



Revista de
*Medicina e
Investigación*



ORIGINAL

Hijas (< 20 años, con actividad sexual) y madres. Diferencias en edades de la menarquia y del primer coito. Estudio prospectivo de 1 año

J. López-Olmos^{a*}

^a Unidad de Ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia (España).

*Autor para correspondencia: Avda. Navarro Reverter, 4, 13^a 46004-Valencia 607213220. Correo electrónico: jllopezo@sego.es

Recibido: 11 de junio de 2016

Aceptado: 21 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Adolescentes,
actividad sexual,
edad menarquia,
edad al primer coito.

Resumen

Objetivo: Comparar las edades a la menarquia y del primer coito en mujeres < 20 años con actividad sexual, presentadas a la consulta como hijas solas o hijas con sus madres. Diseño: Estudio prospectivo de 1 año. Se establecieron dos grupos de pacientes: hijas solas, 40 casos, e hijas con madres (H+M), grupo pareado, 46 casos. A través de la entrevista personal se adquirieron los siguientes datos: edad, edad a la menarquia, fórmula menstrual, antecedentes médicos y quirúrgicos, IMC (índice de masa corporal), edad al primer coito, contracepción, vacunación de virus del papiloma (VPH: sí, no), motivo de consulta, actividad (estudia o trabaja). Y en la madre, además, paridad y edad a la menopausia (si procede). Resultados: Globalmente, las hijas son de 15-19 años, media 17 años. Edad a la menarquia, 9-16 años, media 12 años. Edad al primer coito, 11-19 años, media 15 años. IMC, entre 15 y 32, media 21. Presentaban oligomenorreas en 50%. En 20 % no usaban contracepción.

Las madres, de 32-63 años, media 47 años. Paridad media 2,36 (0-5). Edad a la menarquia, media 12 años. Edad al primer coito, media 18 años.

No hubo diferencias en la edad a la menarquia, pero sí hubo en la edad al primer coito: entre las hijas globalmente, 15,45 años, versus 18,30 años en las madres ($p < 0,001$), y entre las hijas con madres, H+M, y sus madres, 16,17 años versus 18,30 años ($p < 0,001$).

El coito fue anterior en las H+M (32 casos, 69,56%) que en sus madres. La diferencia entre edad de la menarquia y edad al primer coito en las H+M fue $3,58 \pm 2,16$ años, y en las madres $5,91 \pm 3,92$ años.

Conclusiones:

1. Hay diferencias en la edad al primer coito, entre hijas y sus madres, $p < 0,001$: más de 2 años antes, 16,17 versus 18,30 años.
2. La diferencia entre la edad de la menarquia y la edad al primer coito fue 3,18 años en las hijas globalmente, y 5,91 años en las madres ($p < 0,001$).
3. Las hijas que tuvieron el primer coito a edad normal (16-18 años) comenzaron estudios universitarios, $p < 0,05$, más que las que inician el coito a edad más precoz.

KEYWORDS

Adolescent, sexual activity, age of menarche, age of first intercourse.

Daughters (< 20 years, with sexual activity) and mothers. Differences in age of menarche and age of first intercourse. Prospective study of one year

Abstract

Objective: To compare ages of the menarche and the first intercourse in women of < 20 years sexually active, presented in the consult like daughters alone or daughters with mothers. **Design:** Prospective study of one year. We established two groups of patients: daughters alone, 40 cases, and daughters with mothers (D+M), paired group, 46 cases. By means of personal interview we obtain the facts. **Results:** The daughters in all are of 15-19 years (mean, 17 years). The age of menarche was 9-16 years (mean, 12 years). The age of first intercourse was 12-19 years (mean, 15 years). The mean BMI (body mass index) was 21 (range 15-32). The girls presented oligomenorrheas in 50 %. In 20% don't use contraception.

The mothers are of 32-63 years (mean, 47 years). The mean parity was 2,36 (range 0-5). The mean age of menarche was 12 years. The mean age of first intercourse was 18 years.

There were no differences in age of menarche between mothers and daughters (paired group). There were significant differences in age of first intercourse between in all daughters versus mothers, 15,65 years versus 18,30 years ($p < 0,001$), and between D+M versus mothers, 16,17 years versus 18,30 years ($p < 0,001$).

The coitus was before in D+M, in 32 cases (69, 56 %) to the mothers.

The difference between age of menarche and age of first intercourse in D+M was 3,18±2,16 years, but in the mothers was 5,91±3,92 years.

Conclusions:

1. There were differences in age of first intercourse between D+M and mothers, 16,17 years versus 18,30 years ($p < 0,001$).
2. The difference between age of menarche and age of first intercourse was 3,18 years in D+M, and 5,91 years in mothers ($p < 0,001$).
3. The daughters with age of first intercourse normal (16-18 years) begin the university studies ($p < 0,05$) more than those begin the coitus at more precocious age.

Introducción

La virginidad en la mujer dejó de ser un valor de peso "social"¹ (por la religión, y antes del matrimonio), la joven tiene pesar si no ha tenido relaciones sexuales (RS) a los 18-20 años, como la mayoría de sus amigas. A más información, mejor: más atraso en el debut, más reflexión y cuidado (uso de contracepción), ya que debe ser una decisión libre y pensada.

Iniciar a temprana edad las RS influye la presión de los pares, la comunicación de TV e Internet, la deserción escolar y la disfunción familiar. El entorno familiar, nivel socioeconómico de la familia y problemas de convivencia familiar. En un estudio², el aumento de riesgo fue: si el padre no trabaja (OR= 3,569), con estructura diferente de padres y hermanos (OR= 3,022), si la mamá fue madre adolescente (OR= 2,815), y si había problemas de convivencia (OR= 1,946).

La comunicación sexual Madre-Hija (M-H) es importante en la pubertad. Los temas obligados serían: en Biología, los cambios del cuerpo, la menstruación, la erección y eyaculación; en Prevención: la decisión de ser sexualmente activa, las formas de evitar la presión sexual, el uso del condón, la anticoncepción de emergencia. Y los riesgos asociados: embarazo no planificado, necesidad de aborto, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH-SIDA (virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida).

Algunos padres no platican de los tópicos sexuales con sus hijas antes del debut sexual³, más del 40% tienen coito sin haber discutido estos temas. Los clínicos deben facilitar la comunicación proporcionando información a los padres y estimulando para que hablen precozmente⁴. La importancia de la comunicación M-H se refleja en que las hijas que no platican con sus madres son más jóvenes al primer coito, usan menos la píldora o el condón y tienen más abortos electivos⁵.

La comunicación antes del inicio sexual se asocia a prevención de riesgos y prácticas seguras⁶. Se debe promover la comunicación padres-adolescentes precoz porque tiene un impacto positivo. La comunicación M-H protege de conductas de riesgo sexual⁷, influyen los valores culturales y la raza/etnia. Las de raza negra tienen más disconfort para la comunicación. Las latinas y asiáticas tienen menos discusión sobre sexualidad, pero quieren conocer más el estado sexual de la hija.

En general influyen⁸:

- Las actitudes de los padres sobre el sexo: restrictiva/autónoma.
- La conducta marital, y de crianza de los padres: separación, divorcio, nuevo matrimonio.
- El ambiente religioso del hogar: sexo prematrimonial, actividad sexual.
- La educación y el trabajo de los padres: ausencia de los padres, madre que trabaja.

A más educación e ideas liberales, mayor aceptación de la sexualidad premarital. Los padres tienen mayores aspiraciones para los hijos y desean menor experiencia sexual. Importan mucho los valores de la madre y el ejemplo. Con familia estable, menos sexo premarital y primer coito a mayor edad, pero esto cambia cuando falta el padre, o la madre es más permisiva, por divorcio o nuevo matrimonio, o trabaja con más oportunidades de nuevas RS.

En este trabajo se estudian hijas < 20 años con actividad sexual que han asistido a la consulta sola o con sus madres, para comparar las edades en que tuvieron la menarquia y su primer coito de forma prospectiva, a lo largo de 1 año.

Material y métodos

Desde el 1-8-14 hasta el 31-12-15, en la consulta de Ginecología del autor en el Centro de Especialidades de Monteolivete

(Valencia), se han recogido todos los casos de mujeres < 20 años con relaciones sexuales (RS) de coito vaginal. Se clasificaron en dos grupos: 1) las que han venido acompañadas de su madre, grupo Hija-Madre (H+M), consta de 46 casos, y 2) las que han venido solas, grupo Hijas solas, consta de 40 casos.

A través de la entrevista personal se recopilan todos los datos de la historia clínica, en primer lugar a la interesada consultante, la hija, mientras ésta se preparaba para la exploración, y tras solicitar el consentimiento informado, se entrevistó a la madre en el caso de H+M, con la finalidad de conseguir datos ciertos sin interferencias emocionales.

Los datos requeridos a las hijas, de ambos grupos, fueron: edad, edad a la menarquia, fórmula menstrual, antecedentes médicos y quirúrgicos, índice de masa corporal (IMC), edad al primer coito, uso de contracepción, vacunación VPH, contra el virus del papiloma (sí, no), motivo de consulta y actividad : estudia o labora.

Los datos requeridos a las madres del grupo 1 fueron los mismos, excepto la vacunación VPH, e incluyendo también la paridad (hijos y abortos), y la edad a la menopausia (si procedía).

Las hijas eran todas nuligestas y sin antecedentes obstétricos, excepto dos que tenían un aborto previo: la nº 34 del grupo 2 (Hijas solas), G1 P0 A1, de 17 años; y la nº 39, del grupo 2, de 16 años, G1P0A1, pero que se diagnosticó con la ecografía vaginal de gestante de 9 semanas, de forma inesperada.

En el estudio estadístico, los datos cuantitativos se presentan como rango, media y desvío estándar. Se comparan con la t de Student. Los datos apareados del grupo 1, H+M, hijas, y madres, se comparan con la t de Student para datos apareados. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y se comparan con la X². Siempre se considera la significación estadística con una p < 0,05.

Resultados

La serie consta de 46 casos del grupo 1, H+M, hijas y madres, y 40 casos del grupo 2, H solas.

Tabla 1. Hijas + Madre versus Hijas solas

	HIJAS+MADRE (n=46)			HIJAS SOLAS (n=40)			SE	
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	t	p
<i>Edad</i>	15-19	17,58	1,1	15-19	17,95	1,06	1,85	NS
<i>Edad a la menarquia</i>	9-16	12,43	1,65	10-16	12,32	1,42	0,35	NS
<i>Edad al primer coito</i>	13-19	16,17	1,33	11-19	15,65	1,64	1,73	NS
<i>IMC</i>	15,8-32,17	21,21	3,44	16,22-30,47	20,88	3,09	0,47	NS
<i>Fórmula menstrual:</i>	N	%		N	%			p
<i>Normal</i>	21	45,65		18	45			NS
<i>Oligomenorreas</i>	23	50		20	50			NS
<i>Polimenorreas</i>	1	2,17						NS
<i>Amenorrea</i>	1	2,17		2	5			NS
<i>Contracepción:</i>								
<i>No</i>	10	21,73		7	17,5			NS
<i>condón</i>	27	58,69		22	55			NS
<i>Píldora</i>	9	19,56		9	22,5			NS
<i>Anillo vaginal</i>				2	5			NS
<i>Vacuna VPH</i>								
<i>No</i>	5	10,86		6	15			NS
<i>Si</i>	41	89,13		34	85			NS
<i>Motivo consulta :</i>								
<i>Revisión</i>	10	21,73		15	37,5			NS
<i>Oligomenorreas</i>	10	21,73		7	17,5			NS
<i>Dismenorrea</i>	7	15,21		3	7,5			NS
<i>Amenorrea</i>	4	8,69		1	2,5			NS
<i>Polimenorreas</i>	2	4,34		4	10			NS

SE: significación estadística

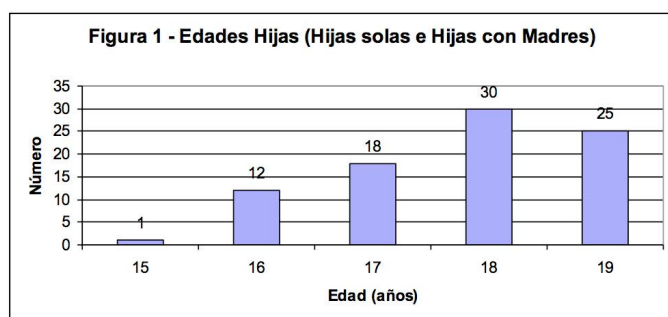
NS: No significativo

IMC: índice de masa corporal

Fuente: concentrado de datos del autor.

En la tabla 1 se compararon los dos grupos, en cuanto a hijas. No hay diferencias en ningún parámetro, lo que indica que son dos muestras pertenecientes a la misma población: hijas. Globalmente, la media de edad fue 17 años (15-19). La media de edad a la menarquia, 12 años (9-16). La media de edad al primer coito, 15 años (11-19). El IMC medio 21 (15-32). La fórmula menstrual era normal en 45%, pero presentaban oligomenorreas en 50%. En 19,76% no usaban contracepción. En 57% utilizaba el preservativo y en 20% la píldora contraceptiva. Todas estaban vacunadas contra el VPH, excepto 5 casos en el grupo 1 (10,86%) y 6 casos en el grupo 2 (15%), sin diferencias significativas. El motivo de consulta fue: revisión en 29%, oligomenorreas en 20%, dismenorrea en 11,62%, amenorrea en 5,81% y polimenorreas en 7%.

En la figura 1 el histograma de edad presenta la serie completa de las hijas.



Fuente: concentrado de datos del autor.

Tabla 2. Hijas-Madres. Datos de las madres.

	RANGO	MEDIA	DESVIO
Edad	32-63	47,65	5,93
Edad a la menarquia	9-16	12,39	1,62
Edad al primer coito	13-31	18,3	3,45
IMC	20,14-44,17	25,5	4,25
Gestaciones	0-8	3,04	1,5
Partos	0-5	2,36	1,01
Abortos	0-6	0,69	1,28
Edad a la menopausia	44-55	49,2	4,08

IMC: índice de masa corporal

Fuente: concentrado de datos del autor.

En la tabla 2 se presentan los datos de las madres del grupo 1. La edad media fue 47 años (rango 32-63). La media de edad a la menarquia fue 12 años, y la media de edad al primer coito fue 18 años. El IMC medio 25,50. La paridad media, 2,36 (rango 0-5). La media de abortos, 0,69 (rango 0-6). La media de edad a la menopausia (sobre 12 casos de 46) fue 50 años (rango 44-55).

Tabla 3. Diferencias Hijas-Madres

	HIJAS			MADRES			SE	
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	t	p
Edad	15-19	17,58	1,1	32-63	47,65	5,93		
Edad menarquia	9-16	12,43	1,65	9-16	12,39	1,62	0,12	NS
Edad primer coito	13-19	16,17	1,33	13-31	18,3	3,45	4,09	0,001
IMC	15,8-31,17	21,21	3,44	20,14-44,17	25,5	4,25	5,36	0,001

IMC: índice de masa corporal

SE: significación estadística

NS: no significativo

DIFERENCIAS HIJAS GLOBAL (+ Madre y solas) versus MADRES:

	HIJAS GLOBAL			MADRES			SE	
	RANGO	MEDIA	DESIVIO	RANGO	MEDIA	DESIVIO	t	p
Edad menarquia	9-16	12,37	1,53	9-16	12,39	1,62	0,07	NS
Edad primer coito	11-19	15,91	1,48	13-31	18,3	3,45	4,68	< 0,001

EDAD PRIMER COITO

HIJAS + MADRE (N= 46)

	n	%
Antes	32	69,56
Igual	7	15,21
Después	7	15,21

MEDIA , 2,13
DESIVIO, 3,42

IC 95 % : 2,13
(1,86 - 2,4)

t (datos
emparejados) =
15,21
p< 0,001

Tabla 4. Hijas-Madres diferencias (II)

OBESIDAD (IMC > 30)

HIJAS		MADRES		X ²	p
Caso n°	IMC	Caso n°	IMC		
27	30,88	2	36,25	0,7	NS
37	32,17	27	44,17		
		39	30,53		
Total : 2 4,34%		Total : 4 8,69%			

Fuente: concentrado de datos del autor.

En la tabla 3 se presentan las diferencias entre hijas y madres del grupo 1. Las edades a la menarquia fueron 12,43 y 12,39 años, sin diferencias. Las edades al primer coito fueron 16,17 y 18,30 años, con diferencia significativa, p< 0,001. Las hijas, en la actualidad, debutan en el sexo a una edad anterior.

Al calcular con los datos apareados de hijas y madres, en la edad al primer coito, la media de las diferencias, vemos que el coito fue antes en las hijas en 32 casos (69,56 %), al mismo tiempo en 7 casos (15,21%) y después de la madre en 7 casos (15,21%). La t de los datos apareados es 15,21, p< 0,001. Confirma que las hijas tienen en la actualidad el comienzo de su actividad sexual antes que lo tuvieron sus madres. En una media de 2,13±3,42 años. El IC 95 % es 2,13(1,86-2,4).

Si comparamos ahora la edad al primer coito (en la edad a la menarquia, tampoco hubo diferencias), entre las hijas globalmente (86 casos) frente a las madres (46 casos), sigue habiendo diferencias significativas, t = 4,68, p< 0,001.

Fuente: concentrado de datos del autor.

En la figura 2, histograma de edades al primer coito, diferencias H+M y de la serie completa.

BAJO PESO (IMC < 18,50)

HIJAS		MADRES		X ²	p
Caso n°	IMC	Caso n°	IMC		
3	17,59			5,28	< 0,05
7	15,8				
14	16,99				
25	17,57				
30	16,55				
Total : 5 10,86%		Total : 0 0%			

IMC: índice de masa corporal
NS: no significativo

Fuente: concentrado de datos del autor.

En la tabla 4 se observan las diferencias en el IMC, 21,21 versus 25,50, p< 0,001. En el IMC > 30, obesidad, se encuentran 2 casos de Hijas (4,34 %): n° 27, 30,88, y n° 37, 32,17, y 4 casos de madres (8,69 %): n° 2, 36,25; n° 27, 44,17; n° 37, 32,44 y n° 39, 30,53. Sin diferencias. Curiosamente, hay dos pares de hijas-madres, ambas obesas. En cambio, en el IMC < 18,50, delgadez o bajo peso, encontramos 5 casos en las Hijas (10,86%) frente a ninguno en las Madres, p< 0,05. Fueron los n°: 3 (17,59); n° 7 (15,80); n° 14 (16,99); n° 25 (17,57) y n° 30 (16,55).

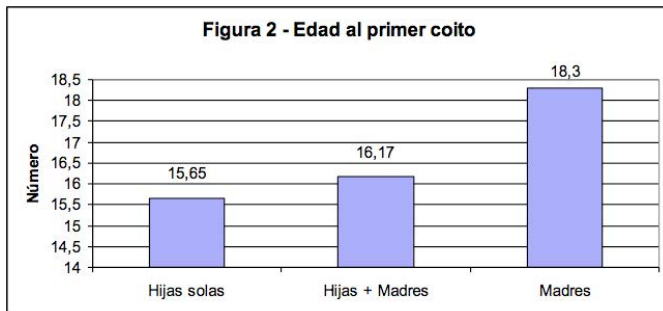


Tabla 5. Edades al primer coito y estudios universitarios.

Edad primer coito	HIJAS GLOBALMENTE		ESTUDIOS UNIVERSITARIOS		SE	p < 0,05
	N	%	N	%		
Precoz, < 16 años	31	36,04	7	22,58	X ² =4,59	
Normal, 16-18 años	52	60,46	22	70,96		
Tardía, > 18 años	3	3,48	2	6,45		

SE: significación estadística

Fuente: concentrado de datos del autor.

Consideramos la edad de inicio del primer coito como: precoz, < 16 años; a tiempo o normal, de 16 a 18 años, y tardía, > 18 años. En la tabla 5 se observa esta distribución. Si se comprueba cuántas de cada grupo han alcanzado estudios universitarios (descontando las que aún no tienen la edad), vemos que hay diferencias significativas $p < 0,05$ ($X^2 = 4,59$), entre las < 16 años y las de 16-18 años al primer coito. Las que se han iniciado al coito a la edad normal, 16-18 años, realizan estudios universitarios, que las que inician el coito a edad más precoz.

Las diferencias entre la edad a la menarquia y la edad al primer coito entre H y M fue en las H, $3,58 \pm 2,16$ años (entre 0 y 7), con un IC 95 %: 3,58 (2,98-4,18). Y en las M, $5,91 \pm 3,92$ (entre 0 y 20), con un IC 95 %: 5,91 (4,8-7,02). Hay diferencia significativa $p < 0,001$ ($t = 3,58$). Es decir, las hijas tardan una media de 3,58 años desde la menarquia al primer coito, mientras que en las madres esa diferencia fue de 5,91 años. El caso más extremo, de 20 años de diferencia, en el grupo Madres, fue el nº 37, una mujer de 55 años, que tuvo la menarquia a los 11 años y el primer coito a los 31 años, cuando se casó.

Discusión

En nuestro trabajo estudiamos dos grupos de mujeres < 20 años con actividad sexual. Uno, hijas solas, 40 casos. Y dos, H+M, 46 casos, grupo pareado. Globalmente, las hijas, H, son de 15-19 años, con media de 17 años. La media de edad a la menarquia fue 12 años (9-16). La media de edad al primer coito fue 15 años (11-19).

Las madres del grupo H+M, eran de 32-63 años, media 47 años. Paridad media, 2,36 (0-5). La media de edad a la menarquia fue 12 años, sin diferencias con sus hijas. La diferencia es en la edad al primer coito, H+M, 16,17 años, Madres, 18,30 años, ($p < 0,001$). Hay diferencias también en el global de hijas, 15,65 versus 18,30 ($p < 0,001$). Las hijas actualmente inician su debut sexual antes que sus madres, 2,13 años antes.

Con el desarrollo puberal, aparecen sentimientos y el deseo físico, así como el deseo de relaciones sexuales románticas, y maduración física e individual en la adolescencia. La edad de la menarquia depende de factores genéticos. La pubertad es el primer escalón en el proceso reproductivo, con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, y el crecimiento del cuerpo y las mamas. El aumento de testosterona da el deseo sexual y el deseo de coito.

En un estudio⁹, a partir de 923 parejas de hermanas, incluyendo 145 gemelas monocigóticas y 115 gemelas dicigóticas, la edad a la menarquia fue 7-19 años (media, 12,23) y la edad al primer coito fue a 11-25 años (media, 16,49), cifras muy parecidas a las nuestras.

En otro estudio¹⁰, vieron los patrones de iniciación sexual, siendo la media al primer coito de 16 años, sobre 5989 varones y 6205 mujeres. Vieron que el coito vaginal en 1/3 (39 %) era lo primero, y luego las segundas conductas sexuales, aproximadamente en 1 año o al mismo tiempo, fueron el sexo oral-genital y el sexo vaginal en 41%, y posteriormente en

43%, sexo oral, vaginal y anal. Menos frecuente era iniciar un sólo tipo de actividad sexual o el sexo anal. Los de raza negra practican antes el sexo vaginal respecto a los blancos. Con baja socioeconomía, hay sexo precoz y patrones atípicos.

El sexo precoz se asocia a factores de riesgo¹¹, tanto en el hombre como en la mujer: mayor nº de parejas sexuales y ETS, coito bajo influencia del alcohol, y problemas de excitación y orgasmo. El inicio precoz del sexo se asocia negativamente a la educación postsecundaria, sobre todo en la mujer¹². Porque hay poco uso de condón, y aumenta el embarazo y las ETS.

El coito se considera: precoz, antes de los 16 años; típico, entre 16 y 18 años, y posterior, con > 18 años. Este tiempo del primer coito, predice la calidad y estabilidad de las relaciones románticas del joven adulto¹³. A más tarde, es un factor protector, con menor disatisfacción posterior. Hay menos matrimonios, menor cohabitación no marital y menor nº de parejas de adulto.

El primer coito es un evento de significación inmensa, personal y social, con implicaciones en la salud y posibles consecuencias negativas. En las últimas décadas, la edad ha ido disminuyendo. Podemos verlo por países o regiones, por ejemplo, en Reino Unido, la media es 16 años¹⁴, que es la edad del consentimiento sexual.

La coitarquia antes, se da:

- Con madre < 40 años
- Con dificultades familiares
- Si vive con un solo padre o ninguno
- Con poco control de los padres y tiene dinero de bolsillo
- Con menor estado socioeconómico y nivel educativo
- Varón de raza negra, y hembra de raza blanca
- No religiosos

En África, en Kenia¹⁵, se da la iniciación sexual precoz en los que no perciben el riesgo de contagio del VIH. El varón se ve presionado a la actividad sexual precoz para probar su madurez. La mujer tiene presiones sociales y de ambiente para no abstenerse. El programa de prevención del VIH tiene papel para retraso en la iniciación sexual. Solo "Di no" es insuficiente. Necesitan aprender a frenar las presiones.

Otro estudio en Nigeria, Kenia y Senegal¹⁶, en áreas urbanas. El inicio sexual con pareja no marital, a más educación hay menos iniciación sexual. El debut sexual es un punto de inflexión en la vida de la persona, hay exposición a riesgo de embarazo y de ETS-VIH. Se necesitan programas de prevención. En Nigeria y Senegal, las mujeres más pobres, tienen sexo precoz. En Kenia, las mujeres más ricas tienen sexo premarital, pero usan el condón. Las musulmanas tienen menos sexo premarital.

En Camerun¹⁷, con 1815 hombres y mujeres no casados, de 12-24 años, la media de coito fue a los 16,6 años. Hay asociación a la iniciación sexual precoz en la mujer, pero no en el hombre. La madre es la primera cuidadora y tiene la mayor influencia en la infancia, el padre se ocupa menos. La ausencia del padre influye con peor conducta en los adolescentes. Vivir con los dos padres da amor, protección, seguridad, confort, adaptación psicológica y emocional, y condiciones sociales aceptables. Cuando hay inestabilidad familiar y cambios (transiciones): divorcio, nuevo matrimonio, muerte de los

padres, SIDA, etc., se observa que la media de edad al primer coito si fue 18,7 años sin problemas familiares, cuando hubo una "transición familiar", la media fue 18,2 años. Cuando hubo 2 "transiciones familiares", la media fue 17,7 años. En la mujer aumenta el riesgo 32% en la infancia y 27% en la adolescencia. Hay que cambiar las circunstancias antes que las familias, acabar con la pobreza, y tener instituciones que protejan social, sanitaria y educativamente.

En la India¹⁸, en un estudio en 6 estados de la India, en 2006-2008, con entrevistas a 31 274 mujeres y 14 281 hombres, de 15-24 años; la edad de iniciación sexual premarital se dio en 1 120 mujeres y 1 110 hombres. En la mayoría con su pareja romántica. En la mayoría, sexo no protegido, y sexo forzado en muchas mujeres. Las mujeres se casan antes que los hombres, y tienen menos sexo premarital. La mujer está más sometida a las normas sociales. El uso del condón se da en 5% de mujeres y 18% de hombres.

En China¹⁹, la edad del debut sexual ha disminuido. En un estudio en 2009, con 22 288 jóvenes de 15-24 años, no casados. El sexo antes de los 18 años es raro (lo normal es 21-24 años), y más en áreas rurales que urbanas, y más en el oeste de China que en otras regiones. No hay que olvidar que en 1950-70, el gobierno regulaba las RS y la reproducción. Antes de 1980, el matrimonio era ilegal, antes de 23 años en la mujer y 25 años en el hombre en el medio rural, y antes de 25 años en la mujer y 28 años en el hombre en el medio urbano. A partir de aquí, pasó a ser legal con 20 años en la mujer y 22 años en el hombre. Ahora es más permisivo. Han influido las actitudes tradicionales sobre el matrimonio, y que el divorcio es raro en China.

Otro aspecto a considerar en el primer coito, es la evaluación del propio cuerpo. Un estudio noruego, con 1 449 mujeres y hombres entre 12-15 años, con seguimiento de 13 años²⁰. En la adolescencia, el cuerpo cambia rápidamente. La media al primer coito fue 17,9 años en el hombre y 17,3 años en la mujer. La insatisfacción con el cuerpo (la imagen corporal es parte de la identidad en la adolescencia) puede dar depresión, problemas alimentarios, alcohol, delincuencia y primer coito precoz.

En la mujer, no influencia la probabilidad de coito durante los primeros 2 años, pero en los 5 años siguientes sí, la insatisfacción con el cuerpo aumenta la probabilidad de coito o llamada romántica constante. En el hombre, en cambio, no tiene influencia.

La obesidad aumentó de 5 a 18% entre los años 1970-2000. Influye en el ajuste psicosocial, resultados académicos, alcance socioeconómico y salud física. El sobrepeso de la adolescente da alienación social y discriminación, tiene pocos amigos, no experiencia en relaciones románticas, asociación negativa al primer coito con retraso, y depende del género, raza y etnia. La actividad sexual se postpone: con mayores aspiraciones académicas, religiosidad, con clima familiar positivo y con desaprobación materna del sexo.

En un estudio²¹, se vio que para el hombre la mujer obesa es la última elección, ya que busca el atractivo físico. Los de raza negra tienen mayor tolerancia. La obesidad tiene mayor prejuicio en los blancos que en los negros. Hay baja autoestima y se sienten menos atractivos.

En nuestra serie, al estudiar el IMC, en H+M, hubo diferencias $p < 0,001$, mayor en las madres que en las hijas, 25,50 versus 21,21. La obesidad se dio en 4 casos de M (8,69%) frente a 2 casos de H (4,34%). Curiosamente en 2 casos (n° 27 y 37) eran obesas madres e hijas. En cambio, hubo 5 casos (10,86%) en H versus ninguno en M, de delgadez o bajo peso ($p < 0,05$).

En Suecia, país de fama liberal, se estudió el coito precoz y su relación con características de la salud reproductiva en la mujer en la edad media de la vida. La edad al primer coito fue 16,4 años en la mujer y 16,9 años en el hombre. Se estudió

una cohorte de 590 mujeres de 14 años, quedando 522 casos²², con seguimiento 29 años después, a los 43 años. Una subcohorte de 369 mujeres, tuvieron inicio precoz sexual y menor educación formal, dejando el hogar pronto. El inicio sexual precoz es predictor de embarazo adolescente, de embarazo que termina en aborto, de no uso de contracepción, y de tener más síntomas menstruales. En 13% necesitaron tratamientos de fertilidad. Las adolescentes no tienen madurez cognitiva y emocional necesaria para RS íntimas. No se consideran en riesgo, pero la contracepción juega un papel en la salud reproductiva.

En USA se estudió la relación entre la fertilidad y la escolaridad en los 8 años después de la enseñanza secundaria²³. Con niños pronto y menos graduación en la escuela secundaria, son padres con menos ingresos y pobreza, o reciben asistencia social. Las que planean el embarazo para después de los 20 años, alcanzan mayores grados profesionales. La madre precoz reduce su escolaridad 2,5 años, y consigue el grado de bachiller en 30-40% menos. No continúan la educación postsecundaria, en relación con la decisión de fertilidad.

En nuestra serie, las hijas que tuvieron el primer coito a edad normal (16-18 años) llegaron a iniciar estudios universitarios, $p < 0,05$, más que las que inician el coito a edad más precoz.

Se estudió la iniciación contraceptiva antes (469 casos, 29%), al mismo tiempo (872 casos, 56%) o después (211 casos, 16%) del primer coito, y su relación con la futura salud sexual y reproductiva, en Francia, 2010-2011, en el estudio Fecond, con entrevistas por vía telefónica de 40 minutos, a 8645 individuos de 15-49 años, siendo 1552 mujeres < 30 años²⁴. La contracepción precoz contribuye a una contracepción con métodos efectivos y duración más tiempo. El embarazo no deseado es por no uso de contracepción, por uso inconsistente o por métodos no efectivos. La media de edad al primer coito fue 17 años (16,9-17,7). Las que utilizan la contracepción después del primer coito tienen embarazo no deseado en 34% y aborto en 19% (en general, en cambio, en 18 y 9%, respectivamente).

También se ha visto el primer coito en las descendientes de madres jóvenes, en un estudio²⁵ de embarazadas jóvenes de 12-18 años (media, 16,3 años), 71% negras y 29% blancas. Se revisaron en el embarazo, y las hijas a los 6, 10 y 14 años ($n = 318$). La maduración precoz se asocia a sexo precoz en las hijas. Hay un camino intergeneracional de transferencia de riesgo de embarazo joven entre las hijas de madres jóvenes. Y así se perpetúa el ciclo de madres jóvenes. La edad al primer coito fue 14,3 años (6-17), y el embarazo, media 16 años (12-18). En las de raza negra hay mayor riesgo de drogas, de irse pronto de casa, de unirse a bandas, de dejar la escuela y de sexo precoz.

Finalmente, como conclusiones de nuestra serie, comparando H y M:

- Hay diferencias significativas, $p < 0,001$, en el primer coito, antes en la hija (16,17 años) que en la madre (18,30 años).
- El tiempo que pasa entre la menarquia y el primer coito, hay diferencia significativa, $p < 0,001$, menor en la hija (3,18 años) que en la madre (5,91 años).

Bibliografía

1. Tablado, A. Sexualidad en la adolescencia, en Ginecología infanto-juvenil. Un abordaje multidisciplinario, de Giurgioyovich, A.J; de la Parra, I y Escobar de Fernández, M^a. E. SAGIS, Buenos Aires: Ed Journal, 2015: 743-749.
2. Yago Simón, T y Tomas Aznar, C. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? Prog Obstet Ginecol. 2015; 58: 118-124.
3. Beckett, M.K, Elliott, M.N, Martino, S, Kanouse, D.E, Corona, R; Klein, D.J y Schuster, M.A. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviour. Pediatrics. 2010; 125: 34-42.
4. Gallegos, E.C, Villaruel, A.M, Gómez, M.V, Julia Onofre, D y Zhou, Y. Sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. J Assoc Nurses AIDS Care. 2007; 18: 28-34.
5. Palatnik, A, Seidman, D.S. Survey of opinions of mothers and teenage daughters on sexual behaviour and contraception: descriptive study and literature review. Int J Women's Health. 2012; 4: 265-270.
6. Atienzo, E.E, Walker, D.M, Campero, L, Lamadrid-Figueroa, H, Gutiérrez, J.P. Parent-adolescent communications about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour? Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009; 14: 111-119.
7. Meneses, L.M, Orrell-Valente, J.K, Guendelman, S.R; Oman, D, Irwin, Ch .E, Jr. Racial/ethnic differences in mother-daughter communication about sex. J Adolesc Health. 2006; 39: 128-131.
8. Thornton, A, Cambrum, D. The influence of the family on premarital sexual attitudes and behaviour. Demography. 1987; 24: 323-340.
9. Moore, S.R, Harden, K.P, Mendle, J. Pubertal timing and adolescent sexual behaviour in girls. Development Psychol. 2014; 50: 1734-1745.
10. Haydon, A.A, Herring, A.H, Prinstein, M.J, Halpern, C.T. Beyond age at first sex: patterns of emerging sexual behaviour in adolescence and young adulthood. J. Adolesc Health. 2012; 50: 456-463.
11. Sandford, Th .G.M, Orr, M, Hirsch, J.S, Santelli, J. Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a National US study. Am J Public Health. 2008; 98: 155-161.
12. Spriggs, A.L, Halpern, C.T. Timing of sexual debut and initiation of postsecondary education by early adulthood. Perspect Sex Reprod Health. 2008; 40: 152-161.
13. Harden, K.P. True love waits? A sibling-comparison study of age at first sexual intercourse and romantic relationships in young adulthood. Psychol Science. 2012; 23: 1324-1336.
14. Hawes, Z.C, Wellings, K, Stephenson, J. First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. J Sex Res. 2010; 47: 137-152.
15. Tenkorang, E.Y, Maticka-Tyndale, E. Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya. Int Fam Plann Perspect. 2008; 34:177-188.
16. Speizer, I.S, Kotso, J-C, DAVIS, J.T, Saad, A, Otai, J. Timing and circumstances of first sex among female and male youth from select urban areas of Nigeria, Kenya and Senegal. J. Adolescent Health. 2013; 53: 609-616.
17. Defo, B.K, Dimbuene, Z.T. Influences of family structure dynamics on sexual debut in Africa: implications for research, practice and policies in reproductive health and social development. Afr J Reprod Health. 2012; 16: 147-172.
18. Santhya, K.G, Acharya, R, Jejeebhoy, S.J y Ram, U. Timing first sex before marriage and its correlates: evidence from India. Cultur, Health, Sex. 2011; 13: 327-341.
19. Guo, W, Wu, Z, Qiu, Y, Chen, G, Zheng, X. The timing of sexual debut among chinese youth. Int Perspect Sex Reprod Health. 2012. 38: 196-204.
20. Kvalem, I.L, Von Soest, T, Traeen, B, Singaas, K. Body evaluation and coital onset: a population -based longitudinal study. Body Image. 2001; 8: 110-118.
21. Hsin, Y, Cheng, A, Landale, N.S. Adolescent overweight, social relationships and the transition to first sex: gender and racial variations. Perspect Sex Reprod Health. 2011; 43: 6-15.
22. Magnusson, C y Trost, K. Girls experiencing sexual intercourse early: Could it play a part in reproductive health in middle adulthood? J. Psychosomat Obstet Gynecol. 2006; 27: 237-244.
23. Stange, K. A longitudinal analysis of the relationship between fertility timing and schooling. Demography. 2011; 48: 931-956.
24. True, K, Bajos, N, Bohet, A, Moreau, C. Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes. Hum reprod. 2014; 29: 1651-1658.
25. De Genna, N.M, Larkby, C, Cornelius, M.D. Pubertal timing and early sexual intercourse in the offspring of teenage mothers. J Youth Adolesc. 2011; 40: 1315-1328.