

El médico, la familia y la comunidad en la atención del neonato de madres  
adolescentes

The general practitioner, the family, and the community in neonate  
care of adolescent mothers

Fecha de recibido: 24 de febrero de 2014. Fecha de aprobado: 28 de marzo de 2014. Resultado de formación académica de maestría de los autores.

**Autores:**

Andrés Pina Rodríguez. Graduado en Medicina General Integral, especialidad Neonatología. Instructor. Ha participado en varios eventos científicos de carácter nacional e internacional, tiene publicado artículos científicos en revistas especializadas de neonatología. Cursa la tercera edición de la Maestría en Ciencias de la Educación Superior, mención Docencia Universitaria e Investigación Educativa en la Universidad de Ciencias Pedagógicas "Manuel Ascunce Domenech" de la provincia Ciego de Ávila, Cuba. e-mail: [andrespr@ucp.ca.rimed.cu](mailto:andrespr@ucp.ca.rimed.cu).

Aneya Iizástigui Matos. Licenciada en Educación, especialidad Matemática- Computación. Profesora Titular. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Se desempeña como jefa de carrera de Matemática-Física de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Ciencias Pedagógicas "Manuel Ascunce Domenech" de la provincia Ciego de Ávila, Cuba. Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales y es investigadora de los proyectos de Pedagogía y El perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje de la Matemática y la Física. e-mail: [aney@ucp.ca.rimed.cu](mailto:aney@ucp.ca.rimed.cu)

**Resumen**

La maternidad no es un rol para la etapa de la adolescencia. En muchas ocasiones a pesar del trabajo preventivo desarrollado en instituciones educativas y de salud en el país, continúa siendo un factor de riesgo en la población cubana. La atención integral del neonato de madre adolescente requiere de un trabajo cooperado entre el personal de salud, la familia y los factores de la comunidad que intervienen en la crianza del bebé. El presente artículo tiene como objetivo argumentar la influencia del médico general integral, la familia y los factores de la comunidad en la atención integral del neonato de las madres adolescentes.

**Palabras clave:** neonatos, madres adolescentes, médico general integral.

### **Abstract**

Maternity is not a role for the adolescent period. In spite of the preventive work that has been carried out in Cuban educational and health institutions, it continues being a risk factor in the population. The comprehensive attention of the mother and the neonate requires the cooperative work among the health personnel, the family and the social factors of the community that are present in the life of the newborn child. The main objective of the current paper is to give reasons about the influence of the general practitioner, the family, and the social factors of the community in the attention of the neonate and adolescent mothers.

**Key words:** neonate, adolescent mother, comprehensive general practitioner.

### **Introducción**

La adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida en la que se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose grandes cambios anatomofisiológicos y psicosociales, así como definiciones de conductas que regirán en la vida adulta, en toda la etapa la familia, la comunidad y todos los contextos que influyen juegan un papel importante en la formación del joven.

Se ha considerado que la adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de todo ser humano, es el momento más relevante para el conocimiento de la sexualidad, el aprendizaje del cuerpo y con mucha frecuencia para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia "a la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica"; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años de edad aproximadamente (Aliño, 2006).

Es una etapa que está marcada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la familia del adolescente y la institución educativa tienen que asumir su papel educativo en los conocimientos de salud y sexualidad responsable como labor preventiva. Las familias con madres adolescentes tienen responsabilidad en la atención integral del neonato, a partir del apoyo a la madre con la salud y cuidado bebé, sin quitarle el rol de madre a las adolescentes, sus responsabilidades en la lactancia materna y seguimiento del neonato.

En este artículo se han tenido en cuenta los informes periódicos y diferentes fuentes contentivas de los registros de la atención asistencial a las madres que transitan por la etapa de la adolescencia. Se han considerado los criterios del Médico y enfermera de la familia, de los familiares de las adolescentes, así como de otros factores comunitarios que se han revelado a través de conversatorios, charlas y entrevistas. El análisis cuanti-cualitativo de los resultados ha contribuido profundizar en las limitaciones en la atención del neonato de madres adolescentes en el municipio Ciego de Ávila.

El objetivo de este artículo está centrado en argumentar la influencia del médico general integral, la familia y los factores de la comunidad en la atención integral del neonato de madre adolescente.

### **Desarrollo**

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado; las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que las madres adolescentes asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico; así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Jesús Robles, destacó que aunque Cuba tiene una de las tasas de embarazo en adolescentes más bajas de América Latina y el Caribe, este indicador no tiene el mismo comportamiento de otros como la mortalidad materna e infantil, que son comparables o mejor que los de países desarrollados. Periódico de la capital de Cuba (Tribuna.co.cu). A su juicio, la voluntad política que propicia las políticas públicas y los programas sociales que benefician a la mujer y a la familia como el acceso a la educación, la posibilidad de superación y empleo y el libre acceso a la salud sexual y reproductiva, son las reservas para atender este desafío.

Cuba es una evidencia que permite concluir que las limitaciones de las economías en desarrollo no necesariamente constituyen un obstáculo insalvable para el progreso del estado de salud, el cambio demográfico y el bienestar. Aunque, a partir de 2004, ha crecido el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad total, de 14,8 en 2003 hasta 16,2 en 2011 y 16, el pasado año.

La introducción progresiva de la anticoncepción de emergencia, así como de medicamentos para hacer seguras las interrupciones, en caso de que se produzcan fallas en evitar los embarazos no deseados. Por ello, fortalecer la investigación, la educación para la sexualidad, comprometer al personal de salud, la familia, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación en estimular los cambios en las conductas, son algunas de las vías factibles en la reducción de los embarazos no deseados en edades tempranas, que en no pocos casos terminan en interrupciones.

Mayra Rodríguez, subdirectora del Centro Nacional de Educación Sexual, refiere que el país se encuentra en un proceso perfeccionamiento de su programa nacional de educación y salud sexual, con cuatro componentes: educación; salud; comunicación y cultura y redes sociales. "Desde estas cuatro aristas cuando se discuta más el tema estaremos en mejores condiciones de aportar los elementos que se van a perfeccionar con la participación de especialistas de todos los sectores". Periódico de la capital de Cuba (Tribuna.co.cu)

Un embarazo no deseado con un hijo igualmente no deseado, es uno de los factores principales de una reproducción en la pobreza, que por demás de afectar a la mujer, establece un ciclo que de no interrumpirse continuará incrementando problemas agobiantes en la humanidad. En el que no se puede dejar de la mano ni la atención al neonato, ni al de su madre adolescente con sus peculiaridades y características de su etapa de desarrollo, además del contexto en el que se desenvuelve.

En cuanto al aspecto asistencial el problema se torna complejo, porque depende de varios factores: en primer lugar del grado de conocimiento que sobre tan polifacético y complejo tema tengan los diferentes equipos sanitarios que brindan asistencia médica a la población de adolescentes, es la cual la Atención Primaria de Salud es fundamental, en segundo lugar del nivel de aplicabilidad que hagan de este conocimiento sobre los pacientes, en tercer lugar del enfoque social y comunitario que se le dé, en cuarto lugar de la correcta aplicación de la tecnología para realizar conductas precisas, en quinto lugar del seguimiento individualizado que se le ofrezca a cada caso y a la familia y en sexto lugar de la modificación de los factores sociales que rodean a la madre adolescente del neonato.

El análisis de cada caso como un todo, pero sin obviar cada uno de estos elementos, puede ser la clave del éxito en el manejo de este fenómeno. Baste con que falle uno solo de los eslabones de esta cadena asistencial para que nos perdamos en la ruta crítica del problema. Es importante trabajar en la labor preventiva y de promoción de salud de temas tan importantes como sexualidad, embarazo y adolescencia, lo que se logra realizando las consultas de puericulturas preestablecidas por el Sistema Nacional de Salud Pública en este grupo de edades, las que con su adecuado funcionamiento permite realizar una labor educativa con el adolescente, la familia y la comunidad.

Por todo lo antes expuesto son suficientes las razones para afirmar, que el neonato de madre adolescencia se comporta como una situación de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y sobre todo de educación sexual, con el objetivo de lograr una reducción de las tasas de embarazo en este grupo de edad, garantizando que la concepción se produzca desde el punto de vista biopsicosocial en el momento ideal para la mujer, lográndose así un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su futura descendencia y una repercusión positiva en la sociedad.

La adolescencia es una etapa relevante de la vida, después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como individuo único, va definiendo su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, como también, un plan de vida para decidir qué orientación va a tener, de esta forma, cuando ya haya logrado estas metas, constituirse en adulto.

En la adolescencia ocurren cambios en la esfera biológica, psicológica y social que le confieren características especiales a este grupo, que los hace más vulnerable, lo que tiene un impacto

extraordinario en la esfera de la sexualidad, sin embargo actualmente a escala mundial, la salud reproductiva en este grupo de edad se ve afectada por varios factores, entre los que se pueden destacar: Psicológicos:

- Falta de preparación de la madre para asumir este rol.
- Falta de información sexual por parte de los padres.
- Ocultamiento del embarazo y rechazo por la familia.
- Madre soltera con dependencia económica.
- Bajo nivel de escolaridad.
- Falta de apoyo emocional.
- Relaciones desordenadas.

Sociales:

- Deserción escolar.
- Deficiente escolaridad y sin formación científico técnica para educar a su bebé.

Biológicos:

- Poca maduración de los órganos de la reproducción.
- Menarquía temprana.
- Relación sexual precoz.

Teniendo en cuenta estos factores se impone de manera inevitable una adecuada, consciente y dirigida educación sexual en este grupo de la población y se convierte en una problemática para la atención primaria de salud el seguimiento a neonatos de madres adolescentes.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente, no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres, frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará niveles de ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

El recién nacido o neonato de madre adolescente está expuesto al sufrimiento en aspectos relacionados con:

a.- El peso: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la

morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. La insuficiencia placentaria es frecuente en este grupo etario de madres, conllevando por ende a lo anteriormente expuesto la propia inmadurez de los órganos genitales internos de la adolescente conlleva sin lugar a dudas a la inadecuada formación de la placenta.

b.- La internación en neonatología: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes. Estos ingresos se deben generalmente a las complicaciones que la propia madre adolescente por elevada inmadurez provoca en el neonato.

c.- Malformaciones: Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, así como también las del aparato cardiovascular.

d.- Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

El pronóstico de las madres adolescentes:

- Materno: Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El mayor porcentaje de las madres adolescentes abandonan las escuelas durante el embarazo no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación y el caso de apoyo familiar una parte retoma sus estudios, pero pocas continúan estudios universitarios.

- Fetal: Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer o la familia se encarga de su crianza.

En la atención integral al neonato de madre adolescente el médico de la comunidad debe tener en cuenta ciertos factores psicosociales de riesgo en las madres adolescentes como son:

- Asincronía madurativa físico – emocional,
- Baja autoestima,
- Bajo nivel de escolaridad,
- Ausencia de interés,



- Pérdida reciente de personas significativas,
- Embarazo por violación o abuso,
- Intento de aborto,
- Propósito de entregar el hijo en adopción o al cuidado de su familia,
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente,
- Trabajo no calificado,
- Pareja ambivalente o ausente,
- Condición económica desfavorable,
- Marginación de su grupo de pertenencia,
- Rechazo a asistir a los centros de salud.

En relación con la consulta del neonato con la madre adolescente el médico debe recordar que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos en dicha consulta, entre otros:

1.- Características de la madre adolescente que las diferencia de la mujer adulta.

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que se le presenta con el neonato. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de la lactancia materna, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos ("nos vamos a

vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios de su bebé y vacunación, que da al contraste que en ocasiones no cumpla con el esquema de vacunación.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes de la crianza de un bebé no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando experiencias, por lo que el médico y la familia deberá brindar toda la información lo más clara posible.

## 2. - Dificultad para el vínculo con el hijo.

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el bebé, poniéndolo en riesgo.

## 3. - Perfil deseable del médico para atender adolescentes.

a. Tener idoneidad: no solo en puericultura, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia como madre.

b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.

c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar

ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto prematuros, especialmente si la adolescente es chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras en el neonato.

#### 4.- Contexto de la maternidad adolescente.

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, abandono de la escuela o separan de la institución por el periodo de lactancia, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

#### 5. - Objetivos del equipo de salud.

- a. Ayudar a la adolescente a aceptar, cuidar y lactar a su bebé.
- b. Fortalecer los vínculos familiares y de factores de la comunidad en la crianza del neonato.
- c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución educativa donde estudia la madre adolescente como apoyo a su embarazo y lactancia.
- d. Brindar atención postnatal integral y a la adolescente.

#### 6. – Estrategias del equipo de salud.

- Atención por equipo interdisciplinario (pediatra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
- Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee, para garantizar la atención integral al neonato.
- Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención postnatal.
- Trabajar con personal de la institución (médicos, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

- Trabajar de conjunto a los órganos de masas y políticos de la comunidad para garantizar éxito en el seguimiento del neonato.

## **Conclusiones**

El neonato en madres adolescentes constituye un problema psicosocial que genera en su gran mayoría desocupación y difícil reinserción escolar y laboral por falta de capacitación de las madres, por lo que la reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperables.

El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente adopción.

Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

La atención integral del neonato de madre adolescente requiere de que el médico de la comunidad debe conocer las características particulares de la etapa de la adolescencia para garantizar buena comunicación en la consulta y seguimiento del neonato, una lactancia materna exitosa y el cumplimiento de los procedimientos médicos que requiere el recién nacido, con la ayuda de la familia y los factores de la comunidad.

## **Bibliografía**

ALIÑO SANTIAGO M. 2006. Adolescencia. Aspectos Generales y atención a la Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22.

BARRIERA QUIALA M. 1999. Caracterización de las relaciones de pareja en estudiantes de 9no grado de la secundaria básica Francisco Maceo Osorio. Rev Cubana Enferm 1999;15(2):129-32.

BURTRAGO LEÓN L.H. 2002. Vivencia de adolescencia. [Sitio en Internet] Educar.Org. Disponible En: [http:// www.educar.org/articulo.htm](http://www.educar.org/articulo.htm) Acceso el 18 Abril 2002.

BÁEZ A.E. 2006. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enfermer 2006; 11:57-63.

CASTRO ESPÍN M. 2006. Crecer en la adolescencia. Sexología y sociedad 2006.

CARPIO D.: Enfoque de riesgo psicológico y social del embarazo en la adolescencia  
<http://www.monografias.com/trabajos93/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia2.shtml>

CORTES ALFARO A. 2000. Sida, Adolescencia y riesgos. Rev Cubana Med Gen integr 2000;16 (3): 243-50.

COLL A. 1997: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. (s.a.) Disponible en <http://www.un.org/spanish/2007>

El periódico de la capital de Cuba. Tribuna.co.cu. <http://www.tribuna.co.cu/ciencia-salud/2013-07-12/expertos-analizan-embarazo-adolescencia> Martes, Febrero 25, 2014, 11:11 PM

DÍAZ BRAVO C. 2008. Adolescencia y Sexualidad. Rev Cubana Sexología 2008; 38:9-17.

DOMÍNGUEZ DIEPPA F.1999. Guías de prácticas clínicas. 1 a ed. Ciudad de la Habana: Ecimed; 1999. pp. 8 –10.

GARCÍA SÁNCHEZ M. H. 2000 "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

TORO MERLO J. "Embarazo en la adolescente" – Rodriguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.

MOLINA R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.

MOLINA R., SANDOVAL J., LUENGO X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

ISSLE JUAN R. 2001 Embarazo en la adolescencia Revista de Posgrado de la Cátedra VIA Medicina N° 107 - Agosto/2001

Página: 11-23 [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

NÚÑEZ JOVER J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. 1 a ed. Ciudad de la Habana: Editora Política; 1999. pp. 1– 27.

PELÁEZ MENDOZA J. 2004. Adolescente Embarazada. Características y Riesgos. Rev Cubana Obstret Ginecol 2004; 23(1):13-7.

VACCAREZZA LS. Ciencia, Tecnología y Sociedad: El estado de la cuestión en América Latina. En: REDES, vol. V, nº. 11, Buenos Aires, 2000.

### **0 Comentarios.**

---

Escribe aquí tu comentario

•

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○



Comentario obligatorio

•

•