

Policlínico Docente "Manuel González Díaz"

REPERCUSIÓN BIOLÓGICA, PSÍQUICA Y SOCIAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Lic. Grisell Mirabal Martínez,¹ Téc. María Modesta Martínez² y Dra. Damaris Pérez Domínguez³

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad con el objetivo de evaluar la repercusión biopsicosocial que tiene el embarazo en la adolescencia, se constituyó una muestra con 150 embarazadas adolescentes pertenecientes a todos los consultorios del policlínico docente "Manuel González Díaz" del municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río, en el período comprendido de abril de 1999 hasta abril del 2000. Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y descriptivo. Para la recolección de datos se confeccionó un modelo encuesta que recogió variables tales como edad, ubicación geográfica, estado civil, edad de la menarquía y primera relación sexual, nivel de escolaridad, alteraciones en el embarazo, tipo de captación y algunas variables psicológicas. Dicho resultados se ubicaron en tablas de contingencia para su análisis estadístico a través del sistema computarizado MICROSTAT, por el modelo porcentaje. Procesada la información se consultó con la bibliografía revisada y concluyó que el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión en esta edad de la vida en que el organismo no está preparado para asumirlo. El mayor porcentaje pertenecía al grupo de edad de 16-17 años, con un nivel secundario y la mayoría inició su actividad sexual entre los 14 y 15 años. Predominaron las pacientes con estado civil no casado y las alteraciones más frecuentes fueron la sepsis urinaria y la anemia.

DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; FACTORES DE RIESGO; EDUCACIÓN SEXUAL; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; PROBLEMAS SOCIALES.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. El

embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel

¹ Licenciada en Enfermería.

² Técnica.

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.¹ Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando aun no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad.¹⁻³

En EE.UU., de un millón de embarazos entre adolescentes cada año aproximadamente medio millón dan como resultado niños expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, e igualmente ocurre con la madre.⁴

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud.⁵

El médico de la familia, dentro del marco de salud pública en Cuba juega un papel importante en la atención de adolescentes, así como en la supervivencia y desarrollo de sus hijos. La atención obstétrica de estas jóvenes, futuras madres, unidas al trabajo médico en equipo que incluyen psicólogos y trabajadores sociales, ayudan a fomentar en las adolescentes una conducta social oportuna y dar atención en los aspectos físicos, emocionales y sociales que forman la personalidad.⁶

Teniendo en cuenta el número de embarazos a esta edad ocurrido en nuestro municipio en los últimos tiempos, los ingresos de estas madres con sus niños en los servicios de pediatría por falta de cuidado,

así como la repercusión biopsicosocial y las complicaciones que trae el embarazo no sólo para la gestante, sino para su futuro hijo, realizamos esta investigación, para conocer las características de este proceso y brindar recomendaciones encaminadas a la prevención del embarazo a esta edad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y descriptivo de 150 adolescentes embarazadas muestra que fue recogida en todos los consultorios correspondientes al Policlínico Docente "Manuel González Díaz" del municipio de Bahía Honda, durante el período de abril 1999-abril 2000.

Para la recolección de datos se confeccionó un modelo encuesta con variables tales como: edad, ubicación geográfica, estado civil, edad de la menarquía y primera relación sexual, nivel de escolaridad, alteraciones en el embarazo, tipo de captación y algunas variables psicológicas. Dichos resultados se ubicaron en tablas de contingencias para su análisis estadístico a través del sistema computadorizado MICROSTAT por el modelo porcentaje. Procesada la información se consultó la bibliografía revisada y se arribaron a conclusiones y recomendaciones al respecto.

Se consideró para definir el embarazo en la adolescencia el lapso de edades entre 10 y 19 años, ya que ésta es la etapa en que comienzan los primeros signos de maduración de las glándulas endocrinas hasta su completo desarrollo.

En cuanto al nivel de escolaridad, tuvimos en cuenta el certificado de estudios terminados, ya sea nivel primario, nivel de enseñanza media secundaria o nivel preuniversitario.

Por razones éticas a todas las pacientes incluidas en la investigación se les brindó

información sobre las características del estudio y se solicitó su conformidad y consentimiento de participación en ésta; todas accedieron de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión a participar en ella.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de embarazadas adolescentes por grupo de edades, donde existe un franco predominio del grupo comprendido entre 16 - 17 años de edad, con 71 casos, para el 47,3 %, seguido del grupo 14 -15 años, con 24 % y el grupo de 18 - 19 años con 17,3 %; por último, el grupo de 13 años, con un total de 17 casos para el 11,3 %. Cabe destacar además que de los casos estudiados 94 pacientes, es decir, el 62,7 %, pertenecen a la zona rural y el 37,3 % a la urbana.

En la tabla 2 se presentan los resultados de la relación entre variables inicio de

la actividad sexual y edad de inicio de la menarquía, encontrándose un predominio de inicio de la menarquía en las edades de 9 a 13 años con 132 casos para el 88 %. Se evidencia además una temprana edad de inicio de las relaciones sexuales y los mayores porcentajes están en las edades de 14 a 15 años con un predominio de 65 casos para el 43,3 %; los menores porcentajes se observan en las edades de 18 a 19 años.

El 4,7 % de las adolescentes sólo había alcanzado un nivel primario; 14,6 % alcanzó un nivel preuniversitario y el predominio de los casos, 121 alcanzan el nivel secundario para el 80,7 %. Quisiéramos destacar además la situación actual de los casos estudiados, la cual es muy alarmante, ya que 6 casos para el 4,0 % ha continuado sus estudios, mientras que los 144 casos restantes para el 96 %, interrumpieron sus estudios para dedicarse a la crianza de sus hijos.

TABLA 1. Distribución de embarazadas adolescentes según edad y ubicación geográfica. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

Edad (años)	Urbana	Zona %	Rural	%	Total	%
13	6	10,8	11	11,8	17	11,3
14-15	14	25	22	23,4	36	24
16-17	27	48,2	44	46,9	71	47,3
18-19	9	16,0	17	18,0	26	17,3
Total	56	37,3	94	62,7	150	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 2. Relación de la edad de la menarquía con el inicio de la actividad sexual. Gestantes adolescentes. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

Edad (años)	Menarquía	%	Primera relación sexual	
13	132	88	22	14,7
14-15	18	12	65	43,3
16-17	-	-	58	38,7
18-19	-	-	5	3,3
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Los resultados mostrados en la tabla 3.C sobre el estado conyugal muestran una mayor proporción en el grupo soltera unión consensual, o sea, 75 casos para el 50 % mantienen unión consensual, sin ningún tipo de compromiso, incluso relaciones con otros muchachos que no son los padres de sus hijos, muchos de los cuales no asumen compromiso con el bebé; le continúa el grupo de las solteras para el 28 %, el 14,7 % para las divorciadas y sólo 11 casos para el 7,33 % están casadas.

TABLA 3. Distribución según el nivel de escolaridad y estado conyugal de las gestantes adolescentes. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

A. Según nivel de escolaridad

Escolaridad	No.	%
Primaria	7	4,7
Secundaria	121	80,7
Preuniversitario	22	14,7
Total	150	100

Fuente: Encuesta.

B. Situación actual

Situación actual	No.	%
Estudiando	6	4,0
No estudiando	144	96,0
Trabajando	-	-
Total	150	100

Fuente: Encuesta.

C. Según estado conyugal

Estado conyugal	No.	%
Soltera	42	28,0
Casada	11	7,3
Divorciada	22	14,7
Unión consensual	75	50,0
Total	150	100

Fuente: Encuesta.

En relación con las variables asociadas con los aspectos psicológicos, la tabla 4 muestra que resultaron altamente significativas, el no haberse dado cuenta a tiempo del embarazo para el 85,3 %, el temor a decírselo a sus padres, el desconocimiento del uso de medios anticonceptivos para el 62 %, así como el 50 % de los casos no conocía nada sobre la sexualidad. También nos llamó la atención el hecho que de los 150 casos estudiados sólo 49 deseaba tener su hijo y el 38,6 % refería miedo a la interrupción y lo que resulta más alarmante es que sólo el 14,6 % presentó apoyo familiar.

La tabla 5 refleja las alteraciones más frecuentes que durante el embarazo presentaron estas adolescentes entre las cuales se destacan: la anemia con un total de 83 casos para el 55,3 %, la sepsis urinaria con 78 casos para el 52 %, la amenaza de parto pretérmino para el 11,3 % y presentaron amenaza de aborto sólo 11 casos para el 7,3 % y 7 casos para el 4,7 % presentaron hipertensión gestacional.

Por último, quisimos reflejar en la tabla 6 el tipo de captación, vemos que 83 casos para el 55,3 % presentaron una captación tardía, 60 casos para el 40 % una captación intermedia y sólo 7 adolescentes para el 4,7 % tuvieron captación precoz.

TABLA 4. Asociación de algunas variables psicológicas en las gestantes adolescentes. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

Variables psicológicas	Sí	%	No	%
Deseaban tener el hijo	49	32,7	101	67,3
Temieron hacerse el legrado	58	38,7	92	61,3
No se dieron cuenta a tiempo	128	85,3	22	14,7
Temían decírselo a sus padres	110	73,3	40	26,4
Le hablaron de anticonceptivos	93	62,0	57	38,0
Le hablaron de sexualidad	75	50,0	75	50,0
Apoyo familiar	22	14,7	128	85,3

Fuente: Encuesta.

TABLA 5. Alteraciones más frecuentes encontradas en las gestantes adolescentes. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

Alteraciones	No.	%
Anemia	83	55,3
Sepsis urinaria	78	52,0
Amenaza de parto pretérmino	17	11,3
Amenaza de aborto	11	7,3
HTA gestacional	7	4,7

Fuente: Encuesta.

TABLA 6. Tipo de captación realizada a las gestantes adolescentes. Policlínico "Manuel González Díaz", 1999-2000

Captación	No.	%
Precoz	7	4,7
Intermedia	60	40,6
Tardía	83	55,3
Total	150	100

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y la de su futuro hijo; nuestros resultados coinciden con autores que describen en sus investigaciones, que en los últimos años los embarazos entre las jóvenes adolescentes de 15 - 19 años de edad han aumentado⁷ en casi el 25 %.

Resultados similares fueron encontrados por otros autores, quienes plantean la incidencia del embarazo precoz en aquellos lugares menos desarrollados e industrializados, donde la juventud carece de medios de entretenimiento y esparcimientos recreacionales,⁸ estos resultados también coinciden con estudios internacionales revisados para esta discusión, los cuales demuestran que el medio rural influye

favorablemente para el incremento del embarazo en la adolescencia.⁹

El embarazo influye en la vida de la adolescente cuando todavía no alcanza la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades. Se ha demostrado por numerosos investigadores que a la gestante adolescente que no ha completado su crecimiento, se le hace necesario una ganancia de peso superior al de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado.¹⁰

Muchos autores coinciden en que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía, pero esto se asocia con el aumento de apetito sexual, por lo que a medida que ocurre en edades más tempranas, las lleva a la búsqueda de relaciones sexuales.¹¹

Una encuesta demográfica y de salud en mujeres llevada a cabo en Centro y Sudáfrica, señalan que elevados porcentajes de adolescentes en México, Guatemala, Quito, Salvador y Brasil, tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre los 15 años de edad.¹² *Silva Pupo, Menéndez PARRA* y *Reyes* encontraron resultados similares.¹³

El embarazo y el parto alteran el desarrollo psicosocial normal de las adolescentes y los conflictos familiares son inevitables además de influir en su preparación técnica y profesional. Coincidimos además con lo descrito por *Tiburcio Herrera* y otros cuando plantean que el embarazo precoz limita el acceso y las oportunidades en el ámbito laboral.¹⁴

Numerosos autores coinciden con que tras el embarazo hay una frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de su familia.

Las madres solteras constituyen un reto para la enfermera y el médico de la fami-

lia, ya que factores psíquicos y sociales determinan un aumento de riesgo, tanto para la madre como para su hijo: además, el aumento progresivo de las uniones a esta edad temprana incrementa no sólo las gestaciones precoces, sino también la inestabilidad y el cambio frecuente de pareja.

Otros autores refieren que es frecuente que las adolescentes ignoren los riesgos y daños que pueden significar las relaciones sexuales desordenadas, entre ellos el embarazo.¹⁵

La familia, aunque no acepte el embarazo, es una de sus integrantes y si esta es adolescente constituye el eslabón fundamental, generalmente debe brindar su apoyo para lograr el equilibrio, biopsicosocial, así como una culminación feliz del embarazo en nuestro estudio. Esto coincidió con lo planteado por *Yanes Ciaguire* al estudiar el embarazo indeseado en la adolescencia.¹⁶

Sarmiento encontró una alta incidencia de embarazos, la mayoría no deseados, en su estudio con adolescentes.¹⁷

Por eso, estamos de acuerdo con numerosos autores que plantean la necesidad de intensificar el trabajo del médico y la enfermera de la familia para lograr una mejor comunicación de padres a hijos.

Como se puede observar en nuestra investigación, la anemia y la sepsis urinaria fueron las alteraciones más frecuentes, *Fried Begle* da una incidencia del 2 % en todos los embarazos con sepsis urinaria, la cual aumenta cuando se asocia con la anemia, lo cual coincide con nuestros resultados. El resto de las complicaciones se presentaron en una proporción menor y algunas ni se vieron. Nos llamó mucho la atención los resultados con la hipertensión arterial, los cuales difieren de otros autores, ya que esta entidad se presenta con mayor incidencia en los embarazos precoces.¹⁸

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas enfermedades propias del embarazo en la adolescencia, se ha postulado una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo “síndrome de mala adaptación circulatoria”, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre el nivel materno y el fetal. *Ruoti* plantea que el embarazo a cualquier edad de la adolescencia lleva una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y la de su hijo y constituye un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.¹⁹

Nuestros resultados coinciden con muchos autores que plantean que a medida que la captación es más tarde aumentan las complicaciones, sobre todo el riesgo de anemia y sepsis urinaria se hacen más evidentes. Numerosos autores asocian este control prenatal tardío al hecho de que estos se presenten como un evento no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y de ocultamiento por temor a la acción familiar.

Por lo que podemos concluir que el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo y a medida que ocurre en edades más tempranas esta es más evidente. La mayor cifra de las gestantes adolescentes tiene 16-17 años, pero cabe destacar el número de adolescentes menores de esta edad. El nivel de escolaridad no es alto, secundaria básica, la mayoría ni estudia, ni trabaja, aunque esto no solo puede ser atribuido al embarazo, sino a causa de otra índole.

La variable estado civil, evidencia una alarmante situación el dato de que el 28 % son madres solteras y otro 50 % mantiene relacio-

nes consensuales sin ningún tipo de compromiso, lo cual evidencia la promiscuidad desde temprana edad; hay deserción escolar, la joven abandona los estudios y pasa a formar parte de la población sin amparo y sin empleo; la variable edad inicial de la actividad sexual aporta una acumulación mayoritaria, pues el 43,3 % de las adolescentes inician su actividad sexual entre los 14-15 años, lo cual se asocia con la aparición precoz de la menstruación; podemos decir además que existe una alta morbilidad en las gestantes de este grupo, donde incide con frecuencia, la anemia y sepsis urinaria y esto se asocia con la captación tardía del embarazo. En estas madres jóvenes se pudo comprobar su inmadurez para asumir el embarazo, pues psíquicamente no están preparadas. Vemos que no desean tener el hijo que no tienen conocimientos de esta función, falta de confianza en su familia y poca información sobre el que realmente significa un embarazo en esta edad de la vida, en la cual el organismo no está preparado para asumirlo.

ANEXO. Encuesta

Edad: _____
 Zona: _____ Urbana: _____ Rural: _____
 Edad de la menarquía: _____
 Edad de inicio de la actividad sexual: _____
 Escolaridad: Primaria: _____
 Secundaria: _____
 Preuniversitario: _____
 Ha continuado los estudios: Sí: _____ No: _____
 Estado civil: Soltera: _____
 Casada: _____
 Divorciada: _____
 Unión consensual: _____
 Por qué quiere tener su hijo (marque con una X).
 _____ Porque lo deseo.
 _____ Porque salí embarazada.
 _____ Tenía miedo hacerme una extracción.
 _____ No me di cuenta a tiempo.
 _____ Temía decírselo a mis padres.
 ¿Has tenido apoyo familiar?: Sí: _____ No: _____
 ¿Alguien te habló sobre la educación sexual?: Sí: _____ No: _____

RECOMENDACIONES

1. Se debe intensificar este trabajo de prevención y promoción para la sexualidad en las áreas rurales.
2. Continuar con un seguimiento especializado, como hasta el presente, con las embarazadas adolescentes.
3. Crear una consulta centralizada infanto-juvenil en el municipio, donde se les brinde una orientación sexual detallada a las adolescentes.
4. Trabajar incansablemente en la búsqueda de métodos más prácticos para la comprensión de temáticas tan importantes como la educación sexual en los jóvenes.
5. Cuestiones como estas se hacen necesarias aclarar, coordinar y compartir, pero estamos seguros que la educación familiar, la educación en las escuelas y el trabajo del médico y la enfermera de la familia es la mejor alternativa para educar a los adolescentes, que quizás sin darse cuenta van a constituir la causa de graves consecuencias para ellas y sus futuros hijos.

ANEXO (continuación)

¿Alguien te habló sobre métodos anticonceptivos?: Sí: _____ No: _____

¿Cuántas semanas tenías cuando asistió al médico?: _____

¿Dificultades que has tenido en el embarazo?:

- _____ HTA
- _____ Anemia.
- _____ Sepsis Urinaria.
- _____ Amenaza de aborto.
- _____ Amenaza de parto pretérmino.
- _____ Otras. ¿Cuál?

¡Gracias!

SUMMARY

Pregnancy in adolescence is a big concern at present. Studies performed by Cuban demographers have shown a rejuvenation in fecundity. With the aim of assessing the biological, psychical and social repercussion of pregnancy in adolescence, a longitudinal descriptive study was conducted from April 1999 to April 2000 on a sample of 150 pregnant adolescents from all the medical offices of "Manuel González Díaz" teaching polychinics in Bahía Honda municipality, Pinar del Río province. For information gathering, a survey-type model was designed, which included variables such as: age, geographic location, marital status, age of menarche and first sexual intercourse, educational level, disorders in pregnancy, type of detection and some psychological variables. These results were transferred to contingency tables for their statistical analysis by means of MICROSTAT computer system using percent model. Once the information had been processed, the reviewed literature was consulted and it was concluded that pregnancy in adolescence has a great repercussion at this stage of life when the body is not ready for assume it. The highest percentage was 16-17 age group, with an educational level of junior high school, and most of them had their first sexual intercourse at 14-15 years-old. Unmarried patients predominated and the most frequent disorders were urinary sepsis and anemia.

Subject headings: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; PRIMARY HEALTH CARE; RISK FACTORS; SEX EDUCATION; PREGNANCY COMPLICATIONS, SOCIAL PROBLEMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El embarazo en la adolescencia precoz. Instantáneas. Rev Panam Salud Pública 1998;4:262-3.
2. Kvaase M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. Embarazo en la adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1998:12-21.
3. Faneitis Antique PS. Situación prenatal. Evolución de salud fetal. Puerto Cabello 1995:31-41.
4. Uzcátequi O. Embarazo en la adolescencia precoz. Rev Obstet Ginecol Venez 1997; 57:29-31.
5. González ML. Aborto en edad peligrosa. Juventud Rebelde 1999;10(31):4.
6. El Plan Médico de la Familia en Cuba. UNICEF, UNEPA, OPS, OMS, MINSAP.
7. Cruz RF. Información sexual en jóvenes de zona rural. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(2):96-105.
8. Arteaga Mora R, Caisapanta Maldona A, Almeida Llerena G, Acosta Coba M, Aguilera Zurita G, Bayos B. Adolescencia y embarazo. Pastaza S.N. 1997: II.
9. Vázquez Marqués A, Cruz Chávez F de la, Amiral Chávez AM, Sánchez Pérez M. Repercusión materna del embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21:50-64.
10. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada. Características y Riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-7.
11. Arcos Griffiths E. Embarazo en adolescente del nivel primario de salud. Cuad Med Soc Santiago de Chile 1995;36(1):12-8.

12. Arcos Griffiths E, Olivo Mardones A, Romero Zambrano J, Saldivia SJ, Cortés Quintana J, Carretta Muñoz. Relación entre el estado nutricional de la madre adolescente y el desarrollo neonatal. *Bol Of Sanit Panam* 1995;118(6):488-98.
13. Rodríguez Domínguez P, Céspedes R. La maternidad temprana y algunos aspectos psico-sociales y psico-ambientales. *Rev Cubana Obstet-Ginecol* 1992;8(3):285-93.
14. Salud sexual y reproductiva. Factores que influyen sobre la salud sexual y reproductiva. Washington DC: OPS, 1995.
15. Cortes Alfaro A, Soido Rivera ME, Cuymba Abreu C, García Roche R, Castro Gil N. ETS y adolescencia temprana. *Sexol Soc* 1998;114(4):17-9.
16. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra, 1995.
17. Sarmiento Sossio JA. Los peligros del embarazo en la adolescencia y algunas medidas para tratar de evitarlos. *Rev Sexol Soc* 1994;21(4):26-30.
18. Begle F, Ortigoza E, González Labrada S. Importancia de la educación penatral en pacientes adolescentes. *Perinat Reprod Hum* 1993;7(3):70-6.
19. Ruiz Linares J, Romero Giovani E, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 1998;4(2):80-5.
20. Hernández Cabrera J, Rodríguez Pérez L, Velázquez M, Jiménez Sánchez CJ, Suárez Ojeda R. Gestantes adolescentes. Su comportamiento perinatal. Algunos factores concurrentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995;24(2):86-91.
21. Alfaro N, Prado C, Orozco M. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. *Perinat Reprod Hum* 1995;9(2):65-8.

Recibido: 29 de septiembre del 2000. Aprobado: 4 de marzo del 2001.

Lic. *Grisell Mirabal Martínez*. Calle B. Central Harlem, Bahía Homda, Pinar del Río, Cuba.