Recursos Juridicos D. Méndez

Todo lo Relacionado con el Derecho, en el área Laboral, Mercantil, Civil, Penal, Tributaria, Sucesiones...

martes, 10 de marzo de 2015

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Clemente Heimerdinger A, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen VIII. Caracas: Editorial Ateproca; 2009.p.241-268.
Capítulo 7

Embarazo en la adolescente
Dra. Ofelia Uzcátegui U.*

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes y jóvenes representan una oportunidad para el crecimiento y desarrollo de un país al encontrarse éste ante una deuda demográfica, no obstante este grupo etario es vulnerable a riesgos biopsicosociales específicos en función del momento del ciclo vital en el que se encuentra, por lo que requieren de atención diferenciada de otros grupos de edad. La falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es muy común, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública

de la mayor parte de los países.En el caso de adolescentes solteras y solteros que mantienen

una vida sexual activa, tienen el riesgo de aumentar la exposición a embarazos, generalmente no deseados, y están más expuestos(as) a contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

En este trabajo se realiza una revisión del embarazo en la adolescente, sus factores de riesgo y las repercusiones psicosociales y biológicas que conlleva.

El embarazo en la adolescente es un tema importante de salud pública porque está asociado con un impacto negativo sobre la joven que no lo deseaba ni esperaba. Repercute sobre su estado físico, emocional, social y económico, le modifica su estilo de vida y sobre los niños. Si se comparan los niños de madres adolescentes con los de

Estudios Jurídicos

David Méndez Jaimes
Barinas, Barinas, Venezuela

Ver todo mi perfil

Temas

▼ 2015 (2)
▼ marzo (2)
EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE
LA EXTRADICIÓN EN LA LEGISLACIÓN VENEZOLANA

** Trabajo de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina como Miembro Correspondiente Nacional, puesto Nº 30.*

madres de 20 años y más, los de las adolescentes en un alto porcentaje nacen de parto pretérmino y con bajo peso, lo que aumenta el riesgo

de mortalidad perinatal.

Deschamps señala (1) que: "El embarazo en la adolescente, como la mayoría de las circunstancias generadoras de dificultades sociales, acontece sobre todo en aquellos que están menos preparados para afrontar los problemas y riesgos que este suceso acarrea".

Antes de 1990 hubo un aumento del embarazo en la adolescente a nivel mundial en todos los estratos sociales, pero sobre todo en las clases sociales menos favorecidas, quizás esto se deba a la falta de educación sexual y desconocimiento de métodos anticonceptivos.

Esto trajo como consecuencia preocupación de la sociedad y de los agentes de salud quienes desarrollaron programas con los que se ha logrado reducir esta frecuencia en los países industrializados, pero no en los países en desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2): "la

adolescencia es el período de vida en el cual el individuo adquiere

capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Está comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Se divide en adolescencia temprana o precoz de los 10-14 años y tardía de 15-19 años de edad".

Otra clasificación es en:

1. Adolescencia temprana de 10 a 13 años. Durante este período hay grandes cambios corporales, se produce la menarquía. Hay cambios psicológicos, se separan un poco de los padres, hacen nuevas amistades sobre todo del mismo sexo. Aumentan sus conocimientos y sus fantasías. Se preocupan mucho por los cambios corporales.

0. 2. Adolescenciamediade14a16años. Enestaetapasecasicompleta el crecimiento y desarrollo somático. Aumentan las relaciones con sus compañeros y comparten valores propios y conflictos con los padres. También es la edad promedio de cuando inician las relaciones sexuales. Se sienten invulnerables y asumen que

1. todo lo pueden hacer. Se preocupan por su apariencia física.

2. Adolescencia tardía de 17 a 19 años. Se acercan de nuevo a sus padres, y aceptan su imagen corporal. Desarrollan su propio sistema de valores y definen sus metas profesionales (3,4).

Es necesario conocer los cambios biológicos, psicológicos y sociales que causan crisis y conflictos y determinan el comportamiento social y estilo de vida y entenderlas durante el embarazo, pues se comportarán de acuerdo a la edad que tienen.

Se considera que la adolescencia es el período más saludable de la vida y en ella se realiza la formación de la identidad, independencia, personalidad y se adquiere un estilo de vida. El entorno familiar y social es fundamental para alcanzarlo.

El embarazo en la adolescente se define cuando la gestación ocurre entre los 10 y 19 años de edad.

Aspectos demográficos
Datos del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oxaca en 2005 en relación con la situación mundial señalan, que cada año (5):

- 585000mujeres(unaporminuto)muerenporcausasrelacionadas con el embarazo, de ellas 10 % - 20 % son adolescentes.
- La incidencia de embarazos en la adolescente en el mundo oscila entre 20 % -25 %
- El 40 % de las embarazadas menores de 20 años no hicieron

control prenatal.
• En este grupo etario se presentó con mayor frecuencia la malnutrición y la anemia.
• Cada año 70 000 mujeres mueren por aborto no seguro, 10 %

son adolescentes.

• Entre 40 % - 58 % de las agresiones sexuales se cometen en niñas de 15 años o menores.

En Venezuela, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas, de acuerdo con el censo de 2001 la población infantil y

adolescente para el año 2006 era de 10 508 198, de los cuales 5 364 016 (51 %) varones y 5 144 182 (48 %) hembras. La mayoría viven en zonas urbanas, y sólo 1 458 244 en las zonas rurales (6).

La generación de adolescentes es la más grande de la historia, cerca del 50 % de la población es menor de 25 años (9). En América Latina el 30 % de la población es adolescente, mientras que en Canadá y Estados Unidos es alrededor de 20 %. En Venezuela, también es alrededor de 30 % (7-9). En el Cuadro 7.1 se muestra la población de 10 a 19 años en los países de la Subregión Andina.

En algunos países, la tasa de fecundidad en las adolescentes ha disminuido, en Latinoamérica oscila entre 60 y 130 nacimientos por 1 000 mujeres, mientras que en Venezuela la tasa de fecundidad es de 86,5 por 1 000 (10). En la Figura 1 se observa la tasa global de fecundidad de los países de la Subregión Andina.

Cuadro 7.1

Población de 10 a 19 años en países de la Subregión Andina en 2008, según sexo y país de residencia (en millones)

	Mujeres	Hombres	Total	Participación de cada país
Bolivia	1,1	1,1	2,2	7,8 %
Colombia	4,6	4,7	9,3	32,2 %
Chile	1,4	1,5	2,9	10,2 %
Ecuador	1,4	1,4	2,8	9,9 %
Perú	2,9	3,0	5,9	20,6 %
Venezuela	2,7	2,8	5,5	19,2 %
Total	14,1	14,5	28,8	100 %

Fuente: CELADE .http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_ BD.htm

Clemente Heimerdinger A, Briceño-Iragorry L.

Figura 7.1. Tasa gñobal de fecundidad 1970/75 - 2000/05 (Hijos por mujer)Fuente: CELADE. http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_ BD.htm

En Estados Unidos es 41 por 1 000 mujeres. En Gran Bretaña de

27 por 1 000 y de 229 por 1 000 en África Sub sahariana (11).

ElembarazoenlaadolescenteenVenezuelaoscilaentre22%-39 %, considerándose una de las frecuencias más altas de Latinoamérica, comparablesconlasdeNicaragua,HondurasyGuatemala. EnColombia la frecuencia es de 28,6 % (12).

En Estados Unidos la tasa de embarazo es alta en comparación con la de otros países desarrollados, aunque ha disminuido en los últimos años (13). En 2002 la tasa de nacimientos de adolescentes de 10-14 años de edad fue de 0,7 por 1 000, la mitad de la encontrada en el período 1989-1994. Mientras que en las adolescentes de 15-19 años de edad la tasa de embarazos en 2004 fue de 72,3 por 1 000 (14). Según Langille (15) las tasa de embarazo en Inglaterra y Gales en 2002 fue de 60,3 y en Canadá de 33,9 por 1 000. Molina y col. (16) señalan que en Chile los hijos de adolescente varían entre 38 000 a 39 000 por año.

En Venezuela el primer trabajo de embarazo en la adolescente lo realizaron,Castellanosycol.en1969(17)enlaMaternidad"Concepción Palacios" y encontraron una tasa de embarazo en la adolescente precoz de 0,26 % y veinte años más tarde Kízer y col. en un trabajo realizado en el mismo centro reportan a un 2 % (18). Arechavaleta y col. (19) en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" en 1985 encuentran una tasa de 19 % de embarazos en adolescentes, Uzcátegui y col. (20) en 1987, en el mismo hospital, 17,70 %, López Gómez en 1992 en Puerto Cabello 14,70 % y Agüero y Avilán (22) en 2001 en una clínica privada en dos períodos distintos consiguen en el primero 3,11% y en el segundo 1,18 %, observándose la diferencia por estrato social.

Factores predisponentes para el embarazo en las adolescentes

Se señalan los siguientes:

Factores biológicos

• Edadtempranadelamenarquíaqueproducematurezreproductiva, asociada a la presencia de ciclos ovulatorios que a los dos años de la primera menstruación llegan alrededor del 50 %; sin embargo, no hay madurez psicológica.En último siglo la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses cada 10 años. La edad promedio de la menarquía en Venezuela es de 12,6 años, siendo más precoz en las niñas de la ciudad que en las del medio rural (3,4,14,19-21,23-25).

Factores familiares

- El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

- Además la escasa comunicación que se establece entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. En un estudio realizado entre jóvenes hispanas de EE.UU se concluyó que la adecuada comunicación con la madre estaba inversamente relacionada con el embarazo.

Factores psicosociales y conducta sexual

- Inicio precoz de las relaciones sexuales que se relaciona con la menarquía temprana y sobre todo con la falta de previsión. En la actualidad se observa un cambio en las costumbres sobre todo en los jóvenes de Latinoamérica manifestándose en un aumento de la actividad sexual. Las primeras relaciones sexuales sonespontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, asociado a una falta de motivación, por parte de los jóvenes, para su empleo.Con frecuencia pasa que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y/u otras drogas.

- Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad de las adolescentes no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose mayor frecuencia en las clases socioeconómicas bajas y un menor porcentaje en las clases más favorecidas.

- Otro de los factores asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido el bajo nivel educativo (poca o falta de asistencia a la escuela). Freitez y col. (10) encontraron que entre las adolescentes menos escolarizadas que uno de cada tres habían tenido relaciones sexuales, mientras que si tenían 10 años o más de instrucción, la proporción se redujo a 4 %.

- Por otra parte, se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de la relaciones sexuales el medio donde viven los

adolescentes observándose que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo en la adolescente en esas zonas (10).

- Falta de un proyecto de vida, lo que se relaciona con el bajo nivel
- Búsqueda de sí misma y de su identidad.
- En un intento de resolver los conflictos familiares y sociales, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, lo que es más grave, como una huida de una situación familiar y económica difícil.
- Influenciadelosmediosdecomunicaciónydealgunosprogramas deentretenimientoqueejercenunamalainfluenciaenlasmenores,

educativo.

ya que incitan a las y los adolescentes que ven programas con

contenidos sexuales a embarazarse.

- Pérdida de la religiosidad, éste es un factor importante puesto que la formación religiosa, influye en el control para el ejercicio de la sexualidad.
- Aumento de la población de adolescente. La población mundial de adolescentes ha aumentado y se dice que más de mil millones de habitantes del mundo son adolescentes. Uno de cada cuatro personas en los países en vías de desarrollo está entre 10-19 años y una de cada siete personas en los países desarrollados (3).
- Faltadeeducaciónsexual. Eldesconocimientoeinexperienciade los mecanismos de reproducción humana y por tanto el peligro de quedar embarazada. Un 20 % queda embarazada en el primer mes del inicio de las relaciones sexuales, y un 50 % en los primeros

seis meses.

• Desconocimiento de los métodos anticonceptivos. La no utilización de métodos de anticoncepción es uno de los factores causales más importantes para el embarazo en la adolescente. En esto tienen responsabilidad los padres, los profesores, las autoridades, la sociedad en general, de que los y las jóvenes no obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos y la reciben de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con frecuencia su responsabilidad en terceras personas no ejerciendo su derecho y su deber de educar a sus hijos. En otros casos la dificultad al acceso a los métodos anticonceptivos (3,4,11,14,19- 21,23-30).

Factores determinantes

1. Relaciones sexuales
2. Abuso sexual
3. Violación

Actitud frente al embarazo

El embarazo afecta a los adolescentes, aunándose a la situación especial que están viviendo y que presenta características diferentes de acuerdo al período de desarrollo de la adolescente (4).

1. Etapa de adolescencia temprana. En este período no son capaces

de desarrollar una vida individual, ven al futuro hijo como una fantasía. No piensan en el padre en sus planes.Lagestaciónlespuedeprovocartrastornosemocionales:depresión
y aislamiento.

1. Etapa de adolescencia media. El embarazo puede ser visto el mismo día como una amenaza o como una oportunidad que le brindará madurez. Su actitud es ambivalente de orgullo y de culpa, la madre perfecta con

su bebe y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima. Ya toman en cuenta al padre y lo ven como una esperanza para el futuro.

2. Etapa de adolescencia tardía. El embarazo es visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al padre como un futurocompañero. Lasjóvenesdesarrollanunagranpreocupación

por papel de madres.

En conclusión la actitud de la gestante adolescente frente al embarazo y crianza de su hijo, están influenciadas por la etapa de su vida y necesita del apoyo familiar, así como del equipo de salud.

Diagnóstico de embarazo

Eldiagnósticodeembarazoenlasadolescentessehacetardíamente, porque ellas no piensan en esta posibilidad o porque se niegan a creer que están embarazadas, aún después de su primera falta menstrual, se niegan a admitir la posibilidad de un embarazo y/o tienen temor de confesarlo a sus padres. Incluso hay casos en que lo niegan hasta el último momento, llegan al hospital con sus padres en inicio de trabajo de parto, pero por otro motivo de consulta.

Control prenatal

Enconcordanciaconloexpresadoanteriormenteunaltoporcentaje de adolecentes embarazadas, no controlan su embarazo o lo hacen tardíamente.

Los motivos de la consulta son variados y los más frecuentes son amenorrea, congestión y aumento de las mamas, náuseas matutinas, mareos, depresión, irritabilidad, fatiga, epigastralgia, estreñimiento, aumento de la frecuencia urinaria, en ocasiones calambres en miembros inferiores, o dolor de espalda. Esto trae como consecuencia que inicialmente, se hagan diagnósticos equivocados por tanto siempre debemos tener presente el embarazo en estas pacientes.

Lo ideal es que asista a la consulta prenatal antes de las 12

semanas de gestación y se le brinde una atención prenatal integral y

multidisciplinaria.

Debetenerseencuentaqueelembarazonomaduraalaadolescente, sobre todo si es menor de 14 años. Se le debe escuchar, permitir que plantee sus dudas, y temores, respetarla, ayudarla a aceptar la gestación.

Enseñarle como debe alimentarse, qué actividad física debe realizar durante el embarazo y puerperio, evolución del embarazo, por qué se le piden ciertos exámenes, las modificaciones que sufre el organismo materno durante la gestación, y la importancia de la lactancia materna para el desarrollo de un niño sano con una relación más íntima y afectiva con el bebé, por qué debe abandonar el hábito de fumar, el alcohol y/o drogas. Anticoncepción posparto, y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Enfoque de riesgo en consulta prenatal

Aunqueentérminosgenerales,portodoloexpuestoanteriormente, elembarazoenlaadolescenteseconsideraunembarazoderiesgo,desde

el punto de vista biológico clasificamos a las adolescentes embarazadas de acuerdo a los factores de riesgo obstétrico y perinatal en dos grupos: de alto y bajo riesgo.Adolescentes de alto riesgo:

- Edad entre 10 y 14 años de edad
- Nivel socioeconómico y educativo bajo
- Embarazo no deseado
- Desnutrición
- Sin apoyo familiar
- Antecedentes de patología obstétrica
- Abandono de la pareja.
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas
- Estatura menor de 1,50 m
- Embarazo producto de violación
- Conductas sexuales de riesgo.

Bajo riesgo

- Entre 15 y 19 años de edad
- Nivel educativo acorde con su edad
- Con apoyo familiar
- Pareja estable
- Sin antecedentes obstétrico ni patología asociada.

Enestegrupoetario,duranteelembarazoaumentanlasnecesidades deproteínas,vitaminasymineralesencomparaciónconlasembarazadas adultas porque las adolescentes están en fase de crecimiento y muchas de ellas tienden a hacer dietas restrictivas para no aumentar de peso. Esto es importante, puesto que el estado nutricional así como la talla y pesoantesdelembarazotienenunefectodeterminanteenelcrecimiento fetal y peso al nacer (30,31).

Atención del parto

En cuanto a la atención de parto en las adolescentes embarazadas, no hay acuerdo y la información que existe es limitada y contradictoria. Algunos autores (1, 23, 24), señalan que la cesárea es la práctica más frecuente en las adolescentes, sobre todo en las menores 15 años, que en las adultas debido a la inmadurez biológica, y a mayor frecuencia de algunas distocias de presentación y de bajo peso. Mientras que otros

(32) no encuentran diferencias significativas en el tipo de parto entre adolescentes y embarazadas entre 20 y 25 años. Estas diferencias en los hallazgos pueden ser debidas a las otras variables intervinientes como características socioeconómicas, aspectos psicológicos, control prenatal y complicaciones médicas que se presenten en las diferentes poblaciones de estudio. En mi opinión, se debe realizar una evaluación integral de la adolescente practicar la cesárea cuando haya indicaciones precisas y no exclusivamente por la edad. En la mayoría de las series, la principal indicación para realizar una cesárea es por desproporción feto pélvica (19,20,24).

El equipo de salud que atiende a este grupo etario debe estar preparado y sensibilizado para ello, sobre todo para aquellas del grupo de menores de 14 años.

Cuidado posnatal

Asu egreso, la joven enfrenta la mayor dificultad: la de cuidar a su hijo. El equipo de salud debe ofrecerle la ayuda y apoyo necesarios para la atención

del recién nacido y explicarle la importancia de la lactancia materna. Es recomendable hacerle los controles posparto con los de su hijo para una asistencia integral. Es importante en esta etapa observar la sintomatología que sugiera estrés o depresión muy frecuentes e esta etapa. Investigar los planes familiares, así como la situación escolar y su futuro, recomendándole la reinserción escolar. Asimismo, sobre la actividad sexual y orientarla sobre métodos anticonceptivos.

Aborto

No hay acuerdo de si el aborto espontáneo es más frecuente en las adolescentes, que en mujeres de más edad, aunque esto si se ha notado en las adolescentes precoces (24). Lo que sí es cierto es que como en la mayoría de los casos, es un embarazo no deseado, el miedo, el abandono del compañero, la vergüenza, el ser rechazada de la escuela, y la desesperación hace que muchas veces ponga fin al embarazo.

Generalmente, la inducción del aborto es recomendado por amigos, madre, compañero sexual y familia; en ocasiones lo realizan ellas mismas o buscan servicios de aborto, prestado por personas no capacitadas y en condiciones de riesgo, con las consecuencias que ello acarrea (33).

La OMS (34) estima que cada año ocurren entre un millón y 4,4 millones de abortos entre los jóvenes de 10 a 24 años de edad y la mayor parte son provocados y realizados por personas no aptas, son abortos inseguros.

Una desventaja de las adolescentes es que tienden a negar que estén embarazadas y hacerse el aborto tardíamente, en el segundo trimestre, lo que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. La morbilidad más frecuente por esta causa es hemorragia, infecciones, heridas y tienen que ir a los hospitales. Las consecuencias a largo plazo son dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, infertilidad y esterilidad, enfermedad inflamatoria pélvica y trastornos psico afectivos.

El aborto inducido es riesgoso en todas las edades si no es practicado por médicos, pero es más grave en las adolescentes. En nuestro país se desconoce la magnitud del problema por ser ilegal el abortoyademásnotodoslosabortossehospitalizanylosqueseatienden en clínicas privadas no se informan y en ocasiones no se hacen en las salas de parto (22). En los estudios hechos por varios autores (19,24) han encontrado porcentajes que van desde 10 % a 20 %.

La tasa de abortos en Estados Unidos para 2002, fue de 21,7 %, en Canadá de 18,4 % y en Gran Gretaña de 24,1 % (15).

Para reducir el riesgo de muertes y enfermedades producidas por el aborto inseguro se les debe brindar atención posaborto, al igual que posparto, información de métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes del embarazo, parto y puerperio son (12,16,19-21,23-30,34-38):

Anemia ferropénica. En un trabajo, que realizamos en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández (24), encontramos que la incidencia de anemia fue de 9,7 % en comparación con 1,6 % en mujeres de 20 a 24 años de edad. Esto se ve sobre todo cuando el nivel socioeconómico es bajo, por la deficiencia nutricional (31), y se explica por la forma de alimentarse las adolescentes, hacen dietas mal balanceadas,pobresenproteínas,porconservarlafigura. Laembarazada requiere de más hierro y la adolescente tiene un mayor requerimiento.

Trastornos hipertensivos del embarazo. Duplican el porcentaje en comparación con las mujeres adultas de 20 a 24 años y sobre todo cuando tienen 14 años o menos (24,38). En general los autores (3,12,27,34-38) han encontrado un alto porcentaje de preeclampsia, las causa no están claras, pero puede asociarse con factores nutricionales, deficiencia de calcio y factores inmunológicos.

Infecciones urinarias. Son más frecuentes que en mujeres de más edad, sobre todo en las adolescentes precoces o tempranas.

Parto pretérmino, es también más frecuente en las adolescente (15,19,20,24,27,30,32,35-41). Bojanini (12) en Colombia encontró un alto porcentaje 53,6 % de partos pretérmino y en Estados Unidos Menaker y col. (13) reportan 21,3 %. Se disminuiría con un buen control prenatal.

Otros factores son: restricción del crecimiento intrauterino, desgarros, hemorragias, infecciones puerperales.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es más elevada que en las mujeres de 20

o más años de edad y esto va en razón directa con la mayor incidencia de aborto provocado, así como con la falta de control prenatal e inicio

tardío del mismo.
Parareducirlamortalidadenestegrupoesconvenientepromoción

de la atención prenatal para identificar los factores de riesgo, indicar tratamientos adecuados precozmente y evitar algunas complicaciones

y que otras sean más leves.

Padre adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo está el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad

adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Haypocostrabajosqueincluyanalpadreadolescente. Deestudios hechos según Molina y col. (16) en Chile se han sacado las siguientes conclusiones:

1. "El varón que decide asumir el rol de padre se enfrenta a tantos problemas y angustias como ocurre en las adolescentes".

2. El varón que se ausenta o no acepta su rol de padre se caracteriza por tener conductas de riesgo. Sus antecedentes están cargados de carencia afectiva familiar. No han sido amados. No han recibido cariño, luego no saben amar. En una sociedad con roles predominantemente machista; el varón es el que propone, es el activo, se supone es el experto, y la mujer es pasiva, la que se supone es inexperta. En este contexto, un varón de conducta inadecuada se transforma de activo en agresor. La adolescente ignorante y carente de afectos, es fácilmente captada por el

   agresor. Ella interpreta los mensajes del varón agresor como sentimientos de afectividad y compromiso, dando por resultado madres adolescentes abandonadas.

3. Entre los varones que fueron padres y que abandonaron a sus

   parejas se encuentran altos indicadores de delincuencia y alta tasa de mortalidad por causas violentas".

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a un reto y cuando lo acepta, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo, comenzando a vivir las urgencias. Atodo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido de la misma necesidad.

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación y escolaridad insuficiente para acceder a trabajos bien remunerados. Ello lo obliga a ser adoptado como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo-padre.

Esta situación particular hace ambigua la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud debe trabajar con el padre adolescente.

Recién nacido

Hay un aumento de recién nacidos con bajo peso, bien sea por prematurez o por restricción del crecimiento intrauterino y se ve más en el grupo etario de 10 a 14 años de edad. En grupo etario de 15 a 19 años de edad no hay diferencia con los hijos de mujeres de 20 o más años de edad, siempre que hagan un buen control prenatal.

La mortalidad perinatal es elevada, los niños de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebes de madres entre 20 y 35 años de edad. El riesgo es mayor para los niños de madres menores de 15 años de edad (13,40).

Las adolescentes embarazadas fuman más que las mujeres mayores de 25 años de edad; y el fumar aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso al nacer, bien sea por prematurez o restricción del crecimiento intrauterino (44).

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de

repetir grado en la escuela y suelen tener un mal desempeño académico

y abandonar la escuela secundaria antes de terminarla. Sin embargo, si la adolescente cuenta con apoyo familiar sus hijos son iguales a los

de las mujeres mayores de 20 años.

Impacto social y económico del embarazo en la adolescente

Generalmente la adolescente embarazada soltera es rechazada parcial o totalmente por la familia y la sociedad. A pesar de las normas vigentes hay discriminación en las escuelas, por lo que tienden a abandonar los estudios.

Es como dicen Dickens y Allison (42) que el costo social se paga de varias formas:

1. Las posibilidades de estudiar y trabajar se frustran con facilidad y las que postergan el embarazo para después de 20 años de edad, tuvieren posibilidades de completar sus estudios. En Estados Unidos, según el Instituto Alan Gutmacher citado por Molina (16) sólo el 5 % de las que tienen un hijo antes de los 19 años de edad terminan el *College*, el 10 % de las que tienen entre 20 y 24 años y el 47 % cuando la maternidad se inicia a los 25 años. Aunque como dice este autor la principal causa de abandonar los estudios es personal y familiar, pues deben trabajar o quedarse en la casa para atender al niño.
2. La estabilidad matrimonial no es buena y los divorcios son

numerosos o la separación de sus parejas es tres veces mayor.

1. Cuando abandonan los estudios tienen mayor tendencia a repetir el embarazo. Tienen un 50 % más de hijos que las mujeres que posponen su maternidad (11).

2. Los hijos de las madres adolescentes experimentan fallas educacionales y cognoscitivas. Los coeficientes intelectuales son menores con más frecuencia en comparación con los de madres

mayores.

Todo esto lo resumió Waters (43) como el "síndrome del fracaso de la embarazada adolescente", que consiste en:

1. Fracaso de las funciones de la adolescente
2. Fracaso de permanecer en la escuel
3. Fracaso para limitar el tamaño familiar por desconocer o usar deficientemente los métodos anticonceptivos
4. Fracaso para formar familias estable
5. Fracaso para mantenerse a sí mismas
6. Fracaso para tener niños sanos

Al no tener una preparación adecuada las fuentes de trabajo son reducidas y ganan aproximadamente la mitad que las mujeres que postergan su maternidad y viven en condiciones de pobreza.

Atención integral de la adolescentePrevención

La prevención puede ser:
Primaria: antes de la actividad sexual.

Secundaria: a las adolescentes con actividad sexual y que no desean embarazarse.

Terciaria: para las adolescentes embarazadas.

Es necesario desarrollar un enfoque de riesgo basado en aspectos psicosociales y biológicos para establecer una intervención adecuada y oportuna para evitar mayores complicaciones, ésta atención debe ser impartida por un equipo interdisciplinario formado por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, etc. (3).

Factores psicosociales de riesgo en la adolescente

- Discordancia entre la madurez física y emocional
- Autoestima baja
- Ausencia de interés
- Embarazo por violación o abuso sexual
- Intento de aborto
- Pareja ambivalente o ausente
- Familia disfuncional
- Pérdida reciente de seres queridos
- Trabajo no calificado
- Estado socioeconómico desfavorable
- Propósito de entregar el hijo en adopción
- Marginación por su grupo

• Temor de ir a los centros de salud Factores de riesgo biológico

- Edad cronológica ≤ de 14 años
- Peso menor de 45 kg y/o talla menor de 1,50 m

- Déficit nutricional
- Aumento insuficiente de peso por malos hábitos alimentarios
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas
- Dos o más parejas.

Es una necesidad abordar los aspectos de la sexualidad en esta etapa de la vida, por tanto se debe hacer:

Educación sexual
Establecer programas que deben contar con la opinión favorable de los líderes religiosos y otros líderes del entorno social, líderes comunitarios en especial adolescentes, por lo que es importante incorporarlos en la planificación de estos programas. Deben agregarse acciones hacia la familia.

El tema de la sexualidad debe hacerse de la forma amplia, ofreciendo información y reflexión acerca de los aspectos de la misma y su función en la construcción de la personalidad.

Enseñarles a desarrollar o crecer la autoestima y auto cuidado, conductasderiesgo,parafavorecerelcambiodecomportamientoquese quiere lograr. Los medios de comunicación tienen un valor indiscutible como elemento de apoyo y generador de opinión.

Esta labor debe hacerse por un equipo interdisciplinario, con el objeto de lograr:

• Un mejor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y auto cuidado de la salud.

- Reflexión acerca de la influencia del medio familiar, del grupo de compañeros, así como de los medios de comunicación en la adopción de patrones de conducta sexual; deseo de descendencia.
- Inicio de las relaciones sexuales.
- Favorecer la toma de conductas sexuales libres y responsables hacia sí mismo y los demás.

- Promover conductas de responsabilidad recíproca.
- Mejorar la calidad de vida de los adolescentes al promover la salud integral.
- Uso de métodos anticonceptivos.

El programa de estudios debe incluir información sobre el desarrollo humano, anatomía reproductiva, relaciones, actitudes personales,saludycomportamientosexualylospapelesdeambossexos.

Laeducaciónyorientaciónsexualaportaelementosdeprevención primaria, porque favorece la incorporación del varón a la vida familiar y favorece la comunicación entre sus integrantes.

También secundaria y terciaria, como prevenir: el embarazo en la adolescente, infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos en la esfera sexual, y abuso y violencia sexual.

La información que tienen los adolescentes proviene de amigos, comunidad, familia y medios de comunicación que ofrecen permanentemente a los adolescentes mensajes y modelos que los impulsan a seguir conductas de riesgo.

La familia debería ser la primera fuente de información y no es así, por el temor de los padres a hablarles a los hijos acerca de este tema. Son los amigos los que le dan la información y siguen conductas erradas a veces por querer ser aceptados (as) en esos grupos. Ellos comparten también las experiencias, dudas y dificultades. El embarazo se puede evitar por medio de la educación sexual (11,16,20,24,28,32,45-48).

Se debe promover la abstinencia, tener relaciones cuando se es capaz de responder por sus actos y ser responsable de las consecuencias. La mejor forma de prevenir el embarazo, las ITS y el VIH-SIDA en las adolescentes es a través de la abstinencia. Debe formar parte de la educación sexual (44,49).

Planificación familiar

Con frecuencia los jóvenes no saben de los programas de planificaciónfamiliarysabenmenosdeellaquelosadultosycuandousan anticoncepción,usanmétodosmenoseficaces,losusanincorrectamente

o la abandonan por completo.La falta de acceso a servicios de planificación familiar es una de las razones que explican el aumento del aborto inseguro.

La anticoncepción en la adolescente es especial, se deben tener en cuenta: la edad, el grado de maduración biológica, la reversibilidad del método, (aunque en determinados casos se usan métodos definitivos), adecuado a la actividad sexual, a la existencia de un compañero monógamo, o si hay cambios frecuentes de pareja, frecuencia de las

relaciones; y que sea fácil de usar.

LaFederaciónInternacionaldeGinecologíayObstetricia(FIGO) divide los métodos anticonceptivos en:

- Recomendables: preservativos y anticonceptivos orales. En el caso de tomar anticonceptivos orales, no se puede descuidar la protecciónc ontralasinfeccionesdetransmisiónsexual(ITS). Por loquelosexpertosrecomiendanelusocombinadodelpreservativo y la píldora, conocido como el doble método, puesto que previene simultáneamente los embarazos no deseados y las ITS.

- Aceptables: diafragma, esponjas, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable.

- Pocoaceptables:dispositivosintrauterinos(DIU),anticonceptivos quirúrgicos (esterilización quirúrgica, vasectomía)y métodos naturales (abstinencia periódica)

- De emergencia: anticoncepción poscoital.

Considerando que van dirigidos a jóvenes, **estos métodos deben cumplir los siguientes requisitos:**

Ser efectivos, fáciles de conseguir, ser baratos, fáciles de usar, ser reversibles por la edad de los usuarios.

Laspacientesdeplanificaciónfamiliarnecesitanprotecciódoble contra el embarazo e ITS. Lo mejor es la monogamia mutua entre compañeros no infectados y un anticonceptivo eficaz.

En casos de adolescentes sexualmente activas se puede usar doble protección, condón masculino o femenino y anticoncepción oral. La mejor protección contra el HIV- SIDA para algunos es el condón (9).

Lasposibilidadesdequeunapersonainfectadatransmitagonorrea

o sífilis son de 50 % en cada coito con una persona infectada

El uso de anticonceptivos orales (AO) previene el embarazo, en Estados Unidos toman AO el 42 %, en Canadá el 64 %, Francia el 50 %, en Inglaterra, 69 %, Brasil 41,3 %, República Dominicana 34,3 %, en Nicaragua y Colombia 16,1 % (9).

Cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)
En la adolescencia hay mayor riesgo de exposición a las ITS, debido a una serie de hechos:

1. Inicio precoz de las relaciones sexuales
2. Varias parejas
3. Menor resistencia de la mucosa vagina
4. No usar condón.

A esto se agrega la situación socioeconómica baja, abuso de

drogas y acceso limitado a los servicios de salud.

El coito anal heterosexual es más peligroso, plantea más riesgo para el VIH, que el coito vaginal sin protección y también para las otras ITS como *Chlamydia trachomatis*, gonorrea, sífilis, hepatitis B y C y virus del papiloma humano.

Cuando la adolescente embarazada no usa condón puede adquirir una ITS, Nicolai y col. (50) encontraron que las adolescentes embarazadas tenían 24 % de infección por chlamydia y 3,4 % de gonorrea, en comparación con adultas embarazadas que tenía entre 10 % y 17 % de *Chlamydia* y 1,2 % de gonorrea. De ahí la importancia de la consulta prenatal para detectar estas infecciones.

Beringerycol.(9)dicenquelos factores quecontribuyenalriesgo de las ITS, VIH-SIDA y embarazo en las adolescentes son:

- Biológicos: inmadurez reproductiva y del sistema inmunológico.

- Sociales: la diferencia de edad entre las parejas (niñas y hombres adultos mayores), matrimonio temprano. En muchos países las jóvenes sufren presiones para que sean trabajadoras sexuales para ayudar a la familia. Estas jóvenes tienen un altísimo riesgo para las ITS, VIH-SIDA, embarazo y violencia.

Las secuelas de las ITS son: infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica,embarazoectópico,pérdidasfetales,VPHycáncer. Recomienda tres estrategias: Servicios clínicos, servicios de planificación familiar y educación sexual.

Los servicios clínicos deber ser exclusivos para las adolescentes y se debe hacer prevención del cáncer cervical, vacunación para prevención del VPH.

Conclusiones y recomendaciones

1. Estoy totalmente de acuerdo con la primera conclusión del Foro "Embarazo precoz de las adolescentes" realizado en la Academia de Medicina en octubre de 1999 que para disminuir la tasa de embarazoenlaadolescencia,laeducacióneinformacióncumplen un papel decisivo. En tal sentido se debe

a. Incorporar a los padres, en los programas de educación sexual, se les debe hacer saber que muchas investigaciones han demostrado que los programas de educación sexual son más eficaces para modificar los comportamientos, cuando los mensajes llegan a las y los adolescentes antes de que tengan una vida sexual activa.
b. Apoyar al sistema educativo en la capacitación de docentes como agentes multiplicadores, sobre salud sexual y reproductiva. Con seguimiento en el aula al docente y a los estudiantes para determinar el impacto del proceso educativo, esto constituiría un valioso aporte, lo cual no se tiene previsto.

La educación en salud implica proporcionar elementos a los adolescentes para que asuman su salud como un derecho. Esto implica desarrollar estrategias para que esta población interiorice esta actitud. En el mensaje educativo se debe ser apropiado para la edad y la experiencia,coninformaciónacercadelaabstinenciasexual,losmétodos anticonceptivos, protección para prevención de las ITS-VIH-SID.

2. Desde los servicios de salud se debe:

a. Abrir espacios físicos apropiados (servicios clínicos) para la atención de los adolescentes, asignar presupuestos específicos para esta población, recuperar el nivel técnico de los equipos de apoyo para defender la condición de adolescencia y manejar conceptos amplios sobre adolescencia y salud reproductiva, entre otros.
b. El sector debe asumir un liderazgo en la prevención y atención del embarazo en comunidades pobres y, dentro de éste, los servicios de salud. Es importante resaltar la importancia que tiene la atención primaria. Se recomienda que en todos los niveles de atención en salud el servicio a la población adolescente sea individualizado.
c. Los servicios de salud deben ser más amigables. Esto incluye la capacitación de los integrantes del equipo de salud, puesto que aún existen barreras de tipo cultural que deben superarse; el funcionamiento de los servicios y la ubicación de estos espacios físicos para atender las necesidades de las y los adolescentes, deben garantizar la privacidad y confiabilidad en los mismos.
d. Por último, las estrategias de prevención y atención del embarazoenlaadolescenciadebendiseñarsebajoesquemas que garanticen la sostenibilidad de los mismos.

Aunque pensamos que la prevención del embarazo en las adolescentes debe hacerse los 365 días del año, destinemos todos los 26 de septiembre, Día Internacional de la Prevención del embarazo en la adolescente nuestros mejores esfuerzos a este objetivo.

Concluyo con las palabras de Dickens y Allinson (42): "El embarazo en la adolescente expresa en parte el fracaso de la sociedad, el hogar, la escuela, la iglesia y las autoridades sanitarias en la previsión de una adecuada enseñanza sexual".

REFERENCIAS

1. Deschamps JP. Embarazo y maternidad en la adolescente. Barcelona: Ed Herder; 1979:115-133.

2. Health needs of adolecents.WHO. Tecnical report. Serie 609 1977:9-10.

3. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev de Postgrado de la Cátedra VI a de Medicina 2001 (agosto);107:1-19. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

4. Romero MI. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: http://www.bertha.gob.ni./adolescentes/Doc/Minsa)Diplomado/Tema

%203%20saludsex repro Ginecolog. Lección Embarazo en adolescentes.pdf

5. Memorias del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes, realizado en Oxaca en 2005.

6. OPS-OMS Análisis preliminar y de la situación de salud de Venezuela. Gobierno y Población. El desafío para la salud y el desarrollo. 2002; disponible en: URL: http://www.OMS-OPS.com

7. Organización Panamericana de la Salud (OPS- OMS) Plan de Acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998.

8. Merz G, García H, Medina H, Donas S. Perfil de la fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. OPS-OMS 1998.

9. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global Perspective on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention and potential. Lancet. 2007;369:1290-1231.

10. Freitez LA, Zúñiga AG, Di Brienza PM. Comportamiento sexual y reproductivodelasadolescentes. DepartamentodeEstudiosDemográficos. Universidad Católica Andrés Bello. Fondo de de Publicación de las Naciones Unidas (FNUAP) 1998.

11. Milne D, Glassier A. Preventing repeat pregnancy in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008;20:442-446.

12. BojaniniJ,GómezJ. Resultadosobstétricosyperinatalesenadolescentes. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2004;55(2):114-121.

13. Menacker F, Donas S, Martin JA, Mc Dorman MF, Ventura SJ. Births to 10-14 years old mothers 1990-2002: Trends and health outcomes. Nati Vital Stat Rep. 2004;53:1-18.

14. Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, Hensahaw SK. Estimated pregnancy rates by outcome for the Unites States, 1990-2004. Nati Vital Stat Rep. 2008;56(15):1-25.

15. Langille DB. Teenager pregnancy: Trends, contributing factors and physicians role. CMAJ. 2007;176:1601-1602.

16. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, editores. Obstetricia. 3ª edición. Santiago: Publicaciones técnicas Mediterráneo; 1995.p.245-256.

17. Castellanos R,AgüeroO,FrancoG,MorenoLF.Estudiosobremilmadres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1969;29:65-75.

18. Kízer S, Cabrera C, Solórzano E. Frecuencia del embarazo en las adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1989;49:5-7.

19. Arechavaleta H, Uzcátegui O, Miranda M, Soto J, Flores R, Arias G, et al. Embarazo en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985;45:89-91.

1. 20. Uzcátegui O, Vidal J, Villalobos A, Arechavaleta H, Arias G, Miranda M, et al. Cesáreas en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1987;47:79

2. 81.

20. López JR, Bracho de López C, Valderrama Y, Silva R, Arenas C. La adolescente embarazada. Morbimortalidad materna y fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. 1992;52:17-22.

21. Agüero O, Avilán J. Edad, paridad, embarazo y parto. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001;61:147-152.

22. Toro-M J, Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. En: Rodríguez AO, Santiso G R, Calventi V, editores. Libro de texto FLASOG Ginecología, Fertilidad,ySaludReproductiva. Caracas:Ed.Ateproca;1997.p.679-690.

23. Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente precoz. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997;57:29.35.

24. Toro-M J. Riesgos y conducción del embarazo en la adolescente. En: Sánchez de La Cruz Bestalia, editora. Ginecología Infanto Juvenil. Caracas: Editorial Ateproca; 2000.p.327-334.

25. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, Oliveira da Silva M, Astin M, Wyness L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries a systematic review. Eur J Public Health. 2007;17:630-636.

1. 27. Zighelboim I, Uzcátegui O. Reproducción en edades extremas de la vida. En: Zighelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. 3ª edición.

2. Caracas: Disinlimed, CA; 2007.p.531-534.

26. Correón Vásquez J, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C, Gil Alfaro I, Soler Huerta E, González Salas R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam. 2004;6:70-73.

27. GuptaN,KiranU,BhalK. Teenagepregnancies:Obstetricscharacteristics and outcome. Eur J Obstet Gynecol Biol. 2008;137:165-171.

28. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams 22ª edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2005.

29. Cedillo N, Dellán JE, Toro MJ. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66:233-239.

30. Zeck W, Walcher W, Tamusino K, Lang U. Adolescent primiparas: Changes in obstetrical risk between 1983-1988 and 1999-2005. J Obstet Gynecol Research. 2008;34:195-198.

31. Network. Family Health International. 2000;20:16-20.

1. 34. Young People and Sexually Transmitted Disease: WHO Fact Sheet N°

2. 186. Geneva: World Health Organization, 1997.

32. Frasser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med. 1995;332:1113-1118.

33. Vigil P, Arias T, Lizcano G, Caballero LC, Chong J, Mendieta AQ, et al. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:73-77.

34. UzcáteguiO,ToroJ,DautantN.Hipertensióninducidaporelembarazoen adolescentes. MemoriasdelXCongresoVenezolanodeCienciasMédicas. Caracas: Talleres tipográficos de Miguel García hijo; 1983.p.151-153.

35. Usta IM, Zoorab D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetrics outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87:178-183.

1. 39. Manrique R, River A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68:144

2. 149.

36. Smith GC, Jell JP. Teenage pregnancy and risk and risk of adverse perinatal outcome associated with first and second births: Population based retrospective cohort study. BMJ. 2001;323:1428-1429.

37. Cooper LG, Leland NL, Alexader NG. Efeet of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc Biol 1995;42:22-35.

1. 42. Dickens H, Allison MD. Embarazo en las diezañeras. En: Bongiovani A, editor. Ginecología del adolescente. Barcelona: Ed El Ateneo; 1986.p.74

2. 97.

38. Waters J. Pregnancy in young adolescent: A syndrome of failure. South Med J. 1969;62:655-658.

39. Kízer S, Cabrera C, Solórzano E.Los recién nacidos de madres adolescentes. Rev Latin Perinat. 1987;7:178-18.

40. Santelli JS, Duberstein LL, Finer Lb, Singh S.Explaining recent decline in adolescent pregnancy in the United States: The contribution contraceptive use of abstinence and improved. Buston K, Am J Public Health. 2007;97:150-156.

41. ReimeS,SchuckingBA,WenslaffP. Reproductiveoutcomesinadolescents who had a previous birth or and induced abortion compared to adolecents first pregnancy. BMC Pregnancy childbirth. 2008;8:4-7.

42. Fielding JE, Williams CA. Adolescent pregnancy in the United States: A review and recommendations for clinicians and research needs. Am J Prev Med. 1991;7:47-52.

43. Santelli JS, Ott MA. Abstinence and abstinence only education. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19:446-452.

44. Nicolai LM, Ethier KA, Kershau TS. Pregnancy adolescent and risk: Sexual behaviors transmited disease prevalence. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:63-65.

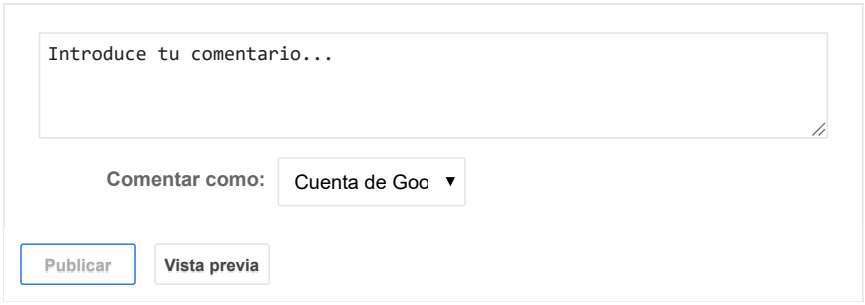
45. López J, Bracho C, González R, Román G, Zambrano A, Evies A, et al. Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. Medios, Publicaciones y RR PP, 1997.

ESTE TRABAJO HA SIDO MONTADO POR EL ABOGADO DAVID MENDEZ JAIMES EN RECURSOSJURIDICOSDMENDEZ COMO UN APORTE A TODOS MIS SEGUIDORES, Y ASÍ CULTURIZAR A NUESTROS JÓVENES

Publicado por David Méndez Jaimes en 12:57

No hay comentarios:

Publicar un comentario



Enlaces a esta entrada

Crear un enlace

Entrada más reciente Página principal

Suscribirse a: Enviar comentarios (Atom)

Tema Picture Window. Con la tecnología de Blogger.