

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen 68
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2005
January-March

Artículo:

Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes

Guillermo Padrón Arredondo*

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable. **Objetivo:** Conocer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de un municipio de características *sui generis*. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en el que fueron analizadas 218 adolescentes embarazadas de Playa del Carmen en el estado de Quintana Roo, México. **Criterio de inclusión:** embarazadas de 11 a 18 años. **Resultados:** Fueron encuestadas un total de 218 adolescentes embarazadas. La edad promedio fue de 14.9 años (moda de 16 y media de 16.4 años). La orientación sexual fue impartida en la mayoría (39.0%) de los casos por la madre. El estado civil predominante fue la unión libre (44.0%). Se registró alcoholismo en el hogar en más de la mitad de los casos (62.3%). El 18% de las jóvenes señalaron haber sufrido abuso sexual, 13.3% estupro y 13.3% violación. La menarquía se presentó en la gran mayoría (91.3%) entre los 11 y 14 años (límites: nueve y 16 años). El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años. El 8.7% indicó haber tenido al menos un aborto previo. El 47.2% señalaron no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sólo el 8.8% manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos. El embarazo fue deseado en 50.4% de los casos. **Conclusiones:** En este estudio se encontró un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años de edad para el embarazo. Aunque habrá que asumir que la conducta de las adolescentes ha cambiado en cuanto a las relaciones sexuales y búsqueda de pareja tempranas.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo, sociodemografía.

ABSTRACT

Introduction: The adolescence is an opening to real sexual possibilities there is biological capacity for the sexual exercise, but there still is not psychological capacity to understand it inside the context of a responsible relationship. **The objective of the study was to know the characteristic sociodemographics of the pregnant adolescents of a municipality of characteristic sui generis.** **Material and methods:** Study observational, prospective, transverse, descriptive, using statistic of central tendency, and percentages. **Inclusion approaches:** Pregnant of 11 to 18 years. **Results:** They were interviewed a total of 218 pregnant adolescents during the period of study finding the following data: Age: average of 14.9 years old (mode of 16 and medium of 16.4 years). Sexual orientation: mother 39.0%. Civil state: Union free 44.0%. Alcoholism in the home: positive 62.3%. Abuse sexual: positive in 18%, estupro in 13.3%, violation in 13.3%. Menarca: minimum and maxim age of 9 and 16 years old. Beginning active sexual life: minimum to the 11 and maxim to the 18 years. Abuse sexual: negative 82.1%. Abortions: 8.7%. Knowledge of birth-control methods: negative 47.2%. Use previous of birth-control methods: yes 8.8%. Use previous of contraceptive: not 91.2%. Pregnancy wanted: yes 50.4%. **Conclusions:** In this study a normal pattern met for a society like the Mexican with a media of 17 years old. Although it will be necessary to assume that the behavior of the adolescents has changed for the sexual relationships and early couple search.

Key words: Adolescence, pregnancy, sociodemography.

* Cirugía General. Hospital Integral Playa del Carmen, Secretaría de Salud.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, la adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagoniza con las fuerzas biológicas de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia.¹

Playa del Carmen tiene una población mayor de 100,000 habitantes, con una tasa de crecimiento de 18.7% anual (la más alta en el Continente Americano). En el último periodo entre censos, la población urbana creció en 25.3%. La dinámica demográfica de Playa del Carmen registra la existencia de un aporte migratorio constante. Se estima que la ciudad ha recibido por migración no menos de 40,000 habitantes en el último periodo intercensal, aproximadamente 3.5 hogares por día. Respecto a la estructura por edad, se registra un muy leve envejecimiento de la población con mayor proporción de adultos jóvenes. La tasa de natalidad es de 2.5%. El que, además de la inmigración, existe un elevado índice de natalidad, sobre todo por embarazos en mujeres adolescentes, fue lo que motivó que se realizara este estudio.

La salud sexual es un componente esencial de la salud general e incluye el evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual. Los embarazos no deseados se asocian con riesgo elevado de pobreza social y económica, así como a enfermedades, tanto para la madre como para su hijo, y a secuelas importantes de infecciones transmitidas sexualmente como: inflamación pélvica inflamatoria e infertilidad, cáncer cervical e incremento de la susceptibilidad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).²

El objetivo de este estudio fue conocer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de un municipio de características *sui*

generis a fin de determinar las pautas a seguir en cuanto a fortalezas y debilidades de los programas oficiales de educación y orientación sexual en la niñez y adolescencia con el propósito de incidir en la disminución de esta problemática social mediante la comprensión y actualización de los programas específicos para cambiar la conducta sexual en esta etapa de la vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo que analizó, mediante la aplicación de una encuesta dirigida, adolescentes embarazadas en la ciudad de Playa del Carmen, municipio de Solidaridad del estado de Quintana Roo, México. El estudio abarcó un año (2002 al 2003). En todos los casos se obtuvo autorización por escrito de las adolescentes encuestadas.

La encuesta contuvo 30 preguntas que fueron aplicadas por el personal médico institucional a las adolescentes durante la consulta ginecológica o después del parto en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) municipal y en el Hospital Integral de Playa del Carmen de la Secretaría de Salud (SS).

Los criterios de inclusión fueron: todas las pacientes adolescentes (edad de 11 a 18 años) que acudieron durante el periodo de estudio a los servicios públicos del IMSS, DIF y SS. Para los fines de este estudio, no se establecieron criterios de exclusión. Los criterios de eliminación fueron: casos con encuesta incompleta o no autorizada por las pacientes.

Los resultados de las encuestas fueron analizados utilizando medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda), así como porcentajes.

RESULTADOS

Fueron encuestadas un total de 218 adolescentes embarazadas durante el periodo de estudio: 86 (39.4%) del IMSS, 56 (25.6%) del DIF y 76 (34.8%) de la Secretaría de Salud. La edad promedio fue 14.9 años (rango de 11 a 18, moda de 16 y media de 16.4 años) (*Cuadro I*).

El 8% es analfabeta y 92% sabe leer. La escolaridad fue: educación primaria en 129 mujeres (59.1%), secundaria en 74 (33.9%), preparatoria o carrera técnica en 12 (6.5%) y sin escolaridad en tres (1.3%). El lugar de nacimiento fue: suburbano

Cuadro I. Edad de las 218 adolescentes embarazadas.

Edad	n	%
11	1	0.5
12	1	0.5
13	8	3.0
14	9	4.0
15	28	13.0
16	44	20.0
17	72	33.0
18	55	26.0
Total	218	100.0

Cuadro II. Persona responsable de la orientación sexual previa de las adolescentes encuestadas.

Persona	n	%
Madre	84	39.0
Profesor	47	22.0
Ninguno	44	20.0
Otros	33	15.0
Padre	7	3.0
Médicos	3	1.0
Total	218	100.0

en 80 casos (36.6%), urbano en 95 (43.5%) y rural en 43 (19.7%).

Respecto a la religión, 128 (58.7%) son católicas, 45 (20.6%) pertenecen a otras sectas religiosas y las 45 (20.6%) restantes no profesan ninguna. Tres años antes del embarazo, 145 (66.5%) de las adolescentes vivían con sus padres, 29 (13.3%) con la madre, cuatro (1.8%) con el padre y 40 (18.3%) con otros. La distribución según la actividad previa al embarazo fue la siguiente: 99 (45.4%) se dedicaban a tareas del hogar, 95 (43.5%) trabajaban y 44 (20.1%) eran estudiantes. En cuanto a la ocupación paterna, 190 (87.1%) jóvenes indicaron que el padre trabaja, 11 (5.0%) dijeron que ignoran a qué se dedica y las 17 (7.7%) restantes señalaron la opción "otros". La ocupación de la madre fue: actividades del hogar en 144 (66.0%) casos, el trabajo en 70 (32.1%) y desconocido en las restantes. Sólo 59 (27.0%) adolescentes indicaron que ambos padres trabajan. Noventa y seis (44%) de las jóvenes señalaron tener de uno a tres hermanos, 83 (38%) de cuatro a seis, 34 (16%) de siete a nueve y las otras cinco tenían 10 o más hermanos.

La orientación sexual que las adolescentes habían recibido antes del embarazo se muestra en el *cuadro II*; se observa que en la mayoría de los casos fue la madre quien la brindó, 44 jóvenes no tenían ninguna y sólo en tres casos fue un médico quien la impartió; en 25 casos se obtuvo orientación tanto del profesor como de la madre. El estado civil fue el siguiente: 96 (44%) vivían en unión libre, 66 (30%) estaban casadas y 56 (26%) eran solteras.

Respecto a toxicomanías, la gran mayoría de las encuestadas (n = 136, 62%) señalaron que había alcoholismo en el hogar; sin embargo, sólo 20 (9%) adolescentes indicaron que ingerían bebidas alcohólicas. De manera similar, únicamente 16 (7.4%) jóvenes señalaron que fumaban. El consumo de drogas fue menor que el de alcohol o que el de cigarrillos, ya que exclusivamente nueve (4%) de las mujeres manifestaron que consumían algún tipo de droga.

En cuanto a pasatiempos y otras actividades, 76 (35%) adolescentes practican algún deporte, 137 (63%) asisten a centros de diversión y 108 (50%) acuden a servicios religiosos.

El *cuadro III* muestra la distribución de las edades en que se presentó la menarquía en las jóvenes encuestadas. La gran mayoría (91.3%) la tuvieron entre los 11 y 14 años; la menarquía más temprana tuvo lugar a los nueve años en tres casos y la más tardía a los 16 años en dos adolescentes.

La edad en la que se inició la vida sexual activa se indica en el *cuadro IV*. Se observa que algunas jovencitas comenzaron las relaciones sexuales a edades tan tempranas como los 13, 12 e incluso los 11 años; mientras que sólo seis las iniciaron después de la mayoría de edad, es decir a los 18 años. La mayor parte (55.5%) de las mujeres encuestadas señalaron haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 16 años.

Cuadro III. Edad de presentación de la menarquía de las adolescentes embarazadas.

Edad	n	%
9	3	1.4
10	7	3.2
11	54	24.7
12	55	25.2
13	61	28.0
14	29	13.3
15	7	3.2
16	2	1.0
Total	218	100.0

Cuadro IV. Inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas.

<i>Edad</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
11	3	1.4
12	2	1.0
13	23	10.5
14	32	14.6
15	61	28.0
16	60	27.5
17	31	14.0
18	6	3.0
Total	218	100.0

Treinta y nueve (18%) adolescentes señalaron haber sido víctimas de abuso sexual, 29 (13.3%) de violaciones y 29 (13.3%) de estupro.

El número de parejas sexuales de las encuestadas fue el siguiente: dos (0.9%) adolescentes no tenían pareja, 185 (84.8) tenían un compañero sexual, 18 (8.2%) dos parejas, ocho (3.6%) tres parejas y cinco (1.8%) cuatro parejas. El *cuadro V* presenta la edad de la pareja actual de las adolescentes encuestadas; el promedio fue de 21.9 años y los límites de 16 y 53 años (moda de 20 años, mediana de 21.1).

Diecinueve (8.7%) de las jóvenes encuestadas habían tenido al menos un aborto previo. El embarazo actual fue deseado en 110 (50.4%) casos. Aunque la mayoría (53%, $n = 115$) señalaron tener conocimiento previo sobre los métodos anticonceptivos, muy pocas (8%, $n = 19$) usaban algún método anticonceptivo antes del embarazo actual.

DISCUSIÓN

En este estudio, la conducta de las adolescentes sigue un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años para el embarazo, lo cual no es diferente de lo que sucede en otras partes del país. La mayoría de las jóvenes sabe leer, aunque todavía persisten algunas adolescentes analfabetas, situación que deberá resolverse mediante su inscripción a educación para los adultos del Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA), organismo que tiene presencia en Playa del Carmen. La educación en la entidad es de primaria (a veces incompleta) en su mayoría, seguida de la educación secundaria y por un mínimo con preparatoria o preparación técnica. Es obvio que los embarazos a edad temprana conducen al aban-

dono de la escuela. Respecto al lugar de nacimiento, la mayoría tiene su origen en poblaciones pequeñas o pueblos, seguidos por las nacidas en ciudades³ y por último por las que nacieron en áreas rurales, aunque esto no tiene implicaciones para la conducta sexual de las adolescentes, seguramente debido a la carencia o falta de cumplimiento de los programas de educación sexual.⁴ Sin embargo, se sabe que los embarazos en adolescentes de áreas con mayor pobreza se incrementan sustantivamente.⁵ La religión predominante es la católica; sin embargo, llama la atención que un porcentaje significativo se ha alejado de estas prácticas y que solamente un pequeño porcentaje pertenecen a algunas sectas religiosas, las cuales no tienen ninguna influencia en la conducta sexual de las jóvenes, aunque en la mayoría de éstas recomiendan como método anticonceptivo solamente el método del ritmo y el *coitus interruptus*.

En la mayoría de los casos, las adolescentes vivían con ambos padres al momento de embarazarse, lo cual refleja que son familias nucleares y que esto no influye en su conducta sexual, ni tampoco

Cuadro V. Edad de la pareja actual de las adolescentes embarazadas.*

<i>Edad</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
16	5	2.2
17	17	7.7
18	22	10.0
19	17	7.7
20	25	11.4
21	16	7.3
22	23	10.5
23	19	8.7
24	16	7.3
25	9	4.1
26	18	8.2
27	4	1.8
28	6	2.7
29	1	0.4
30	4	1.8
32	2	0.9
33	3	1.3
35	1	0.4
36	1	0.4
42	1	0.4
45	1	0.4
53	1	0.4
Total	213	100.0

* Cinco casos corresponden a madres solteras y no tienen pareja.

que proviniesen de hogares desintegrados, situación que indica que se trata más de un problema de educación. No se puede, sin embargo, dejar de reconocer que en las familias desintegradas, en donde la adolescente sabe que existe infidelidad de los padres o padrastros, la violación es la regla, o el embarazo prematuro a fin de abandonar el hogar.⁶

Casi la mitad de las adolescentes trabajaba antes del embarazo, lo cual significa que habían abandonado los estudios y habían entrado al mercado laboral a edad muy temprana a fin de complementar la economía del hogar. La ocupación paterna principal fue el trabajo, lo que coincide con la ocupación laboral en este municipio donde el número de empleados es muy elevado; tampoco esto influye en la conducta sexual de las adolescentes. La ocupación materna de aproximadamente la mitad de las adolescentes se restringe a los quehaceres del hogar, lo cual es tradicional en nuestra sociedad y su cambio hacia madres que trabajan ha sido muy lento. Si las madres son las principales educadoras del comportamiento sexual y social de sus hijos, seguramente no han cumplido con su tarea por múltiples razones.⁷

El número de hermanos en la mayoría es de uno a tres; esto refleja el cambio social de la disminución en el número de hijos mediante los programas de control de la natalidad que tienen una antigüedad de alrededor de 30 años.

La orientación sexual de las adolescentes ha corrido a cargo de dos personajes muy importantes: la madre y los profesores con más del 60% en nuestro estudio; sin embargo, llama la atención de que esta educación impartida por los profesores se ofrece en la primaria, situación que debe modificarse para ser impartida desde el inicio, es decir, desde el jardín de niños; se sabe, por ejemplo, que el método desarrollado por Hedges y Olkin ha probado su utilidad en el ámbito escolar.⁸ En nuestro estudio, también destaca que los que menos participan en la orientación sexual son el padre y el médico. No obstante, un punto en el cual pueden influir positivamente este último es en la prescripción y divulgación de los anticonceptivos de emergencia ("del día siguiente"), recientemente introducido en nuestro país.⁹ Del mismo modo, el género del médico que atienden a las adolescentes es importante porque ellas prefieren a las médicas, aspecto que deberá tomarse en cuenta al asignar al personal médico que atienda a estas pacientes.¹⁰ Por otra parte, si los pediatras se encargan de la atención de la salud de los niños desde que nacen hasta los 18 años,

tienen una gran oportunidad de ofrecer esta educación sexual a sus pacientes; pero, al parecer, han soslayado esta oportunidad de influir sobre la conducta sexual de sus pacientes. Además, la educación sexual deberá cambiar en sus contenidos debido a que, tal y como se aplica en la actualidad, no tiene ninguna influencia en la conducta de las adolescentes ya que no ha retrasado el inicio de las relaciones sexuales.¹¹

Cuando la adolescente ya está embarazada, un punto importante es el subsiguiente control prenatal, el cual, en nuestra opinión personal, es ineficiente e ineficaz tanto por parte de los pacientes como de las autoridades médicas y de los médicos tratantes.¹² Del mismo modo, se deben revisar los métodos de evaluación de los programas de educación sexual, ya que presentan fallas metodológicas que los hacen inoperantes.¹³

Casi la mitad de las adolescentes al momento de embarazarse ya vivían en unión libre y la otra mitad son casadas o solteras. Esto significa que la institución matrimonial ha perdido importancia entre los adolescentes y prefieren permanecer sin compromisos legales. El Registro Civil deberá implementar programas de matrimonios colectivos gratuitos permanentes.

El alcoholismo en el hogar es elevado, con casi 50% de ingesta de alcohol principalmente por el padre. Sin embargo, las adolescentes en su gran mayoría no ingieren este tipo de bebida; la mayoría tampoco fuma, lo cual es ventajoso porque esta toxicomanía tiene consecuencias sobre el producto;¹⁴ respecto al consumo de drogas, el porcentaje es mucho menor. Esto indica de que esos hábitos no son (todavía) de importancia para la conducta sexual de las jóvenes. Solamente una tercera parte de las adolescentes practican algún tipo de deporte; el que la cifra sea tan baja es lamentable porque, como es sabido, su práctica influye en la conducta social de los individuos. Indudablemente que las actividades deportivas para los jóvenes deberán incrementarse. La asistencia a los servicios religiosos es practicada por casi 60% de las adolescentes, lo que indica que su influencia no es importante en la conducta de las jóvenes, amén de que casi todas las religiones están en contra del uso de métodos anticonceptivos, con excepción del método del ritmo o de Billings, el cual es ineficaz. La asistencia a centros de diversión como discotecas es elevada, casi 80% en nuestra encuesta; esta actividad sí tiene importancia porque en esos lugares de socialización se facilitan las relaciones sexuales.

La edad de las parejas sexuales de las adolescentes corresponde con la de ellas, excepto por algunos casos extremos que tienen poca o ninguna importancia en la conducta sexual de las jóvenes.

La menarquía en Playa del Carmen es de inicio temprano, promedio de 12 años, por lo que también de manera temprana las adolescentes se enfrentan con su feminidad y con sus consecuencias. Del mismo modo, el inicio de la vida sexual activa tiene su mayor frecuencia de 14 a 16 años, la cual, si desemboca en un embarazo no deseado, coarta cualquier intento de realización de proyecto de vida y de superación social. Además, la morbilidad,¹⁵ la prematuridad y el bajo peso al nacer de sus hijos hace necesario que los neonatos deban ser tratados por un equipo multidisciplinario para disminuir y evitar la morbilidad de ese grupo de recién nacidos.¹⁶

Los casos de abuso sexual involucraron a 39 (18%) adolescentes, los de violación a 29 (13%) y los de estupro a 29 (13%). Ninguna cifra, por baja que sea, es aceptable, por lo que las autoridades competentes deben ser más eficientes y las leyes modificarse a fin de evitar estos casos.

El conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos es escaso, por lo que es indispensable su divulgación efectiva a fin de evitar embarazos no deseados, los cuales, en este estudio, involucraron casi a la mitad de las adolescentes. Esto significa que, si hubieran utilizado los métodos disponibles de contracepción, hubiera disminuido en 50% el índice de natalidad en Playa del Carmen. Las adolescentes no están en contra de los anticonceptivos, simplemente no los creen indispensables.¹⁷⁻¹⁹

CONCLUSIONES

1. La educación sexual deberá iniciarse en el hogar desde que la niña comprenda o inicie preguntas acerca de su género.

2. Las madres deberán ser capacitadas para que la educación sexual que imparten en sus hijas sea correcta.

3. El padre deberá capacitarse para que se involucre en la educación sexual de sus hijas. Esto requiere programas especiales.

4. Los profesores deberán capacitarse para que impartan educación sexual a partir del jardín de niños y el conocimiento de los métodos anticonceptivos a partir de la menarquía.

5. El médico familiar, el pediatra y el ginecoobstetra deberán tomar la responsabilidad de la educación

sexual de sus pacientes a partir de la menarquía, y deberán advertirles sobre las consecuencias de un embarazo no deseado y los riesgos de las relaciones sexuales a edades tempranas.

6. El INEA deberá incrementar la matrícula de personas sin escolaridad (o con educación truncada) por lo menos hasta la preparatoria o su equivalente.

7. Las autoridades deportivas escolares y municipales deberán incrementar la práctica del deporte en los adolescentes.

8. Los servicios médicos públicos y privados deberán proporcionar preservativos y anticonceptivos de manera gratuita y permanente.

9. El control prenatal deberá difundirse más y respetar los programas oficiales cuando la embarazada acude a la resolución de su embarazo.

10. Los legados deberán ser gratuitos en todos los casos previstos por la ley sin ejercer presión económica por parte de las autoridades médicas ni éticas o morales por las organizaciones civiles que se oponen a estas prácticas. Considerando, sin embargo, que este no es un método anticonceptivo y conlleva riesgos para la adolescente.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Maribel Onofre y al Dr. Lenin Villalobos por su participación en la aplicación de los cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Guerrero O. Para entender la conducta sexual de los adolescentes. *Acta Ped Mex* 2002; 23 (4): 207-209.
2. Angus N, Catchpole M, Cliffe S, Hughes G, Simms I, Thomas D. *BMJ* 1999; 318 (7194): 1321-1322.
3. Núñez-Rivas H, Elizondo-Ureña A, Monge-Rojas R, Rojas A, Gríos-Dávila C, Garita C. Características reproductivas de adolescentes costarricenses de área urbana marginal. *Bol Hosp Infant Mex* 2002; 59 (10): 633-644.
4. Jacobo YD, Herrera CM, Cota CF, Núñez MM, Guzmán OR. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Eficacia de la capacitación. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (2): 137-142.
5. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ* 2001; 323 (7306): 199-203.
6. Gail BS, Lot L, Huang B, Daniyam CA, Zink TM, Succop PA. Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: Cross sectional survey of secondary school students. *BMJ* 2003; 326 (7379): 15.
7. Ortigosa CE, Padilla-Jasso PY, López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70 (1): 28-35.
8. Song, Pruitt BE, McNamara J, Colwell B. A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescent's sexual knowledge, 1960-1997. *J Sch Health* 2000; 70 (10): 413-416.
9. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J, Ebdon D, MacPherson M, Bradley S. Consultation patterns and pro-

- vision of contraception in general practice before teenage pregnancy: Case-control study. *BMJ* 2000; 321 (7259): 486-489.
10. Hippiusley-Cox J, Allen J, Pringle M, Ebdon D et al. Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: Cross sectional survey in Trent 1994-7. *BMJ* 2000; 320: 842-845.
 11. Alba D, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: Systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 2002; 324 (7351): 1426.
 12. Núñez-Rivas H, Elizondo-Ureña A, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C. El control prenatal en adolescentes embarazadas en Costa Rica. *Bol Hosp Infant Mex* 2002; 59 (9): 555-561.
 13. Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M, Kelley P, McGrellis S. Sexual health education interventions for young people: A methodological review. *BMJ* 1995; 310 (6973): 158-162.
 14. Gordon CS, Smith PJP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associates with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323 (7311): 476.
 15. Simón PL, Lira PJ, Ahued-AR, Quesnel García-Benítez C, Iturralde Rosas-Priego P, Arteaga RC. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70 (6): 270-274.
 16. Ibarra-Colado JE, Calderón-Manzano ME, Rivas-Merelles EE. Mortalidad perinatal, prematuridad y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59 (11): 706-712.
 17. Stevens-Simon C, Nelly L, Singer D, Cox A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *J Adolesc Health* 1996; 19 (1): 48-53.
 18. Villanueva LA, Campos R, Pérez-Fajardo MM. Conocimiento y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 69 (6): 239-242.
 19. Schiavon ER. Aspectos metabólicos de los anticonceptivos orales en la adolescencia. *Acta Ped Mex* 2002; 23 (1): 37-44.

Dirección para correspondencia:

Dr. Guillermo Padrón Arredondo
Hospital Integral Playa del Carmen
Av. Juárez s/n entre Av. 15 y 20
Col. Centro
077710 Playa del Carmen
Quintana Roo, México
Tel: 01-984-87-30314
E mail: gmopadron@salud.gob.mx

