



**UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**

**EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CON CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**"CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO  
DE LA ADOLESCENTE PRIMIGESTA  
EN EL DESARROLLO  
FISIOLÓGICO Y EMOCIONAL DE SU BEBÉ"**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A**  
**ROCÍO RINCÓN ROBLES**



DIRIGIDA POR:  
**LIC. LUZ MA. GONZÁLEZ SALAZAR**

ACAPULCO, GRO.

ABRIL 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A quien debo todo en esta vida, por quien soy y a quien rendiré mi existir al final del camino, en el cual me acompaña con su infinita paciencia y amor incondicional. Gracias Jesús.

A la Universidad Americana de Acapulco por acogerme cuatro años y medio que duró mi formación profesional, y por brindarme la oportunidad de desarrollarme con éxito y vivir momentos imposibles de olvidar dentro de sus aulas.

A Adriana, Laura y Coquis, quienes con su tiempo y esfuerzo hacen que la Facultad de Psicología de ésta Universidad siga creciendo y destacando sobre otras instituciones.

A Luz Ma. mi asesora, que sin ella obviamente no estaría escribiendo esto ahora. Gracias por tu tiempo, paciencia, dedicación y entrega que me has brindado siempre, eres una persona excepcional.

A la Lic. Julieta Álvarez Carvajal, por el tiempo dedicado para la revisión de éste trabajo, y por sus útiles consejos para la mejora de la forma y fondo del mismo. Gracias por tu optimismo y por estar siempre dispuesta a apoyar en la formación profesional de los alumnos.

A mis profesores por su dedicación y tiempo invertido en mi formación personal y profesional. Gracias por brindarme parte de sus conocimientos.

# ÍNDICE

## AGRADECIMIENTOS

## DEDICATORIA

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....1

## CAPÍTULO 1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES PRESENTES DURANTE EL EMBARAZO

1.1	Concepción y desarrollo.....	6
1.2	Cambios físicos y fisiológicos en la madre adolescente.....	7
1.3	Cambios emocionales en la madre adolescente.....	9
1.4	Desarrollo físico y fisiológico en el bebé antes del nacimiento.....	13
1.5	Desarrollo emocional en el bebé.....	19

## CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

2.1	Definición de adolescencia.....	24
2.2	Desarrollo físico de la adolescente.....	26
2.3	Cambios en las emociones de la adolescente.....	29
2.4	Actitudes de la adolescente hacia la sexualidad.....	30
2.5	Factores que influyen para que se de el	

embarazo en las adolescentes.....	33
<b>2.6</b> Prevalencia del embarazo en las adolescentes.....	36
 <b>CAPÍTULO 3. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.</b>	
<b>SUS CONSECUENCIAS EN LA MADRE Y EN EL BEBÉ</b>	
 <b>3.1</b> Consecuencias orgánicas de alto riesgo durante el embarazo en la madre adolescente primigesta.....	41
<b>3.2</b> Consecuencias emocionales del embarazo en la madre adolescente primigesta.....	52
<b>3.3</b> Consecuencias físicas y fisiológicas en el desarrollo del bebé producto de un embarazo en la adolescencia.....	58
<b>3.4</b> Consecuencias emocionales en el bebé producto de un embarazo en la adolescencia.....	64
 <b>CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b> .....	
	68
 <b>REFERENCIAS</b> .....	73

# INTRODUCCIÓN

La palabra adolescencia tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, y significa crecer o llegar hacia la madurez<sup>1,2</sup>. Es difícil precisar en qué momento inicia y en cuál termina esta etapa por la que todos atravesamos, es un periodo en el que el individuo pasa física y psicológicamente de su condición de niño a adulto<sup>3,4</sup>. Es decir, en la adolescente se pasa por una serie de cambios tanto corporales, como emocionales.

Debido a algunos de estos cambios y a la cultura en la que vivimos, cada día es más común que las adolescentes inicien su vida sexual a muy corta edad; durante esta etapa, se pone en evidencia su capacidad reproductiva, y con esto, se enfrentan a riesgos como enfermedades sexualmente transmisibles, el embarazo no deseado y la maternidad prematura<sup>5,6</sup>.

Actualmente estamos en presencia de un gran número de jóvenes que llegan al embarazo sin estar preparadas para ello; por lo que muchas de éstas, eligen el aborto como forma de escapar de su situación, mismos que ponen en riesgo su vida, ya que se sabe que la mortalidad por aborto es mayor en mujeres entre 12 y 19 años que en mujeres adultas<sup>7</sup>. Incluso, se conoce que a las adolescentes, les

---

<sup>1</sup> Hurlock, E. (1999). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Paidós, México.

<sup>2</sup> Rice, P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Ed. Pearson Prentice Hall. 2ª ed. México.

<sup>3</sup> Hurlock, E. op.cit.

<sup>4</sup> Ortigosa, E. y González, S. (1993). "Beneficios de la Educación Perinatal en pacientes adolescentes". **Perinatología y reproducción humana**. Vol.7 No.3.

<sup>5</sup> Aguilar, G. et.al. (1998). *Juntos planearemos el futuro*. Ed. Mexfam. México.

<sup>6</sup> Videla M. y Grieco A. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Ed. Nueva Visión. Argentina.

<sup>7</sup> ibidem.

afecta en mayor medida el abortar, provocando sentimientos como culpa, tristeza, arrepentimiento, ansiedad y depresión<sup>8</sup>. Asimismo, muchos partos no son atendidos en clínicas u hospitales donde pueda llevarse un registro de la cantidad de nacimientos, por lo que no se puede hablar de una cifra exacta. Welti, en 1995 mencionó que ocurrían 450,000 nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años de edad en nuestro país<sup>9,10</sup>, y en 1997, las estadísticas arrojaron que medio millón anual de niños nacían de madres adolescentes<sup>11,12</sup>.

Pero el embarazo no solo tiene riesgos para la salud del organismo en edades tempranas, sino que éste se caracteriza por presentar consecuencias en la vida emocional de la adolescente, especialmente por todos los cambios que le implica, los cuales se reflejan en abandono escolar; problemas emocionales como agresividad; impulsividad; rebeldía y mayor riesgo de alcoholismo y/o farmacodependencia; rechazo hacia el bebé, sentimientos de culpa y estados depresivos<sup>13,14</sup>, y por las complicaciones fisiológicas que presenta durante su embarazo como parto pretérmino o nacimiento antes de las 37 semanas, placenta previa, hipertensión o presión arterial alta inducida por el embarazo, anemia, toxemia o envenenamiento de la sangre, clampsia en todos sus tipos y aborto

---

<sup>8</sup> Videla M. y Grieco A. op. cit.

<sup>9</sup> Stern, C. (1997). "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica". **Salud pública de México**. Vol.39 No.2.

<sup>10</sup> Citado por Aguilar, Op.cit.

<sup>11</sup> Ortigosa E. y Carrasco I. (1994). "Educación perinatal en adolescentes". **Revista de Perinaología**. Vol.9 No.4.

<sup>12</sup> Ehrenfeld, N. (1997). *Psicopatología, pubertad y embarazo/anticoncepción en adolescentes*. En memorias. Ed. Simposio Serono México. México.

<sup>13</sup> Escobedo, E. et al. (1995). "Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.7

<sup>14</sup> "Cuando los adolescentes tienen hijos". *American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. www.aacap.org. (Rev. No.31. Feb/04)

espontáneo<sup>15, 16, 17, 18, 19, 20</sup>. También hay que tener presente que mientras más joven sea la madre adolescente, existe mayor peligro de experimentar complicaciones como desproporción céfalo-pélvica relacionada con la talla baja de la adolescente, ya que a edades muy tempranas (hablando de mujeres de menos de 16 años), aún no han desarrollado por completo su organismo, por lo que el cuerpo de la niña no está preparado físicamente para concebir un bebé. También, se observan un mayor número de distocias o anomalías en la resolución del parto, y de infecciones vaginales<sup>21,22,23,24,25</sup>. Además, la tasa de mortalidad materna para las mujeres de 15 años o menos es 60% mayor que para mujeres mayores de 20 años<sup>26,27</sup>.

Por otro lado, el embarazo en las adolescentes no solo tiene consecuencias emocionales, socioculturales y económicas, sino que también se considera como embarazo de alto riesgo por su asociación con complicaciones materno-infantiles<sup>28,29,30</sup>, ya que en el

---

<sup>15</sup> “Embarazo en adolescentes”. [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov). (P. 3. feb/2004).

<sup>16</sup> “El embarazo en las adolescentes”. March of Dimes. [www.nacersano.com](http://www.nacersano.com). (08/10/2005) P.1.

<sup>17</sup> Videla, M. y Grieco, A. op.cit.

<sup>18</sup> Robledo, A. y Alvarado, G. (1997). *Psicopatología, pubertad y embarazo /anticoncepción en adolescentes*. En memorias. Conferencia sobre: Características y consecuencias del producto de un embarazo durante la pubertad. Ed. Simposio Serono México.

<sup>19</sup> López, R. (1994). “La adolescente en el ámbito perinatal”. **Revista de Perinatología**. Vol.9 No.1.

<sup>20</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). *Psicología del desarrollo*. Ed. McGraw Hill. 7ª ed. México.

<sup>21</sup> Moreno, M. (1992). *Embarazo en la adolescente: revisión bibliográfica*. Tesis.

<sup>22</sup> Fernández, F. et.al. (1996). “Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz”. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**. Vol.53 No.2.

<sup>23</sup> Simón P. (2002). “Morbilidad materna en la adolescente embarazada”. **Ginecología y Obstetricia de México**. Vol.70.

<sup>24</sup> López, R. Op.cit.

<sup>25</sup> Hernández, L. y Quesnel, C. (1994). “Distocias”. **Revista de Perinatología**. Vol.9 No.4.

<sup>26</sup> Moreno, M. (1998). “Perfil antropométrico al nacimiento del hijo de madre adolescente primigesta”. **Perinatología y Reproducción Humana**. No. 12

<sup>27</sup> “Embarazo en adolescentes”. Op.cit.

<sup>28</sup> Idem.

bebé también se observan consecuencias fisiológicas, como bajo peso al nacer, prematuridad e incremento de malformaciones, crecimiento deficiente, que se deriva en problemas pulmonares como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves, así como mayor incidencia de morbi-mortalidad ya que se sabe que tienen tres veces mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida<sup>31,32,33,34</sup>.

Al respecto, se han realizado estudios donde se observa que los hijos de madres adolescentes, presentan consecuencias no sólo en lo fisiológico, sino también, en el área emocional. Estos problemas son más visibles a largo plazo; son niños más propensos a sufrir maltrato tanto físico como emocional, así como negligencia en el cuidado de su salud, lo que desencadena en desnutrición, enfermedades físicas y mentales, también son niños con mayores posibilidades de fracasar en la escuela; presentar hiperactividad; ser obstinados, agresivos y presentar retardo físico y psicológico<sup>35,36,37,38</sup>.

Considerando todo lo anterior, resulta de primordial importancia la elaboración de este trabajo con la finalidad de obtener mayores conocimientos sobre el tema, para con ello elaborar propuestas que beneficien el desarrollo adecuado del bebé, tanto

---

<sup>29</sup> Aguilar. Op.cit.

<sup>30</sup> León, J. et.al. (2002). "Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana". **Rev. Ginecología y Obstetricia de México**. Vol.70.

<sup>31</sup> Fernández, F. et.al. Op.cit.

<sup>32</sup> Moreno, M. Op.cit.

<sup>33</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op.cit.

<sup>34</sup> "El embarazo en las adolescentes". Op.cit.

<sup>35</sup> Fernández, F. et.al. Op.cit.

<sup>36</sup> "Cuando los adolescentes tienen hijos". Op.cit.

<sup>37</sup> "El embarazo en las adolescentes". Op.cit.

<sup>38</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op.cit.

fisiológico como emocional; sembrando ideas para la elaboración posterior de programas con el objetivo de disminuir los riesgos tanto en la salud de las adolescentes embarazadas, como de sus bebés, ya que como menciona Stern “[...] en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16,17,18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas [...] cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos”<sup>39</sup>.

Por su parte, Mednick, Baker y Sutton, coinciden con Stern, ya que ellos afirman que “si se proveen con regularidad cuidados médicos de alta calidad a las adolescentes embarazadas, existe la probabilidad de que los embarazos y los partos en este grupo de edad no entrañen mayores riesgos médicos que los de las mujeres de más de 20 años”<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Stern, C. Op.cit. P.139

<sup>40</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op.cit. P.427

# **CAPÍTULO 1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES PRESENTES DURANTE EL EMBARAZO**

## **1.1 Concepción y desarrollo**

La vida de un nuevo ser inicia cuando un espermatozoide fecunda un oocito, mejor conocido como óvulo, los ovarios liberan al óvulo generalmente a mediados del ciclo menstrual. El proceso de fecundación dura aproximadamente 24 horas, primero el semen es depositado en la vagina al momento de la relación sexual, y los millones de espermatozoides que contiene inician el recorrido a través del cuello uterino, hasta encontrarse con el óvulo; una vez ahí, un espermatozoide penetra el óvulo, y con esto se inicia la mezcla de cromosomas; 23 femeninos, contenidos en el óvulo y 23 masculinos provenientes del espermatozoide. Realizada esta unión del espermatozoide con el óvulo y la mezcla de cromosomas, es durante esta etapa, que el ahora denominado huevo o cigoto será el encargado de darle vida al nuevo ser<sup>41,42</sup>.

El cigoto es arrastrado hacia el útero, donde será recibido, protegido y alimentado durante los siguientes 9 meses que dure la gestación. El huevo, comienza a dividirse 30 horas después de la fecundación, primero en 2 células, luego 4, y así sucesivamente, se multiplica hasta formar una pelota de células, que recibe el nombre de mórula la cual es llevada hasta el

---

<sup>41</sup> Moore, K y Persaud. (1993). *Embriología clínica*. Ed. Interamericana-Mc.Graw Hill. 5ª.ed. México.

<sup>42</sup> Larsen, W. (2003). *Embriología humana*. Ed. Elsevier Science. España. 3ª ed.

endometrio, donde alrededor del octavo día se implantará, para iniciar así el intercambio químico de información entre el huevo y el cuerpo de la madre<sup>43</sup>. La implantación del huevo en el endometrio, se realiza al terminar la primera semana a partir de la fecundación<sup>44,45,46</sup>, y durante este mismo periodo, el futuro bebé pasa por 3 fases en su desarrollo hasta el nacimiento: la germinal o cigótica que culmina con la implantación del huevo a los 12 ó 13 días de la fecundación, el embrionario, que va desde los 12 ó 13 días, hasta las 8 semanas, y finalmente, el periodo fetal, que se presenta de la 8ª semana hasta el parto<sup>47,48</sup>.

## 1.2 Cambios físicos y fisiológicos en la madre adolescente

Los cambios que se presentan en la adolescente durante su embarazo no difieren a los presentados en embarazos de mujeres de 20 años o más, sólo hay que tener en cuenta que lo que se incrementa son las complicaciones durante el periodo de gestación debidos a la corta maduración física de su organismo, así que los riesgos y complicaciones serán mayores. La principal fuente de todos los cambios que se presentan en

---

<sup>43</sup> Moore, K. y Persaud. Op.cit.

<sup>44</sup> Langman y Ph.D. Sadler T.W. (2001). *Embriología médica con orientación clínica*. Ed. Médica Panamericana 8ª. ed.

<sup>45</sup> Larsen, W. Op.cit.

<sup>46</sup> “Cambios físicos en el primer trimestre de embarazo”. **Rev. March of dimes**. [www.mundopadres.com](http://www.mundopadres.com). (feb/05)

<sup>47</sup> Griffa M. y Moreno J. (1999). *Claves para una psicología del desarrollo*. Ed. Lugar editorial. Argentina.

<sup>48</sup> Crespo, G. et.al. (1991). “Crecimiento fetal”. **Rev. de Perinatología**. Vol.6 No.4.

el organismo son debidos en su mayoría, al incremento en la producción de hormonas femeninas durante el embarazo<sup>49</sup>.

El primer mes generalmente pasa inadvertido, a no ser por la ausencia de la regla y el aumento de la hormona gonadotropina coriónica, que es por medio de la cual, el embarazo es detectado con una prueba de laboratorio. A los tres meses, el pulso es más fuerte y rápido, y es la época clásica de los vómitos y mareos. A partir del cuarto mes, pueden presentarse los llamados “antojos”, debidos a los cambios hormonales que se experimentan y a la falta de proteínas, hidratos y vitaminas del organismo, y es hasta finales de éste mismo mes, o principios del quinto cuando la madre comienza a percibir los movimientos del bebé<sup>50,51,52</sup>.

Asimismo, en el sexto mes, la embarazada experimenta unas “cosquillas” en el vientre producidas por la acción de la progesterona, (hormona producida en grandes cantidades por el organismo durante el embarazo), y se ha observado que el 50% de las madres, padecen ardores de estómago y eructos ácidos debidos a dicha hormona. Posiblemente durante este mes aparezcan algunos trastornos como problemas respiratorios, irritabilidad, cansancio, caída de cabello y en ciertos casos insuficiencia cardiaca, todos ellos debidos a la falta de hierro en el organismo<sup>53,54</sup>.

A manera de resumen, los cambios físicos que presenta la madre durante el embarazo se detallan en la siguiente tabla, así como las

---

<sup>49</sup> Morales, F. et.al. (2002). *Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral*. Instituto Nacional de Perinatología. Ed. Trillas. México.

<sup>50</sup> Calera, A. y Sánchez, R. (1990). *Embarazo y nacimiento*. Ed. Jover Barcelona. España.

<sup>51</sup> Morales, F. et.al. Op.cit.

<sup>52</sup> Langman y Ph.D. Sadler T.W. Op.cit.

<sup>53</sup> Calera, A. y Sánchez, R. Op.cit.

<sup>54</sup> Morales, F. et.al. Op.cit.

variaciones en el útero y en la placenta y la atención médica que, dependiendo la etapa en la que se encuentre conforme vaya avanzando su gestación, deberá recibir la madre primigesta adolescente<sup>55</sup>: (Ver tabla 1 p.13)

### 1.3 Cambios emocionales en la madre adolescente

Es sabido que todas las mujeres embarazadas son emocionalmente más susceptibles y están propensas a experimentar cambios temperamentales, reacciones exageradas, ataques intensos de llanto y sentimientos de inseguridad y pánico, así como somnolencia excesiva y en ocasiones ataques de ansiedad, sin tener un motivo aparente<sup>56, 57, 58</sup>. Inclusive, en los casos en los que los cambios son casi imperceptibles, se puede sentir cierto grado de depresión, confusión y temor<sup>59</sup>. Muchos de estos cambios en las emociones, son debidos también, a la producción excesiva de hormonas que genera el organismo durante el embarazo, principalmente progesterona y estrógeno<sup>60</sup>. Sin embargo, debemos tener presente que los cambios emocionales se deben de analizar desde el punto de vista de cada adolescente que se encuentre en

---

<sup>55</sup> Calera, A. y Sánchez, R. Op.cit.

<sup>56</sup> Calera, A. y Sánchez, R. Op.cit.

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> “Cambios en el embarazo”. [www.mundopadres.com](http://www.mundopadres.com). (feb/05).

<sup>59</sup> Morales, F. et.al. Op.cit.

<sup>60</sup> Ibidem.

**Tabla 1. Cambios en la futura madre**

Periodos	Variaciones del útero y placenta	Cambios físicos	Atención médica
<p><b>1<sup>r</sup> trimestre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El útero o matriz ha aumentado.</li> <li>• Empieza a formarse el cordón en la placenta.</li> <li>• Se ablanda el cuello de la matriz.</li> <li>• La placenta es más grande que el embrión.</li> <li>• Es posible que se tenga necesidad de orinar más a menudo.</li> <li>• El feto está protegido por el líquido amniótico.</li> <li>• El cordón umbilical tiene ya su forma y consistencia definitiva.</li> <li>• La parte inferior del útero alcanza el grueso del pubis.</li> <li>• Toda la cavidad uterina está llena de líquido amniótico y éste líquido se va renovando.</li> <li>• La placenta, aunque pequeña, cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta la regla o menstruación.</li> <li>• Comezón en la pelvis.</li> <li>• Estrés.</li> <li>• Pérdida de conocimiento.</li> <li>• Micción frecuente.</li> <li>• Aumento de los pechos.</li> <li>• Abdomen redondo.</li> <li>• Náuseas y vómitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita al especialista a la primera señal de falta de regla.</li> <li>• Análisis de sangre y orina.</li> <li>• Comprobación del factor Rh.</li> <li>• Verificar anemia en sangre, infecciones, sífilis, radiodiagnóstico de rubéola y toxoplasmosis.</li> <li>• Abrir la cartilla del embarazo con toda la historia clínica y antecedentes familiares.</li> </ul>

<b>Cambios en la futura madre</b>			
<b>Periodos</b>	<b>Variaciones del útero y placenta</b>	<b>Cambios físicos</b>	<b>Atención médica</b>
<b>2º trimestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El crecimiento de la placenta es grande.</li> <li>• El útero ha crecido hasta llegar al ombligo.</li> <li>• El líquido amniótico ha aumentado notablemente.</li> <li>• Signos muy evidentes del embarazo.</li> <li>• El abdomen es ya voluminoso.</li> <li>• El útero está ya a una altura de cuatro dedos por encima del ombligo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siente patadas en la barriga.</li> <li>• Contracciones leves y pasajeras.</li> <li>• Acidez de estómago.</li> <li>• Estreñimiento.</li> <li>• El vientre ya es muy notorio, por lo que deberá utilizar ropa especial para el embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía.</li> <li>• Prevenir las posibles várices.</li> <li>• Análisis de sangre y orina.</li> <li>• Control de peso.</li> <li>• Control de presión de la sangre.</li> <li>• Revisión médica para ver el crecimiento del útero y el tamaño del feto.</li> </ul>
<b>3º trimestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibles contracciones que pasan.</li> <li>• Baja la tensión y el ahogo.</li> <li>• El útero ya no está tan alto.</li> <li>• El niño encaja la cabeza en la pelvis de la madre.</li> <li>• La placenta mide unos 18cm. de diámetro aproximadamente.</li> <li>• El útero se sitúa debajo del esternón.</li> <li>• Disminuye la secreción hormonal.</li> <li>• Aumentan las contracciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden aparecer dolores de espalda.</li> <li>• Mala digestión.</li> <li>• Cansancio físico por el peso excesivo.</li> <li>• Respira mejor.</li> <li>• Se siente más ágil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suele hacerse una ecografía de nuevo.</li> <li>• Toma de presión arterial.</li> <li>• Control de peso y dieta.</li> <li>• Análisis de orina.</li> <li>• Análisis de sangre.</li> <li>• Control de la presión de la sangre.</li> <li>• Examen del cuello del útero.</li> </ul>

esta situación, ya que obviamente no serán igual los sentimientos experimentados por una joven que desea su embarazo, a una que no lo ha planeado y/o no lo desea.

Asimismo, el periodo de gestación en una primigesta es un evento que promueve nuevas adaptaciones y por tanto, cambios emocionales, ya que es un proceso revestido de una particular significación y relevancia debido a que todos los cambios tienen el carácter de “inéditos”, vivencias que se presentan por primera vez. Muchas de estas experiencias desencadenan en sentimientos que causan estrés a la futura madre. Generalmente los pensamientos que se presentan nacen de rumores, comentarios, mitos que se han acarreado generación tras generación y muchos de ellos también dependen de la cultura. Son ideas como miedo a perder su figura, temor a encontrarse sola cuando llegue el momento del parto, a no saber cómo actuar cuando comience la etapa de labor, al dolor que experimentará durante el parto o a la episiotomía (la operación que se les realiza para facilitar la expulsión del bebé y evitar desgarres en la piel de la madre), a qué tipo de anestesia elegir, así como decidir en qué clínica u hospital dará a luz, qué médico llevará su control prenatal, temor también a la pérdida del bebé, a que presente malformaciones, o alguna capacidad diferente, a quedar en el futuro sola con la responsabilidad completa de la educación de su hijo, temor a que su vida nunca vuelva a ser igual que antes, que se modifique por completo, miedo al cambio, temor inclusive a no poder amamantar a su bebé, por la incapacidad de producir leche, entre otras muchas ideas<sup>61,62,63,64</sup>. Todos estos miedos y ansiedades que presenta la embarazada primigesta, son un elemento importante en la lucha emocional por la que atraviesa la

---

<sup>61</sup> Kitzinger, S. (1996). *Embarazo y nacimiento*. Ed. McGraw Hill. 2ª reimp. España.

<sup>62</sup> Videla M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Ed. Nueva visión. 2ª ed.

<sup>63</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>64</sup> Salvatierra, V. (1990). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Ed. Martínez Roca. España.

adolescente embarazada, y son necesarios para enfrentarse con la realidad tanto del parto, como del niño que va a nacer<sup>65</sup>.

#### 1.4 Desarrollo físico y fisiológico en el bebé antes del nacimiento

Se considera que la gestación dura 280 días ó 40 semanas, contando a partir de la última menstruación ó 266 días equivalentes a 38 semanas después de la fecundación<sup>66,67,68</sup>.

El embrión se compone de tres capas durante la 3ª semana a partir de la fecundación, de las cuales se van a originar los distintos tejidos y órganos del bebé. La capa más interna, denominada endodermo, es de la cual, se desarrollan los pulmones, el hígado, la glándula tiroides, el páncreas, el tracto urinario y la vejiga; la capa media, llamada mesodermo, es la que dará origen al esqueleto, los músculos, testículos u ovarios, riñones, bazo, vasos sanguíneos, células de la sangre y la dermis, que es la capa más profunda de la piel; mientras que del ectodermo, o capa exterior, se formarán el sistema nervioso central y periférico, el epitelio sensorial del oído, nariz y ojo, las glándulas hipófisis, mamaria y sudoríparas, la piel incluyendo el cabello y las uñas, esmalte de los dientes y el cristalino de los ojos<sup>69,70,71,72,73</sup>.

---

<sup>65</sup> Kitzinger, S. Op.cit.

<sup>66</sup> Langman y Sadler. Op.cit.

<sup>67</sup> Sarafino, E. y Armstrong, J. (2002). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Ed. Trillas. 3ª reimp. México.

<sup>68</sup> Moore, K. y Persaud. Op.cit.

<sup>69</sup> Ibidem.

<sup>70</sup> Langman y Sadler. Op.cit.

A la cuarta semana, el corazón late con fuerza, y el sistema de circulación sanguínea está casi desarrollado por completo, al igual que el cordón umbilical, que es por medio del cual se da el intercambio de información y nutrientes entre la madre y el bebé<sup>74,75</sup>.

Al final de la octava semana, el embrión está desarrollado por completo, y a partir de este momento, pasa a denominarse feto, mide aproximadamente 40 mm. y pesa de 2 a 3 gramos<sup>76,77</sup>.

En algunos casos, al término de la semana 12 es posible discernir el sexo del bebé. También en este periodo, su corazón late a un ritmo de más de 140 latidos por minuto. El feto, aun es muy pequeño, por lo que sus movimientos son imperceptibles para la madre; y, hacia la 25ª semana de gestación, inicia la maduración de las células cerebrales, las cuales son utilizadas para el pensamiento consciente. Se han realizado investigaciones, y algunos especialistas afirman que en esta etapa, el bebé es capaz de recordar y aprender, ya que se mueve al ritmo de la conversación de su madre, y empieza a reconocer la voz del padre<sup>78</sup>. Asimismo, se observan reflejos pupilares en ambos ojos del bebé al exponerlo a la luz, hacia la semana 30; y a las 32 semanas, es casi seguro que un feto nacido prematuramente sobreviva ya que sus órganos están desarrollados casi por completo<sup>79</sup>.

---

<sup>71</sup> Larsen W. Op.cit.

<sup>72</sup> “Cambios físicos en el primer trimestre de embarazo” Op.cit. P.5

<sup>73</sup> Sprinthal, N. et.al. (1996). *Psicología de la Educación*. Ed. McGraw Hill. 6ª ed.

<sup>74</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>75</sup> “Cambios físicos en el primer trimestre de embarazo” Op.cit. P.5

<sup>76</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>77</sup> “Cambios físicos en el primer trimestre de embarazo” Op.cit. P.6

<sup>78</sup> Ibidem.

<sup>79</sup> Moore, K. y Persaud. Op.cit.

Más aún, es posible que un feto nacido entre la semana 26 y 29 pueda sobrevivir si recibe los cuidados intensivos adecuados, debido a que sus pulmones ya están capacitados para respirar aire; en éste mismo sentido, Moore y Persaud mencionan que las pérdidas neonatales son mayores en niños que pesan menos de 2,000 g. durante esta etapa<sup>80,81</sup>.

Mientras más se acerca el nacimiento, suele haber un retraso en el crecimiento del bebé, los fetos normales suelen pesar alrededor de 3,400 g. y al término de la gestación, entre la semana 38 y 40, el bebé mide aproximadamente unos 50 cm. y su piel tiende a tener un color rosa azulado<sup>82,83</sup>.

En la tabla 2 se detallan los cambios físicos que presenta el bebé durante su desarrollo, la talla que presenta mes con mes, y el peso aproximado que suele tener en cada fase<sup>84,85</sup>: (Ver tabla 2 p.19)

---

<sup>80</sup> Moore, K. y Persaud. Op.cit.

<sup>81</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>82</sup> Ibidem.

<sup>83</sup> Langman y Sadler. Op.cit.

<sup>84</sup> Calera, A. y Sánchez, R. Op.cit.

<sup>85</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

**Tabla 2. Cambios físicos en el Feto**

<b>Periodo</b>	<b>Evolución en el útero</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>
<b>1<sup>r</sup> mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecundación.</li> <li>•Anidación.</li> <li>•Implantación.</li> <li>•División celular, para formar la mórula.</li> <li>•Comienza a latir el corazón.</li> </ul>	El embrión mide aproximadamente 5 mm. y crece cerca de 1 mm. por día.	
<b>2<sup>o</sup> mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La cabeza es grande comparada con el cuerpo.</li> <li>•Se forman los dedos.</li> <li>•Se desarrollan los órganos internos y el cerebro.</li> <li>•La sangre circula por los tejidos.</li> <li>•Comienza a llamarse feto.</li> </ul>	El embrión mide 2.5 cm. de largo.	11 g.
<b>3<sup>r</sup> mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se forman las uñas.</li> <li>•Traga líquido amniótico.</li> <li>•Su cuerpo es color rojo brillante, por los vasos sanguíneos que brillan.</li> <li>•La placenta crece lento, pero pesa similar al feto.</li> <li>•Mueve los brazos y piernas.</li> </ul>	El feto mide de 10 a 12 cm. y crece a un ritmo de 1.5 mm. por día.	45 g.

<b>Cambios físicos en el Feto</b>			
<b>Periodo</b>	<b>Evolución en el útero</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>
<b>4º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•El corazón late fuerte.</li> <li>•Tiene pelo.</li> <li>•Los intestinos del bebé se llenan de meconio.</li> <li>•Tiene formadas las cejas.</li> <li>•El cerebro está formado.</li> <li>•Se mueve mucho y flota.</li> </ul>	18 cm. de largo.	200 g.
<b>5º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tiene apariencia humana.</li> <li>•Está cubierto de vello, lánugo.</li> <li>•En ocasiones tiene hipo.</li> <li>•Se chupa el dedo.</li> <li>•Piel roja arrugada por la falta de grasa.</li> <li>•Responde a estímulos.</li> </ul>	Mide entre 20 y 25 cm. de largo.	500 g.
<b>6º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Piel arrugada.</li> <li>•Se mueve.</li> <li>•Oye ruidos externos.</li> <li>•Permanece dormido entre 18 y 20 horas por día.</li> <li>•Se mueve demasiado cuando está despierto.</li> <li>•La cara está casi terminada.</li> <li>•Aparecen las membranas que cubren las pupilas.</li> </ul>	32 cm. de largo.	1,000 g.

<b>Cambios físicos en el Feto</b>			
<b>Periodo</b>	<b>Evolución en el útero</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>
<b>7º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abre los ojos.</li> <li>• Los pulmones están desarrollados.</li> <li>• Los huesos de la cabeza son blandos y sensibles.</li> <li>• Se deposita grasa sobre la piel.</li> <li>• Es capaz de sobrevivir en caso de parto prematuro.</li> </ul>	Mide entre 39 cm.	Pesa 1,700 g.
<b>8º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oye ruidos fuertes.</li> <li>• Mueve brazos y piernas.</li> <li>• Incrementa el peso y los depósitos de grasa bajo la piel.</li> <li>• La cabeza está colocada hacia abajo.</li> </ul>	45 cm. de largo.	Pesa 2,700 g.
<b>9º mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se rellena el cuerpo de grasa.</li> <li>• Se cae el lánugo casi por completo.</li> <li>• Recibe anticuerpos de la madre.</li> <li>• Crece abundante pelo en la cabeza.</li> <li>• Los ojos suelen ser color gris, y no han adquirido su color definitivo.</li> </ul>	50 cm. de largo.	Pesa 3,400 g.

## 1.5 Desarrollo emocional en el bebé

El médico y filósofo Sir Thomas Browne, dándose cuenta de lo importante de la vida intrauterina, escribió: “Todo hombre es algunos meses mayor de lo que él recuerda serlo, ya que vivimos, nos movemos, tenemos una existencia y estamos sometidos a la acción de los elementos y a la malevolencia de las enfermedades en ese otro mundo, el más puro microcosmo, que es la matriz de nuestra madre”<sup>86</sup>.

Existen diferentes puntos de vista conforme al desarrollo emocional en el bebé. Algunos investigadores afirman que éste comienza a partir del nacimiento, una vez que el niño tiene contacto con el exterior<sup>87</sup>, otros, como Sroufe, afirman que se puede hablar de vida emocional, hasta que el bebé es capaz de comunicarse con sus semejantes por medio de las expresiones faciales, ya sea con la risa, la tristeza o el miedo, pero hasta que estas respuestas son conscientes (aproximadamente a los 6 meses después del nacimiento), ya que antes de esta etapa, el autor menciona que en el bebé existen solo reflejos que son inconscientes, por lo que no puede hablarse de la presencia de emociones<sup>88</sup>.

La mayoría de las investigaciones acerca del surgimiento de las emociones se han desarrollado a partir del nacimiento del bebé,

---

<sup>86</sup> Citado por: Macfarlane, A. (1998). *Psicología del nacimiento*. Ed. Morata S.L. 3ª reimp. España.

<sup>87</sup> Ortony, A., et.al (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Ed. Siglo Veintiuno editores, S.A. México.

<sup>88</sup> Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional de los primeros años*. Ed. Oxford University Press. México.

ya sea por medio de las expresiones faciales, o del contacto que éste tiene principalmente con su madre o con la persona encargada de su cuidado<sup>89,90</sup>.

En contraposición con lo anterior, Griffa y Moreno han estudiado las emociones en la etapa fetal, ellos afirman que sí existen emociones en el feto ya que éste responde a diversos estímulos externos, así como a sentimientos de la madre y reacciona al escuchar la voz del padre<sup>91</sup>.

Los mismos autores mencionan que al mes de embarazo existen movimientos reflejos en el embrión; 12 semanas después de la fecundación el feto responde globalmente a estímulos internos; durante el cuarto y quinto mes, experimenta las primeras reacciones frente a estímulos de la superficie cutánea y a modificaciones en el metabolismo de la madre, expresándolo con movimientos y cambios de posición. Al sexto mes, el bebé ya es capaz de responder a estímulos exteriores al medio materno, como ruidos y música, y a partir del séptimo, reacciona ante la luz y la oscuridad<sup>92</sup>.

El feto recibe los estímulos del exterior a través de su madre y por medio del desarrollo (aunque aún escaso) de la corteza cerebral, que es la encargada de recibir la sensibilidad del exterior; el feto es capaz de percibir, aunque no diferencia el mundo que lo rodea. Experimenta impulsos, deseos y afectos, ya que su cerebro está lo suficientemente desarrollado como para permitir la sensibilidad y la vida psíquica propioceptiva, o sea, puede percatarse de lo que sucede en el exterior del cuerpo de su mamá. Aunque durante esta

---

<sup>89</sup> Sroufe, A. Op.cit.

<sup>90</sup> Ortony, A. et.al. Op.cit.

<sup>91</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>92</sup> Ibidem.

etapa, el feto no tiene consciencia de sus estados de ánimo, las variaciones metabólicas, endócrinas y afectivas de la madre, alteran su medio y repercuten en él, provocando sensaciones de agrado y desagrado<sup>93</sup>.

Al respecto, Sontag, llevó un control de los movimientos fetales de un grupo de madres durante varios meses y con ello, demostró que la actividad de los niños era mayor cuando la madre se encontraba bajo tensión emocional. Las mismas madres expresaron que percibían un incremento de movimiento inútero, cuando se sentían muy cansadas<sup>94</sup>.

Hoy en día, se sabe que el feto percibe los sonidos del exterior de su madre. La primer investigación experimental que se realizó sobre el efecto que los sonidos tienen sobre el feto estuvo a cargo de Sontag, y se llevó a cabo en los años 30's, en éste trabajo, se aplicó un vibrador que emitía 120 vibraciones por segundo al vientre de ocho mujeres embarazadas durante los primeros 3 meses de la gestación y la respuesta que se obtuvo fue un incremento notable en los movimientos del feto, así como un aumento en el ritmo cardíaco cada vez que se emitían las vibraciones. Tiempo después, Grimwade, para confirmar lo anterior y eliminar variables externas, suministró las mismas vibraciones, pero en esta ocasión, fueron aplicadas directamente en la pared del vientre materno, y colocó audífonos a la madre, que emitían un sonido distinto y sin interrupción a lo que aplicaría en el vientre de ellas, para evitar que éstas escucharan los sonidos de alta frecuencia, con ello, demostró que los sentimientos y emociones que experimenta la madre al

---

<sup>93</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>94</sup> Citado en: Macfarlane, A. op. cit.

escuchar las vibraciones, no altera directamente a las respuestas que emite el feto. Con esto, confirmó que los niños respondían directamente al sonido y a la vibración, y que ello, ocurría durante los siguientes 5 segundos de la aparición de la vibración. Incluso, con este experimento, se demostró que el feto puede distinguir y responder a bajas frecuencias, inclusive que no son percibidas por el oído humano<sup>95</sup>.

Por su parte, la escuela psicoanalítica ha afirmado que existe un psiquismo fetal; en la teoría Kleiniana también se habla de un yo temprano, y fue el psicoanalista argentino Rascovsky quien con sus investigaciones afirmó la existencia de un yo fetal, lo cual fundamenta con la afirmación de que los niños prematuros, de 2 ó 3 meses antes del término esperado para nacimiento, son capaces de adaptarse al mundo exterior<sup>96</sup>.

Igualmente, Osterrieth, desde una perspectiva genética, afirma que un bebé prematuro de 6 meses, es capaz de chupar y tragar (succión y deglución) y reaccionar de diferentes formas a estímulos gustativos y olfativos, mientras que uno de 7 meses puede diferenciar la luz de la oscuridad y responder a estímulos cutáneos de presión, dolor y temperatura, con conductas de agrado o desagrado. Con esto él comprobó que antes del momento normal de nacimiento, en el bebé ya está presente la organización psíquica que permite que dichas respuestas aparezcan<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> Macfarlane, A. op.cit.

<sup>96</sup> Griffa M. y Moreno J. Op.cit.

<sup>97</sup> Ibidem.

Asímismo, Macfarlane, Uribe y Musen y cols. coinciden en afirmar que las emociones vividas por la madre durante el embarazo, pueden influir en el comportamiento del hijo, no sólo dentro del útero, sino aún después de su nacimiento<sup>98,99,100</sup>.

Sin embargo, poco es lo que hasta el momento se ha estudiado sobre las emociones en el feto. La mayoría de los autores toman como base del desarrollo emocional, las respuestas físicas del bebé ante los distintos estímulos, todo ello, a partir del nacimiento, por lo que se debe poner una atención especial a esta área (emociones prenatales) tan importante del desarrollo humano, a la cual no se le ha dado el interés que amerita.

Para concluir el presente capítulo, se puede afirmar con base en la literatura revisada, que existe emociones aún antes del nacimiento, las cuales se ven directamente influenciadas por los cambios en el estado de ánimo que la madre experimente durante el periodo de gestación, y que dichos cambios en su estado anímico pueden llegar a afectar claramente el desarrollo tanto físico como emocional de su bebé ya que el crecimiento fetal es muy complejo, así como los distintos cambios físico-emocionales que presenta la madre adolescente durante la gestación.

---

<sup>98</sup> Macfarlane, A. op.cit.

<sup>99</sup> Uribe, E. (1999). *Conozcamos a nuestros hijos*. Ed. Trillas. México

<sup>100</sup> Musen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1991). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. Ed. Trillas. 2ª ed. 1ª reimp. México.

## CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

### 2.1 Definición de adolescencia

La adolescencia, no es otra cosa más que la transición de la etapa infantil a la adultez, durante esta época se presentan cambios físicos importantes en las y los jóvenes y se inicia la capacidad reproductiva. Es un periodo de crecimiento que inicia en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta<sup>101,102,103,104</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la ha definido como el intervalo entre los 10 y los 19 años en la cual se desarrollan diversas variaciones en la conducta, y para entender aún más este periodo del desarrollo, lo han dividido en adolescencia temprana, que abarca de 10 a 14 años, y adolescencia tardía de 15 a 19 años<sup>105</sup>. Algunos autores, como Papalia y Wendkos, la describen como un proceso que lleva a la madurez sexual y a la capacidad para reproducirse. Estas autoras consideran que esta etapa dura aproximadamente una década, y que comienza alrededor de los 12 años y termina cerca de los 20, sin embargo, mencionan que los cambios inician algún tiempo antes y las secuelas emocionales permanecen mucho después<sup>106,107</sup>.

---

<sup>101</sup> Aguilar, G. et.al. Op. cit.

<sup>102</sup> Rice, P. Op. Cit.

<sup>103</sup> Coon, D. (1999). *Psicología, exploración y aplicaciones*. Ed. International Thomson. 8ª ed. México.

<sup>104</sup> Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Ed. Prentice Hall. 4ª ed. España.

<sup>105</sup> Ortigosa, E. y González, S. Op. cit.

<sup>106</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op. cit.

<sup>107</sup> Issler, J. (2001). "Embarazo en la adolescencia". **Revista de posgrado de la Cátedra VIA Medicina**. No.107

Asimismo, Fuentes y Lobos la describen como una fase de integración personal-social, o sea, un período de ajustes en áreas como la sexual, social, valores y vocacionales, por medio de los cuales, el o la adolescente lucha por lograr la independencia de sus mayores, pero que a su vez, continúa dependiendo de ellos en lo económico y en lo psicológico. Las autoras mencionan que durante esta etapa, los jóvenes necesitan apoyo y orientación, pero a la vez que lo buscan, también lo rechazan, lo cual es debido a esta ambivalencia, y hace difícil, especialmente para los padres, el satisfacer las necesidades de afecto requeridas por los púberes, ya que en la mayoría de las ocasiones, no saben cómo reaccionar ante las exigencias y cambios que presentan éstos durante tan conflictiva etapa<sup>108</sup>.

En muchas ocasiones, los términos adolescencia y pubertad suelen ser confundidos, la diferencia entre ellos es que la adolescencia es un estado social, un periodo o etapa por la que los jóvenes atraviesan, que incluye tanto cambios físicos como emocionales, mientras que la pubertad es un hecho biológico, es decir, los cambios fisiológicos que se presentan a partir de la explosión hormonal que ocurre en el organismo, misma que aparece como respuesta a los cambios en el sistema hormonal<sup>109</sup>. La glándula responsable de que se presenten estos cambios es la hipófisis, la cual produce y libera hormonas que son transportadas a través del torrente sanguíneo, y de esta forma llegan a las distintas partes del cuerpo. En los varones, algunas de las hormonas liberadas por la hipófisis actúan directamente en los testículos, y estimulan la producción de la testosterona, que es la hormona

---

<sup>108</sup> Fuentes, M. y Lobos, L. (1995). *Adolescente Embarazada: programa de apoyo emocional*. Ed. Universitaria. 2ª ed. Santiago de Chile.

<sup>109</sup> Coon, D. op.cit.

sexual masculina, y con ello comienzan los cambios en el cuerpo y los genitales. En la mujer, dichas hormonas actúan sobre los ovarios, que a su vez liberan otras hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona), que provocan los diferentes cambios en la joven<sup>110,111</sup>.

El ritmo de crecimiento y maduración difiere de un adolescente a otro, algunos inician rápidamente, a los 8 ó 9 años, y otros tardan hasta los 15 ó 16, pero es una etapa por la que todo joven, varones y mujeres, deben atravesar<sup>112</sup>.

## 2.2 Desarrollo físico de la adolescente

El desarrollo adolescente de las mujeres inicia aproximadamente dos años antes que el de los hombres, y comienza con la menarca o primera menstruación, la cual puede aparecer desde los 9 hasta los 16 años, aunque en la mayoría de los casos, ocurre entre los 12 y 14. A partir de esto, la adolescente puede quedar embarazada<sup>113</sup>. Al respecto Berk menciona que la menarca aparece tiempo después de haberse iniciado la pubertad, la cual se manifiesta con el crecimiento del pecho, la aparición del vello púbico y en las axilas y el rápido incremento de estatura. También menciona que el organismo retrasa la menarca, hasta que el cuerpo está lo bastante desarrollado como para lograr un embarazo exitoso.

---

<sup>110</sup> Rice, P. Op. Cit.

<sup>111</sup> Aguilar, G. et.al. Op. cit.

<sup>112</sup> Ibidem.

<sup>113</sup> Ibidem.

Asimismo, esta autora menciona que durante los 12 ó 18 meses siguientes a la menarquía, se lleva a cabo el ciclo menstrual sin que un óvulo sea liberado por los ovarios, menciona que este periodo temporal de esterilidad no se presenta en todas las jóvenes, por lo que no puede ser considerado como un método de protección para el embarazo<sup>114</sup>. Serafino y Armstrong coinciden con Berk y afirman que las primeras menstruaciones suelen ser irregulares y que en ocasiones se presenta una ovulación inestable<sup>115</sup>.

Los cambios en el organismo de las jóvenes pueden clasificarse en 2 áreas: las características sexuales primarias, que son los rasgos físicos internos que se asocian con los órganos reproductivos como los ovarios, el útero y la vagina en las mujeres y, las características sexuales secundarias, que son los signos fisiológicos de la madurez sexual, todo aquel cambio externo en el cuerpo que puede ser percibido a simple vista como el desarrollo del pecho, la aparición del vello en axilas y pubis y el redondeamiento de la figura por la acumulación de grasa en ciertas partes del cuerpo<sup>116</sup>.

Todas estas transformaciones que se presentan en el cuerpo de la adolescente se describen en la tabla<sup>117,118,119,120</sup>: (Ver tabla 3 p.31)

---

<sup>114</sup> Berk, L. Op.cit.

<sup>115</sup> Serafino, E. y Armstrong, J. Op.cit.

<sup>116</sup> Berk, L. Op.cit.

<sup>117</sup> Rice, P. Op.cit.

<sup>118</sup> Aguilar, G. et.al. Op.cit.

<sup>119</sup> Berk, L. Op.cit.

<sup>120</sup> López, R. op.cit.

**Tabla 3. Características sexuales primarias y secundarias en las adolescentes**

<b>Característica</b>	<b>Rasgo</b>	<b>Edad media de aparición</b>	<b>Rango de edad en que puede aparecer</b>
<b>Secundarias</b>	Rápido crecimiento de la vagina, ovarios, labios y útero	12.5	11-14
	Se produce la menarquía	12.5	10.5-15.5
<b>Primarias</b>	Inicia el aumento de estatura	10	8-13
	Comienza a desarrollarse el pecho	10	8-14
	Ligero crecimiento del vello púbico	10.5	8-13
	Vello púbico liso y pigmentado	12.5	11-14
	Se alcanza la estatura adulta	13	10-16
	Desarrollo completo del pecho	14	10-16
	Crecimiento completo del vello púbico	14	14-15
	Crecimiento del vello axilar	15	14-16

## 2.3 Cambios en las emociones de la adolescente

Como consecuencia de todos los cambios físicos que se presentan en el organismo y el aumento de las distintas hormonas en el cuerpo, la joven atraviesa por una serie de cambios en sus sentimientos y emociones. Es sabido que los niveles altos de hormonas sexuales en las adolescentes se relacionan con algunos cambios de humor como enfado, agresión y depresión<sup>121,122</sup>.

De igual forma, Berk asocia a la pubertad con cambios importantes de autoimagen, humor e interacción de la adolescente con sus padres y compañeros<sup>123</sup>.

Al respecto Hall describió a la adolescencia como un periodo de gran “tormenta y estrés”; él decía que esto era consecuencia de los cambios biológicos que se presentan en la pubertad. Mencionó también que la pubertad representa un tiempo de trastorno e incapacidad emocional en la cual, el estado anímico del adolescente oscila entre energía y letargo, alegría y depresión o egotismo (es decir, siente que todo gira a su alrededor), y autodepreciación, (siente que no es nadie o no vale nada)<sup>124,125</sup>.

Asimismo, Anna Freud manifestó que los adolescentes atraviesan por un periodo de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conducta errática. Mencionaba que los adolescentes

---

<sup>121</sup> Berk, L. Op.cit.

<sup>122</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op. cit.

<sup>123</sup> Berk, L. Op.cit.

<sup>124</sup> Citado por Rice, P. Op.cit.

<sup>125</sup> Román, R. (2000). *Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en jóvenes*. SEP. México.

son ególatras y centrados en sí mismos, en ocasiones sólo quieren ser el centro de atención ante los demás, mientras que otras veces son capaces de participar en actividades altruistas sin ningún problema<sup>126</sup>.

Por su parte, Serafino y Armstrong mencionan que existe una etapa a la cual denominan “egocentrismo adolescente”, donde los jóvenes experimentan emociones de incomprensión, o que absolutamente nadie antes ha experimentado los mismos sentimientos por los que él atraviesa<sup>127</sup>.

Es necesario tener presente todos estos cambios emocionales por los que la adolescente atraviesa en esta etapa tan difícil de su desarrollo, y teniendo en cuenta que la personalidad de la adolescente es tan ambivalente como se mencionó anteriormente, entonces, de la misma forma, se debe esperar que cada adolescente perciba su sexualidad de distintas maneras.

## **2.4 Actitudes de la adolescente hacia la sexualidad**

Es por demás sabido que en la actualidad, las adolescentes tienen mayores probabilidades de aceptar tener relaciones sexuales a temprana edad, ya sea por los cambios culturales o por la igualdad de sexos tan mencionada en los últimos años, ya que si bien, durante la década de los 60’s, el sexo premarital era considerado como algo “inmoral”, en la actualidad tanto hombres como mujeres,

---

<sup>126</sup> Citado por Rice, P. Op.cit.

<sup>127</sup> Serafino, E. y Armstrong, J. Op.cit.

suelen coincidir en que tanto ellas como ellos tienen los mismos derechos para intimar sexualmente con otras personas, aunque aún continúa el doble patrón en el cual se considera que las mujeres deben tener menor cantidad de compañeros sexuales que los hombres, ya que una muchacha que intima sexualmente con varias parejas, es considerada como “inmoral y promiscua”, mientras que en los varones es aceptado, ya que en ellos, esto “les da experiencia<sup>128</sup>”. Papalia y Wendkos confirman esta postura, ya que mencionan que la posibilidad de que una adolescente tenga su primera relación sexual con un novio estable es mayor, comparada con los varones, los cuales suelen tener su primera experiencia sexual por casualidad, ya sea con alguien que no conocen o con quien han convivido muy poco tiempo<sup>129</sup>. Por otra parte, Sarafino y Armstrong afirman que para las mujeres es necesaria la presencia del “amor” en la relación de pareja para llegar con él a la intimidad sexual<sup>130</sup>.

Sobre este tema, Morales y colaboradores mencionan que la práctica sexual temprana puede comprometer y complicar el estado emocional por el que se atraviesa, y que esto tiene mucho que ver, tanto con las circunstancias sociofamiliares, como con la etapa del desarrollo donde se presente la primera experiencia sexual<sup>131</sup>.

Asimismo, Hurlock señala que dependiendo de la experiencia de la adolescente, ésta puede adquirir una actitud favorable hacia la sexualidad, lo que la llevará a adecuadas adaptaciones heterosexuales, mientras que una actitud desfavorable la conducirá

---

<sup>128</sup> Papalia, D. y Wendkos, S. Op. cit.

<sup>129</sup> Ibidem.

<sup>130</sup> Serafino, E. y Armstrong, J. Op.cit.

<sup>131</sup> Morales, F. et.al. Op.cit.

a malos ajustes en cuanto a sus relaciones. También menciona que una vez que la joven aprende una actitud, ya sea positiva o no, ésta la conservará por el resto de su vida. La misma autora, refiere que tales actitudes tienen su origen en experiencias tempranas de la primera infancia, mismas que son influenciadas principalmente por tres aspectos<sup>132</sup>:

1. *La clase de información sexual*: la forma en la cual, la adolescente recibe la información acerca de la sexualidad, si ésta es franca y adecuada, ya sea que provenga de los padres o de profesores, desencadenará en actitudes generalmente positivas hacia el sexo, mientras que si existe “tabú”, o estos temas son “prohibidos” (por lo que no se habla de ellos principalmente en casa), esto dará como resultado actitudes negativas hacia la conducta sexual.
2. *Las actitudes de personas importantes*: principalmente de los progenitores, ya que durante la infancia, se aprende por imitación de modelos, y en este caso, la adolescente reproduce conductas observadas de los padres durante sus primeros años.
3. *Las primeras experiencias*: si cuando niña, la joven observó favoritismos hacia el sexo masculino por parte de sus padres o profesores, fue presionada para evitar la compañía de varones o fue víctima de alguna conducta antisocial, como discriminación por su sexo, entonces tomará actitudes desfavorables hacia el sexo y hacia los miembros del sexo opuesto.

---

<sup>132</sup> Hurlock, E. Op.cit.

Todo lo anterior mencionado es importante, ya que dependiendo la actitud que tenga la adolescente hacia su sexualidad, y hacia las relaciones con los demás, será la forma en la que experimente sus relaciones y se desenvuelva en su medio, y podrá tomar una actitud tanto positiva, como negativa, inclusive que pudiera dar como consecuencia, un embarazo a temprana edad.

## **2.5 Factores que influyen para que se de el embarazo en las adolescentes**

Vives y Lartigue afirman que las adolescentes que se embarazan tienen deficiencias importantes en cuanto a la estructura y la dinámica familiar en la que se desenvuelven, principalmente, han observado que estas jóvenes provienen de familias amalgamadas donde no existe la individualización de sus miembros; también que la adolescente suele tener una posición central en cuanto a las relaciones con los demás miembros de la prole, los padres generalmente presentan problemas maritales y frecuentemente se observan triangulaciones en la comunicación familiar, o sea, que los padres utilizan a la adolescente para comunicarse, discutir o dañar al otro<sup>133</sup>. Torres coincide con ellos al mencionar que la adolescente que inicia sus relaciones sexuales

---

<sup>133</sup> Vives, J. y Lartigue, T. (2001). *Caminos del desarrollo psicológico Volumen III: De la identidad de género en México al final de la adolescencia*. Ed. Plaza y Valdés. México

voluntariamente y queda embarazada, frecuentemente proviene de familias desintegradas ya sea estructural o dinámicamente<sup>134</sup>.

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el embarazo en edad precoz se debe principalmente a la inmadurez, la ignorancia y/o promiscuidad de la joven, o bien a su deseo de ser admirada y cuidada, también desean competir con su madre, hermanas o cuñadas en cuanto a tener hijos, ya que el no tenerlos la hace sentir inferior con respecto a las que ya lo han sido. También mencionan que el grado de escolaridad que tiene la joven está directamente relacionado con la presencia de embarazos, ya que a mayor grado de estudios, la probabilidad de quedar embarazada disminuye, ello debido a que la adolescente que tiene más estudios, se plantea metas, tiene proyectos y expectativas a futuro y tiene mayores conocimientos sobre los riesgos de las relaciones sexuales, por lo que las evitan o se protegen<sup>135,136,137,138,139</sup>.

En el mismo rubro, León y cols. opinan que el embarazo es producto de una “debilidad mental” o pérdida de la capacidad de juicio por parte de la adolescente, o que ésta busca el afecto de su pareja y piensa que al embarazarse lo obtendrá, los mismos autores coinciden en que el embarazo en edades tempranas es consecuencia del rechazo o rebeldía que siente la joven ante la exagerada preocupación de los mayores, principalmente de sus padres, por la virginidad de su hija. Mencionan que la adolescente

---

<sup>134</sup> Torres, A. (1994). “La anticoncepción en las adolescentes”. **Revista de Perinatología**. Vol. 9 No.1

<sup>135</sup> Román, R. op.cit.

<sup>136</sup> Videla, M. op.cit.

<sup>137</sup> Videla, M. y Grieco, A. op.cit.

<sup>138</sup> Nuñez, R. et. al. (2003). “Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto” **Salud Pública de México** Vol.45 sup.1

<sup>139</sup> Salvatierra, V. op.cit.

busca el embarazo como forma de independizarse ante las obligaciones que se le atribuyen con respecto a sus hermanos menores o como forma de escapar del mal trato que recibe de la prole<sup>140</sup>.

En la misma línea, otros autores mencionan que algunos de los factores que propician el aumento de embarazos en las adolescentes son: que se desarrollan biológicamente a más temprana edad, ya que presentan su menarquía más jóvenes por lo que las gestaciones se hacen posibles en mujeres cada vez con menor edad, aunado a ello, que en la actualidad existe mayor libertad sexual y las relaciones sexuales inician precozmente, generalmente la adolescente tiene conocimientos escasos o nulos sobre la existencia de métodos anticonceptivos, y la que ha escuchado sobre ellos, no los utiliza generalmente por vergüenza de acudir a lugares, como centros de salud, en donde es muy fácil tener acceso a ellos y a la información de su uso o cual es el más adecuado para ella; otras jóvenes no los utilizan, porque su pareja no lo permite o por la falsa información que tiene sobre el empleo de ellos<sup>141,142,143</sup>. Torres coincide con López, y agrega como otra de las causas, que la joven embarazada sea hija de madre adolescente, o la cultura en la que vive la joven, ya que en algunas comunidades, el embarazo a temprana edad es algo común. Otro factor es el hecho de querer depender económicamente de alguien, y ve el embarazo como forma de atarse a su pareja<sup>144</sup>.

---

<sup>140</sup> León, J. et.al. op.cit.

<sup>141</sup> López, R. op.cit.

<sup>142</sup> Morales, F. et.al.

<sup>143</sup> Issler, J. op.cit.

<sup>144</sup> Torres, A. op.cit.

Con todo lo antes mencionado, podemos concluir que es necesario el informar a las adolescentes los riesgos que corren al embarazarse así como las formas en que pueden evitarlo, ya que como se verá a continuación, las gestaciones a edades tempranas, cada vez son más frecuentes, teniendo en cuenta que la adolescente no está preparada ni física ni emocionalmente para concebir a un bebé, hay que poner mayor atención en la prevención, control y tratamiento de este problema.

## 2.6 Prevalencia del embarazo en las adolescentes

A pesar de que en nuestro país existe una gran deficiencia en cuanto a la obtención de datos estadísticos certeros en relación a los embarazos de adolescentes, se sabe que, de acuerdo con la información disponible sobre fecundidad en las mujeres, hasta 1997, el número de hijos nacidos de madres adolescentes ha disminuido<sup>145</sup>.

En contraposición, Vives y Lartigue, afirman que en los últimos años se ha observado un incremento significativo de gestantes adolescentes, principalmente entre 12 y 15 años de edad, tanto en países desarrollados como en los del tercer mundo<sup>146</sup>.

Por su parte, según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática (INEGI), en 1990 existían en nuestro país poco más de 81 millones de personas, de las cuales una cuarta

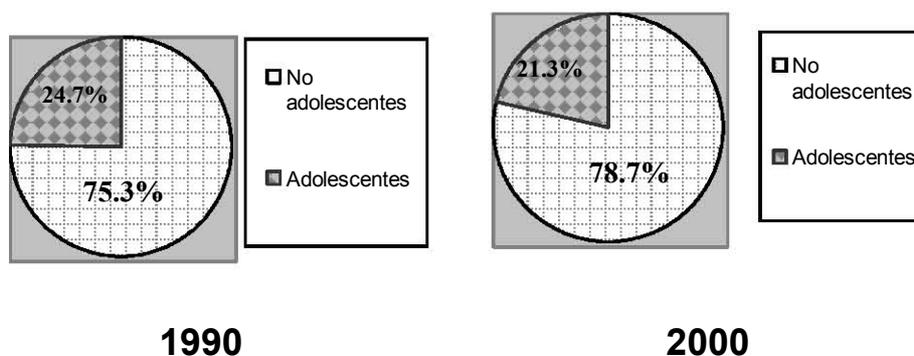
---

<sup>145</sup> Stern, C. (1997). *Pubertad y Embarazo: aspectos sociodemográficos y culturales*. En memorias. Conferencia sobre: El embarazo, características y consecuencias en la madre púber-adolescente. Ed. Simposio Sero México. México.

<sup>146</sup> Vives, R. y Lartigue, T. op.cit.

parte eran adolescentes y casi la mitad de éstos, eran mujeres de entre 10 y 19 años. Para el año 2000, estas cifras aumentaron a una población total de casi 97 millones y medio, de los que casi la quinta parte de ellos tenían entre 10 y 19 años como se muestra en la gráfica 1<sup>147</sup>.

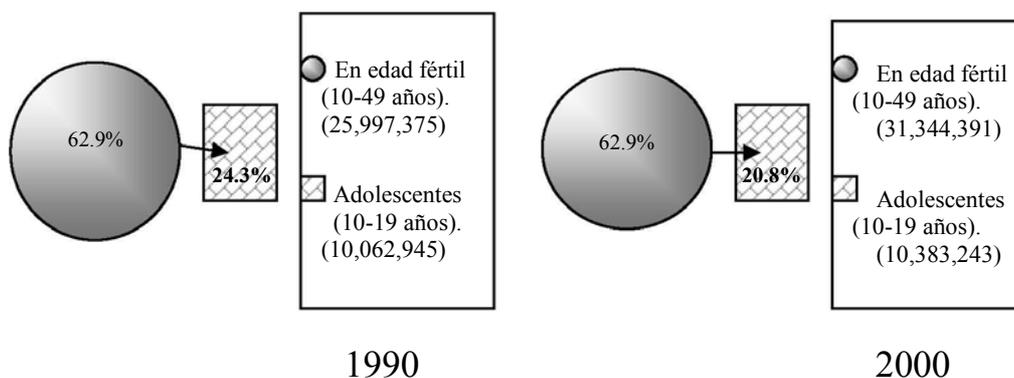
**Gráfica 1. Porcentaje de adolescentes de la población total de la República Mexicana en los años 1990 y 2000.**



Como se observa en la gráfica anterior, casi la cuarta parte de la población total femenina en nuestro país corresponde a jóvenes adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y aunque se observa una disminución en el porcentaje de 1990 al año 2000 con respecto a la población femenina, ésta en realidad es mayor, debido al crecimiento en la tasa de población registrada en estos años, lo que se traduce en un incremento de más de trescientos mil jóvenes para el año 2000 a diferencia de los 90's, por lo que la población de féminas en edad reproductiva aumentó como se observa en la gráfica 2.

<sup>147</sup> *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. (2002). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

**Gráfica 2. Mujeres en Edad Fértil de la población total femenina de la República Mexicana en los años 1990 y 2000.**



En esta gráfica, se presenta el porcentaje de mujeres en edad fértil del total de la población femenina del país, y se observa que la cantidad de adolescentes para esta categoría se incrementa, aun cuando en porcentaje disminuye<sup>148</sup>.

En cuanto a las adolescentes embarazadas, el INEGI reportó que para 1990 había casi 5 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad, de las que poco más de la décima parte tenían de uno a ocho hijos vivos, mientras que poco más de 3 millones de adolescentes de entre 12 y 14 años que existían en el mismo año, algunas de ellas tenían hasta 3 hijos vivos a esa edad<sup>149,150,151,152</sup>. Para el año 2000, la población de adolescentes era de poco más de 8 millones, y el total de embarazadas, o que eran madres se duplicó, dando un total de casi 2 millones donde las que comprenden el grupo de 15 a 19 años, tenían de 1 a 9 hijos vivos, en tanto que

<sup>148</sup> ibidem

<sup>149</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1990). Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda. Resumen General.

<sup>150</sup> Morales, F. et.al. Op.cit.

<sup>151</sup> Torres, A. op.cit.

<sup>152</sup> INEGI. (1993). Fecundidad. XI Censo General de Población y Vivienda 1990

entre las jóvenes de 12 a 14 años, se encontraron jóvenes hasta con 4 hijos vivos<sup>153,154</sup>.

Por su parte, Núñez y cols. mencionaron que el número de hijos nacidos por cada adolescente, disminuyó de 6 a 3 entre los años 1970 al 2000, pero como consecuencia del incremento de la población, se duplicó el número de jóvenes en edad reproductiva, por lo que la incidencia de partos provenientes de madres adolescentes se ha mantenido estable. Los mismos autores afirman que del total de nacimientos reportados en el año 1995, 17.1% de ellos, eran de madres adolescentes<sup>155</sup>. En la misma época Escobedo y cols. concluyeron al realizar su investigación, que el 45% de las adolescentes que tenían entre 15 y 19 años eran sexualmente activas, y de ellas 36% quedaban embarazadas antes de dos años a partir de su primera experiencia sexual<sup>156</sup>.

Por otro lado, algunos autores mencionan que los embarazos en adolescentes se presentan en mayor índice en jóvenes casadas o que viven en unión libre, que en adolescentes solteras. También han encontrado que es en la población rural, con menor escolaridad y nivel socioeconómico bajo, donde se presenta mayor incidencia de embarazos en adolescentes<sup>157,158,159,160,161,162</sup>. (Ver gráfica 3)

---

<sup>153</sup> “Población femenina de 12 años y más por grupos quinquenales de edad de la mujer, y su distribución según número de hijos nacidos vivos” INEGI-XII Censo General de Población y Vivienda. 2000 [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) (Marzo/2005).

<sup>154</sup> Agenda estadística de los Estados Unidos Mexicanos. (2002). INEGI. México

<sup>155</sup> Núñez, R. et.al. op.cit.

<sup>156</sup> Escobedo, E. et. al. op.cit.

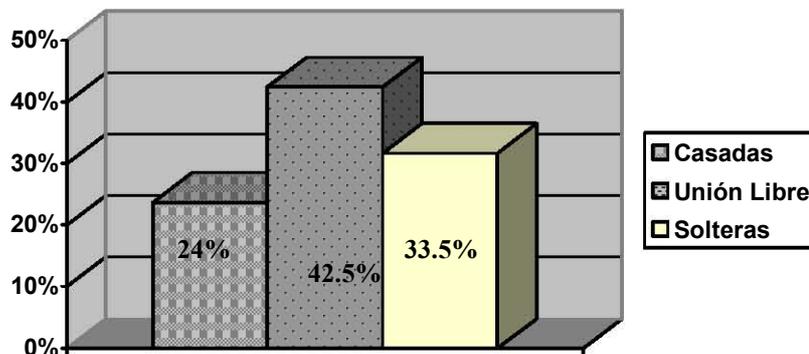
<sup>157</sup> Stern, C. op.cit.

<sup>158</sup> León, J. et.al. op.cit.

<sup>159</sup> Tiburcio, T. et.al. (1995). “Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales”. **Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.9 No.1.

<sup>160</sup> Ortigosa, E. et.al. (1992). “Perfil socioeconómico y educación sobre reproducción en adolescentes”. **Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.6 No.2.

**Gráfica 3. Porcentaje de adolescentes embarazadas, de acuerdo a su estado civil.**



En esta gráfica, se desglosa lo encontrado en una investigación realizada en cuanto al estado civil en el que se encuentran las adolescentes al momento de solicitar los servicios de salud para llevar el control de su embarazo. Como se puede observar, la cantidad de adolescentes embarazadas que cuentan con pareja, ya sea viviendo en unión libre o casadas es mayor al registrado entre las adolescentes solteras, pero hay que tener presente, que éstas últimas ocupan la tercera parte del total de embarazos entre los jóvenes.

---

<sup>161</sup> Ehrenfeld, N. (1997). *El embarazo, características y consecuencias en la madre púber-adolescente*. Ed. Simposio Serono. México

<sup>162</sup> “El embarazo en las adolescentes”. Op. cit.

## CAPÍTULO 3. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SUS CONSECUENCIAS EN LA MADRE Y EN EL BEBÉ

### 3.1 Consecuencias orgánicas de alto riesgo durante el embarazo en la madre adolescente primigesta

Como ya se ha mencionado, el embarazo en adolescentes de 10 a 19 años es un problema de salud pública, ya que sus consecuencias afectan tanto físicamente como en su estado emocional, tanto a la madre, como al bebé, así como a su familia y a la sociedad en la que habitan<sup>163,164,165</sup>.

Puesto que los problemas a los que se enfrenta la joven son de diversa índole, deben ser abordados de manera individual, teniendo en cuenta su personalidad, su situación socio-familiar y circunstancias del embarazo, por mencionar algunos<sup>166,167</sup>.

---

<sup>163</sup> Aguilar. Op.cit.

<sup>164</sup> León, J. et.al. Op.cit.

<sup>165</sup> Auchtret, M., Balbuena, M. y Galeano, H. (2002). "El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años". **Revista de Posgrado de la VIA Cátedra de Medicina**. Año 6 No.16.

<sup>166</sup> Parra, A. (1992). *Sexualidad en la adolescencia*. Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud. México.

<sup>167</sup> Hernández, J. et.al. (2003). "Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos". **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**. Vol.29 No.3.

Desde el punto de vista médico, el embarazo en las adolescentes presenta mayor riesgo de complicaciones para la salud tanto de la madre, como de su producto.<sup>168,169,170</sup>

Al respecto, a continuación se exponen y explican las consecuencias orgánicas que pueden complicar el embarazo en las madres adolescentes<sup>171,172,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197</sup>. (Ver tabla 4 p.47)

- 
- <sup>168</sup> Hernández, J. et.al. (1990). “Comportamiento de las gestantes adolescentes en el quinquenio 1983-1987”. **Revista Cubana de Obstetricia Ginecológica** Vol. 16 No.3.
- <sup>169</sup> Sarmiento, J. (1992) “Los peligros del embarazo en la adolescencia y algunas medidas para tratar de evitarlo” **Revista Cubana de Medicina General Integral** Vol.3
- <sup>170</sup> Hernández J. et.al. (1998). “Gestantes adolescentes desnutridas, su comportamiento perinatal. Algunos factores concurrentes”. **Revista Cubana de Obstetricia Ginecológica**. No.42.
- <sup>171</sup> Schroeder, S. et.al. (1993). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Ed. Manual moderno. 28ª ed. México.
- <sup>172</sup> San, H. (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas: salud y enfermedad*. Ed. La prensa médica mexicana.
- <sup>173</sup> Llaca V. y Fernández, J. (2002). *Obstetricia Clínica*. Ed. Mc.Graw Hill. México.
- <sup>174</sup> Alcázar, J. “Anemia y Embarazo”. <http://www.viatusalud.com> (2005).
- <sup>175</sup> “Preeclampsia” **Medline Plus** <http://www.nlm.nih.gov> (abril del 2005)
- <sup>176</sup> Huesca, P. “Descubren el gen que causa toxemia en embarazadas” *La Crónica de Hoy (BBC)* (2005-Abril-05)
- <sup>177</sup> Blanco, S. “Ruptura prematura de membranas”. <http://www.geocities.com> (2005-04-26)
- <sup>178</sup> “El trabajo de parto prematuro” UNIVERSITY OF VIRGINIA- HEALTH SISTEM <http://www.healthsystem.virginia.edu> (abril del 2005).
- <sup>179</sup> Pelosi, M. e Iffy, L. (1992). *Obstetricia y perinatología*. Ed. Médica Panamericana. 3ª. reimp. Vol. 1
- <sup>180</sup> Dalet, F. y del Río, G. (1998). *Infecciones urinarias*. Ed. Médica Panamericana. España. 1ª. reimp.
- <sup>181</sup> Seebode, J. et.al. (1992). *Obstetricia y perinatología, principios y práctica*. Ed. Médica Panamericana. Vol. 2, 3ª reimp.
- <sup>182</sup> Plöckinger, B. (1998) “Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años.” **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Vol.14.
- <sup>183</sup> Hernández, L. op.cit.
- <sup>184</sup> Silber, T. Et.al. (1992). *Manual de medicina del adolescente*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- <sup>185</sup> Issler, J. op.cit
- <sup>186</sup> Fiorelli, S. y Alfaro, H. (1999). *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw Hill Interamericana. México.
- <sup>187</sup> Simón, L. et.al op.cit.

- 
- <sup>188</sup> Cabello, H., Manieu, D. y Ruiz, M. (2003). “Enfermedades respiratorias en el embarazo”. **Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias**. Vol. 19 No. 3
- <sup>189</sup> Enciclopedia médica en español. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>
- <sup>190</sup> Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. op. cit.
- <sup>191</sup> Nuñez, R. et.al. op. cit.
- <sup>192</sup> Aughtre, M., Balbuena, M. y Galeano, H. op.cit.
- <sup>193</sup> Escobedo, E. et. al. Op. cit.
- <sup>194</sup> Fernández, F. et. al. Op. cit.
- <sup>195</sup> Reyna, J., Ramirez, A. y Ortiz, F. (2004) “Sepsis neonatal por *Hæmophilus influenzae* biovar III. Reporte del primer caso en México”. **Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología** Volumen 24, Numero 4
- <sup>196</sup> “La corioamnionitis” **University of Virginia, Health System** <http://www.healthsystem.virginia.edu> (08/10/05)
- <sup>197</sup> Pascuzzo, C. “Oxitócicos y Tocolíticos” <http://www.geocities.com> (08/10/05) p. 5

**Tabla 4. Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Anemia</b>	Valor de hemoglobina menor a 10 g/dl, y en anemia grave, menor a 7 g/dl o un hematocrito inferior al 30%.	Niveles bajos de hierro, ácido fólico y vitamina B12 en la sangre.	Fatiga, anorexia, disnea <sup>198</sup> , edema <sup>199</sup> , palidez, mareos.	Se presenta especialmente en sectores de bajo nivel socio-económico.	Infecciones puerperales, dolor óseo, infarto pulmonar, insuficiencia cardíaca, preeclampsia, aborto espontáneo, muerte.

<sup>198</sup> Afección del sistema respiratorio, hecho fisiológico que presentan entre el 50 y 75% de embarazadas durante el 2º y 3º trimestre. Puede ser debida a los cambios en la pared torácica y/o posición del diafragma.

<sup>199</sup> Conocido también como “Hinchazón”. Hinchazón que implica el agrandamiento de órganos, piel u otras estructuras corporales causado por la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos.

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Crecimiento intrauterino retardado</b>	Disminución o cese del desarrollo fisiológico del feto.	Inmadurez biológica de la madre. Cuando existe mala nutrición, o se presentan toxemias (Preeclampsia o eclampsia).	Disminución de movimientos fetales.	Se presenta más en personas de nivel socioeconómico o bajo.	Las consecuencias recaen principalmente en el producto, se observa bajo peso al nacer, morbilidad perinatal e infantil y deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Preeclampsia -eclampsia (toxemia o hipertensión inducida por el embarazo)</b>	Es el desarrollo de inflamación, presión arterial alta y proteínas en la orina durante el embarazo. Generalmente ocurre en el 3 <sup>er</sup> trimestre de la gestación.	La causa exacta no se conoce, pero se ha asociado a deficiencias genéticas hereditarias, alimenticias, vasculares, factores autoinmunes, escasas o nulas fuentes de apoyo para la adolescente y altos niveles de estrés.	Cefalea, trastornos visuales y dolor abdominal, hinchazón de manos y cara. Adormecimiento de los dedos. Aumento repentino de peso. Disminución de orina, náuseas y vómito, presión sanguínea alta. En la eclampsia se presentan convulsiones y coma.	Se presenta más en mujeres que utilizan métodos de barrera para anticoncepción. 10% presentan preeclampsia 2% eclampsia. Se presenta aprox. en el 8% del total de los embarazos y en el 20% de las adolescentes, especialmente menores de 15 años. También cuando hay antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal.	La mortalidad materna es de 10 a 15% mientras que la de neonatos llega al 50%. El bebé suele ser pequeño para la edad de la gestación. Hay una pérdida en la cantidad de alimento que recibe, lo cual acarrea complicaciones en el parto, problemas de crecimiento fetal y/o muerte. La mortalidad perinatal es 4 o 5 % mayor en estos casos.

Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente					
Diagnóstico	Definición	Causas	Síntomas	Prevalencia	Consecuencias
<b>Ruptura prematura de membranas (rpm)</b>	Es la ruptura de tejidos o membranas por lo menos una hora antes de comenzar el trabajo de parto en un embarazo a término y en uno pretérmino, en cualquier momento	Traumatismo, generalmente externo provocado por caídas, golpes, estornudo fuerte, coito. Infecciones, principalmente por tricomonas. Deficiencia de vitamina C y Cobre	Expulsión de líquido vaginal.	Se presenta en el 10% del total de embarazos y en 5% de los casos es RPM prolongada, o sea, 12 horas antes del inicio de trabajo de parto.	En la madre: infecciones, corioamnionitis <sup>200</sup> , Salpingitis <sup>201</sup> , Sepsis <sup>202</sup> . En el bebé: inmadurez en partos pretérmino, infección cuando la bolsa se rompe por más de 6 horas, descenso de cordón o extremidades inferiores o superiores del feto

<sup>200</sup> Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico. Se presenta en un 1 a 2 por ciento de todos los embarazos, pero es mucho más común en los partos prematuros. La corioamnionitis puede causar bacteremia (infección en la sangre) en la madre y provocar un parto prematuro y una grave infección en el neonato. La corioamnionitis también se denomina infección intra-amniótica y amnionitis.

<sup>201</sup> Conocida también como “Enfermedad Inflamatoria Pélvica”. Término general que hace referencia a la infección que compromete el revestimiento uterino, las trompas de Falopio o los ovarios.

<sup>202</sup> Conocida también como “Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS)”. Enfermedad grave causada por una abrumadora infección del torrente sanguíneo por parte de bacterias productoras de toxinas.

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Infección de vías urinarias</b>	Presencia de bacterias en la orina, puede complicarse y desencadenar en pielonefritis <sup>203</sup> o cistitis <sup>204</sup> .	Por la multiplicación de bacterias en el aparato urinario.	Generalmente es asintomático. En otros casos, se puede presentar dolor abdominal, fiebre, náusea, vómito.	Se presenta especialmente entre embarazadas de 14 años de edad. Se ha encontrado relación con bajo nivel socioeconómico, antecedentes personales y familiares, familias numerosas o que viven en hacinamiento.	El 20% de las embarazadas que presentan una infección de vías urinarias, tienen un embarazo prematuro. Retardo en el crecimiento de la placenta, e infección del líquido amniótico. 8.5% de los casos, terminan en la muerte del producto y 22% nacen prematuramente.

<sup>203</sup> Infección del riñón y de los conductos que extraen la orina del riñón.

<sup>204</sup> Infección que puede presentarse en cualquier parte a lo largo del tracto urinario: riñones, uréteres, vejiga o la uretra. Se llama cistitis cuando la infección afecta el tracto urinario inferior (vejiga y uretra).

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Desproporción cefalopélvica</b>	Inmadurez de la pelvis en configuración y tamaño, por lo que no es apta para gestar.	Mientras más joven es la embarazada, tiene mayores probabilidades de desarrollarla	Dolor pelviano	Principalmente en jóvenes menores de 15 años.	Trabajo de parto prolongado. Generalmente no se resuelven por vía vaginal. Mortalidad materno-fetal.
<b>Distocias</b>	Cualquier alteración del trabajo de parto que impide su desarrollo en forma fisiológica.	Tamaño fetal grande, situación y posición del feto, características de la pelvis materna, desarrollo incompleto del canal de parto, estrechez ósea, especialmente a menor edad, donde aun no concluye el desarrollo de la adolescente.	Complicaciones al momento del parto.	Aprox. El 10% de los partos de adolescentes presentan esta complicación. Especialmente se presenta el feto de nalgas al parto. Es difícil saber con exactitud la prevalencia de esta complicación, ya que muchos se resuelven utilizando oxitócicos <sup>205</sup> o terminan en cesárea.	Trabajos de parto prolongados o precipitados. Problemas en la oxigenación fetal. Propician la resolución del embarazo por operación cesárea. Mortalidad materno-fetal.

<sup>205</sup> Fármaco administrado con la finalidad de estimular el órgano liso uterino, incrementa las contracciones y favorece la resolución pronta del parto.

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnós- tico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Parto prematuro</b>	Es el trabajo de parto que inicia antes de terminar las 37 semanas de gestación.	La causa se desconoce, pero se asocia principalmente con RPM, también: Preeclampsia, enfermedades crónicas, infecciones, consumo de drogas, estructura anormal del útero, incompetencia del cuello uterino, parto prematuro previo.	Contracciones uterinas frecuentes. Calambres de tipo menstrual. Presión en la pelvis. Dolor de espalda. Molestias intestinales. Expulsión vaginal de sangre, agua o mucosidad.	Más del 11% del total de los embarazos. Más frecuente en adolescentes, con diferencia de una semana con relación a las embarazadas adultas.	Las consecuencias se presentan principalmente en el bebé, el cual puede presentar bajo peso al nacer, retinopatía, síndrome de insuficiencia respiratoria, enfermedad pulmonar crónica, desarrollo incompleto de pulmones, apnea o suspensión de la respiración, filtración de aire hacia otros tejidos; inestabilidad de temperatura, complicaciones cardiovasculares, función renal inmadura, presión sanguínea demasiado alta o baja, frecuencia cardíaca baja, dificultades de alimentación, problemas neurológicos, convulsiones, muerte.

<b>Consecuencias orgánicas de alto riesgo en la madre adolescente</b>					
<b>Diagnóstico</b>	<b>Definición</b>	<b>Causas</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Consecuencias</b>
AMENAZA DE ABORTO	Hemorragia uterina anormal con o sin dolor en el abdomen inferior, cuello uterino formado y cerrado.	Hemorragia debida a lesiones del cuello uterino, pólipos endocervicales o endometriales <sup>206</sup> , inflamaciones, lesiones malignas, infecciones de vías urinarias.	Existe hemorragia vaginal o cólicos, pero el embarazo continúa.	Se presenta en aproximadamente el 11.42% de las adolescentes gestantes.	Mayor riesgo de presentar anomalías congénitas y se observan mayores tasas de morbilidad perinatal.
ABORTO	Interrupción espontánea de la gestación antes de 20 semanas del embarazo.	Malformaciones o desviaciones uterinas, defectos anatómicos y cromosómicos del feto. Puede ser inducido quirúrgicamente.	Hemorragia vaginal, cólicos uterinos, desaparición de signos y síntomas del embarazo.	El 1% de las mujeres tienen abortos reiterados.	Muerte materno-fetal. Esterilidad.

<sup>206</sup> Crecimientos pequeños y frágiles en forma de dedo que se originan en la superficie mucosa del cuello uterino o del canal endocervical.

### 3.2 Consecuencias emocionales del embarazo en la madre adolescente primigesta

Como ya se vio, las consecuencias orgánicas que puede presentar una adolescente durante su gestación o al momento del parto podrían poner en riesgo tanto su vida, como la del bebé, pudiendo complicarse, e incluso causar la muerte, por lo que es necesario prestar atención especial en su detección y tratamiento, así como también observar las complicaciones y desajustes que puedan originarse en el área psicológica y emocional de la joven.

Como ya se mencionó, cada adolescente vive de forma distinta su gestación, enfrenta su situación, de acuerdo al ambiente en el que se desarrolla. Martín menciona sobre este tema, que en la mayoría de los casos, la joven responde de forma repulsiva ante el embarazo pasando “del desconcierto y nerviosismo, hasta la histeria, y desde la angustia al deseo de suicidarse”<sup>207</sup>, otras lo aceptan y en un porcentaje menor, lo idealizan<sup>208</sup>. Vargas coincide con Martín, concluyendo, conforme a investigaciones realizadas, que la adolescente al recibir o confirmar la noticia de su embarazo responde con sentimientos de rechazo, temor, enojo, desconcierto, ansiedad y sentimientos de culpa<sup>209</sup>. Por su parte, Martínez y cols. refieren sobre el tema que las madres adolescentes, generalmente se deslindan del cuidado de su hijo, y delegan la responsabilidad a algún adulto, principalmente, a la abuela, la cual en la mayoría de las

---

<sup>207</sup> Martín, C. (1992). *Embarazo, aborto y maternidad*. Ed. Consejería de Presidencia, Dirección General de la Mujer. Madrid P.35

<sup>208</sup> *ibidem*

<sup>209</sup> Citado en Vives y Lartigue. Op.cit.

ocasiones se involucran más con las actividades del niño, están más atentas y responden ante las exigencias del bebé<sup>210</sup>.

Vives y Lartigue, afirman que las gestantes adolescentes, generalmente presentan índices más altos de psicopatología, en comparación con las jóvenes que no atraviesan la misma situación<sup>211</sup>.

La mayoría de los autores coinciden en que el embarazo en la adolescencia pone a prueba la estabilidad emocional de las jóvenes, y que, en la medida que éstas cuenten con el apoyo de su familia y/o pareja, disminuyen tanto las consecuencias orgánicas, como las emocionales que la afecten<sup>212,213,214,215</sup>.

A diferencia de otros autores, Issler menciona que la actitud que la joven tome al confirmar su embarazo, depende en gran medida de la etapa del desarrollo en la que se encuentra, así, durante la adolescencia temprana, mujeres menores a 14 años, generalmente no piensan en el embarazo como algo propio; no toman la responsabilidad de ser madres, por lo que el cuidado de su hijo en la mayoría de los casos, queda bajo custodia de los abuelos; ellas presentan temor por el dolor de parto, se vuelven más dependientes de sus madres, eliminan la posibilidad de tener una pareja aunque exista realmente y se vuelven ególatras, se preocupan más por sus necesidades personales, que por el

---

<sup>210</sup> Martínez, S. et. al. (1997). "Interacción materno-infantil en madres adolescentes. Comparación con otros cuidadores (padres y abuelas)" **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.11.

<sup>211</sup> Vives y Lartigue. op.cit.

<sup>212</sup> Ibidem.

<sup>213</sup> Moreno, M. et. al. Op.cit.

<sup>214</sup> Moysén, J. et.al. op.cit.

<sup>215</sup> Videla, M. y Grieco, A. op.cit.

embarazo o por su hijo. Entre los 14 y 16 años, durante la adolescencia media, la joven ya tiene establecida su identidad de género, por lo que el embarazo lo relaciona con la forma en que expresa su erotismo, el cual lo manifiesta por medio de su vestimenta, donde generalmente enseña el abdomen casi llegando al “exhibicionismo”, suelen ser posesivas con el feto, y lo utilizan para reafirmar su independencia ante los padres; frecuentemente tienen cambios de humor que van de la euforia a la depresión; temen por los dolores del parto, pero también por la salud del feto, toman actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo, para ellas es muy importante contar con el apoyo de un compañero, aunque éste no sea el padre del bebé. Issler, menciona que durante la adolescencia tardía, después de los 18 años, es común que el embarazo sea visto como algo que a la joven le hacía falta para consolidar su identidad y para formalizar una pareja, por lo que éstas generalmente no tienen muchos inconvenientes en el cuidado y crianza de su hijo<sup>216</sup>.

Por otro lado, Mussen y cols. señalan que los cambios en las emociones de la madre producen alteraciones en su química corporal, por ejemplo el estrés, el cual produce que las glándulas endocrinas viertan algunas sustancias químicas en la sangre, y los cambios que esto produce en el organismo, pueden irritar al feto y provocar consecuencias tanto en su salud física como emocional, principalmente a largo plazo<sup>217</sup>.

A este respecto, Macfarlane hace una síntesis de investigaciones realizadas por varios autores, y concluye que

---

<sup>216</sup> Issler, J. Op. Cit.

<sup>217</sup> Musen, P. et. al. Op. Cit.

mujeres que abortaban habitualmente, generalmente tenían problemas en su identidad sexual, y era escaso el apoyo que recibían de su entorno social o no contaban con él. También menciona que las embarazadas sometidas a gran cantidad de estrés, sufren mareos y vómitos en mayor porcentaje durante los primeros meses de embarazo. Otro de los puntos a los que hace referencia, es a las toxemias durante el embarazo, las cuales parecen tener una conexión con estados de ansiedad y estrés. Por último, habla sobre la angustia que manifiesta la madre acerca de su embarazo y su relación con la duración del parto, lo que ha revelado que, a mayor angustia o preocupación, mayores complicaciones perinatales<sup>218</sup>. Moysén y cols. están de acuerdo con Macfarlane, ya que en una investigación realizada, pudieron observar que existe una relación importante entre las toxemias durante el embarazo y la poca o nula existencia de fuentes de apoyo, tanto familiares, como de pareja o amigos, así como los niveles altos de estrés que presente la adolescente durante su gestación<sup>219</sup>.

Por su parte, Saucedo menciona que las madres adolescentes generalmente no sienten amor por su hijo, especialmente cuando éste es producto de una violación, en estos casos las consecuencias emocionales son mayores tanto para la madre, como para el hijo<sup>220</sup>. Así lo confirman los resultados de una investigación realizada en un hospital de Estados Unidos, la que reflejó que las adolescentes que atraviesan un embarazo como producto de una violación, obtienen mayores puntajes en escalas,

---

<sup>218</sup> Macfarlane, A. op.cit.

<sup>219</sup> Ibidem.

<sup>220</sup> Saucedo, J. (1995). "Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.8.

tanto de estrés, como de depresión y son más propensas al consumo de drogas durante la gestación<sup>221</sup>.

Sobre el mismo tema, Sánchez y cols. en una investigación realizada con 50 adolescentes embarazadas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología de la Cd. de México, donde en el 50% de las pacientes, su embarazo era producto de violación, hallaron en ambos grupos, niveles bajos en autoconcepto<sup>222</sup>. La diferencia era muy poca entre ambos grupos, pero aun así, mencionan que en las embarazadas por violación, los niveles arrojados estaban por debajo de la norma, en cuanto a los resultados obtenidos sobre depresión en sus evaluaciones, concluyen que el embarazo en las adolescentes como tal, no se relaciona directamente con la depresión, solamente en el segundo grupo, en ellas se observó una relación directa entre conductas depresivas y el embarazo como consecuencia de una violación<sup>223</sup>.

Aldana y Atkin, confirmaron la postura anterior, y afirman que no se puede hablar de la existencia de una relación directa entre el embarazo a edades tempranas y la depresión, ellos mencionan que ésta última es consecuencia del poco apoyo o rechazo percibido. Además mencionan que el embarazo en las adolescentes propicia inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración, ya que sus oportunidades se ven limitadas, esto acarrea que presenten dudas y preocupación, lo cual se asocia directamente con la depresión. También mencionan que el apoyo social percibido, ya sea

---

<sup>221</sup> Stevens, C. y McAnarney, E. (1994) "Childhood victimization, Relationship to adolescent pregnancy outcome". **Child Abuse & Neglect**. Vol.18 No.7.

<sup>222</sup> Sánchez, C. et. al. (1995). "Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.8.

<sup>223</sup> ibidem.

familiar o de la pareja principalmente, reduce la vulnerabilidad que la joven atraviesa para evitar la depresión. Otro de los puntos que pudieron observar, es que las adolescentes que presentan mayores niveles de depresión, son aquellas que viven en hacinamiento, son menos asertivas, presentan mayor tendencia a ser asociales y perciben una autoimagen poco favorable<sup>224</sup>.

Por su parte, Ortigosa y Carrasco afirman que durante el embarazo, la adolescente presenta cambios psicológicos muy importantes, y que los principales que se observan son irritabilidad, labilidad emocional, rechazo hacia el embarazo, aislamiento y rebeldía especialmente hacia las normas de conducta, reflejados por lo general en un bajo rendimiento escolar, llegando incluso en la mayoría de los casos, al abandono de sus estudios, lo que agrava aún más la situación<sup>225</sup>.

Como se puede observar, son de diversa índole las consecuencias que presenta la adolescente al momento de recibir o confirmar la noticia de su embarazo y durante éste; la forma en la que reaccione, dependerá en gran parte de la edad, pero principalmente, del apoyo que reciba especialmente de su familia, y de la pareja si es que ésta existe.

---

<sup>224</sup> Aldana, E. y Atkin, L. (1997). "Depresión durante el embarazo en adolescentes". **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.11.

<sup>225</sup> Ortigosa, E. y Carrasco, I. op. cit.

### 3.3 Consecuencias físicas y fisiológicas en el desarrollo del bebé producto de un embarazo en la adolescencia

No sólo es la adolescente la que presenta consecuencias y/o complicaciones con el embarazo, como se menciona en temas anteriores, el feto producto de ese embarazo precoz también se ve afectado en su salud, tanto física como emocional<sup>226,227,228,229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244</sup>. (Ver tabla 5 p.62)

- 
- <sup>226</sup> “El estrés durante el embarazo puede afectar el ritmo cardíaco fetal. [www.mundobaby.com](http://www.mundobaby.com). Madrid,12/Feb/2003 (agosto/2005)
- <sup>227</sup> Issler, J. Op.cit.
- <sup>228</sup> Casanueva, E. et.al. (1991). “Cambios en la Composición Corporal en el período prenatal en un grupo de adolescentes”. **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.5 No.1.
- <sup>229</sup> Llaca, V. y Fernández, J. Op. cit.
- <sup>230</sup> Fernández, F. et. al. Op. cit.
- <sup>231</sup> Escobedo, E. et. al. Op. cit.
- <sup>232</sup> Auchtre, M., Balbuena, M. y Galeano, H. Op. cit.
- <sup>233</sup> Plöckinger, B. Op. cit.
- <sup>234</sup> Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. op. cit.
- <sup>235</sup> Langer, A. (1993). “El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido”. **Revista de Investigación Clínica**. Vol. 45 No. 4
- <sup>236</sup> Zelaya, B., Godoy, A. y Esperanza, L. (2003). “Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido”. **Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina**. No.125.
- <sup>237</sup> Cardoza, L., Bolaños, R. y Neri, C. (2001) “Sufrimiento fetal” **Revista de Perinatología**. Vol. 16, No. 4
- <sup>238</sup> Javier, L., Quiroz, M. y Barrera, R. (2001). “Prematurez y neurodesarrollo”. **Revista de Perinatología**. Vol. 16 No. 4.
- <sup>239</sup> Crespo, G. et. al. Op. cit.
- <sup>240</sup> Hernández J. et. al. Op. cit.
- <sup>241</sup> Salvo, H. et.al. (2002). “Seguimiento de recién nacidos de término con encefalopatía hipóxica isquémica” **Revista Chilena de Pediatría**. Vol. 73 No.4
- <sup>242</sup> Prado, L., Ramírez, M. y Vaillant, G. (1996). “Bajo peso al nacer. Enfoque clínico epidemiológico y social”. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Vol.12
- <sup>243</sup> Vilchis, P. et. al. (2002). “Mortalidad Perinatal: una propuesta de análisis”. **Ginecología y Obstetricia de México**. Vol. 70 No. 10 p.510-520
- <sup>244</sup> Nacer, J. (2001). Malformaciones Congénitas”. **Servicio de neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile**. <http://www.redclinica.cl>. (08/10/05) p.219

**TABLA 5. CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE ALTO RIESGO EN EL FETO PRODUCTO DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	CAUSAS	PREVALENCIA	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO
Sufrimiento fetal	Síndrome causado por la disminución de los intercambios metabólicos entre la madre y el feto. Indica que existe una afectación intrauterina del feto con cierto peligro para su vida o integridad mental.	Hipotensión arterial, clampsia, anemia aguda, desprendimiento prematuro de placenta, alteraciones en el cordón umbilical, enfermedades fetales.	Es muy difícil detectarlo, por lo que es casi imposible determinar su prevalencia, aunque algunos autores mencionan que se presenta desde el 1.5% hasta el 22.8% del total de las pacientes obstétricas. Es más frecuente en fetos masculinos que en femeninos.	Asfixia intrauterina anteparto, aspiración de meconio.	Lesión cerebral letal o subletal, parálisis del esfínter anal, daños en el sistema nervioso central.

**CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE ALTO RIESGO  
EN EL FETO PRODUCTO DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	CAUSAS	PREVALENCIA	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO
Bajo peso al nacer	Peso en el bebé inferior al esperado para la edad gestacional	Malos hábitos alimenticios, adicciones a tabaco, drogas, alcohol. Estrés durante la gestación. Desnutrición materna	Cerca del 14% de los RN nacen con menos de 2500gr. El 60% de la mortalidad neonatal es debida a un peso inferior a 1,000gr al nacimiento, y cerca del 4% con respecto a la mortalidad infantil. Entre el 13 y 24% de los que sobreviven padecen trastornos neurológicos y entre el 6 y 13%, déficit intelectual.	En ocasiones, los órganos aun no se desarrollan por completo, lo que puede desencadenar en problemas pulmonares, dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista, problemas intestinales graves.	Existe 20% más probabilidad de morir durante el primer año de vida. Parálisis cerebral, defectos en la visión o audición, retraso mental, desórdenes de la percepción, problemas de aprendizaje síntomas conductuales, deterioro del desarrollo físico y mental, crecimiento subnormal, mayor probabilidad de presentar infecciones en vías respiratorias.

<b>CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE ALTO RIESGO EN EL FETO PRODUCTO DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA</b>					
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>PREVALENCIA</b>	<b>CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO</b>	<b>CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO</b>
Malformaciones congénitas	Defecto estructural, detectada generalmente durante el parto, en la morfología del recién nacido.	Desorden genético, desnutrición materna, ingestión de sustancias como ciertos medicamentos o drogas.	20% en hijos de madres menores a 15 años de edad, los que más se presentan son malformaciones del tubo neural	Rechazo, abandono de la madre o familia al bebé, muerte en casos de inmadurez física del producto.	Retraso mental, discapacidad física, labio leporino,
Prematurez	La OMS lo define como todo neonato menor de 37 semanas.	Estrés durante la gestación, bajo peso, corta edad gestacional.	La tasa de mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que en la tasa de mortalidad general. Ocasiona el 50% de las muertes neonatales.	Más susceptibles a presentar problemas respiratorios, trastornos metabólicos, electrolíticos e infecciones, hipoxia, hemorragia interventricular, enfermedad pulmonar, convulsiones neonatales.	Parálisis cerebral, retardo mental, ceguera, sordera, problemas de lecto-escritura, alteraciones del lenguaje, crecimiento subnormal, entre el 10 y el 40% de los casos presentan alteraciones perceptomotoras, intelectuales y conductuales.

<b>CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE ALTO RIESGO EN EL FETO PRODUCTO DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA</b>					
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>PREVALENCIA</b>	<b>CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO</b>	<b>CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO</b>
Mortalidad perinatal	Muerte del feto durante la etapa perinatal.	No previsibles: defectos congénitos, peso extremadamente bajo, Infecciones, malformaciones en el producto. Previsibles: asfixia e hipoxia neonatal, sepsis.	Su índice es elevado entre las jóvenes, disminuyendo con la edad. Se presenta en el 39.4% aproximadamente de las madres menores de 16 años.	Muerte.	
Aspiración de meconio	Es la ingestión de una mezcla de meconio <sup>245</sup> y líquido amniótico por el feto, antes o durante el parto.	Asfixia perinatal, sufrimiento fetal.	Mortalidad perinatal entre el 5 y 8 % de los casos que lo presentan.	Rara vez conduce a un daño pulmonar permanente, muerte.	Daño cerebral, parálisis del esfínter anal, neumonía.

<sup>245</sup> Son las primeras heces del recién nacido, las cuales son espesas, pegajosas y de color negro verdoso.

CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DE ALTO RIESGO EN EL FETO PRODUCTO DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA					
DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	CAUSAS	PREVALENCIA	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO
Hipoxia o Isquemia	Déficit de la oxigenación fetal. Aguda: estado crítico secundario a una alteración en el intercambio entre la madre y el feto. Influye en el flujo sanguíneo cerebral, ya sea incrementando, disminuyendo o haciéndolo fluctuante.	Son 3 los motivos por los que se puede desencadenar, causas maternas, placentarias y fetales, dentro de las maternas, se observan: déficit en la circulación, insuficiencia cardiaca, hipotensión, golpe brusco, oxigenación insuficiente, anemia aguda, enfermedad pulmonar, intoxicación por CO <sub>2</sub> . En las causas placentarias se incluye la insuficiencia uteroplacentaria, gestación prolongada, primiparidad, multiparidad, toxicomanías, gestación gemelar, alteraciones uterinas, toxemias gravídicas.	Es difícil determinarla con exactitud, pero se puede mencionar que se presenta aproximadamente entre el 2 y 5% llegando hasta el 13.7% de las gestaciones	Hemorragia cerebral e intra ventricular, necrosis neuronal selectiva <sup>246</sup> , lesión cerebral, meconio, leucomalasia periventricular, muerte, taquicardia.	Lesiones neurológicas, parálisis cerebral, retraso intelectual, retraso psicomotor severo, trastornos auditivos, visuales y del lenguaje.

<sup>246</sup> Se caracteriza por daño neuronal en sitios específicos de la corteza cerebral, diencéfalo, tallo cerebral, cerebelo, médula espinal, alteraciones en la función respiratoria, que a largo plazo, pueden producir disfunción motora, déficit intelectual, crisis convulsivas.

### **3.4 Consecuencias emocionales en el bebé producto de un embarazo en la adolescencia**

En el tema anterior se abordaron las consecuencias físicas que el feto o recién nacido puede presentar durante el parto y nacimiento, secuelas que en ocasiones permanecerán durante toda la vida, situaciones que de alguna forma, provocarán distintas emociones en su madre y en él mismo, ya que las consecuencias son tanto físicas como emocionales, y se pueden presentar ya sea inmediatamente después del parto, o surgir y observarse algún tiempo después, y éstas influirán en el desarrollo por el resto de su existencia.

Varios autores coinciden en que los hijos de madres adolescentes presentan mayor probabilidad de padecer síndrome de muerte súbita, desnutrición y en algunos casos sobrepeso, abandono, maltrato físico, psíquico, negligencia en el cuidado de su salud. Además, cuando la madre es primípara el bebé presenta un riesgo 2.4 veces mayor de morir durante el primer año de su vida y problemas en la conducta

247,248,249,250,251

Javier y cols., afirman que en los niños que nacieron prematuramente, se observan problemas escolares, lo que deriva en

---

<sup>247</sup> Vives y Lartigue. Op. cit.

<sup>248</sup> Morales, F. et. al. Op. cit.

<sup>249</sup> Auchtre, M., Balbuena, M. y Galeano, H. op. cit.

<sup>250</sup> Fernández, F. et. al. Op. cit.

<sup>251</sup> Issler, J. Op. cit.

una baja autoestima y problemas emocionales diversos; mientras que cuando el niño tiene antecedentes de peso igual o menor a 1.5 kg. al nacimiento, presenta baja calidad en el lenguaje, esto puede repercutir directamente en su aprendizaje escolar<sup>252</sup>.

Morales y cols. mencionan que los hijos de madres adolescentes pueden ver obstaculizado su desarrollo debido a la sobreprotección por parte de ellas, misma que generalmente proviene de sentimientos de agresividad enmascarados y acompañados de sentimientos de culpabilidad. También mencionan que el niño genera confusión en cuanto a las jerarquías con respecto a su educación, debido a que muy frecuentemente, son los familiares cercanos, en especial los abuelos, los que se dedican a la crianza del bebé, ello genera sentimientos de confusión, angustia, incertidumbre e inseguridad, ya que el niño no tiene claros sus vínculos afectivos y presenta sentimientos ambivalentes con respecto de sus cuidadores<sup>253</sup>.

Confirmando lo anterior, Robledo y Alvarado mencionan que el futuro del bebé se ve afectado generalmente por la dinámica familiar, donde la madre es tratada como hermana mayor del niño, restándole la autoridad, y en ocasiones, creando competencia entre la abuela y la madre por obtener el afecto del niño<sup>254</sup>.

Sobre el mismo tema, Martínez menciona que en ocasiones, la madre adolescente espera demasiado de su hijo, al darse cuenta de las limitaciones del bebé, esto desencadena una conducta restrictiva o punitiva hacia él, mientras que por el contrario, madres

---

<sup>252</sup> Javier, L. Quiroz, A. Barrera, R. Op. cit.

<sup>253</sup> Morales, A. et. al. Op. cit.

<sup>254</sup> Robledo, A. y Alvarado, G. Op. cit.

que no se forjan metas ni proyectos ante ese niño, tienden a no estimularlos, estas situaciones se presentan muy a menudo en la convivencia diaria madre-hijo, y ambos dan resultados negativos para el infante. La autora menciona que es común el que durante el primer año de vida, la madre tienda a forzar a su hijo a ser independiente, mientras que conforme el infante va adquiriendo autonomía durante su segundo año de vida, la madre procura controlarlo y hacerlo dependiente de ella, esto crea en el niño sentimientos de inseguridad y conflictos emocionales<sup>255</sup>.

Por otro lado, Wiles y cols, asocian el bajo peso al nacer con algunas alteraciones psiquiátricas en la niñez, las cuales están ligadas directamente con trastornos afectivos en la edad adulta, ellos postulan que a su vez, estos trastornos son consecuencia de bajo peso en los nacidos a término<sup>256</sup>.

Sánchez, citando a Bowlby, menciona que “hay motivos muy poderosos para creer que la separación prolongada del niño y su madres o sustituto materno, durante los cinco primeros años de vida, sobresale entre las causas de carácter delincuente”<sup>257</sup>. La autora afirma que es la madre, la principal encargada de proporcionarle al bebé las bases necesarias para lograr una buena comunicación afectiva y así obtener el óptimo desarrollo, y que es a base del pensamiento y el habla, como el bebé se convierte en un individuo autónomo, éste depende de la atención que le proporcionan los

---

<sup>255</sup> Martínez, S. et.al. op. cit.

<sup>256</sup> Wiles, N., Peters, T. León, D. y Lewis, G. “El bajo peso al nacer aumenta el riesgo de distres en el adulto” **British Journal of Psychiatry**, 28/jul/2005 [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)

<sup>257</sup> Sánchez, C. (1994). “Atención integral de la madre y su hijo”. **Revista de perinatología**. Vol. 9 No. 1 p. 4

adultos, especialmente su madre o cuidador para captar y aprender del mundo que lo rodea<sup>258</sup>.

Asimismo, a largo plazo las consecuencias que más se observan en los bebés nacidos de madres jóvenes son problemas de crecimiento retardado, tanto físico como psicológico y fracaso escolar<sup>259</sup>.

Feinholz afirma que los niños llamados “no deseados” tienen más probabilidad de morir que los deseados, y que las principales causas de los decesos oscilan entre la falta de atención, incluyendo desnutrición, falta o retraso del crecimiento, enfermedades, accidentes que son posibles prever, hasta actos propositivos de violencia y homicidio. Ella menciona que en investigaciones de madres a las que se les había negado el aborto, guardaban resentimiento contra el bebé y lamentaban el haberlo tenido, lo que repercute directamente en la salud emocional del niño<sup>260</sup>.

Cuando el embarazo fue resultado de una violación, además de las consecuencias ya descritas, estos niños se encuentran en mayor riesgo tanto de sufrir rechazo emocional, como abandono, cuidado negligente y maltrato físico por parte de sus madres, así lo menciona Saucedo y lo reafirman Sánchez y cols.<sup>261,262</sup>

---

<sup>258</sup> Sánchez, C. Op. cit.

<sup>259</sup> Fernández, F. et. al. Op. cit.

<sup>260</sup> Feinholz, D. (2001). “Consecuencias psicosociales en lo(a)s, hijo(a)s, producto de un embarazo no previsto: una mirada transcultural”. **Revista de Perinatología y reproducción Humana**. Vol. 15 No. 1

<sup>261</sup> Saucedo, J. Op. cit.

<sup>262</sup> Sánchez, C. et. al. Op. cit.

## **CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

1. El embarazo es una etapa compleja para la adolescente debido a los cambios físicos que experimenta, pero especialmente a los emocionales por los que atraviesa en este periodo, tanto los propios debidos principalmente al aumento en el flujo hormonal, como a los experimentados por la situación sociofamiliar en la que se encuentra, así como al significado que se le otorgue a la gestación y al producto que está engendrando.
2. La estimulación que el feto percibe durante el embarazo es vital en el desarrollo tanto físico como emocional, aunque la mayoría de los autores basan sus estudios sobre el nacimiento de las emociones en conductas observables, es decir, respuestas que el bebé manifiesta ante estímulos percibidos después de su nacimiento, investigadores como Sontag, Grimwade, Rascovsky, Osterrieth, Macfarlane entre otros, confirman que el inicio de la vida psícoemocional tiene su comienzo dentro del útero, por medio de los estímulos que el feto percibe del exterior, así como de los cambios bioquímicos que experimente la madre durante el parto.
3. El embarazo durante la adolescencia interrumpe el proceso normal de desarrollo de la joven, poniendo en riesgo la vida

de ambos, madre-hijo, y en muchas ocasiones, dejando secuelas que durarán de por vida, limita las posibilidades de superación profesional y principalmente, personal, lo que lleva a la adolescente a un estado de frustración y estrés, reflejado en maltrato en todos sus tipos hacia su hijo.

4. Las causas por las que una adolescente se embaraza son diversas, pero hay que mencionar que una de las principales es la falta de información, los escasos o nulos conocimientos que tiene sobre métodos anticonceptivos, o consecuencias y limitaciones que desencadenará, así como la falta de proyectos en su vida.
5. Como se observó en el tercer capítulo, mientras más joven es la adolescente, mayores son los riesgos que experimentará tanto ella como su bebé y las consecuencias a corto y largo plazo así como la morbimortandad aumentan.
6. A medida que la adolescente perciba el apoyo de familiares, pareja o amigos, esto ayudará a disminuir las consecuencias negativas para el bebé.

## Propuestas.

En México, los problemas derivados del embarazo en edades tempranas crecen día a día, éstos se complican debido a la marginación, pobreza, bajo nivel de estudios, y diversas situaciones culturales. Aunado a ello, los cambios físicos y hormonales que presentan las embarazadas en adición con los propios de la edad adolescente, conllevan a distintas consecuencias como deserción escolar, violencia intrafamiliar, sentimientos de culpa y rechazo por el embarazo, intentos o consumación de aborto, lo que puede desencadenar en la muerte de la joven.

Acapulco no está exento de esta situación, debido a las costumbres que establece la sociedad. En un puerto turístico que sobrevive gracias al trato cotidiano con la gente, las adolescentes se ven obligadas a socializar a más temprana edad, lo que propicia una cultura de libertad, llegando al libertinaje entre los jóvenes y acrecentando las probabilidades y riesgos de llevar a una adolescente a atravesar por un embarazo a corta edad.

Se debe trabajar con equipos multidisciplinarios, principalmente atacando 3 áreas de interés, en primer lugar **prevención**: capacitando a profesores, asistiendo a escuelas, dando pláticas y talleres dirigidos a jóvenes, haciendo de su conocimiento las consecuencias y limitaciones que pueden surgir como resultado del embarazo no planeado en edades tempranas, haciendo énfasis en los métodos anticonceptivos para evitar las infecciones de transmisión sexual y en este caso del embarazo, y la postergación de éste para la realización de metas y la superación personal. Crear

consciencia entre los padres de familia sobre la importancia de la apertura en la comunicación con sus hijos, generando confianza ante ellos para prevenir y en caso de presentarse, abordar de forma adecuada la situación.

También crear programas para identificar a las muchachas en riesgo, incluyendo a las instituciones públicas, como escuelas y centros de salud, trabajar en equipo realizando evaluaciones a las adolescentes y sus familias, incluirlo como requisito de inscripción a la secundaria, realizar visitas domiciliarias a la familia de la joven, evaluar su situación, redes de apoyo, situaciones de riesgo que la pudiesen llevar a vivir un embarazo, detectar los casos y canalizarlos a los módulos del adolescente ubicados en centros de salud, donde previamente se hayan capacitado los integrantes para abordar debidamente los casos

En segundo lugar, pero no menos importante, es la **detección de los casos**, acudiendo a escuelas, realizando encuestas, identificando a las adolescentes embarazadas en hospitales y centros de salud, difundiendo entre los jóvenes información de lugares a donde ellos pueden acudir, como son centros de apoyo, módulos del adolescente ubicados en distintos hospitales de la República Mexicana, en donde se les brinda el apoyo y cuidados personalizados por psicólogos, médicos, trabajadores sociales y enfermeras especializados en este tema.

Y por último, el tercer punto que es la consecuencia del segundo, es el **tratamiento de los casos**, realizando talleres dirigidos a las adolescentes con la finalidad de disminuir las incertidumbres que tienen sobre su embarazo y parto, buscando fuentes de apoyo dentro de su propia familia para minimizar los

riesgos y las complicaciones en el embarazo y para que le ayuden a la joven madre a percibirse más segura y apoyada.

Otro punto a tratar con ellas es hacerlas conscientes de la responsabilidad que enfrentan con su futuro hijo, reforzar la comunicación madre-feto, y con esto, favorecer un desarrollo psicoemocional óptimo en el futuro bebé.

Los tres puntos antes mencionados ayudarán a disminuir en gran medida la tasa de natalidad entre adolescentes,

El llevar a la práctica lo anterior, beneficiará a nuestra comunidad, disminuyendo la tasa de crecimiento e incitando a los jóvenes a crearse proyectos de vida, lo que se reflejará en beneficios económicos para la ciudad y para el país.

Este trabajo es también una fuente de información para futuras investigaciones, las cuales deben realizarse, ya que sobre el tema es poco lo que aún se conoce y se requiere obtener mayores conocimientos para atacar el problema desde raíz, principalmente por medio de la prevención, que es la mejor solución para abordar un conflicto de salud pública tan serio como lo es el embarazo a edades tempranas.

## REFERENCIAS

### Bibliografía:

1. Agenda estadística de los Estados Unidos Mexicanos. (2002). INEGI. México
2. Aguilar, G. et.al. (1998). *Juntos planearemos el futuro*. Ed. Mexfam. México.
3. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. (2002). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
4. Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Ed. Prentice Hall. 4ª ed. España.
5. Calera, A. y Sánchez, R. (1990). *Embarazo y nacimiento*. Ed. Jover Barcelona. España.
6. Coon, D. (1999). *Psicología, exploración y aplicaciones*. Ed. International Thomson. 8ª ed. México.
7. Dalet, F. y del Río, G. (1998). *Infecciones urinarias*. Ed. Médica Panamericana. España. 1ª. reimp.
8. Del Barrio, María. (2002). *Emociones infantiles: evolución, evaluación y prevención*. Ed. Pirámide. Madrid. Pg. 11-44
9. Ehrenfeld, N. (1997). *El embarazo, características y consecuencias en la madre púber-adolescente*. Ed. Simposio Serono. México
10. Ehrenfeld, N. (1997). *Psicopatología, pubertad y embarazo/anticoncepción en adolescentes*. En memorias. Ed. Simposio Serono México. México.
11. Fiorelli, S. y Alfaro, H. (1999). *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw Hill Interamericana. México.

12. Fuentes, M. y Lobos, L. (1995). *Adolescente Embarazada: programa de apoyo emocional*. Ed. Universitaria. 2ª ed. Santiago de Chile.
13. Griffa M. y Moreno J. (1999). *Claves para una psicología del desarrollo*. Ed. Lugar editorial. Argentina.
14. Hurlock, E. (1999). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Paidós, México.
15. INEGI. (1993). Fecundidad. XI Censo General de Población y Vivienda 1990
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1990). Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda. Resumen General.
17. Kitzinger, S. (1996). *Embarazo y nacimiento*. Ed. McGraw Hill. 2ª reimp. España.
18. Langman y Ph.D. Sadler T.W. (2001). *Embriología médica con orientación clínica*. Ed. Médica Panamericana 8ª. ed.
19. Larsen, W. (2003). *Embriología humana*. Ed. Elsevier Science. España. 3ª ed.
20. Llaca V. y Fernández, J. (2002). *Obstetricia Clínica*. Ed. Mc.Graw Hill. México.
21. Macfarlane, A. (1998). *Psicología del nacimiento*. Ed. Morata S.L. 3ª reimp. España.
22. Martín, C. (1992). *Embarazo, aborto y maternidad*. Ed. Consejería de Presidencia, Dirección General de la Mujer. Madrid P.35
23. Moore, K y Persaud. (1993). *Embriología clínica*. Ed. Interamericana-Mc.Graw Hill. 5ª.ed. México.
24. Morales, F. et.al. (2002). *Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral*. Instituto Nacional de Perinatología. Ed. Trillas. México.

25. Moreno, M. (1992). *Embarazo en la adolescente: revisión bibliográfica*. Tesis.
26. Musen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1991). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*". Ed. Trillas. 2ª ed. 1ª reimp. México.
27. Ortony, A., et.al (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Ed. Siglo Veintiuno editores, S.A. México.
28. Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). *Psicología del desarrollo*. Ed. McGraw Hill. 7ª ed. México.
29. Parra, A. (1992). *Sexualidad en la adolescencia*. Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud. México.
30. Pelosi, M. e Iffy, L. (1992). *Obstetricia y perinatología*. Ed. Médica Panamericana. 3ª. reimp. Vol. 1
31. Rice, P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Ed. Pearson Prentice Hall. 2ª ed. México.
32. Robledo, A. y Alvarado, G. (1997). *Psicopatología, pubertad y embarazo /anticoncepción en adolescentes*. En memorias. Conferencia sobre: Características y consecuencias del producto de un embarazo durante la pubertad. Ed. Simposio Serono México.
33. Román, R. (2000). *Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en jóvenes*. SEP. México.
34. Salvatierra, V. (1990). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Ed. Martínez Roca. España.
35. San, H. (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas: salud y enfermedad*. Ed. La prensa médica mexicana.
36. Sarafino, E. y Armstrong, J. (2002). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Ed. Trillas. 3ª reimp. México.

37. Schroeder, S. et.al. (1993). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Ed. Manual moderno. 28ª ed. México.
38. Seebode, J. et.al. (1992). *Obstetricia y perinatología, principios y práctica*. Ed. Médica Panamericana. Vol. 2, 3ª reimp.
39. Silber, T. Et.al. (1992). *Manual de medicina del adolescente*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
40. Sprinthall, N. et.al. (1996). *Psicología de la Educación*. Ed. McGraw Hill. 6ª ed.
42. Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional de los primeros años*. Ed. Oxford University Press. México.
43. Stern, C. (1997). *Pubertad y Embarazo: aspectos sociodemográficos y culturales*. En memorias. Conferencia sobre: El embarazo, características y consecuencias en la madre púber-adolescente. Ed. Simposio Serono México. México.
44. Uribe, E. (1999). *Conozcamos a nuestros hijos*. Ed. Trillas. México
45. Videla M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Ed. Nueva visión. 2ª ed.
46. Videla M. y Grieco A. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Ed. Nueva Visión. Argentina.
47. Vives, J. y Lartigue, T. (2001). *Caminos del desarrollo psicológico Volumen III: De la identidad de género en México al final de la adolescencia*. Ed. Plaza y Valdés. México

## Revistas:

1. Aldana, E. y Atkin, L. (1997). "Depresión durante el embarazo en adolescentes". **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.11.
2. Auchtre, M., Balbuena, M. y Galeano, H. (2002). "El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años". **Revista de Posgrado de la VIA Cátedra de Medicina**. Año 6 No.16.
3. Cabello, H., Manieu, D. y Ruiz, M. (2003). "Enfermedades respiratorias en el embarazo". **Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias**. Vol. 19 No.3
4. Cardoza, L., Bolaños, R. y Neri, C. (2001) "Sufrimiento fetal" **Revista de Perinatología**. Vol. 16, No. 4
5. Casanueva, E. et.al. (1991). "Cambios en la Composición Corporal en el período prenatal en un grupo de adolescentes". **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.5 No.1.
6. Crespo, G. et.al. (1991). "Crecimiento fetal". **Rev. de Perinatología**. Vol.6 No.4.
7. Diaz y Aguilar. (1999). "Estrés y Embarazo" **Revista de la Asociación Dental Mexicana**. Vol.56 No. 1 Pg.27-31
8. Escobedo, E. et al. (1995). "Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.7
9. Feinholz, D. (2001). "Consecuencias psicosociales en lo(a)s, hijo(a)s, producto de un embarazo no previsto: una mirada transcultural". **Revista de Perinatología y reproducción Humana**. Vol. 15 No.1

10. Fernández, F. et.al. (1996). "Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz". **Boletín médico del Hospital Infantil de México**. Vol.53 No.2.
11. Hernández J. et.al. (1998). "Gestantes adolescentes desnutridas, su comportamiento perinatal. Algunos factores concurrentes". **Revista Cubana de Obstetricia Ginecológica**. No.42.
12. Hernández, J. et.al. (1990). "Comportamiento de las gestantes adolescentes en el quinquenio 1983-1987". **Revista Cubana de Obstetricia Ginecológica** Vol. 16 No.3.
13. Hernández, J. et.al. (2003). "Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales ginecoobstétricos". **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**. Vol.29 No.3.
14. Hernández, L. y Quesnel, C. (1994). "Distocias". **Revista de Perinatología**. Vol.9 No.4.
15. Issler, J. (2001). "Embarazo en la adolescencia". **Revista de posgrado de la Cátedra VIA Medicina**. No.107
16. Javier, L., Quiroz, M. y Barrera, R. (2001). "Prematurez y neurodesarrollo". **Revista de Perinatología**. Vol. 16 No. 4.
17. Langer, A. (1993). "El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido". **Revista de Investigación Clínica**. Vol. 45 No. 4
18. León, J. et.al. (2002). "Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana". **Rev. Ginecología y Obstetricia de México**. Vol.70.

19. López, R. (1994). "La adolescente en el ámbito perinatal". **Revista de Perinatología**. Vol.9 No.1.
20. Martínez, S. et. al. (1997). "Interacción materno-infantil en madres adolescentes. Comparación con otros cuidadores (padres y abuelas)" **Revista de Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.11.
21. Moreno, M. (1998). "Perfil antropométrico al nacimiento del hijo de madre adolescente primigesta". **Perinatología y Reproducción Humana**. No. 12
22. Moysén, J. et.al. (2000). *Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo*. **Revista de Salud Pública de México**. Vol. 42 No.2.
23. Nuñez, R. et. al. (2003). "Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto" **Salud Pública de México** Vol.45 sup.1
24. Ortigosa E. y Carrasco I. (1994). "Educación perinatal en adolescentes". **Revista de Perinatología**. Vol.9 No.4.
25. Ortigosa, E. et.al. (1992). "Perfil socioeconómico y educación sobre reproducción en adolescentes". **Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.6 No.2.
26. Ortigosa, E. y González, S. (1993). "Beneficios de la Educación Perinatal en pacientes adolescentes". **Perinatología y reproducción humana**. Vol.7 No.3.
27. Plöckinger, B. (1998) "Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años." **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Vol.14.
28. Prado, L., Ramírez, M. y Vaillant, G. (1996). "Bajo peso al nacer. Enfoque clínico epidemiológico y social". **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Vol. 12 No. 3

29. Reyna, J., Ramirez, A. y Ortiz, F. (2004) "Sepsis neonatal por *Hæmophilus influenzae* biovar III. Reporte del primer caso en México". **Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología** Volumen 24, Numero 4
30. Salvo, H. et.al. (2002). "Seguimiento de recién nacidos de término con encefalopatía hipóxica isquémica" **Revista Chilena de Pediatría**. Vol. 73 No.4
31. Sánchez, C. (1994). "Atención integral de la madre y su hijo". **Revista de perinatología**. Vol. 9 No. 1 p. 4
32. Sánchez, C. et. al. (1995). "Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.8.
33. Sarmiento, J. (1992) "Los peligros del embarazo en la adolescencia y algunas medidas para tratar de evitarlo" **Revista Cubana de Medicina General Integral** Vol.3
34. Saucedo, J. (1995). "Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia". **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**. Vol.52 No.8.
35. Simón P. (2002). "Morbilidad materna en la adolescente embarazada". **Ginecología y Obstetricia de México**. Vol.70.
36. Stern, C. (1997). "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica". **Salud pública de México**. Vol.39 No.2.
37. Stevens, C. y McAnarney, E. (1994) "Childhood victimization, Relationship to adolescent pregnancy outcome". **Child Abuse & Neglect**. Vol.18 No.7.
38. Tiburcio, T. et.al. (1995). "Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales". **Perinatología y Reproducción Humana**. Vol.9 No.1.

39. Torres, A. (1994). "La anticoncepción en las adolescentes". **Revista de Perinatología**. Vol. 9 No.1
40. Vilchis, P. et. al. (2002). "Mortalidad Perinatal: una propuesta de análisis". **Ginecología y Obstetricia de México**. Vol. 70 No. 10 p.510-520
41. Zelaya, B., Godoy, A. y Esperanza, L. (2003). "Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido". **Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina**. No. 125.

### **Páginas Web:**

1. Alcázar, J. "Anemia y Embarazo". <http://www.viatusalud.com> (20/04/2005).
2. Blanco, S. "Ruptura prematura de membranas". <http://www.geocities.com> (26/04/2005).
3. "Cambios en el embarazo". <http://www.mundopadres.com> (Junio/04).
4. "Cambios físicos en el primer trimestre de embarazo". Revista March of Dimes. <http://www.mundopadres.com>. (Feb/2005).
5. "Cuando los adolescentes tienen hijos". American Academy of Child and Adolescents Psychiatry Rev. No.31 <http://www.aacap.org> (Feb/05)
6. "El embarazo en las adolescentes". March of Dimes. <http://www.nacersano.org> (08/10/2005)
7. "El embarazo en las adolescentes". <http://www.nacersano.com>. (feb/2004). P.1.
8. "El estrés durante el embarazo puede afectar el ritmo cardíaco fetal". <http://www.mundobaby.com>. Madrid, 12/Feb/2003 (agosto del 2005).

9. “El trabajo de parto prematuro” University of Virginia-Health Sistem <http://www.healthsystem.virginia.edu> (20/04/2005).
10. “Embarazo en adolescentes”. <http://www.nlm.nih.gov>. (feb/2004). P.3.
11. “Enciclopedia médica en español. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>. (08/10/2005)
12. “La corioamnionitis” University of Virginia, Health System <http://www.healthsystem.virginia.edu> (08/10/05)
13. Nacer, J. (2001). Malformaciones Congénitas”. Servicio de neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <http://www.redclinica.cl>. (08/10/05) p.219
14. Pascuzzo, C. “Oxitócicos y Tocolítics”. <http://www.geocities.com>. (08/10/05) p.5
15. “Población femenina de 12 años y más por grupos quinquenales de edad de la mujer, y su distribución según número de hijos nacidos vivos” INEGI-XII Censo General de Población y Vivienda. 2000 <http://www.inegi.gob.mx> (Marzo de 2005).
16. “Preeclampsia” Medline Plus <http://www.nlm.nih.gov> (20/04/2005).

#### **Periódico:**

1. Huesca, P. “Descubren el gen que causa toxemia en embarazadas” *La Crónica de Hoy (BBC)*” Londres Inglaterra. (05/Abril/2005)
2. Wiles, N., Peters, T. León, D. y Lewis, G. “El bajo peso al nacer aumenta el riesgo de distres en el adulto” **British Journal of Psychiatry**. (28/jul/2005)