

109
1122671



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 6
1995

**EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE,
ASPECTOS SOCIOECONOMICOS,
CULTURALES Y OBSTETRICOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. GRACIELA CECILIA PAREDES PEREZ

A S E S O R E S :

DR. JOSE A. ALFONSO MADRID SANCHEZ
GINECOOBSTETRA DEL H.G.R. No. 36, PUEBLA, PUE.

DR. RUBEN PEREZ MEJIA

JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION
DE LA U.M.F. No. 6, PUEBLA, PUE.



IMSS

PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

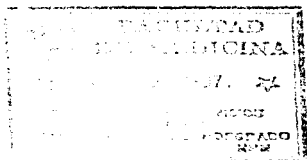


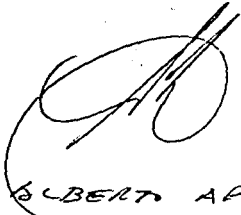
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.




M. ALBERTO ADONIS ROBERT

A MIS QUERIDOS PADRES:

*Sr. Antonio Paredes Ayala
Sra. Juana Pérez de Paredes
Porque ellos son la base y soporte
en toda mi formación personal y -
profesional, gracias al inmenso amor
para sus hijos, al arduo trabajo, en
inteligencia y sabiduría puesta en todo*

A MI ESPOSO: Con amor

*Ing. Felipe de Jesús Lozano Carrillo
A ti que tienes el don más sublime -
que es el amor.
Mil gracias por tu apoyo, comprensión
y larga espera.*

A MI HIJO: Con amor

*Felipe de Jesús Lozano Paredes
Porque es mi fuente de inspiración
y el objetivo en este mundo.*

A MIS HERMANOS: Con cariño

*Osbaldo, José Luis, Delia, Guadalupe,
Yolanda, Lucina, Silvia, Rosita.
Gracias por el apoyo brindado en la -
realización de esta etapa de mi vida.*

A MIS SUEGROS:

*Sr. Ignacio Lozano Fragoso
Sra. Ma. Germana Carrillo de Lozano
Gracias por su apoyo y palabras de
estímulo.*

CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO:

*Dr. José A. Alfonso Madrid Sánchez
Agradecido de esta tesis.*

CON MI MAYOR GRATITUD Y LEALTAD

*Dr. Rubén Pérez Mejía
Por su valiosa ayuda.*

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescente es una situación cada vez más común en nuestras sociedades. A pesar de que la fertilidad viene determinada por factores biológicos, el impacto del embarazo y sus consecuencias presentan determinantes - biológicos, psicosociales y ambientales. Se conuideraba que la edad muma provocaría una inmadurez biológica aumentando las complicaciones: aborto, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, prematurez, etc.1. Informes recientes sugieren que las complicaciones son consecuencia de problemas psicosociales más que biológicos. Ya que las adolescentes al saber se embarazadas tienden a ocultar el embarazo, no son independientes económicamente, se ven forzadas a interrumpir sus estudios y muchas veces son abandonadas por el padre del niño, considerando el disgusto en su familia por ser joven y soltera, suporan una carga social, falta de trabajo, ocasionando retraso en su control prenatal y su estado nutricional.

Al igual que en muchos otros países, en México el embarazo en la adolescencia es un grave problema de salud pública. En la década pasada el 12.1 % del total nacidos vivos fueron madres con edad entre 15 y 19 años.

Diversos informes reportan que las adolescentes que se embarazaron tienen mayor probabilidad de presentar problemas que las mujeres adultas.

La adolescencia supone una época de la vida especialmente difícil y conflictiva que se caracteriza fundamentalmente porque:

1. Constituye el período de la vida en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la madurez sexual.
2. Supone el proceso de maduración psicológica que marca el paso de la infancia a la edad adulta.

En el orden cronológico, la OMS define a los adolescentes como a la gente ju ven con edades comprendidas entre los 10 y 19 años.

El alto nivel de conflictos y tensiones dentro de la familia percibido por - la adolescente, incluyendo relaciones inadecuadas y estresantes entre los pa - dres. Asimismo, se ha sugerido que la expresión de conflictos dentro de la - familia de la adolescente que se embaraza es particularmente inadecuada, de - jando a la joven con frustraciones acumuladas y sin aprendizaje correcto pa - ra manejar sus emociones. La infantilización de la hija, lo que le niega la oportunidad de decisiones por sí misma y le perpetúa su dependencia. La edu - cación sexual que se proporciona dentro de la familia de origen ya que la in - formación es insuficiente.

Además de los problemas obstétricos durante el embarazo se tienen otros como el aumento de la morbilidad del recién nacido que probablemente se deba a la disminución del peso al nacer, que según datos del Colegio Americano de Pedia - tras, los recién nacidos de bajo peso va de 6 % a un 20 %, y que esto se acent - uan en adolescentes menores de 15 años.

Una etiología que se ha sugerido sobre el bajo peso de estos recién nacidos - es el menor tamaño de la madre debido a su incompleta maduración biológica.

Otros factores como la condición socioeconómica, mala nutrición, consumo de - alcohol, tabaco y otras drogas que no están relacionadas con la edad pero - que se asocian a relaciones sexuales precoces y embarazo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional durante un lapso comprendido del 1 de agosto al 30 de octubre de 1995 en que fueron incluidas 42 pacientes adolescentes embarazadas atendidas en la consulta externa de la U.M.F. No. 6 del IMSS de la ciudad de Puebla.

Se excluyeron las pacientes mayores de 19 años, aquellas pacientes en las que no fue posible recopilar los datos analizados en el estudio y las que tuvieron productos no viables.

Se revisaron los expedientes clínicos analizándose las siguientes variables: edad, menarca, IVSA, antecedentes obstétricos, ocupación, estado civil, escolaridad, control prenatal, patologías agregadas al embarazo, edad gestacional, interrupción del embarazo, peso del producto, rechazo familiar, perfil socioeconómico.

RESULTADOS

Se estudiaron a 42 pacientes mujeres adolescentes embarazadas en un lapso comprendido entre el 1 de agosto al 30 de octubre de 1995. Todas las pacientes fueron de medio urbano, que estuvieron en control prenatal en la U.M.F. No. 6, Puebla y que recibieron la atención obstétrica en el Hospital General Reguinal No. 36, del Centro Médico Nacional "Manuel Rivera Cumacho" de la ciudad de Puebla.

1. Edad materna: La edad \bar{X} = 17.5 años, con una S^2 = 1.67 años y G = 1.29 años. Se encontró que el grupo más representativo fue de los 19 años que constituye el 30.95%. (Cuadro No. 1)
2. Menarca: se presentó en su mayoría entre los 12 y 13 años con edad \bar{X} = 12.5 años. (Gráfica No. 1).
3. Inicio de vida sexual activa: La mayoría de las pacientes iniciaron su vida sexual activa a los 18 años que constituyen el 35.71%, con una edad \bar{X} = 17 años. (Gráfica No.2).
4. Antecedentes obstétricos: La mayoría de las pacientes fueron primigestas-- que constituye el 80.90%; secundigestas el 16.72%; 1 paciente trigésta-- que constituye el 2.38%; con antecedente de un embarazo ectópico en una paciente primigesta. (Cuadro No.2).
5. Ocupación: El 61.90% que fue la mayoría de las pacientes se dedican a labores del hogar, incluyendo 10 pacientes que abandonaron sus estudios o -- trabajo debido al embarazo. (Cuadro No. 3).
6. Estado civil: Solteras cuando no tenían una pareja estable constituyen el 9.54%; unión libre cuando existía una unión estable constituye el 16.66% casadas cuando había pareja estable y el vínculo se había formalizado con-

- matrimonio civil o religioso constituye el 73.80 % (Cuadro No. 4).
7. Escolaridad: Se encontró 23 pacientes que constituye el 54.76 % que es mayoría la cual cuenta con secundaria, no se encontraron pacientes analfa betas. (Cuadro No. 5).
 8. Atención prenatal: Todas las pacientes acudieron por lo menos 1 vez a consulta prenatal, la \bar{X} = 1.9 consultas por cada paciente. (Cuadro No. 6).
 9. Morbilidad del embarazo: Se encontró que en 28 pacientes que constituye el 66.67 % presentaron alguna patología agregada al embarazo. La infección de vías urinarias fue la patología más común constituyendo el 30.95 % (Gráfica No. 3).
 10. Edad gestacional: 36 embarazadas fueron de término, 2 de pretérmino y 4 de 42 o más semanas de gestación. (Cuadro No. 7).
 11. Interrupción del embarazo: El 57.15 % de los embarazos se atendió por vía vaginal, incluyendo 4 pacientes (9.52 %) que requirieron aplicación de -- Lúnceps. El 42.85 % se interrumpió mediante cesárea. (Diagrama de sectores).
 12. Peso del producto: El peso \bar{X} = 2 953 g. Se encontró el 14.30 % lo constituyen los productos con peso menor de 2 500 g. (Cuadro No. 8).
 13. Perfil socioeconómico: El 88.09 % pertenecía a una familia de 6 o más hermanos. El 71.42 % se encontró un bajo ingreso económico familiar. Asimismo la falta de actividad productiva se encontró en un 61.90 %, en el 85.71 % desconoce los métodos anticonceptivos y el 61.90 % inicia precozmente su vida sexual activa. (Cuadro No. 9).
 14. Rechazo familiar: El embarazo fue aceptado por la familia en la mayor parte de las pacientes, ya que solamente en 9 pacientes que constituye el -- 21.42 % manifestaron rechazo familiar. (Cuadro No. 10 y Gráfica NO. 5).

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
PACIENTES DISTRIBUIDAS SEGUN SU EDAD

U.M.F. N o. 6

1995

CUADRO No. 1

EDAD	No. DE PACIENTES	% DEL TOTAL
15	3	7.15
16	7	16.66
17	8	19.04
18	11	26.20
19	13	30.95
TOTAL	42	100.00

$$\bar{X} = 17.5$$

$$S^2 = 1.67$$

$$S = 1.29$$

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

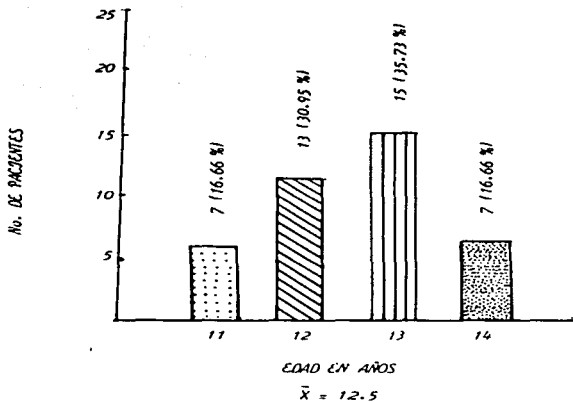
EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS

EDAD DE APARICION DE LA MENARCA

U.M.F. No. 6

1995

GRAFICA No. 1

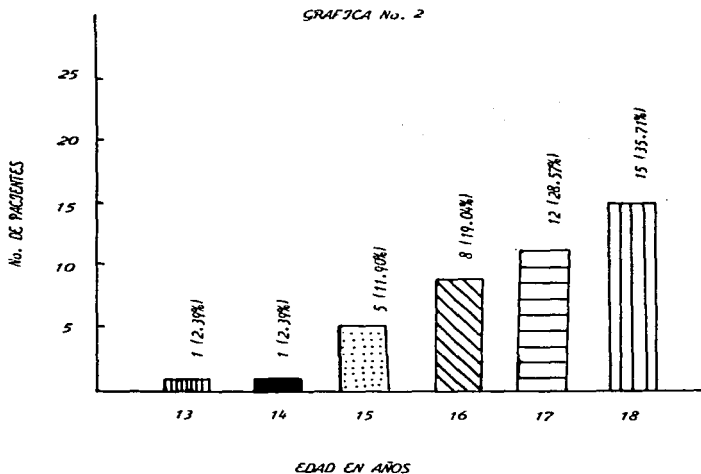


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

U.M.F. No. 6

1995



$\bar{X} = 17$

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 2

No. DE GESTACIONES	No. DE CASOS	% DEL TOTAL
GESTA 1	34	80.90
GESTA 2	7	16.72
GESTA 3	1	2.38
TOTAL	42	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
OCUPACION DE LAS PACIENTES EN EL MOMENTO DE EMBARAZARSE

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 3

EDAD EN AÑOS	LABORES DEL HOGAR*	TRABAJADORA*	ESTUDIANTE *
16	2 (4.79)	...	2 (4.76)
17	6 (14.28)
18	7 (16.66)	4 (9.52)	1 (2.38)
19	11 (26.19)	8 (19.04)	1 (2.38)
TOTAL	26 (61.90)	12 (28.57)	4 (9.53)

* ENTRE PARENTESIS PORCENTAJE

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN EL MOMENTO DE EMBARAZARSE

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS ADOLESCENTES Nu. DE PACIENTES	% DEL TOTAL
SOLTERAS	4	9.54
UNION LIBRE	7	16.66
CASADAS	31	73.80
TOTAL	42	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
ESCOLARIDAD

U.M.F. No.6

1995

CUADRO No. 5

<i>ESCOLARIDAD</i>	<i>No. DE PACIENTES</i>	<i>% DEL TOTAL</i>
<i>PRIMARIA</i>	<i>6</i>	<i>14.29</i>
<i>SECUNDARIA</i>	<i>23</i>	<i>54.76</i>
<i>BACHILLERATO</i>	<i>6</i>	<i>14.29</i>
<i>TECNICA</i>	<i>7</i>	<i>16.66</i>
<i>TOTAL</i>	<i>42</i>	<i>100.00</i>

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 6

No. DE PACIENTES	No. DE CONSULTAS
1	1
1	2
4	3
3	4
6	5
5	6
3	7
7	8
6	9
4	10
1	12
1	13
TOTAL	42

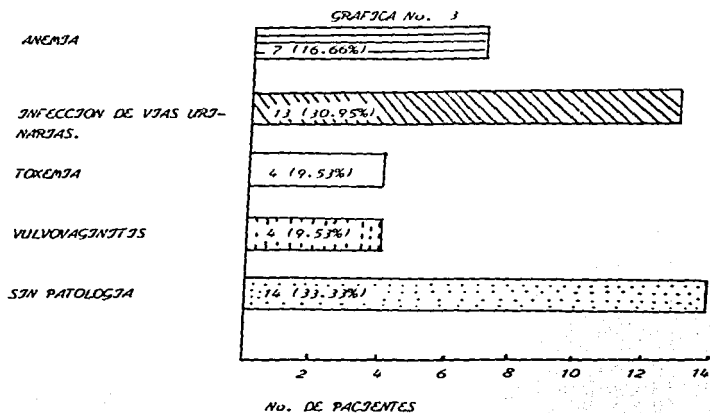
$$\bar{x} = 1.9$$

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
PATOLOGIAS AGREGADAS AL EMBARZO

U.M.F. No.6

1995



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
EDAD GESTACIONAL

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 7

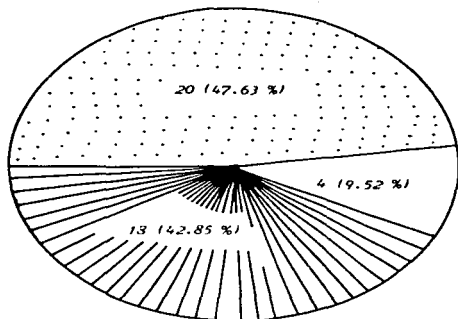
SEMANAS DE GESTACION	No. DE PACIENTES	% DEL TOTAL
< 37	2	4.77
37 - 42	36	85.71
≥ 42	4	9.52
TOTAL	42	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO (DIAGRAMA DE SECTORES)

U.M.F. No. 6

1995



PARTO EUTÓCICO



CESAREA



PARTO DISTÓCICO

FUENTE: EXPEDIENTES CLÍNICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS

PESO DE LOS PRODUCTOS AL NACER

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 8

PESO DEL PRODUCTO EN GRAMOS	No. DE PACIENTES	% DEL TOTAL
< 2 500	6	14.30
2 500 - 3 000	16	38.09
> 3 000	20	47.61
TOTAL	42	100.00

$$\bar{X} = 2\ 953\ g.$$

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
PERFIL SOCIOECONOMICO

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 9

	No. DE PACIENTES	% DEL TOTAL
FAMILIA NUMEROSA	37	88.09
BAJO INGRESO ECONOMICO	30	71.42
FALTA DE ACTIVIDAD PRO- DUCTIVA	26	61.90
DESCONOCIMIENTO DE ME- DOS ANTICONCEPTIVOS	36	85.71
INICIO PRECOZ DE VSA	26	61.90

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS
FRECUENCIA DEL RECHAZO FAMILIAR

U.M.F. No. 6

1995

CUADRO No. 10

EDAD EN AÑOS	RECHAZO FAMILIAR			
	SI	NO	TOTAL	% DEL TOTAL
16	...	3	3	7.14
17	1	6	7	16.66
18	2	10	12	28.57
19	6	14	20	47.63
TOTAL	9	33	42	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

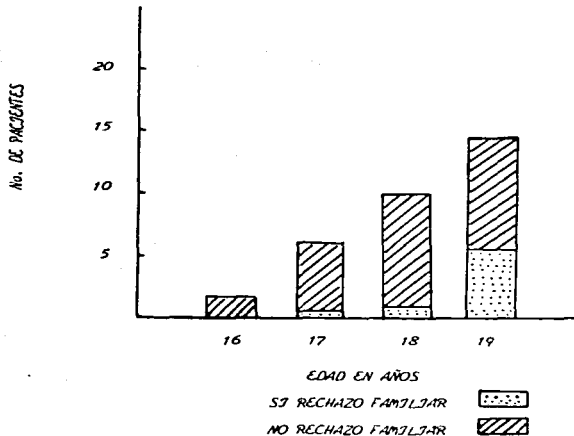
EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y OBSTETRICOS

FRECUENCIA DE RECHAZO FAMILIAR

U.M.F. No. 6

1995

GRAFICA No. 5



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

DISCUSION

La adolescencia, biológica y socialmente no es un problema; es un proceso de maduración. Una serie de situaciones resultantes del ambiente en que se desenvuelve, llevan a las adolescentes a exponerse a riesgos como el embarazo.

El embarazo en adolescentes se ha asociado a problemas socioeconómicos como son incumplido desarrollo biopsicosocial de la madre, además a complicaciones materno-fetales como aumento de parto operatorio y parto pretérmino.

La frecuencia del embarazo en la adolescencia en nuestro medio oscila alrededor del 10 %. Sin embargo, esta cifra se incrementa ya que más del 50 % no reciben atención médica.

En la distribución por edades en este estudio se observó un incremento de embarazos en mujeres adolescentes a medida que aumenta la edad, lo cual es de esperarse haciéndose más significativo a partir de los 18 años de edad.

El promedio de edad la aparición de la menarca fue de 12.5 años que es similar a lo que se reporta en la literatura.

La precocidad del inicio de la vida sexual activa es un fenómeno social de nuestro tiempo. Cada vez más jóvenes se deciden por una vida sexual activa en quienes es característica la falta de protección contra el embarazo. El 35 % de los casos en este estudio inicio su vida sexual activa antes de los 17 años, incluyendo una paciente que la inicio a los 13 años de edad.

Es preocupante que en el 19 % de los casos, ya había antecedentes de 1 o 2 embarazos previos; el resto fueron primigestas. En ambos casos es de temer que el embarazo a edad materna temprana favorezca la multiparidad y con esto aumente el riesgo del desarrollo posterior de patologías como el Cáncer Cervicouterino.

En un alto porcentaje se trató de mujeres casadas (73.82%), en este estudio; En contraste a lo reportado en otras investigaciones, lo cual refleja un patrón de conducta social tradicional, en donde se insiste en la necesidad del matrimonio para legitimar el embarazo.

Quizás como consecuencia del estado civil en este estudio, la ocupación predominante fue la de labores del hogar ya que otro patrón social tradicional, es que la mujer casada se dedique a la atención del hogar teniendo que suspender en algunas ocasiones sus estudios o trabajos, sumándose en esta forma a la población no productiva económicamente.

La escolaridad en la mayoría de las pacientes hubo concordancia entre su edad y el grado escolar que cursaban, ya que la mayoría contaba con instrucción secundaria. Cabe recordar que este estudio se llevó a cabo en el medio urbano, donde existen más facilidades y recursos para tener un nivel educativo adecuado. Todas las pacientes embarazadas asistieron a control prenatal en la U.M.F. No. 6 del IMSS de la ciudad de Puebla por lo menos en una ocasión, y aunque el promedio por paciente es bajo (1.9), y el 78.5% recibió 5 o más consultas prenatales. Quizás este porcentaje relacionado con la atención prenatal influyó en la incidencia de otros resultados.

La mayoría de las pacientes cursó con alguna patología agregada al embarazo. - Las infecciones maternas fueron más frecuentes, y de estas la infección de vías urinarias.

La edad gestacional y peso del producto son conceptos relacionados entre sí pero no son intercambiables aunque ambos son determinantes en la morbilidad perinatal.

En los expedientes clínicos no fue posible determinar entre un producto prematuro y un retraso en el crecimiento uterino. Solo 2 pacientes refinieron una edad gestacional menor de 37 semanas, 6 pacientes tuvieron un producto con pe-

no menor de 2 500 g. cifras que son similares a las obtenidas en otros estudios que abarcaron una muestra de mayor tamaño.

Si se considera que el porcentaje de embarazos interrumpidos por cesárea depende de la fuente que se tome oscila entre el 5 y el 25 %, y que en las pacientes estudiadas la cesárea se efectuó en el 42.8 %, cifra casi equivalente al número de embarazos resueltos por parto eutócico, se puede considerar que el porcentaje de cesáreas efectuadas es significativamente más elevado.

Entre los factores socioeconómicos que podemos considerar en este estudio como factores de riesgo para iniciar una vida sexual prematura entre los adolescentes destacan un ingreso económico familiar escaso, una familia numerosa, desconocimiento de métodos anticonceptivos.

CONCLUSIONES

La edad de la menarca no influye en la frecuencia del embarazo en las adolescentes. La edad promedio de la menarca fue similar a la reportada en la literatura y a la de la población en general.

El inicio cada vez más precoz de la vida sexual activa influye en la incidencia del embarazo en la adolescencia ya que es muy común la falta de uso de un método anticonceptivo.

En varios casos, se encontraron antecedentes de un embarazo anterior (19%), lo que hace pensar en una falla muy grande en la anticoncepción preventiva en el postparto y postaborto de estas mujeres adolescentes. Es necesario incrementar la información y las acciones de planificación familiar.

En nuestro medio, el estado civil más frecuente de las adolescentes embarazadas son casadas.

Las pacientes estudiadas no tuvieron un grado de escolaridad bajo, como lo reportado en la literatura, aunque la mayoría no rebasa la instrucción secundaria. El 78.5% de las pacientes embarazadas recibió 5 o más consultas prenatales en la U.M.F. No.6 del IMSS de la ciudad de Puebla.

La vigilancia prenatal adecuada permite el diagnóstico oportuno de patologías asociadas al embarazo y un tratamiento oportuno.

Si se considera que el peso promedio de los productos al nacer fue de 2 953 g., podemos considerar que el embarazo en la adolescente no condiciona mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso.

El porcentaje de cesáreas en la embarazada adolescente fue mayor al reportado en la literatura.

La adolescente inicia su vida sexual activa precozmente, resultando el inicio -

temprano de su vida reproductiva, secundario a su vez, al bajo uso de anticoncepción, además de sus problemas socioeconómicos y culturales incrementa la -
movilidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Adolescent pregnancy *Pediatrics* 1990;83:138.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Care of Adolescent Parents and Their Children *Pediatrics* 1991; 83:132
3. Athin Lucille, C; Pick de Weiss Susan. Antecedentes Psicosociales del Embarazo en la Adolescencia. *Perinatología y reproducción Humana* 1991;3:3;152-158.
4. Barnett JK; Papini, Gbur E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1991;26:102;457-473.
5. Casarueva Esther, Soberanis Irma, Ortiz Teresa, Bobadilla Ma. Luisa. Cambios en la Composición Corporal en el Periodo perinatal en un grupo de Adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana* 1991;5:1;28-31.
6. Casarueva Esther, Leganeta Diana, Diaz Barriga Mercedes. Weight gain during pregnancy in adolescents: evaluation of a non-nutritional intervention. *Revista Investigación Clínica* 1994;46:2:157-161.
7. Farber NB. The process of pregnancy resolution among Adolescent. Mothers. -- *Adolescence* 1991;26:103;697-716.
8. Horner SD; Hilde E. A Evaluation of consequences of repeal of the abortion-law on teenage pregnancy. *J-Am-Acad. Nurse-Pract.* 1991;3:3;116-121.
9. J. Lete Lara. Gestación adolescente en el quinquenio de 1988-1993 en la provincia de Alava España. *Clinica e Investigación en Ginecología-Obstetricia.* 1993;19:1-10;211-216.
10. Jenkins RR. Adolescent Secuality and the family. *Pediatric Ann* 1992;11:740; 152-158.

11. Keddle AM. Psychosocial Factors associated with teenage pregnancy in Jamaica. *Adolescence*. 1992;27:108;873-890.
12. Kunje JC, Palmer A; Watson A; Hay DM; Imrie A; Cwings P. Early teenage - pregnancies in Hull. *Br-J-Obstet-Gynaecol*. 1992;99:12;969-973.
13. Krapko Bol' shva Tia. Pregnancy and Labor in minor girls in the Ukraine Akush-Ginekol (Mosk). 1991;9:29-31.
14. Marques NM; Ebrahim SJ. The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community. *J-Trop-Pediatrics*. 1991;37:4;194-198.
15. Martínez A, Eliana, Duque O, Blanca, Herrera Z, Ramirez. Analisis de la incidencia de recién nacidos de bajo peso en adolescentes embarazadas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol* 1991;1:49;24-31.
16. Naftstad P. Prevention of unwanted pregnancies in adolescents in a suburb - is it valuable. *Tidsskr-Nor-Laegeforen*. 1992;10:112;24;3112-3114.
17. OMS. Embarazo en la adolescencia. Serie de informes Técnicos. 1991;538.
18. Ontigosa-Corona Eduardo, Carrasco-Resendiz Irma, González Flores Alma. Perinatal Sociocómico y educación Sobre Reproducción en Adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana. 1992;6:2;70-76.
19. Ontigosa-Corona Eduardo, González-Labrada Samantha. Beneficios de la Educación Perinatal en Pacientes Adolescentes. Perinatología y Reproducción - Humana. 1993;7:3;120-125.
20. Ortiz Sánchez Eleuterio. Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1991;59:10;289-292.
21. Pond EF; Kemp VH. A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *Matern-Child-Nurs-J*. 1992;20:1;11-20.
22. SarkarCS; Giri AK; Sarkar B. Outcome of teenage pregnancy and labour: a retrospective study. *J-Indian-Med-Assoc*. 1991;89:7:197-199.
23. Seneno, C.J.A; Castillo, H.E; Mendoza, P.R. Embarazo en la adolescente. -

- Un reto socio-medico. Ginecología y Obstetricia de México* 1992;60:1:55.
24. *Toru Calzada Rene Jaime. Embarazo en adolescentes. Ginecología y Obstetricia de México.* 1992;60:291-295.
25. *Tovar Ma. Clara, Burbano Consuelo, Mora Martha Patricia. Estudio Comparativo de embarazadas Adolescentes versus Embarazadas Adultas Jóvenes en el Centro Hospital Primitivo Iglesias de la Ciudad de Cali. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1991; 38:6:436-445.