



Embarazo en la adolescencia

RESUMEN

En México, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. La importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con escasa autoestima y assertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo.

Palabras clave: embarazo, adolescente, riesgos del embarazo.

Ana María Mora-Cancino¹
Marcelino Hernández-Valencia²

¹ Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez, Instituto de Salud del Estado de México, Ecatepec, México.

² Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Teenage pregnancy

ABSTRACT

In Mexico, 20% of the annual births are presented in women younger than 20 years old. Pregnancy in adolescents puts at risk mother and child health. This risk is major while the woman is younger, especially when the social and economic conditions are not favorable, which is decisive in later psychosocial development. It has been pointed out that the youths with low education, with minor academic and laboral expectations, with low self-esteem and assertiveness, tend to begin early their active sexual life, to use less frequently contraceptives, and in the case of younger women, to be pregnant, with the risk of abortion because they cannot to make the best decision. It is important to take into account the social context and the special characteristics of the family to understand situation of adolescent at risk of pregnancy.

Key words: pregnancy, adolescent, risks of pregnancy.

Recibido: enero 2015

Aceptado: febrero 2015

Correspondencia

m hernandezvalencia@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como:

Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex 2015;83:294-301.



ANTECEDENTES

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad.^{1,2}

En las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas; con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes. Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual, y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual que fue considerada como la simiente para el desarrollo integral de la personalidad y el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales.^{3,4}

Cambios en el desarrollo corporal

El crecimiento de un individuo, a partir de la niñez, es tan rápido y desconcertante, que atraviesa las diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija. Pueden distinguirse dos perio-

dos importantes: la pubertad y la adolescencia. Si se compara la pubertad con la adolescencia se encontrará que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones. La adolescencia constituye una “época” que abarca varios años. Adolescencia viene del latín *adolescentia* y de su raíz *adolecere*, falta, carencia. El origen del vocablo sigue vigente. Los adolescentes adolecen de una parte importante del conocimiento, viven una etapa de transición en la que comienzan a adquirir experiencia y a aprender de sus errores. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta, ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre.⁵

La adolescencia es fundamentalmente una etapa de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se manifiesta como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 a los 18 años en la mujer, y desde los 13 o 14 a los 20 años, aproximadamente, en los hombres. Se dice “aproximadamente”, porque son muchas las variables que inciden en su desarrollo: socioculturales, geográficas, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras.⁶

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de reproducirse sexualmente. Esto no quiere decir que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo en la adolescente pueden resumirse en dos grandes rubros, las que reper-

cuten en la salud y el crecimiento del niño, y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente.⁷

Problemas de salud vinculados con el embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercuten en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos; en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes son: bajo peso al nacer, Apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, que es dos veces mayor que en

el caso de hijos de mujeres mayores. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación porque se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.⁸

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente porque al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia.⁹

Por lo tanto, ésta es, en sí, una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Otros de los riesgos a que se expone la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente tienen que ver con la edad materna, sino que pueden reflejar una serie de condiciones de salud, sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyeron a la sexualidad temprana y desprotegida de estas jóvenes. Es quizás la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo: los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia y los que se asocian con este fenómeno, los que hacen tan importante proporcionar atención e intervención preventiva especiales para este grupo de pacientes.¹⁰

Actitud de la embarazada adolescente

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está relacionado con otras conductas antisociales, como el consumo excesivo de drogas y alcohol, y los actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas de conducta de la sociedad. Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adoles-



cente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y en otros casos aparentemente vinculados con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido.¹¹

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen, en cierta medida, a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto tiene desventaja en comparación con las madres en edad adulta. En algunos estudios se ha demostrado que las madres adolescentes tienen escaso conocimiento del desarrollo del niño, expectativas menos realistas en cuanto a la conducta infantil, actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Estas diferencias parecen ser menores en los primeros meses posparto y en las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia que en las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar.¹²

Depresión en la adolescente

La adolescente que se embaraza estando soltera se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante esta etapa. Entre estos factores se encuentran: el desarrollo propio de la adolescencia, que por ser un periodo lleno de cambios anatomoefisiológicos y adaptativos modifican sustancialmente la calidad y expectativas de vida. Además, el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse embarazado estando soltera, es posible que la adolescente experimente el rechazo de la sociedad y el de las personas más cercanas a ella. Los trastornos sociales y económicos que esto provoca, en algunos casos, propician

inestabilidad emocional y sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades académicas y de vida. La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo que se vincula con sentimientos de depresión, que es especialmente notable en la adolescente soltera. También de gran relevancia es la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe, en particular de la familia de origen y la pareja. Se ha visto que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad a la depresión, sobre todo durante el embarazo y al comienzo de la adaptación al rol de madre. El hecho de iniciar o no una relación conyugal a raíz del embarazo es otro factor importante, debido a que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, ya que el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado.¹³

Autoestima en la adolescente

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tiene la adolescente de sí misma, o autoconcepto, no es algo heredado sino aprendido del entorno, mediante la valoración que hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la autoestima radica en que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a lograr sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, que los embarazos en adolescentes son consecuencia, en gran parte, de una autoestima baja; de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad se intensifica en la pubertad, ocupa un lugar central en el desarrollo de la adolescente,

su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales; por ejemplo, se ha demostrado que los adolescentes sin actividad sexual o que la inician más tarde tienden a formar una autoestima más alta que sus pares sexualmente activos, o que inician tempranamente.¹⁴ Según la encuesta poblacional realizada por Profamilia en el año 2005, el inicio de las relaciones sexuales no necesariamente tiene que coincidir con la edad de la primera unión y ésta es aproximadamente a los 18.4 años. El 11% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, y 44% antes de los 18.

La edad de la mujer al momento de la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por lo tanto, tiene un efecto significativo en la fecundidad, en el sentido de que mientras más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de tener hijos. La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de las cifras de fecundidad en la población.

El porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que fueron madres el año 2005 fue de 24.5%; es sorprendente que entre las mujeres de 19 años de edad, 63% sean madres o estén embarazadas de su primer hijo. El uso de métodos de planificación familiar se ha reportado incluso en 79.1%, pese que casi 100% de la población de mujeres adolescentes tiene conocimiento de la existencia de estos métodos. Esto ha planteado que no es la falta de información, ni el desconocimiento de los métodos de planificación el principal elemento en la generación de la elevada tasa de embarazo a temprana edad, sino que hay factores mucho más profundos sobre los cuales se debe intervenir. Son múltiples los factores conductuales que incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes; a menudo, los jóvenes tienen ideas vagas y distorsionadas acerca de la sexualidad, y no esperan que una relación coital termine en

un embarazo; son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada, como los adultos, y que acudan a los servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejería y servicios en materia de salud sexual y reproductiva se torna muy difícil para una adolescente sin experiencia. Se ha demostrado que en la mayoría de los casos la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es, sin duda, el factor más señalado y comprobado como agente fundamental, y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el control de emociones. De aquí derivan la mayor parte de las conductas de riesgo para un embarazo temprano, y por ello la necesidad de intervención en un nivel profundo en la autoestima de las adolescentes.¹⁵

Problemas sociales relacionados con el embarazo en la adolescente

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras.¹⁶

Las múltiples formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes estratos socioeconómicos matizan de manera especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad tienen para la adolescente. No se puede describir un solo perfil de personalidad en la adolescente, y tampoco se encuentra una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada,



se reporta que suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para confrontar los retos implícitos de la maternidad y que, probablemente, determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto.¹⁷

La adolescencia, en sí, implica retos y conflictos según la cultura y el estrato sociocultural. La búsqueda de identidad, tan común entre algunas sociedades y subculturas, puede ser menor en grupos donde los modelos sociales son más definidos y las alternativas relativamente limitadas. A pesar de las posibles diferencias culturales, cabe resaltar que cuando la mujer es madre en la adolescencia, esta etapa tendrá un impacto aún más determinante en su desarrollo psicosocial posterior. Se han observado características personales de adolescentes embarazadas que distinguen a éstas de otras que no se embarazan y que utilizan anticonceptivos adecuadamente. Por lo general, después del primer embarazo se aumenta el conocimiento y el uso de anticonceptivos, pero diversas actitudes al respecto probablemente contribuyen a la eficacia o no de su utilización.¹⁸

Tendencias del embarazo en la adolescente

Las adolescentes en México representan 25% de la población total. Entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios. El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida, y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado el surgimiento de problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, dificultades de aprendizaje, embarazo y la crianza de hijos a temprana edad. A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en aumento relativo del porcentaje de mujeres

embarazadas menores de 20 años de edad. Aunado a lo anterior, parece incrementarse el número de abortos, de divorcios y de madres solteras. La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país son en mujeres menores de 24 años, y 13% a menores de 19 años. En los servicios de medicina de la adolescencia, como en el caso del Hospital Materno Infantil de Inguarán, el embarazo en adolescentes ocupó el tercer lugar en 1991 como causa de consulta médica, para el año 1993 fue el segundo lugar y a partir de 1994 ha ocupado el primer lugar; esto significa que el embarazo en adolescentes es un problema de salud actual en la población atendida en hospitales de este tipo.¹⁹

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva ha despertado mucho interés entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental, debido al impacto social que ha tenido en las nuevas generaciones y se refleja en los índices de densidad poblacional y en el incremento de enfermedades de transmisión sexual. Anteriormente, los estudios de sexualidad eran pocos, debido a que implicaba hablar de temas a los que la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad. A pesar de que aún se mantienen patrones ideológicos y conductuales que obstruyen su divulgación, es en los últimos años, y debido a la gran preocupación que sienten diversos sectores por la propagación de enfermedades y embarazos no deseados, que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han abordado con mayor interés su estudio. Estas investigaciones sociodemográficas, epidemiológicas y psicosociales han estado orientadas a analizar las prácticas sexuales y la fecundidad. Además, estos estudios han arrojado datos importantes acerca de la edad a la que los jóvenes inician su vida sexual activa, los principales métodos anticonceptivos usados, así

como las actitudes y las creencias que tienen los jóvenes en relación con su sexualidad.

En México, los datos de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común. De esta forma, se señala que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y assertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Diversos datos estadísticos señalan que hombres y mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años, y desafortunadamente con pocos conocimientos de su sexualidad. En una encuesta realizada por CONASIDA de la sexualidad en la Ciudad de México, se observó que la edad promedio de la primera penetración vaginal fue de 17.4 años, y que en generaciones previas, nacidas durante la década de 1970, el promedio fue de 16.4 años.

En la Encuesta Nacional de Jóvenes de Educación Media y Media Superior realizada por CONAPO se apreció que los jóvenes empiezan a tener relaciones a los 16 años, en el caso de las mujeres, y entre los 14 y los 15 años en el de los hombres.

En lo que respecta a la persona con quien inician su vida sexual, las mujeres generalmente informaron que habían tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su novio o enamorado.²⁰

En México, el Consejo Nacional de Población, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000 determinó que las mujeres menores de 20 años en condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano. Además de estas características, los roles jugados en la cultura mexicana

refuerzan la idea de que la sexualidad en las mujeres debe estar ligada a la reproducción y a la pasividad.²¹

También puede tener como consecuencia problemas sociales, como la pérdida de autonomía, la interrupción de relaciones sociales, el aplazamiento o estancamiento en el desarrollo personal y el abandono escolar. Otro factor que se relacionó con la fecundidad adolescente es el medio en el que crece y se desarrolla la mujer. Se observa de forma regular que los embarazos de adolescentes son más frecuentes en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales. Una posible razón es que las uniones matrimoniales ocurren a más temprana edad. Así, por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural, y por cada mujer con primaria completa que se une antes de los 16 años (7.7%), casi tres con primaria incompleta lo hacen (20.2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%).

La tasa de fecundidad de mujeres adolescentes de áreas rurales reportada es de 126 por cada 1000, en tanto, en las áreas metropolitanas es de 77 por cada 1000. A pesar de que el número de personas que usan un método anticonceptivo ha aumentado, las barreras culturales y los mitos aún continúan siendo muy grandes. Por ejemplo, entre los métodos más usados se encuentran el condón, y la responsabilidad de la decisión de usarlo ha correspondido tradicionalmente al hombre, debido a que él es quien mantiene el control en las relaciones sexuales. Esta situación pone en mayor desventaja a la mujer, ya que el no usar algún método anticonceptivo constituye un posible riesgo para su salud, sobre todo por las consecuencias que trae consigo, como el embarazo temprano, no deseado, no planeado, no aceptado, y la posibilidad de contraer enfermedades sexuales. El 36% de las adolescentes sexualmente activas quedan embarazadas en un plazo menor de dos años después del inicio de su actividad sexual.²²



COMENTARIOS

El interés en los apoyos familiares e interpersonales, especialmente la relación con el compañero, surge a través de dos vertientes: por un lado, se ha reportado que la adolescente que se embaraza tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables: desintegración, imagen paterna distante o negativa, pérdida de figuras significativas, conflicto y rigidez intrafamiliares. Se ha observado que también pueden tener éxito en su adaptación a la maternidad y a su propio futuro, pero esto depende del apoyo social que reciba de su familia o su pareja. Es por ello que surge la necesidad de conocer cuáles son los factores sociales que más influyen en el embarazo de la madre adolescente porque aún depende afectiva y económicamente de su familia; además, es imprescindible tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender mejor la situación de la adolescente.

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Guadalajara (CUCSH) por la consecución de este trabajo. Al Conacyt por el apoyo a MHV.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Población 2005. Cambios de población en México. México: INEGI; 2010.
2. Velásquez CG. 57,481,307 mujeres mexicanas. Rev Mex Reprod 2011;3:139-141.
3. Barbieri RL. Update in female reproduction: A life-cycle approach. J Clin Endocrinol Metab 2008;93:2439-2446.
4. Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Ávila-Reyes MA, Martín-Blanco EM, et al. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53:84-88.
5. Learman L, Huang A, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. Am J Obstet Gynecol 2008;198:710-711.
6. Fonseca H, Graydanus D. Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. Prim Care 2007;34:275-292.
7. Cuevas CB, Xolocostli MMA. Problemática del embarazo en adolescentes: una aproximación. Salud de la Comunidad 2007;3:3-10.
8. Vázquez-Pizaña E, Rojo-Quiñones AR. Complicaciones del embarazo en adolescentes y en mayores de 20 años. Bol Clin Hosp Edo San 2000;17:36-42.
9. García H, Avendaño-Becerra NP, Islas-Rodríguez MT. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. Rev Invest Clin 2008;60:94-100.
10. Ortiz SR, Anaya ONI, Sepúlveda RC, et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUNAB 2005;8:71-77.
11. McNeely C, Show M, Beuhring T, Sieving R, et al. Mothers influence on the timing of the first sex among 14 and 15 years old. J Adolesc Health 2002;31:256-265.
12. Sanfilippo J, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. Obstet Gynecol 2009;113:935-947.
13. Aldana E, Atkin LC. Depresión durante el embarazo en adolescentes. Perinatol Reprod Hum 1997;11:184-189.
14. Cataño TD, Restrepo SA, Portilla ND, Ramírez HD. Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. Invest Andina 2008;10:57-66.
15. Alvarado R, Martínez POA, Baquero UMM, Valencia CM, Ruiz SAM. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Tocaima. Rev Cienc Salud Bogotá 2007;5:40-52.
16. Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME, Alcántar-Molinar EN, Navarro-Guzmán C, et al. Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. Salud Ment 1999;22:14-19.
17. Furzan JA, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Med Caracas 2010;118:119-126.
18. López RF, Moral RJ. Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Med Univer 2003;5:3-11.
19. Hernández-Valencia M. Tendencias de la reproducción femenina y riesgos asociados con el embarazo. Rev Mex Reprod 2011;3:101-104.
20. Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex 2001;79:86-92.
21. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005, Hospital de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, Colombia. Rev Colomb Ginecol Obstet 2007;58:108-115.
22. Copado MDY. La sexualidad en las etapas de la mujer. Gineco 2011;18:19-33.a