

Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la dyada

Arturo Loredo-Abdalá,^a
 Edgar Vargas-Campuzano,^b
 Abigail Casas-Muñoz,^a
 Jessica González-Corona,^c
 César de Jesús Gutiérrez-Leyva^b

Adolescent pregnancy: its causes and repercussions in the dyad

El embarazo en adolescentes (EA) es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación. El EA habitualmente no es un evento planeado o deseado y, frecuentemente, difícil de aceptar por la pareja, aunque quizás sea más marcado en la futura madre, quien bruscamente se puede encontrar sin protección. Ello se agrava cuando su condición económica no le permite atender sus propias necesidades y las de su hijo. Los riesgos a los que se expone la joven son diversos, pero destacan: someterse a un aborto clandestino, caer en adicciones, prostitución y delincuencia. Para hacer frente a este problema es necesario desarrollar estrategias preventivas orientadas al riesgo de embarazo temprano o la adquisición de enfermedades por transmisión sexual, mediante la implementación de programas educativos de alcance personal, familiar o escolar para este grupo etario. Se insiste en la necesidad de que dichos programas sean constantes y persistentes, como una estrategia básica que permita disminuir los riesgos consecuentes a una vida sexual no planeada o aceptada.

Teen pregnancy (TP) is a global public health problem that affects the physical and emotional health, educational and economic status of prospective parents and often also affects the product of gestation. In most cases, the TP is an unplanned event, and often difficult to accept by the couple. But it is more complicated for the future mother who suddenly finds herself without the protection of the couple, her family and her school companions. The risks to which the young mothers are exposed are diverse, but include: submitting to a clandestine abortion, falling into drug addiction, prostitution and crime; Also, it should be noted that with so many adversities, she can develop child maltreatment and frequently, she may be attacked at home, at school or in society giving rise to the twin phenomena of child abuse. To address this problem, it is necessary to develop preventive strategies aimed at risk of early pregnancy or acquiring sexually transmitted diseases by implementing educational programs for personal, family or schools for this age group range. It stresses the need for these programs to be consistent and persistent, as a basic strategy to reduce the consequent risks to unplanned or accepted sex life.

Palabras clave

Embarazo en adolescencia
 Salud del adolescente
 Maltrato a los niños

Keywords

Pregnancy in adolescence
 Adolescent health
 Child abuse

^a Instituto Nacional de Pediatría, Coordinación de Estudios Avanzados sobre el Maltrato Infantil y su Prevención (CEAMI-P-INP), Ciudad de México, México

Comunicación con: Arturo Loredo Abdalá
 Correo electrónico: cainm_inp@hotmail.com

^b Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Guerrero, Acapulco, Guerrero, México

^c Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Introducción

El embarazo adolescente (EA) es un problema de salud pública mundial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social.¹ Por ello, esta condición puede romper el proyecto de vida de los futuros padres, poner en peligro físico y emocional a la madre y, en algunos casos, al producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adolescente como una persona de 10 a 19 años.³ En México, la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.¹

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se ha definido: “al embarazo adolescente, o embarazo precoz, a aquel que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial

o pubertad -comienzo de la edad fértil- y el final de la adolescencia.”⁴

En los primeros años del siglo XXI el tema de EA ha ocupado un espacio importante en la salud pública mundial y de México. Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo. El 95% de ellos, ocurren en los países en vías de desarrollo.⁴ El Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha señalado que por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de mujeres adolescentes.⁵

En México, aparentemente poco se ha incidido en la frecuencia del EA, ya que el 17% de los nacimientos corresponden a madres de esta edad; esta proporción ha permanecido casi sin mayores cambios favorables desde la década de los años noventas del siglo pasado.⁶ Una explicación puede ser que el inicio de la vida sexual de la población adolescente (12 a 19 años) ha pasado del 15% en 2006, al 23% en 2012.⁷ Por lo tanto, la consecuencia de esta tendencia muestra que el porcentaje de hijos de madres adolescentes aumentó del 15.6 al 18.7% entre 2003 y 2012. De hecho, de un total de mujeres adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) ha estado alguna vez embarazada, y el 10.7% estaban cursando un embarazo al momento de la entrevista;^{8,9,10} mención especial merece la condición que vive la población indígena del país. En el año 2010 se precisó que el 19% de las adolescentes indígenas (15 a 19 años) y el 58% de las que tienen entre 20 y 24 años, ya eran madres. Un dato interesante en este sentido permite indicar que el 44.6% de este grupo de mexicanas tuvieron su primer embarazo antes de los 17 años. En cambio, la cifra en las mujeres no indígenas fue del 29.7%.¹¹

Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, mostró una tasa global de nacimientos en las mujeres indígenas de 2.8 hijos por mujer, mientras que en las mujeres que no hablan lenguas indígenas la tasa fue de 1.9 hijos por mujer.^{4,12,13}

Con esta información, se puede considerar que el problema es más serio en los sectores rurales, en poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria del país. Por lo tanto, y ante esta realidad, el EA debe ser entendido y atendido como un tema prioritario en la agenda pública de nuestro país, independientemente de los esfuerzos hechos hasta el momento por las instituciones educativas y de salud del país.

Cuadro I Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente⁸

Personales

Menarca temprana.
Inicio precoz de la actividad sexual.

Pensamientos mágico.

Fantasías de infertilidad.

Mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente.

Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo

Familiares

Pertenecer a una familia disfuncional.

La existencia marcada de violencia familiar.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias.

Pérdida del vínculo familiar por migración constante.

Sociales

Falta o distorsión de la información sexual.

Aumento del número de adolescentes.

Predominio de factores socioculturales adversos.

No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Otros factores determinantes:

Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

Abuso Sexual

Violación

Factores predisponentes

Es frecuente que el EA ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la conse-

cuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente.¹⁴

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo.⁸ En el cuadro I se presentan las circunstancias más frecuentes.

Ante el establecimiento del EA, las y los adolescentes se enfrentan a otro dilema muy serio: continuar con el embarazo o suspenderlo.¹⁵

Sin embargo, y en términos generales, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

- a) El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).
- b) Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.¹⁶
- c) Presión de los pares para tener relaciones sexuales.¹⁷
- d) Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición.¹⁸
- e) Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas.¹⁹

Consecuencias inmediatas y tardías

Es indispensable considerar que las consecuencias del EA afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive.⁹ En el cuadro II se describen las más frecuentes.

Cuando ella informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción. De esta manera, es agredida emocional y, en ocasiones, físicamente. En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja.^{20,21}

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringir daño físico e incluso provocarse el aborto.²¹ Al bajar su rendi-

Cuadro II Consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas del EA⁹

Rompimiento del proyecto de vida
Deserción escolar
Conflictos familiares y expulsión del hogar
Abandono de la pareja
Alteración emocional diversa
Rechazo escolar y social
Problema para obtener un empleo
Carencia de un ingreso monetario suficiente.
Inclinación al consumo de substancias lícitas e ilícitas
Tendencia a la prostitución o delincuencia

miento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela.¹⁷

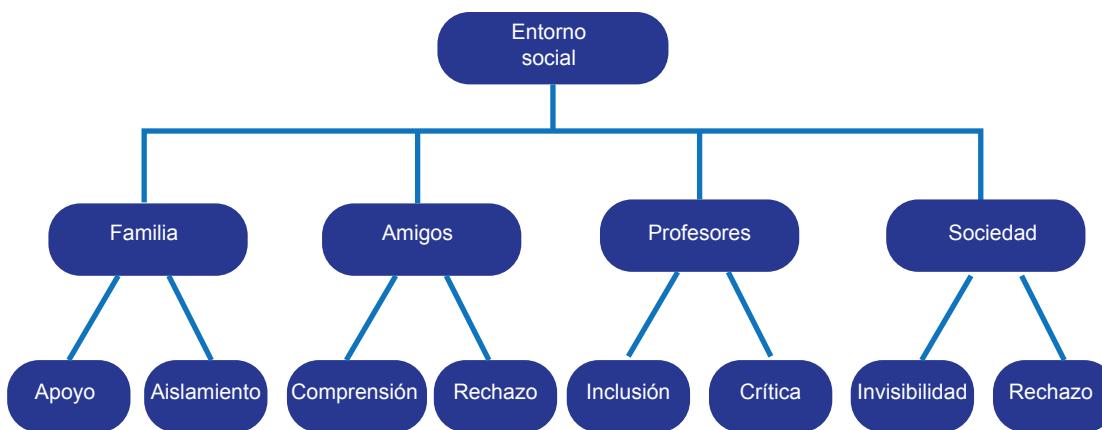
Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada.^{22,23}

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios.²⁴ Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.).

La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja.^{25,26}

Es necesario señalar y considerar que los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En numerosos lugares, el EA se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales.²⁷ Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos (figura 1).²⁸

Esta condición habitualmente es diferente en la población indígena, en donde el embarazo temprano es parte de las pautas culturales.²⁹

Figura 1 Efectos sociales del embarazo adolescente²

Fuente: Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el promajoven. Secretaría de Educación Pública. México:2012; 1^a Ed.150

El EA tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y

ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física (cuadro III).³⁰

Consecuencias a corto o mediano plazo

Es importante tener presente que ante esta situación de “emergencia física y emocional” la madre adolescente puede caer en cuatro problemas sociolegales muy serios como son: la prostitución, el consumo de drogas “lícitas” e “ilícitas”, la delincuencia y el maltrato infantil.²¹

En lo referente a la prostitución, se debe reconocer que esta condición es multifactorial y donde intervienen, además de la personalidad predisponente, las “adversidades sociales acumuladas” (pobreza, promiscuidad, bajo nivel educativo, marginalidad social, etc.).^{31,32}

Probablemente sea frecuente que en nuestro país y en otros países de idiosincrasia más o menos similar a la mexicana, el EA ocurra como un evento no deseado o planificado, a pesar de que la pareja cuente con la información necesaria para su prevención. Por lo tanto, el producto es el resultado de una relación de pareja débil, lo que provoca una actitud de rechazo y ocultamiento del mismo, habitualmente por temor a la reacción del grupo familiar, lo que conlleva a un control prenatal tardío o insuficiente.³²

El estudio de 158 adolescentes embarazadas mexicanas permitió conocer y precisar que el 94.3% de ellas aceptaron haber recibido información suficiente sobre la sexualidad, en la familia (69.5%), en la escuela (90.5%), de sus amigos (41.1%), o de su pareja (52.5%). Aparentemente, las adolescentes tuvieron información conveniente, por lo menos en el ambiente de la ciudad de México. Sin embargo, y a pesar de ello, únicamente el 55.4% aceptó que dicha información las preparó para tener una vida sexual

Cuadro III Expresiones de impacto emocional en las madres adolescentes

Personal	
Confianza en sí misma	
Puede alterar su carácter	
Capacidad de organización y planeación en esta nueva etapa de su vida	
Capacidad de proyección	
Control de sus emociones	
Reconocimiento de oportunidades	
Precisión en sus decisiones	
Riesgos en su salud física	
Placenta previa	
Preeclampsia	
Óbito	
Anemia severa	
Riesgos sociales	
Prostitución	
Adicciones	
Delincuencia	
Suicidio	
Doble fenómeno de maltrato infantil	

activa. Es decir, saben cómo evitar el embarazo pero no se preocupan por impedirlo.^{21,33,34}

Después de que su hijo ha nacido, se pueden presentar o agravar en la joven madre algunas adicciones lícitas e ilícitas, así como una tendencia a la delincuencia. La problemática a la que se enfrentan puede afectar su condición física, emocional o económica y, por ende, favorecer, en un momento dado, el desarrollo de alguna forma de maltrato a su hijo.^{35,36,37,38,39}

Actitudes hacia la maternidad

El EA, como ya se ha mencionado, es un evento que se agrega a la crisis de la adolescencia, genera profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.⁴⁰

Como generalmente no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero principalmente, por ser adolescente.⁵ De esta manera, ella está en la necesidad de asumir una multiplicidad de roles “adultos”, especialmente el de la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo una niña física, cognitiva, afectiva y económica; esta condición es más grave cuando ocurre en la adolescencia temprana.⁴¹

Por lo tanto, es muy probable que la actitud de la adolescente frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por su edad y por el entorno en el que se esté desarrollado su embarazo. Ello implica la necesidad impostergable de que su familia así como los profesionales de la salud y de educación la apoyen, para evitar que ocurran situaciones desfavorables para ella y su hijo.^{5,42,43,44}

El doble fenómeno de maltrato infantil

Un fenómeno frecuentemente observado pero poco considerado, es la existencia del doble fenómeno de maltrato infantil (DFMI). La joven madre, al ser rechazada por su pareja, familia y/o sociedad, es víctima de maltrato infantil (MI) ya sea por abuso físico, abuso psicológico o negligencia, sin considerar que un número importante de sus derechos, son violentados.⁴⁵

Como consecuencia de estas agresiones, la nueva madre puede rechazar e inclusive maltratar físicamente a su hijo dando origen a cualquier modalidad de MI, de esta manera se puede establecer el DFMI en la misma familia.^{42,43}

Consideraciones finales

- En México, se han puesto en marcha diversos programas educativos/preventivos sobre educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.⁴⁶ Sin embargo, su frecuencia, persistencia y continuidad no han dado los resultados esperados.
- Aunque las y los jóvenes reciben dicha información, la que por cierto y como ya se reconoció, consideran adecuada, a la hora de ejercer su responsabilidad sexual fracasan. Es obvio que los programas informativos y/o educativos no han sido lo suficientemente impactantes como para prevenir un embarazo, un aborto ilegal, adicciones ilícitas o una enfermedad de transmisión sexual.⁴⁶ Para atender y modificar esta realidad, es fundamental mejorar, fortalecer y mantener los valores humanos en este grupo etario.^{47,48,49,50}
- Es indispensable e inaplazable que en la familia, en la escuela, en el barrio, en la iglesia y en la sociedad en general, se planteen, implementen y desarrollen programas orientados hacia la educación sexual, la prevención del embarazo, de adicciones lícitas e ilícitas. Dichos programas deben tener una continuidad útil cuyos resultados puedan ser evaluados a corto, mediano y largo plazo, so pena de ser considerados únicamente intentos espurios de prevención.
- Es fundamental insistir sobre el respeto que merece la mujer embarazada, sin que importe su edad. Tiene prioridad el cuidado y mantenimiento de su salud durante la gestación para evitar problemas y complicaciones en ella y en la vida de su hijo; son derechos inalienables que deben ser acatados al máximo.^{44,48}
- Estas acciones se deben observar y procurar una vez que ha nacido su hijo. Con ello se puede impedir que se presente alguna modalidad de maltrato infantil, condición que tanto en México como a nivel mundial, es un problema de salud pública.⁴⁹

De no hacerlo así, el costo social, económico, familiar y en los adolescentes seguirá siendo de proporciones muy importantes para todos los actores y para la sociedad mexicana en general.⁵⁰

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Gamboa-Montejano C, Valdés-Robledo S. El embarazo en adolescentes: Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas. *Publicaciones de Investigaciones con Temas Actuales-Cámara de Diputados*; 2013;1:154.
2. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven. Secretaría de Educación Pública. 1a Ed. México: 2012; 1-185.
3. Belitzky R. Resultados perinatales en madres jóvenes: Estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. En: La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 1985.
4. Gutiérrez JP, Rivera DJ, Shamah LT, Villalpando HS, Franco A, Cuevas N et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
5. Por mi salud y tu tranquilidad, Hablemos de Sexualidad. Dirección General de Servicios Educativos. SEP: Ciudad de México; 2012
6. Censo de Población y Vivienda 2005: Marco conceptual. Instituto Nacional Estadística y Geografía. México: INEGI; 2005.
7. Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Instituto Nacional de las Mujeres: 1^a Ed; 2015: 1-128.
8. Bancet CM, López LS. Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Rev. Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México: 2003; 9:1-31.
9. Instituto Nacional Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2014-2015. Ciudad de México, México: INEGI; 2015.
10. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015;29:76-82.
11. Instituto Nacional Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud - Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos. México: INEGI; 2015. 1-10.
12. Instituto Nacional Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010: Marco conceptual. México: INEGI; 2010.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde la Perspectiva de Derechos. UNICEF - CIESAS 2012. México: UNICEF; 2012.
14. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública Méx*. 2014;56:286-294.
15. Villalobos-Hernández A, Campero LD, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada FE, De La Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: Análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Méx*. 2015;57:135-143.
16. Villalobos RC, Franco AB, Enríquez RF, Mendoza ML, Eugenio JL. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. *Rev Cub de Obstetricia y Ginecología*. 2015;41:1-15.
17. Lázaro-Ponce P, Pérez-Ramírez SV, Escobar-Cartujano S, Violante-Álvarez C, Tarango-López R, Echeverría-Rosas MV, Neri-Platas DA. Embarazo adolescente y deserción escolar (efectos colaterales) en el Estado de Morelos, México. *Global Conference on Business & Finance Proceedings*. 2015;10:594-602.
18. Cuenca LC, Atienzo EE, López LS, Prado BH, Hernández AV. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. *Gac Méd Mex*. 2013;149:299-307.
19. Gallardo-Bravo, FR. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en los adolescentes de Juigalpa bajo los efectos de alcohol y otras drogas, Chontales, Nicaragua. *Rev Científica de FAREM-Esteli*. 2014;9:71-77.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres violentadas por su pareja en México. 1^a Ed. México: INEGI; 2007:29-38.
21. Moyeda IXG, Sánchez BM, Cervantes DMO, Vega HAR. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: un estudio piloto. *Psicología y salud*. 2013;23:83-95.
22. Gómez-Cañón CC. Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. *Ensayos sobre Política Económica*. 2016;34:103-125.
23. Alcázar L. Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos? Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE): Lima, Perú; 2006:7-85.
24. Romi JC. La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexual y médico-legal. *Rev Argentina Clínica Neuropsiquiátrica*. 2006;13:5-28.
25. Rosende GV. Embarazo adolescente y pobreza rural. *Revista E-Rural. Educación, cultura y desarrollo local*. 2016;1:1-11.
26. Sánchez AGC. El papel de la familia en las dinámicas de vida de jóvenes madres estudiantes de nivel superior. *GénEros*. 2016;21:37-56.
27. Soylua N, Ayazb M, Yükselc T. Early-married and sexually abused girls differ in their psychiatric outcomes. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38:1552-1559.
28. Guridi MZ, Franco V, Cabana D, Fernández AP. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Rev Psic Científica*. 2012;14:5.
29. Núñez-Noriega G, Ayala-Valenzuela DJ. Embarazo adolescente en el norte de México: entre la tradición y la modernidad. *Culturales*. 2012;8:7-46.
30. Rodríguez-Álvarez L, López-Navá JC. Complicaciones del embarazo y riesgo obstétrico en mujeres adolescentes y pacientes del Hospital Materno-Infantil "Morelos". *Revista Salud Quintana Roo*.

- 2010;3:18-20.
31. Pacheco-Sánchez Cl. Embarazo en menores de quince años: Los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública Mex.* 2016;58:56-61.
 32. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. 1^a Ed. México: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX; 2011.
 33. Guiot ER y Medina-Mora ME. Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum.* 2003;17:230-44.
 34. Romero M, Durand-Smith A. Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento. 1^a Ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006. p. 1-57.
 35. Romero M, Medina-Mora ME, Villatoro J, Durand A. Alcohol consumption in Mexican women: Implications in a syncretic culture. En: Obot I, Room R. Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle-income countries. World Health Organization: Geneva; 2005.
 36. Faílde Garrido JM, Dapía Conde M D, Alonso Álvarez A y Pazos Millán E. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores (Drug use in schooled adolescent offenders). *Educación XXI.* 2015;18:167-188.
 37. Ovalles AC. Incidencia de la disfunción familiar asociada a la delincuencia juvenil. Capítulo Criminológico. 2007;35(1).
 38. Cisneros J. Cultura, juventud y delincuencia en el Estado de México. *Papeles de Población.* 2007;052(3):255-280.
 39. Díaz-Franco EC, Lira-Plascencia J, Watty-Martínez A, Acosta-Bourme M. La adolescente embarazada: Información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;81:693-699.
 40. Fernández PF, Castro CMA, Fuentes AS. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 1998;55:452-457.
 41. Dolz I, Cerezo MA, Milner JS. Mother-child interactional patterns in high and low risk mothers. *Child Abuse and Neglect.* 1997;20:1031-1048.
 42. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Báez-Medina V. Grupos de menores en alto riesgo de maltrato. En: Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos: México; 2004. p. 241.
 43. Ramos-Gutiérrez RY, Barriga-Marín JA, Pérez-Molina J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77:311-316.
 44. Loredo-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Monroy-LLaguno DA. La marihuana: Entorno social y sus efectos en el producto in útero, en la niñez y en la adolescencia. *Rev Fac Medicina UNAM.* 2014;57:27-37.
 45. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2013;30:471-479.
 46. Meza JAZ. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en México en el siglo XXI, Uaricha. *Rev de Psic.* 2015;12:129-144.
 47. Hidalgo N, Eliana S, Torres-Ramírez KA. Comunicación familiar como prevención en embarazos adolescentes del colegio de bachillerato Remigio Geo Gómez Guerrero. Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2015. p. 12-42.
 48. Pérez-Rodríguez MR, López-Navarrete GE, León-López A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Act Ped Mex.* 2008;29:267-72.
 49. Pérez-Rendón JG, Flores-Pérez L, García-Piña C, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Casimiro-Victoria A. Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. *Act Ped Mex.* 2015;36:61-71.
 50. Loredo-Abdalá A. Maltrato infantil: ¿Conocer su impacto económico favorece su prevención?. *Act Ped Mex.* 2016;37:1-3.