles del cuerpo, de la vida, de la muerte. Estos textos de Bombal y Lispector escenifican esta peculiar relación de la escritura-mujer con el devenir subjetivo, en la cual la escritura construye lugares donde la memoria recupera la fluidez, trágica y azarosa, de los cambios.

La escritura aparece como un espacio donde deslizar la posibilidad de mutaciones y variaciones que conducen a un devenir-mujer, como proceso sin fin. Contradiciendo las imágenes coaguladas por la tradición y los tópicos, ser mujer es, aunque de diferente manera en cada autora, no cesar de cambiar.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT