



DELEGACION 2 NORESTE DEL D.F.
 HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
 " TLATELOLCO "
 JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

11517
 TESIS DE
 POSGRADO

67
 2oj-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

" RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE "

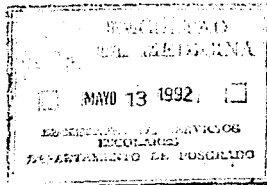
- PROBLEMA MEDICO SOCIAL -

DR. VICTOR FELIX LOPEZ ZEPEDA
 ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA
 TESIS DE POSTGRADO

MEXICO D.F. 1991



CENTRO MEDICO DE LA
 Hosp. de Gineco Obstetricia
 Jefa de Enseñanza e Investigacion



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1192



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 está 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.



DELEGACION 2 NORESTE DEL D.F.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
" TLATELOLCO "
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS DE
POSGRADO

I N D I C E

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVO
- III HIPOTESIS
- IV MATERIAL Y METODOS
- V RESULTADOS
- VI DISCUSION Y CONCLUSIONES
- VII BIBLIOGRAFIA



I. INTRODUCCION

Se conoce y acepta que el embarazo en la adolescente es un problema médico y social de riesgo alto, con repercusiones psicológicas, educativas, nutricionales, sociales y económicas.

En esta etapa de la vida, de ocurrir el embarazo y ya sea que éste se lleva a término o no, obstétricamente condiciona mayor morbilidad materna y fetal, y socialmente se reconoce un síndrome de fracaso. Este último incluye imposibilidades de : completar las funciones biológicas y sociales de la adolescente, de seguir acudiendo a la escuela, de cubrir las propias necesidades materiales, debe enfrentar el rechazo social, no esta a su alcance formar una familia estable, limitando el crecimiento de la misma, así como tampoco podrá tener hijos sanos que alcancen su potencial vital. - (1,2).

El embarazo de adolescentes ocurre en todos los grupos sociales. económicos, raciales y étnicos. No hay unanimidad acerca de la importancia que tienen diversos factores como causales del embarazo en la adolescente; sin embargo entre estos se reconocen : psicológicas. familiares, ambientales, educacionales, económicos.

Factor Psicológico.

La industrialización, la sociedad urbana compleja prolongan la educación y retardan o condicionan la búsqueda de pareja y la actividad sexual. Reconocido es que la madurez sexual no es acorde con la psicológica, ya que la primera se establece prácticamente con la pubertad, y la segunda se da en etapas de maduración,(3), hasta determinar y establecer un sistema de valores y elección de una vocación, esto permitiendo se establezca la transición psicológica- hasta los papeles sociales de adulta. en esta búsqueda de identi-



- 2 -

dad, la rebelión es un factor frecuente y clave del embarazo. Frecuentemente la mujer adolescente sexualmente activa, señala que su experiencia no era un deseo de sexo, sino interés por ser deseada, cuidada y mimada. (4). Se ha establecido que en esta etapa se manifiesta deseo de afecto, intercambio del mismo, y demostración de independencia con deseo de ser adulto independiente, con necesidad de alguien para quererlo, o que la quiera; o bien se manifiesta un fuerte deseo de ser desafiante, de demostrar categoría de adulto, de aceptar un reto, un peligro y, a pesar de las consecuencias de su conducta, requiere prolongar la autoridad de los padres o de otros adultos. (4).

En mujeres jóvenes se ha observado conducta sexual con tendencia a la actividad y la dominancia, en contraste con la plenitud sexual de la madurez. (5).

Finalmente, en relación a este factor de rebelión, es indudable y benéfica la supresión de los dobles estándares (promover y alentar la experimentación sexual en jóvenes varones, contra el condicionado y reprimido en la adolescente) la disminución de las inhibiciones y los tabúes que existían hace una generación; sin embargo, también es evidente que el contacto sexual en edad temprana no suele ser una experiencia sin inhibiciones, con relajación y agradable. (6).

Factor Familiar-Social.

Las definiciones de moralidad y de relaciones sexuales aceptables, varían entre distintas culturas y en una misma la conciencia personal y la preferencia social tienen papel en la conceptualización de la conducta adecuada. (2). Además de los conflictos generados que existen entre los individuos acerca de las normas adecuadas



- 3 -

das de moralidad en la adolescencia, parece haber otro conflicto - que depende de la diferencia entre generaciones y guarda relación específica con el hecho de ser adolescente o adulto.

Los adolescentes en promedio, tienen nociones bastante más liberales que las de sus padres, a pesar de datos que sugieren que - los adolescentes de la actualidad no difieren notablemente de los de otras generaciones, y que se identifican íntimamente con valores paternos.

Los padres de la adolescente, con frecuencia experimentan inseguridad o inconsistencia en las actitudes, y la conducta a tomar - en la educación sexual de la misma, quizá al recordar su propia conducta, y pueden optar por la formación restrictiva y con tabúes, o el brindar información precisa que oriente y conserve los valores familiares.

La mayoría de las adolescentes no inician su actividad sexual con el fin de quedar embarazadas, muchas de ellas consideran el - sexo como necesario para lograr beneficios sociales, como una prueba de su valentía y un componente importante de una imagen adecuada de sí misma, considerando a aquellas que no la tienen, como socialmente descartadas. (4).

En las sociedades modernas, el ambiente contribuye, de no ser socialmente orientada, a la actividad sexual temprana y la posibilidad de embarazo. El bombardeo constante de sexualidad a través - de los medios de difusión que sugieren sutilmente cómo pero no explican porque, rodeando la sexualidad y todo lo referente al sexo con una aureola idealista, impidiendo separar el hecho de la fantasía, pudiendo cursar en la adolescente confusión, y hacerle considerar que su vida es triste y aburrida, en comparación con la sexualidad presentada públicamente de algunos prototipos juveniles.



- 4 -

En lo tocante a la religión, si bien ésta fué factor preponderante para disminuir o reprimir la actitud sexual de este grupo, la evidencia actual es que ha perdido influencia aún en aquellos grupos donde su influencia es incuestionable.

La relación familiar, como lo demuestran muchos estudios, es condicionante de embarazo en la adolescente, sobre todo, en aquellas familias que cuentan con uno solo de los progenitores, por separación o divorcio, ya que en tal caso, el embarazo puede ser la respuesta a la pérdida de un progenitor, o la estimación por la adolescente de única forma de encontrar amor y cariño, ó bien, considere la gravidez como una substitución del progenitor ausente, o en fin, una forma de evitar soledad y aislamiento. (7,8).

La adolescente también puede originar por ese embarazo conflictos con la madre, al hacerle presente su propio envejecimiento, que altera su patrón sexual y reproductor; y aunque la madre verbalmente ponga a la hija en guardia para que no tenga actividad sexual, ésta puede estar recibiendo un aliento subconciente hacia la conducta sexual prohibida; la hija puede actuar representando alguna de las conductas sexuales previas de la madre, o algunos de sus miedos y deseos inconcientes. (9).

Evidentemente este factor es complejo, como cita Pauker " Las muchachas no están embarazadas por que son diferentes, sino que son algo diferentes porque están embarazadas ", (8)., ya que es un hecho que muchos de los embarazos en adolescentes dependen del azar o del error, de la misma manera que muchos embarazos de adultos son atribuibles a estos dos mismos fenómenos.

Factor Educativo.

Los altos índices de deserción escolar o el grado bajo de esco



- 5 -

laridad aunado a la edad, margina a este grupo de la información sexual o lo imposibilita a recibirla o comprenderla y captar su propia situación. (10,11). Estos hechos condicionan grandes deformaciones de las ideas que se tienen acerca de la ovulación, eyaculación, uso y eficacia de los métodos anticonceptivos, o propician su empleo de forma inadecuada, dando lugar a un mayor número de efectos secundarios, o lo que es más grave, anulando por desconocimiento el aprovechamiento de sus ventajas.

A estas consideraciones se agrega que la adolescente, siente vergüenza para preguntar del sexo y medidas anticoncepcionales, en gran medida por el miedo a que tales preguntas pudieran dar origen a la sospecha de que esta teniendo actividad sexual. (12,13,14).

Factor Económico.

No está establecido que la actividad sexual temprana sea más frecuente en las más bajas capas sociales, pero sí que iniciada ésta, el embarazo es más frecuente en adolescentes que pertenecen a las mismas. Por su edad y escolaridad el gran porcentaje de adolescentes son dependientes en todos los sentidos del núcleo familiar, y en sociedades como la nuestra, ésta, en el mejor de los casos proporciona apoyo y refugio, sin embargo, sus posibilidades en el mercado de trabajo son mínimas, limitadas y por consiguiente insuficientemente remuneradas.

Analizando los factores que condicionan el embarazo en la adolescente, es conveniente y necesario, para entender la evolución del propio embarazo, considerar las repercusiones familiares que causa, y las formas en que estas influyen en el mismo, propiciando inestabilidad y labilidad emocional con repercusiones maternofetales. Es un hecho que en todos los grupos socioeconómicos suele ha-



- 6 -

ber presiones sobre la mujer joven, soltera, con vida sexual activa, si la misma es adolescente éstas se acentúan. Al ocurrir el -- embarazo, en el seno familiar el enojo y la tendencia al rechazo -- es la respuesta más frecuente; este rechazo puede manifestarse en tal intensidad que la adolescente siente la necesidad de abandonar el hogar. Acompañando al rechazo puede generarse en forma ambiva-- lente vergüenza y culpabilidad, vergüenza ante el núcleo familiar, en base a la respuesta y comentarios de familiares y amigos, y a -- la mención de las aspiraciones fracasadas para la familia respec-- to a la descendencia. Culpabilidad acerca de qué situaciones por -- malas causaron tal evento, y cuál el papel que los padres pudieron haber desarrollado para contribuir a tal hecho, acentuando con ta-- les consideraciones las propias luchas de los padres y la desarmon-- ía marital. Particularmente grave es la crisis en la madre de la adolescente, (15)., generalmente las de estrato económico bajo -- aceptan fácilmente el embarazo de la hija, y muchas veces admiten el papel de criar a los nietos; pero en ocasiones los viejos meca-- nismos de adaptación ya no funcionan, y hay que buscar nuevas so-- luciones para resolver la situación. El embarazo puede despertar -- en la madre sensaciones relacionadas con experiencias pasadas y -- con la situación actual. También puede estimular conflictos entre ella y la hija acerca de los papeles maternos y las responsabilida-- des que correspondan a cada una.

En la adolescente el diagnóstico mismo es tardío, lo que pospo-- ne la atención, misma que se afecta en parte por la poca informa-- ción, así como por las irregularidades menstruales observadas; sin embargo, para muchas de las adolescentes existe un cuadro complejo que incluye negación, fantasmas respecto al individuo que va a ca-- sarse con ellas y rescatarlas, y miedo a la respuesta de padres y



- 7 -

y amigos. Parte de este miedo, indudablemente, guarda relación con la sensación de haber actuado mal y de los conflictos tanto personales como de pareja que se han dado desde el momento que se confirmó el embarazo, y que generalmente traducen rechazo y abandono por parte del compañero, que no admite la responsabilidad de la gravidez y no quiere legitimizar la situación, ni otorgar su apoyo.

Estas condiciones pueden persistir durante todo el embarazo y condicionar morbilidad directa e indirecta.

II . O B J E T I V O

Conocer la forma de resolución del embarazo en la adolescente, las complicaciones de la misma y las condiciones del neonato.

III. H I P O T E S I S

El embarazo en la adolescente condiciona mayor morbilidad materna y fetal.

IV . M A T E R I A L Y M E T O D O S

De 100 pacientes adolescentes atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de abril a mayo de 1990, se estudiarán 74 casos, que requirieron atención obstetrica, registrando las siguientes variables : edad, escolaridad, estado civil, menarca, inicio de vida sexual, número de gestaciones, control prenatal, edad gestacional, procedimiento obstetrico resolutivo y sus complicaciones, peso del producto, valoración de Apgar y la presencia o no de trauma obstetrico.



- 8 -

V . R E S U L T A D O S

El estudio incluyó 74 pacientes ($n=74$), que corresponde al 3.1 % de un total de 2,369 nacimientos para el periodo de estudio, según se muestra en el cuadro No. 1 .

El rango de edad figura en el cuadro No. 2, con pacientes entre los 16 a 19 años, con una media de 18 años.

El cuadro No. 3 muestra el estado civil de las pacientes al momento del estudio, predominando las casadas con número de 49 para un 66%.

En relación a la escolaridad, como se muestra en el cuadro No. 4, considerando ciclos completos, la mayoría tenía instrucción secundaria, con un total de 48 adolescentes que constituyen el 65%.

La ocupación al momento del estudio mostro que 23 de ellas el 31%, trabajaba y se hacia cargo de su hogar, cuadro No. 5.

El rango de la menarca fué entre los 9 a los 16 años con una media de 12 años con 25 pacientes, cuadro No. 6.

El cuadro No. 7 muestra el inicio de relaciones sexuales con un rango de los 14 a 18 años y una media entre los 16 a 17 años.

Respecto al número de gestaciones, 12 de las pacientes correspondían a secundigestas, es decir un 12%, de estas 4 tenían el antecedente de cesárea previa constituyendo el 5%, como se muestra en los cuadros 8 y 9.

Se consideró con control prenatal a aquellas pacientes que reunían un mínimo de cinco consultas prenatales, siendo 52 pacientes, que equivalen al 70% de la muestra, cuadro No. 10.

El procedimiento obstétrico resolutivo predominante fué el parto en 52 pacientes que corresponden al 71% de los casos, con una razón de 40 eutocias por 12 distocias, el 30% restante (21 casos) mediante cesárea, cuadro No. 11. De las distocias 8 casos fuerón -



- 9 -

originadas por periodo expulsivo prolongado y en 6 de ellas la resolución amerito la aplicación de Forceps.

En relación con la cesárea, cuadro No. 12., la causa predominante la establecieron la desproporción cefalopelvica y el sufrimiento fetal agudo, el resto lo constituyen, en orden de frecuencia, el período intergenesico corto en 3 casos, la toxemia severa en 2, el trazo no reactivo en 2, y otras indicaciones en 4 casos.

Complicaciones de la resolución obstétrica:

Estas se presentaron en la vía de resolución abdominal en un total de 7 casos (33%), siendo de tipo infeccioso con las variantes de deciduitis en 4 casos e infección de herida quirúrgica en 3 casos. En 2 de los 7 casos se presentaron ambas complicaciones.

Condiciones del Neonato .

Peso : Se registrarón 74 nacimientos de los cuales 64 (86 %) presentarón peso en límites normales y 10 casos de bajo peso al nacer, Cuadro No. 13 .

Valoración de Apgar : El 5.5% de los casos presentarón asfixia de moderada a severa recuperada, el Trauma obstétrico en 5 casos - (6.9 %) secundario a la aplicación de Forceps, consistente a equimosis facial y huellas en regiones diferentes a la biparietomalar, cuadro No. 14.

Se presentó un óbito fetal en un embarazo de término con producto 3.550 K de peso en una paciente de 15 años de edad.

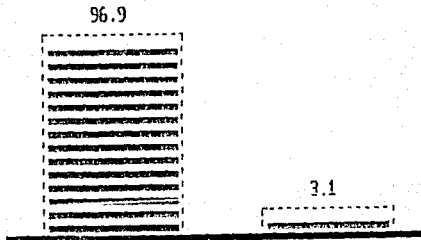


RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
 PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 1

TOTAL DE NACIMIENTOS

ABRIL - MAYO 1998



NACIMIENTOS	2,358	100 %
ADULTOS	2,294	96.9%
ADOLESCENTES	74	3.1%



- 11 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 2

E D A D		
EDAD	PACIENTES	%
14	0	0
15	0	0
16	4	5
17	20	27
18	28	38
19	18	25
	<u>74</u>	<u>100</u>



- 12 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 3

ESTADO CIVIL

	PACIENTES	%
CASADA	49	66
SOLTERA	11	15
UNION LIBRE	10	13
CONCUBINA	4	6
	<hr/> 74	<hr/> 100



- 13 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 4

ESCOLARIDAD

	PACIENTES	%
PRIMARIA	29	27
SECUNDARIA	48	65
PREPARATORIA	6	8
	<hr/>	<hr/>
	74	100



IMSS

DELEGACION 2 NOROESTE DEL D.F.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
" TLATELOLCO "
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS DE
POSGRADO

- 14 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 5

OCUPACION

OCUPACION	PACIENTES	%
EL HOGAR	51	69
TRABAJADORA	23	31
	<hr/>	<hr/>
	74	100



- 15 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 6

MENARCA

EDAD	PACIENTES	%
9	3	4
10	5	6
11	12	16
12	29	39
13	16	21
14	7	9
15	1	1
16	1	1
	<hr/>	<hr/>
	74	100



- 16 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 7

INICIO DE VIDA

SEXUAL ACTIVA

EDAD	PACIENTES	%
14	5	7
15	14	19
16	23	31
17	25	34
18	7	9
	<hr/> 74	<hr/> 100



- 17 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 8

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTACIONES

GESTACIONES	PACIENTES	%
G I _____	62 _____	84
G II _____	12 _____	16
	_____	_____
	74	100



- 18 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 9

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

ANTECEDENTES
DE CESAREA

PACIENTES %

C I _____ 4 _____ 5



- 19 -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 10

CONTROL
PRENATAL

		%
SI	52	70
NO	22	30
	<hr/> 74	<hr/> 100



- 20 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 11

RESOLUCION
DEL EMBARAZO

VIA		%
PARTO EUTOCICO	48	55
PARTO DISTOCICO	12	16
CESAREA	22	29
	<hr/> 74	<hr/> 100



- 21 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 12

MOTIVO DE CESAREAS

DCP _____	9
SFA _____	5
TOXEMIA _____	2
RPM _____	2
PELVICA _____	2
INTERGENETICO CORTO _____	2

22



- 22 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 13
CONDICIONES DEL NEONATO

PESO
DE LOS PRODUCTOS

		%
PESO ADECUADO A		
EDAD GESTACIONAL	64	86
BAJO PESO AL NACER	18	14



- 23 -

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
PROBLEMA MEDICO SOCIAL

CUADRO NO. 14

CONDICIONES DEL NEONATO

RESULTADO
DE LOS PRODUCTOS

	%
ASFIXIA MODERADA A	
SEVERA RECUPERADA	5.5
TRAUMA OBSTETRICO	6.9



- 24 -

VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los datos existentes hasta el momento indican que es preocupante e incierta la condición presente y futura de la madre adolescente en nuestra sociedad, teniendo nuestra piramide poblacional base ancha es de esperarse que en breve tiempo la demanda de atención para este grupo de edad se incremente. En el presente trabajo son de llamar la atención las condiciones del estado civil de la muestra estudiada donde si bien es cierto el porcentaje mayor lo constituyen las casadas, esta condición se dio en base al mismo embarazo, percibiéndose precipitación en este hecho y condicionando una relación inestable en la pareja, ya que el casamiento legitimará el nacimiento y la actividad sexual, pero no resuelve los problemas prácticos relacionados con el embarazo, mismas consideraciones que pueden aplicarse a los otros estados civiles que en proporción significativa se presentan.

La escolaridad en esta muestra, en consideración a la edad, es baja, y con el resultado en todos los casos del abandono de estudios, sin poderse determinar, como en otras muestras, si esta condición es temporal o como lo demostrado en la mayoría de los casos permanente.

Los datos anteriores (escolaridad y estado civil) aunados a la edad, condicionan la ocupación de este grupo que, como en otras muestras, acentúan o requieren la protección familiar o de su pareja, desarrollando su fuerza de trabajo en el hogar, o ingresando a una fuerza de trabajo poco remunerativa, de gran esfuerzo físico y con pocas perspectivas de superación.

Este trabajo corrobora la hipótesis enunciada al demostrar que la morbilidad materna y fetal se incrementa en este grupo de edad,



- 25 -

con la resolución obstétrica, predominando la misma en las edades menores a 17 años, donde la frecuencia del trabajo de parto prolongado que, por una parte la condiciona o da origen a procedimientos quirúrgicos resolutivos en condiciones de urgencia relativa o absoluta, que repercuten sobre el neonato a corto y largo plazo (asfixia, trauma obstetrico). Se incrementa el porcentaje de cesáreas y por todo esto la posibilidad de morbilidad materna.

Conclusiones :

Son multifactoriales las causas que determinan el embarazo en la adolescente (social, familiar, educacional, económico), sin embargo, es un hecho que cuando esto ocurre el riesgo obstetrico es elevado con porcentajes de morbilidad materno-fetales perinatales de consideración.

La aceptación de normas más liberales de conducta sexual en los adolescentes es lógica (considerando la pertinencia de conducta para cada individuo), y es patente que muchos de ellos participan en gran diversidad de experiencias. Es lógico que la preocupación de los padres en la sociedad actual, algo restrictiva, sea mayor cuando es más probable que los hijos participen en actividades sexuales, que pudieran dar lugar a problemas de la índole de embarazo y condena social, de ahí que conocidos los factores que condicionan la conducta global de la adolescente en la que el comportamiento sexual es sólo parte, sería deseable una mayor participación de sociedad, familia y el estado a través de grupos multidisciplinarios que brinden asesoría y complementen la educación sexual. Todo esto en una época en que predominan los medios de propaganda y publicidad en masa, cuando las autoridades tradicionales han perdido obligadamente algo de fuerza, y en una etapa y época -



- 26 -

en que la adolescente parece buscar mayor intimidad personal.

Es primordial evitar el síndrome de fracaso en la ya embarazada, mediante la asesoría personal y familiar, modificando conductas personales y punitivas, como la escolar, en donde el sistema tradicional, aduciendo contaminación social, condiciona y-o promueve el abandono de estudios.

Del presente trabajo de investigación, se detecta la necesidad de crear la CLÍNICA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, En todas las unidades de Gineco-Obstetricia, en donde debiera participar un grupo multidisciplinario constituido por las especialidades de Ginecología, Pediatría, Psicología, Dietología y Trabajo Social, al que se enviara toda adolescente desde el momento que se establezca el diagnóstico de embarazo. Dicho grupo incluirea en su programa y universo de trabajo el familiar y social de la adolescente embarazada.



VII. BIBLIOGRAFIA

- 1 Waters, J.L.: Pregnancy in adolescents: A syndrome of failure
South Med J 62:655, 1969
- 2 Marchetti, A.A., Menaker, J.S.: Pregnancy and adolescent
Amer J. Obstet, Gynec; 59:1013, 1950
- 3 Dewhurst, C.J., and Spence, J.E.H.: Stature and the Gynecologist
Obstet. Gynecol. Surv., 32:59, 1977
- 4 Hertz, DG.: Psychological implications of adolescent pregnancy :
Patterns of family interaction in adolescent Mothers-to-be.
Psychosomatics 18;13, 1977
- 5 Ososky HD, Spitz D.: adolescent sexual behavior: Normative beha
vior and current trends. In Gallagher JR (ed): Medical Care of -
the Adolescent, 3ed. New York, Appleton, 1975.
- 6 Klerman, LV., Jekel, J.F.: School-Age Mothers: Problems, programs
and policy. Hamden, Conn, The Shoe String Press, 1973
- 7 Paunker, JD. : Girls pregnant not of wedlock. J Operation Psychol
1:7, 1970
- 8 Nadelson, C.: The pregnant teenage problems of choice in develop-
mental framework. Psychiatr Opinion 12:6, 1975
- 9 Kestenber, J.: Phases of adolescence With suggestion for a - -
correlation of Psychic and hormonal organizations. III. Puberty -
growth, diferentiation, and consolidation. J Am Acad Child Psychia
try 7:108, 1968.
- 10 Jeckel, J.: Primary or secondary prevention of adolescent pregnan
cy J Sch Healt 47:457, 1977
- 11 Boyce, J; Benoit, C.: Adolescent pregnancy. NY State Med, 77:872,
1975.
- 12 Pierson, EC.: Gynecologic approach to coueseling The sexually ac-
tive young Woman. Clin Obstet Gynecol 21:235. 1978



- 28 -

- 13 Kane, F. Moan D., Bolling, B.: Motivational factors in pregnant - adolescent. Dis Nerv Syst 35:131. 1974
- 14 Osofsky JD., Kendall N., Rajan R.: Adolescents as Mother: An - interdisciplinary approach to a complex problem. J yount adolesc. 2:233, 1977
- 15 Bryan-Logan B., Dancy B.: Unwed pregnant adolescent. Nurs Clin - North Am. 9:57, 1974