



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DE TABASCO

SEDE: JALAPA, TABASCO

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO
CON CRISIS POR CAMBIOS DE VIDA**

Para obtener del Diploma de la especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRNA VIOLETA COUTIÑO OSORIO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO
CON CRISIS POR CAMBIOS DE VIDA**

PRESENTA:

DRA. MIRNA VIOLETA COUTIÑO OSORIO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROSA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO
CON CRISIS POR CAMBIOS DE VIDA**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRNA VIOLETA COUTIÑO OSORIO

AUTORIZACIONES:

DR. JORGE ALBERTO MERODIO MARIN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
SEDE: JALAPA, TABASCO

DR. MIGUEL PABLO GARCIA

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DR. MIGUEL PABLO GARCIA

ASESOR DE TEMA DE TESIS

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA

SECRETARIA DE SALUD DE TABASCO

QFB. SERGIO LEON RAMIREZ

DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD

DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme vida, fortaleza para estar aquí y continuar,
Permitiendo disfrutar de la vida.

A MIS PADRES TITO Y VIOLETA:

Conjunto sólido de principios que han cimentado lo que ahora
Soy y lo que mañana pueda ser

A MIS HERMANOS EXIQUIO Y TITO

Fueron desde nuestra niñez, tributarios de inquietudes y
Forjadores hoy conmigo del mañana promisorio.

A MI ESPOSO JOSE MANUEL

Por su confianza y amor, apoyo incondicional en todo momento siendo
la mano que me levanta y me acompaña en mi camino.

A MI HIJA SAMY

Valuarte de ilusiones que con su sonrisa borra todo cansancio y siempre esta
ahí para confortarme, no importándole que mamá no este con ella el tiempo
que requiere para sus cuidados en su crecimiento y desarrollo.

AGRADECIMIENTO

DR. MARCO ANTONIO SERRANO RIVERA:

Por su apoyo y confianza desde mis inicios en mi carrera profesional y darme la oportunidad de entre muchos llegar a ser Medico Familiar.

DR. ULISES SOLIS GARCIA:

Por permitirme iniciar y continuar en el curso de especialización.

DR. MIGUEL PABLO GARCÍA:

Con sus consejos y apoyo para lograr terminar esta tesis para lograr el diploma de Medicina Familiar.

INDICE

PRESENTACION	I
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
GLOSARIO	6
RESUMEN	7
INDICE	9
ANTECEDENTES	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	20
METODOLOGIA	21
RESULTADOS	26
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	31
ANEXOS	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

RESUMEN

Ser madre en la adolescencia se ha convertido en un proyecto de vida deseado por muchas adolescentes. La elección, coinciden los expertos, obedece a que su hijo es “lo único propio que van a tener en la vida”.

En muchos de los casos de las adolescentes que se embarazan ya no estudian y otro gran porcentaje abandonan sus estudios, en muchas ocasiones obligadas por sus padres o incluso la misma sociedad la aísla, por lo que adolescente tiene que enfrentar a estos problemas aun no estando prepara emocionalmente y sin la madurez que requiere enfrentarse a las adversidades. Así como otros factores predisponentes y determinantes que se han estudiado en las adolescentes embarazadas, en este trabajo se abordara las crisis que sufren la adolescentes cuando se embarazan y como las enfrenta, el cual será comparativo con adolescentes sin embarazo y con cambios de vida para demostrar que la adolescente que se embaraza sufre mas cambios en su vida el cual de encuentra aunado a crisis por cambios de vida el cual esta mas marcado por el nivel socioeconómico.

Estudio que se realizó en Tacotalpa con la detección de las adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas en las que estudiaremos nivel socioeconómico, crisis por cambio de vida en el último año de acuerdo a la fecha que se realice la encuesta, la cuales serán comparativos en ella para demostrar que las adolescentes embarazadas tiene mas riesgo de sufrir crisis por cambios de vida que la adolescente no embarazada y que el riesgo se incrementa si proviene de un familia con nivel socioeconómico bajo.

Por medio de encuesta que se aplicó a todas las adolescentes embarazadas en el ciclo del enero de 2001 a diciembre de 2005 y adolescentes no embarazadas, la cuales se escogieron en forma aleatoria del los censos de mujeres en edad fértil a la que se le realizaron encuesta donde se recaba edad, año de embarazo, estado civil, escolaridad, se evalúa nivel socioeconómico por método de Graffar y crisis por cambio de vida con escala de Holmes.

Se encontró que las adolescentes embarazadas con niveles socioeconómicos bajos tienen 2.52 veces mas riegos de sufrir crisis por cambio en su estilo de vida, que las adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico alto.

Así como se encontró que las adolescentes embarazadas tienen 8.4 veces más riesgos de ser pobres que las adolescentes que no se han embarazado, y que las adolescentes embarazadas presentan un 43.7% de riesgos de ser pobres y la población general un 71.4%.

Se comparo con otro estudio realizado en el estado de Veracruz donde los resultados fueron similares lo que nos indica que en nuestro país a pesar de los esfuerzos y campañas de planificación familiar aun contamos con un gran grupo de jóvenes que aun que cuenta con la información no acepta el uso de los métodos de planificación por que se nos incrementan los embarazos en adolescentes y con ellos la crisis de cambio de vida que están ligada al embarazo.

Con esto concluimos que el embarazo en una adolescente no solo es un problema de salud pública sino que también es un problema social el cual se debe evitar, promocionando a los adolescentes sobre métodos de planificación familiar, para obtener una mejor calidad de vida.

ANTECEDENTES

La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años. ⁽⁹⁾

Es considerada con un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población, al igual que en el municipio de Tacotalpa la población de mujeres de 10 a 19 años hasta el ultimo reporte de censo de población nos reporta 782 mujeres de las cuales en un aproximadamente 10% ya tiene una pareja sexual estable o ya son madres. ⁽¹²⁾

Por los matices según la diferencias de edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1.- Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumenta sus habilidades cognoscitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea más metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.- Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y su desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se siente invulnerable y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3.- Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquiere más importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ⁽¹⁾

Es importante conocer las características de esta etapa de la adolescencia, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo habiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de su vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.

Embarazo en la adolescencia se le define como: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente de su núcleo familiar de origen”.

De acuerdo con cifras informadas por el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en adolescentes presenta poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años. ⁽⁵⁾

En Tabasco la atención a consulta de embarazadas menores de 20 años en 2003, según lo muestra el boletín de sistema de información de salud población abierta (sispa), fue de 38, 864, y la atención de partos de 6235, en lo se atendieron un total de 539 abortos en adolescentes. ⁽¹⁰⁾

En 2003 en Tacotalpa se atendieron 1120 consultas adolescentes embarazadas encontrándose en el lugar número 13 a nivel estatal en la incidencia de consultas e embarazadas y fueron atendidos 38 parto, y el reporte de aborto es de cero. ⁽¹⁰⁾

El 20% de los hogares de América latina y el Caribe tiene hijos de 13 a 18 años de edad (17% en Chile y Uruguay; 235 en Honduras y Bolivia. ⁽²⁷⁾

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el uso de anticonceptivo. ⁽⁹⁾

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de la vida sexual ocurría en promedio entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años. Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, al edad del matrimonio se ha postergado, de esta manera el lapso de fecundidad marital se ha incrementado. ⁽²⁹⁾

Existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes cada vez más tempranas, y la tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por 1000 en varios países. ⁽²⁷⁾

Según el ministerio de sanidad y consumo español, el 12% de los jóvenes con edades de 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14.9 años para varones y 15.7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar un embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. ⁽⁹⁾

Factores predisponentes para embarazos en adolescente son:

Menarca temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aun no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de un familia continente, con buen dialogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola.

Bajo nivel educativo y esto aunado a nivel socioeconómico bajo nos un desinterés general. Por lo que en este estudio se le medirá el nivel socioeconómico a las adolescentes embarazadas con encuesta de evolución de diagnóstico de nivel socioeconómico con la escala de GRAFFAR el cual es un método de estratificación social del profesor belga Marcel Graffar, donde se evaluará la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principales fuentes de ingresos, condiciones de la vivienda, en la suma de la puntuación de los enunciados anteriores se evaluará el estrato socioeconómico de la familia el cual el resultado con la puntuación más baja estrato alto y en forma ascendente en la puntuación medio alto, medio bajo, obrero y marginal.⁽¹⁷⁾

Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a la ciudad en busca de trabajo y aun con motivos de estudios superiores.

Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazaran por que no lo desean.

Fantasías de esterilidad: comienzan con sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazaran por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos como; solo se embarazaran si tienen orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hacen con la menstruación, o cuando hay penetración completa, etc.

Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tiene por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a si mismo que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Aumento en número de adolescentes: Alcanza el 50% de la población femenina en edad fértil.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos, mas marcados en los niveles mas abajo o marginados por no contar con niveles educativos superiores y poca cultura, a lo que esto nos da como consecuencia múltiples factores estresante lo que causara crisis por cambio de vida. ⁽¹⁵⁾

La maternidad en un rol de la edad adulta. Cuando ocurren en el periodo que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferentes grados. ⁽⁹⁾

La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando a la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerársele como un fenómeno social, la cual esta aunado a cambio en la vida familiar lo cual va crear crisis en la adolescentes. ⁽¹²⁾

La crisis no solo se presentan en las adolescente embarazadas, sino en todos las adolescentes que tenga cambios de vida por lo que para ello se utiliza diferentes tipos de trabajos que no permiten evaluar la crisis que presente en ser humano en su periodo de vida un de los mas completos lo cuales son utilizado es el de escala de Holmes la cual fue descrita desde 1967 por Thomas Holmes y Richard Rahe donde se evalúan 43 los eventos críticos de la familia en los últimos 12 meses de vida, los cuales nos dan como resultado de puntuaciones de 0 a mas de 300 en la cuales se clasifican de menor a mayor de sin crisis a leves, moderadas y severas. ⁽¹⁷⁾

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares; por lo que se realizó un estudio para determinar la frecuencia de depresión en un muestra de adolescentes embarazadas y explorara los factores de riesgos potenciales asociados a la presencia de depresiones, en lo que incluyeron a todas la embarazadas con 14 a 19 años de edad que acudieron para control prenatal al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y que ingresaron al programa de Embarazo Adolescente, se realizó una encuesta semiestructurada y un cuestionario sobre datos demográficos y antecedentes obstétricos. No se logró demostrar la asociación de factores

demográficos a la presencia de depresión, la cual se identificó en el 39% de las adolescentes entrevistadas.

Debido a la alta frecuencia de depresión que encontraron se recomienda que sea necesaria la instalación de programas de apoyo psicológicos de base hospitalaria para la adolescente embarazada, que permite identificar y tratar oportunamente patrones de riesgo en el vínculo materno infantil. ⁽³⁾

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían sumir su propia identidad, superando la confusión en que crecieron. ⁽¹¹⁾

Todo lo anterior también sucede en la adolescente sin presencia de embarazo pero en menor porcentaje, a lo que solo referiremos como crisis por cambios de vida los cuales son mas frecuente y acentuados en las adolescentes embarazadas que sin embarazo, pero que también repercuten en su desarrollo social, emocional, y psicológico. ⁽¹²⁾

La atención integral de la adolescente son estrategias que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgos psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar el un daño.

Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un dialogo fluido con adultos referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

Factores de riesgos: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad a sufrir daños en salud.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario. ⁽⁹⁾

Según la literatura anglosajona el embarazo en la adolescente se ha considerado como una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la población adulta, por lo que realizó un estudio en el Hospital general de Tijuana donde el

10% de los embarazos se presentan en adolescentes, se trató determinar la prevalencia de complicaciones obstétricas en el grupo de adolescentes e identificar los factores de riesgos asociados a estas complicaciones, y comparar estos hallazgos con los de la población adulta. ⁽⁶⁾

Los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas son: Asincronía madurativa físico-emocional, baja autoestima, bajo nivel de instrucción, Ausencia de interés, Pérdidas recientes de personas significativas, Embarazos por violación o abuso sexual, intento de aborto, propósito de entregar al hijo en adopción, familia disfuncional o ausente sin adulto referente, trabajo no calificado, pareja ambivalente o ausente, condición económica desfavorable, marginación de su grupo de pertenencia, difícil acceso de los centro de salud, por lo que esto factores psicosociales nos hacen de la adolescentes embarazadas un grupo de alto riesgo. ⁽⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerársele como un fenómeno social, el cual se acompaña con cambios de vida en las cuales van a causar crisis en las adolescentes.

De acuerdo con cifras informadas por el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en adolescentes presenta poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.

Ya que el embarazo en la adolescente es una crisis importante en su cambio de vida en este trabajo se estudiara, la incidencia de crisis de acuerdo al nivel socioeconómico, el cual será comparativo con adolescentes que no han cursado con embarazos.

¿Cuando existe nivel socio económico bajos, las crisis de cambios de vida son mas frecuentes en las adolescentes embarazadas?

JUSTIFICACION

El embarazo en adolescentes es un problema de salud publica el cual a aumentado en grandes dimensiones, no por que falten estrategia o haya desinformación de métodos seguros para evitar un embarazo en aquellas jóvenes que inician vida sexual, en esta época de su vida, ya que se han realizado estudios y encuestas donde se demuestra que 95% de los jóvenes tiene información de los métodos de anticoncepción y un 70% los utilizan.

Así como otros factores predisponentes y determinantes que se han estudiado en las adolescentes embarazadas, en este trabajo se abordara las crisis que sufren la adolescentes cuando se embarazan y como las enfrenta, el cual será comparativo con adolescentes sin embarazo y con cambios de vida para demostrar que la adolescente que se embaraza sufre mas cambios en su vida el cual de encuentra aunado a crisis por cambios de vida el cual esta mas marcado por el nivel socioeconómico.

Estudio que se realizará en Tacotalpa con la detección de las adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas en las que estudiaremos nivel socioeconómico, crisis por cambio de vida en el último año de acuerdo a la fecha que se realice la encuesta, la cuales serán comparativos en ella para demostrar que las adolescentes embarazadas tiene mas riesgo de sufrir crisis por cambios de vida que la adolescente no embarazada y que el riesgo se incrementa si proviene de un familia con nivel socioeconómico bajo.

Por medio de encuesta que se aplicó a todas las adolescentes embarazadas en el ciclo del enero de 2001 a diciembre de 2005 y adolescentes no embarazadas, la cuales se escogieron en forma aleatoria del los censos de mujeres en edad fértil a la que se le realizaron encuesta donde se recaba edad, año de embarazo, estado civil, escolaridad, se evalúa nivel socioeconómico por método de Graffar y crisis por cambio de vida con escala de Holmes.

Este estudio se realizo ya que es importante comprobar que las adolescentes tiene cambio de vida, las cuales van a causar con crisis que van desde leves a severas y están exacerbadas con la presencia de embarazo en esta época de la vida y el nivel socioeconómico donde se demuestra la prevalencia de niveles bajos y los cuales con alto riesgos y esto con el fin de establecer programas de

apoyo adolescentes en los que trabajará para prevenir embarazo a esta edad e instruir a las adolescentes como salir de crisis por los cambios de vida, mejorando el nivel socioeconómico con un mejor nivel educativo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si las pacientes adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico bajo presentan crisis por cambios de vida.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar la frecuencia de crisis por cambio de vida en adolescentes embarazadas
- 2.- Determinar la prevalencia de adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico bajo.
- 3.- Comprobar la correlación de crisis por cambio de vida en adolescentes embarazadas y no embarazadas.
- 4.- Comprobar la correlación de nivel socioeconómico en adolescentes embarazadas y no embarazadas.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio transversal y descriptivo con aplicación de encuesta de evolución de diagnóstico de nivel socioeconómico con la escala de GRAFFAR el cual es un método de estratificación social del profesor belga Marcel Graffar, donde se evaluará la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principales fuentes de ingresos, condiciones de la vivienda, en la suma de la puntuación de los enunciados anteriores se evaluará el estrato socioeconómico de la familia el cual el resultado con la puntuación más baja estrato alto y en forma ascendente en la puntuación medio alto, medio bajo, obrero y marginal, y los de cambios de vida HOLMES, la que fue descrita desde 1967 por Thomas Holmes y Richard Rahe donde se evalúan 43 los eventos críticos de la familia en los últimos 12 meses de vida, los cuales nos dan como resultado de puntuaciones de 0 a más de 300 en las cuales se clasifican de menor a mayor de sin crisis a leves, moderadas y severas, Puntuaciones descritas en el cuadro de variables de ambos auxiliares diagnósticos. Así como encuesta que determinan edad el cual se medirá en años cumplidos, estado civil de acuerdo al momento del embarazo, escolaridad la cual contaba el periodo del embarazo, año de embarazo, el cual será con previo consentimiento informado a 181 adolescentes embarazadas las cuales se tomaron del censo nominal de los niños menores de 5 años para identificar las madres menores de 13 a 19 años de edad. Se realizó la determinación de la muestra de las adolescentes de 13 a 19 años edad no embarazadas de un universo de 390. A través de programa estadístico STATS con una población del 50%, con un margen de error del 5% y una significancia estadística del 95% en donde la muestra fue 195 adolescente las cuales fueron seleccionadas por muestreo aleatorio simple.

Su análisis estadístico se realizó por medio de X^2 y tabla de comparaciones en el programa estadístico SPSS 11.5 para Windows, los demás resultados se proporcionan a través de porcentajes.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, descriptivo: el estudio transversal o de prevalencia es un estudio epidemiológico observacional. En este tipo de estudio se mide simultáneamente la exposición a uno o varios factores de riesgo, así como a la enfermedad de interés, por lo que brinda información acerca de la frecuencia y distribución de diferentes factores de riesgo y/o daños a la salud. El indicador para cuantificar la frecuencia del daño a la salud es la prevalencia. Dado que la medición se realiza en un periodo único breve y bien definido, hace que el costo de estos estudios no sea tan alto.

UNIVERSO

Población: Todas las adolescentes de 13 a 19 años que se embarazaron en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005 las cuales fueron tomadas del censo nominal de niños menores de 5 años.

Lugar: Tacotalpa, Tabasco

Tiempo de estudio: enero de 2001 a diciembre de 2005.

MUESTRA

Su análisis estadístico se realizó por medio de X^2 y tabla de comparaciones en el programa estadístico SPSS 11.5 para Windows, los demás resultados se proporcionan a través de porcentajes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel socio económico bajo

VARIABLE DEPENDIENTE

Crisis por cambio de vida

CRITERIOS DE INCLUSION.

Adolescentes embarazadas de enero de 2001 a diciembre de 2005 en la ciudad de Tacotalpa, Tabasco. Que aparezcan como madres en el registro de niños menores de cinco años de esta localidad.

Adolescentes de 13 a 19 años no embarazadas que se encontraron en censo nominal de mujeres en edad fértil

CRITERIOS DE ELIMINACION

Todas las adolescentes embarazadas que no contesten en forma adecuadas las encuestas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Adolescentes con trastornos mentales que vivan en la ciudad de Tacotalpa, Tabasco.

INFORMACION A RECOLECTAR

VARIABLES

Las variables serán recolectadas en forma de encuesta la cuales están descrita en los anexos

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	COMO SE MIDE
Edad	Se contabiliza en años cumplidos	Cuantitativa	Años cumplidos
Año de embarazo	Año en que ocurrió el primer embarazo	Nominal	Año en el que ocurrió el embarazo
Estado civil	Estado civil en el primer embarazo	Nominal	Soltera Casada Unión libre
Escolaridad	Grado de estudio terminado hasta el embarazo	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatorio Universidad
Crisis por cambio de vida	Escala de Holmes: Valora los eventos que transcurrieron en la familia durante el ultimo año los cuales causaron cambios de estilo de vida en la familia	Nominal	De 0 a 150 UH: no se aprecian problemas de importancia De 15 a 190 UH: crisis leve De 200 a 299 UH: crisis moderada Más de 300 UH: crisis severa
Nivel socioeconómico	Método de Graffar se evalúa 5 puntos que estratifica el nivel socioeconómico de la familia	Nominal	0 - 4 Estrato alto 7 - 9 Medio alto 10-12 Medio bajo 13-16 Obrero 17-20 Marginal

CONSIDERACIONES ETICAS:

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas:

Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Principios básicos usados para la investigación

1. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
2. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
3. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
4. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la

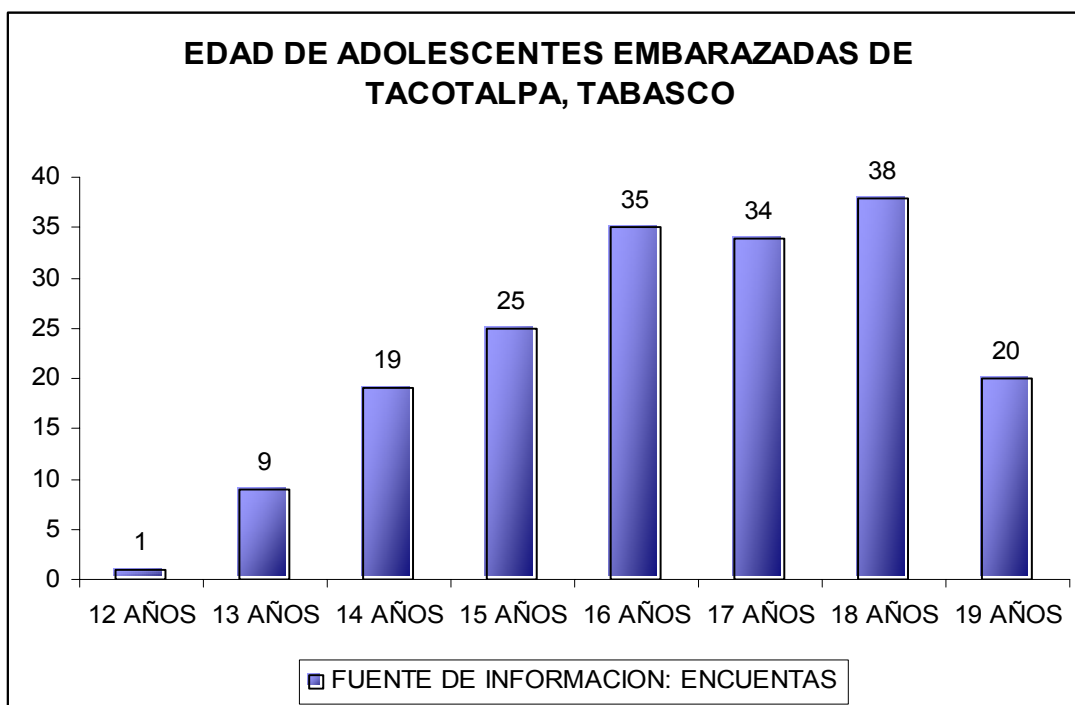
posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

5. consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

RESULTADOS

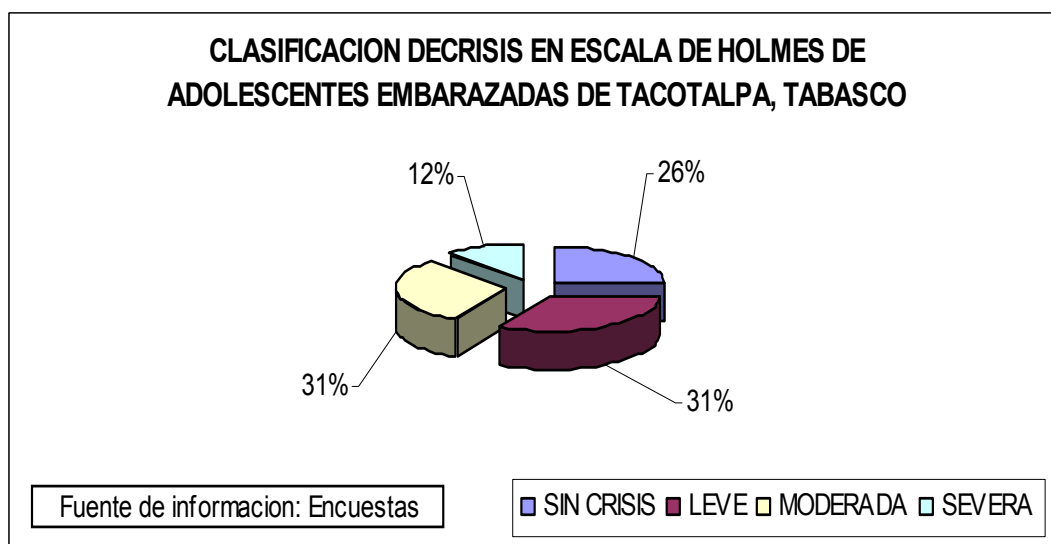
En el estudio descriptivo y transversal realizado se encontró que en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005 que en la ciudad de Tacotalpa, Tabasco se atendieron a 181 adolescentes embarazadas en la cuales las edades mas predominantes fueron 16,17 y 18 años con una gran similitud en los porcentaje y la edad con menor porcentaje fueron los 13 y 12 años con 5 y 1% respectivamente, (ver grafico 1) y se utilizó un grupo control de 195 adolescentes no embarazadas, las cuales fueron seleccionadas por muestreo aleatorio simple, de Tacotalpa, Tabasco en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005. A las que se le aplicó encuesta en las que se les valoró crisis por cambio de vida en donde se demuestra que las adolescentes embarazadas con niveles socioeconómicos bajos tienen 4.5 veces mas riesgos de sufrir crisis por cambio en su estilo de vida, que las adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico alto, se demostró que las adolescentes embarazadas presentan un 35.9% de crisis por cambio de vida y que la población general tiene un 37.6% de riesgo, demostrado en la tabla 1 y en el grafico II donde se encuentra el porcentaje real de la s adolescentes embarazada que es el 31% presentaban crisis leves (57) y moderadas (56), el 26% no presentaron crisis (27) y el 12% presentó crisis severa (21). Así se estudio la presencia de nivel socioeconómico de la adolescentes embarazadas de Tacotalpa, Tabasco en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005 que el nivel socioeconómico encontrado en las adolescentes embarazadas en la grafica III fue obrero (90) el 50%, marginal (80) el 44% medio bajo (7) y medio alto (4) 4 y 2% respectivamente, el nivel alto no se reporta el 0% que nos da como resultado en la tabla 2 que las adolescentes embarazadas tienen 8.4 veces mas riesgos de ser pobres que las adolescentes que no se han embarazado, y que las adolescentes embarazadas presentan un 43.7% de riesgos de ser pobres y la población general un 71.4%.

Grafico I



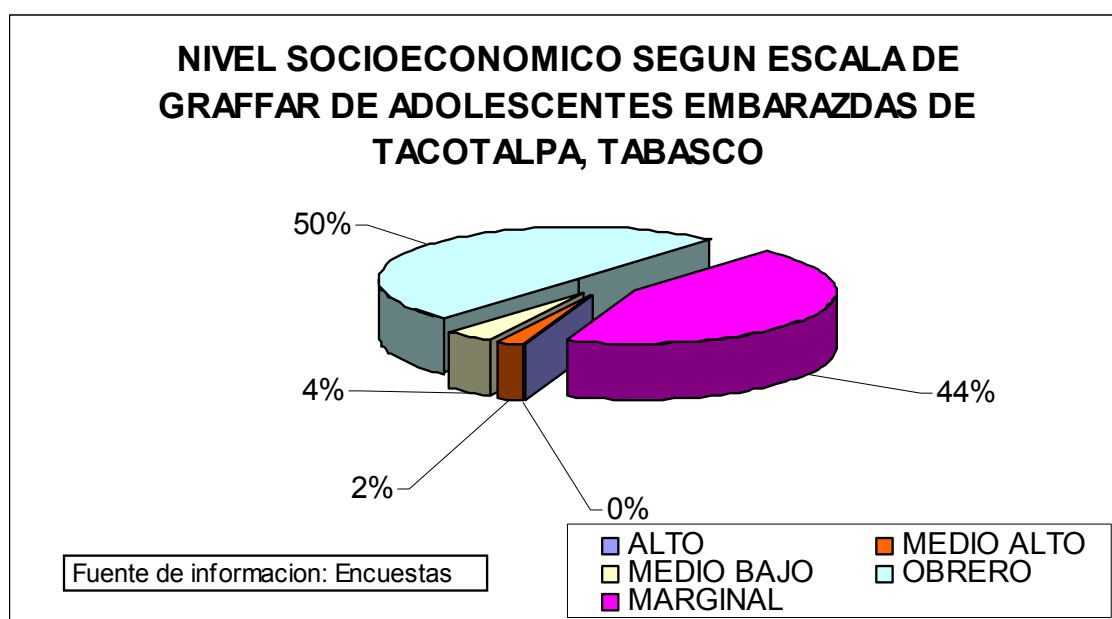
La edad que mas predomino en la encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el municipio de Tacotalpa, Tabasco fue de 18 años (38) con un 21%, seguida de 16 años (35) y 17 (34) años con un 19%, 15 años(25) con 14%, 19 años (20) el 11%, 13 años (9) y 12 años (1) 5 y 1% respectivamente.

Grafico II



Utilizando la escala de Holmes para valora crisis por cambio de vida se encontró en las adolescentes embarazadas de Tacotalpa, Tabasco que el 31% presentaban crisis leves (57) y moderadas (56), el 26% no presentaron crisis (27) y el 12% presentó crisis severa (21).

Grafico III



El nivel socioeconómico encontrado en las adolescentes embarazadas fue obrero (90) el 50%, marginal (80) el 44% medio bajo (7) y medio alto (4) 4 y 2% respectivamente, el nivel alto no se reporta el 0%.

Tabla 1.- adolescentes embarazadas y no embarazadas con crisis por cambio de vida

Pacientes	Con crisis por cambio de vida	Sin crisis por cambio de vida	Total
Adolescentes embarazadas con pobreza	125	45	170
Adolescentes no embarazadas con pobreza	53	86	139
Total	178	131	309

En donde se obtiene un riesgo relativo de 4.5 con una fracción atribuible de 35.9% así como una fracción atribuible a la población del 37.6 %

Tabla 2.- adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico bajo y alto,
adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico bajo y alto

Pacientes	Nivel socioeconómico bajo	Nivel socioeconómico alto	Total
Adolescentes embarazadas	170	11	181
Adolescentes no embarazadas	126	69	195
Total	296	80	376

Se obtiene un riesgo relativo de 8.4 con una fracción atribuible de 43.7 % y una fracción atribuible a la población de 71.4%

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en adolescentes embarazadas de Tacotalpa, Tabasco, en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005 donde se encontró que las adolescentes embarazadas con niveles socioeconómicos bajos tienen 4.5 veces más riesgos de sufrir crisis por cambio en su estilo de vida, que las adolescentes embarazadas con nivel socioeconómico alto, ya que se encontró que en la población estudiada el 50% de ella pertenecían al nivel obrero y el marginal con un 44%, se demostró que las adolescentes embarazadas presentan un 35.9% de crisis por cambio de vida y que la población general tiene un 37.6% de riesgo.

Se realizó una búsqueda sistematizada sobre crisis por cambio de vida no encontrándose trabajos sobre ello por lo que se propone trabajar sobre los estilos de vida de las adolescentes y como afrontar las crisis que son causada por cambios en los estilo de vida al presentarse el embarazo.

Así como se encontró que las adolescentes embarazadas tienen 8.4 veces más riesgos de ser pobres que las adolescentes que no se han embarazado, y que las adolescentes embarazadas presentan un 43.7% de riesgos de ser pobres y la población general un 71.4%, ya presentan 31% presentó crisis leves (57) y moderas (56), el 26% no presentaron crisis (27) y el 12% presentó crisis severa (21). A diferencia en los estudios realizados en Xalapa, Veracruz en la unidad familiar No. 66 en el periodo de febrero a agosto del 2001, se encontró que las adolescentes embarazadas tienen 5.71 veces más de riesgo pobreza en lo que se encuentra que las adolescentes con embarazo de Tabasco tiene más riesgo pobreza que en otros estado del sureste de la republica, y esto aunado a los cambios de vida que se incrementan.

CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública el cual a aumentado en grandes dimensiones, no por que falten estrategia o haya desinformación de métodos seguros para evitar un embarazo en aquellas jóvenes que inician vida sexual, en esta época de su vida, ya que se han realizado estudios y encuestas donde se demuestra que 95% de los jóvenes tiene información de los métodos de anticoncepción y un 70% los utilizan.

Uno de los efectos que tiene el que se la adolescente se embarace es que no esta capacitada física y psicológicamente para resolver los cambios de vida que trae consigo un embarazo lo cual implica en gran porcentaje de ella el abandono escolar, cambios de residencia, cambios en hábitos alimenticios y del sueño, e incluso en otras el matrimonio que son factores importantes para sufrir crisis.

En este estudio se encontró que las adolescentes embarazadas tiene mas crisis y son de nivel socioeconómico bajo, al igual que su nivel educativo es menor que las adolescentes que no se han embarazado, al igual que su estado civil cambia ya que se encontró que el 80% de las adolescentes contraen compromiso como el matrimonio o concubinato, lo que les restringe su independencia, no obstante el 89% de la adolescentes sin embarazo son solteras y con mas posibilidades de continuar estudiando y mejorar su nivel socioeconómico.

Se comparo con otro estudio realizado en el estado de Veracruz donde los resultados fuero similares lo que nos indica que en nuestro país a pesar de los esfuerzo y campaña de planificación familiar aun contamos con un gran grupo de jóvenes que aun que cuenta con la información no acepta el uso de lo métodos de planificación por que se nos incrementan los embarazo en adolescentes y con ellos la crisis de cambio de vida que están ligada al embarazo.

Con esto concluimos que el embarazo en una adolescente no solo es un problema de salud pública sino que también es un problema social el cual se debe evitar, promocionando a los adolescentes sobre métodos de planificación familiar, para obtener una mejor calidad de vida.

ANEXOS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la realización de la investigación clínica, epidemiológica, sobre (TITULO DELPROYECTO)

Donde yo C. _____

Una vez informado sobre los procedimientos de importancia y consecuencias que derivan de dicha investigación otorgo en forma libre mi consentimiento

Firma del paciente:

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

AÑO DE EMBARAZO: _____

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA

ESTADO CIVIL:

1.- SOLTERA: _____

2.- CASADA: _____

3.- UNION LIBRE: _____

ESCOLARIDAD:

1.- PRIMARIA _____

2.- SECUNDARIA: _____

3.- PREPARATORIA: _____

4.- UNIVERSIDAD: _____

RESULTADO DE AUXILIARES:

UNIDADES DE HOMES:

1.- 0 a 150 UH: no se aprecian problemas de importancia

2.- 15 a 190 UH: crisis leve

3.- 200 a 299 UH: crisis moderada

4.- Más de 300 UH: crisis severa

METODO DE GRAFFAR:

1.- 0-4 estrato alto

2.- 7-9 medio alto

3.- 10-12 medio bajo

4.- 13-16 obreros

5.- 17-20 marginal

UNIDADES DE HOLMES POR CAMBIOS DE VIDA

NOMBRE: _____

Marque con una X si en el último año sucedió alguno de estos eventos en su núcleo familiar.

ORDEN	EVENTOS EN LA VIDA	VALOR
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesiones o enfermedad personal	63
7	Matrimonio	53
8	Ser despedido del trabajo	50
9	Reconciliación matrimonial	47
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un miembro de la familia	45
12	Embarazo	44
13	Problemas sexuales	40
14	Aparición de un nuevo miembro en la familia	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	39
17	Muerte de un amigo muy querido	38
18	Cambio a una línea diferente de trabajo	37
19	Cambio del número de discusiones con la esposa (o)	36
20	Hipoteca superior a 25 mil nuevos pesos	35
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	31
22	Cambios de responsabilidades en el trabajo	30
23	Un hijo o hija abandona el hogar	29
24	Problemas con los parientes políticos	29
25	Logro personal notable	29
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienza o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en el horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambios en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor de 25 mil nuevos pesos	17
38	Cambio en los hábitos del sueño	16
39	Cambios en el número de reuniones familiares	15
40	Cambios en los hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidades	12
43	Violaciones menores de la ley	11

TOTAL DE PUNTOS: _____

METODO GRAFFAR

Marca con una X la respuesta correcta de acuerdo a su núcleo familiar

PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:

1. universitario, gran comerciante, gerentes, ejecutivos de grandes empresas.
2. profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
3. empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. obrero especializado, tractorista, taxista, etc.
5. obrero no especializado, servicio domestico, etc.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

1. universitaria o equivalente
2. enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. secundaria completa o técnico inferior (cursos cortos)
4. educación primaria completa
5. primaria incompleta, analfabeta

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS:

1. fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. ingresos prominentes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportista profesionales.
3. sueldo quincenal o mensual
4. salario diario o semanal
5. ingresos de origen publico o privado (subsidios)

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1. vivienda amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias
2. vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. vivienda con espacios reducidos pero confortable y buena condiciones sanitarias
4. vivienda con espacio amplios o reducidos pero con deficiente condiciones sanitarias
5. vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias

TOTAL DE PUNTOS: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Martínez, Crecimiento y desarrollo, Embarazo en la adolescencia aspectos obstétricos, perinatales, psicológicos y socioculturales, La salud del niño y del adolescente, 4ta edición, Manual Moderno, 2001, Págs. 1431-1456, 1488-1492.
2. h. de Cherney A., Iáven N, sexualidad y embarazo en niña y adolescente; Anticoncepción de la adolescente; Terminación del embarazo (Embarazo en la adolescente), Diagnostico y tratamiento gineco obstetrica, 8va edición, Manual Moderno, 2004, Pág. 687-689.
3. Villanueva L, Pérez Fajardo M., Iglesias L., factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazada Ginecología y obstetricia de México, 2000, volumen 68 abril, Pág. 143–148.
4. Ortigoza C. E., Padilla J. P. y López O.R., Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas, Ginecología y Obstetricia de México, 2001, volumen 69 septiembre, Pág. 363-370.
5. Villanueva L.A, Campos R, Pérez F.M. Conocimiento y practicas anticonceptivas en las adolescentes, Ginecología y obstetricia de México, 2001, volumen 69 Junio, Pág. 239 – 242.
6. Valdez B.F., Valle V.O., Prevalencia y factores de riesgos para complicaciones obstétricas en las adolescentes comparación con la población adulta, Ginecología y Obstetricia de México, 1995, Volumen 64 mayo, 209 – 213.
7. Simón P.L., Lira P.J., Ahued A.R., García B.C., Iturralde R. Priego P., Arteaga G.C., Morbilidad materna en adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México, 2002, volumen 70 Junio, Pág. 270-274.

8. Ortigosa C.E., Padilla J.P. y López O.R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres adolescentes embarazadas, Ginecología y Obstetricia de México, 2002, Volumen 70 Enero, Pág. 28-35.
9. <http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo-adolescencia.htm21kb>
10. <http://www.salutab.com>
11. <http://www.zonapediatrica.com>
12. Echeverri C., Grajales M., Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales durante febrero a julio del 2003. universidad de caldas.
13. Correón V.J, Mendoza S.H, Pérez H.C, Gil A.I, Soler H.E, González S., Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes, Archivos en Medicina Familiar, 2004 volumen 6, numero 3, septiembre-diciembre, Pág. 70-73.
14. Pontocarrero R.C., Expectativa de vida en madres solteras adolescentes, Umbrales de Investigación, 2004, volumen 1 No 1-2004 pag. 67 - 74
15. Figueroa M.I., Contini N., Lacunza A., Levin M., Estévez S. A., La estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar psicologico en un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (argentina), Anales de Psicología, 2005, volumen 21 No 1, Junio, pag. 66 – 72.
16. Valdes, D.S., Essie, J., Bardales M.J., Saavedra M.D., Bardales M.E., Embarazo en la adolescencia , incidencias, riesgos y complicaciones, Revista cubana de Ginecología, 2002, volumen 28, No 2, Paginas 33 – 37.1

17. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay/2nl/art2.html>
18. Ibarra M. L. adolescencia y maternidad impacto psicológico en la mujer, Revista Cubana de Psicología, 2003. volumen 20 No. 1 Junio Pag. 47 – 51.
19. Fernández L.S., Carro P.E., Oses F.D., Pérez P.J., Características de las gestantes adolescentes, Revista Cubana de Ginecología, 2004, volumen 30 No. 2, paginas 27 – 34.
20. http://www.depresion.psicomag.com/esc_eval.php
21. <http://www.marizan.Blogspot.com/2006/06los-acontecimientos-vitales.html>
22. Hernández Orozco manual de medicina de comunicación humana 2004, Editorial Instituto de la comunicación humana.
23. <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
24. cidemihparG arap acidèmoiB autaretiL. Otros estudios transversales, Archivos en Medicina Familiar, 2004 volumen 6, numero 2, mayo-agosto, Pág. 29-30
25. <http://www.grupoese.com.ni/2001/bn/07/09op2MN0709.htm>
26. Santos Preciado José Ignacio; la salud de adolescentes: cambios de paradigma de un enfoque de daños a la salud al estilo de vida sana; Revista salud publica de México, 2003 Vol. 45 Pág. 5-7
27. Maddaleno M, Morello P. Infante-Espinola F., salud y desarrollo de los adolescentes y jóvenes de latino América y el Caribe: desafío para las próximas décadas, Revista salud Publica de México 2003 Vol. 45 Pág. 132-139

28. Rasmussen-cruz B, Hidalgo-San martín Alfredo, Publicaciones sobre adolescencia en revistas medicas de México, Revista de salud publica en México, 2003 Vol. 45, Pág. 167-169

29. Nuñez-Urquiza R, Hernández Prado B. García Barrios C. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto Revista de salud publica en México, 2003 Vol. 45, Pág. 92-101.

30. Valdivia P. M, Molina S. M. Factores Psicologicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Revista de Psicología 2003 Vol. 12 num. 002 Pag. 85-109