

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

Estudio comparativo de la problemática y características de las adolescentes embarazadas que se asistieron en el Instituto de Maternidad “Ntra. Sra. de las Mercedes” de San Miguel de Tucumán, en los meses de Enero a Junio de 1996 y 2006.

**AUTORA: Lic. ELDA ANGELICA SANSANO
DIRECTORA: Mgt GLADYS OLIVARES DE FESSIA**

**Córdoba
Junio 2007**

Agradecimientos

*A mi Asesora Mgt Gladys Olivares de Fessia por su estímulo,
generosidad y ayuda en la gestación de este trabajo*

A la Mgt Silvana Torres por su valiosa y desinteresada colaboración

*A mis amigas Paulina Liberti y María Elena Angel quienes con su
incondicional apoyo hicieron posible alcanzar esta meta.*

Dedicatorias

A mis hijos Gabriel, Marcelo, Nicolás y a mi nieto Francisco por ser la fuerza que guía mis acciones

A mis padres Elda y Luis (†) quienes me alentaron siempre y a Luis Alberto con quién comparto mi vida.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. PROLOGO.....	VIII
II. INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	12
III. MARCO TEÓRICO.....	15
a. Diagnóstico de situación.....	15
b. Embarazo Adolescente.....	16
c. Posibles repercusiones del embarazo adolescente en la salud de la madre y el niño.....	20
d. Atención de adolescentes embarazadas en el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes”.....	23
IV. OBJETIVOS.....	27
a. Objetivo general.....	27
b. Objetivos específicos.....	27
V. DISEÑO METODOLOGICO.....	29
a. Tipo de estudio.....	29
b. Sitio donde se realizó la investigación.....	29
c. Población.....	29
d. Instrumentos para la recolección de datos.....	29
e. Variable.....	30
f. Procesamiento y análisis de datos.....	31
VI. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	33
Gráfico N° 1: Embarazadas asistidas en Sala de Partos del I. de Maternidad según edad.....	33
Gráfico N° 2: Embarazadas adolescentes según grupos de edad.....	34
Gráfico N° 3: Embarazadas adolescentes según estado civil.....	35

Gráfico N° 4: Embarazadas adolescentes según nivel de instrucción..	36
Gráfico N° 5: Embarazadas adolescentes según residencia.....	37
Gráfico N° 6: Embarazadas adolescentes según gestas previas.....	38
Gráfico N° 7: Embarazadas adolescentes según partos previos.....	39
Gráfico N° 8: Embarazadas adolescentes según terminación del embarazo.....	40
Gráfico N° 9: Embarazadas adolescentes según edad gestacional.....	41
Gráfico N° 10: Embarazadas adolescentes según antecedente de aborto.....	42
Gráfico N° 11: Embarazadas adolescentes según presencia de patologías asociadas.....	43
Gráfico N° 12: Embarazadas adolescentes según control prenatal.....	44
Gráfico N° 13: Embarazadas adolescentes según forma de terminación del parto.....	45
Gráfico N° 14: Embarazadas adolescentes según vitalidad de recién nacidos previos.....	46
Gráfico N° 15: Embarazadas adolescentes según supervivencia de nacidos vivos previos.....	47
Gráfico N° 16: Embarazadas adolescentes según peso al nacer del recién nacido.....	48
Gráfico N° 17: Embarazadas adolescentes según Apgar al minuto del recién nacido.....	49
Gráfico N° 18: Embarazadas adolescentes según examen físico del recién nacido.....	50
Gráfico N° 19: Embarazadas adolescentes según edad gestacional del recién nacido.....	51
Gráfico N° 20: Embarazadas adolescentes según patologías del recién nacido.....	52
Gráfico N° 21: Terminación del embarazo según edad.....	53
Gráfico N° 22: Control prenatal según edad.....	54

Gráfico N° 23: Control prenatal según pareja estable.....	55
Gráfico N° 24: Control prenatal según nivel de instrucción.....	56
Gráfico N° 25: Control prenatal según residencia.....	57
VII. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	64

PROLOGO

I. PROLOGO

El embarazo, un hecho trascendental en la vida de la mujer, puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características orgánicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, éstas tienen perfiles particulares por irrumpir el embarazo en un momento crítico en su propia evolución personal. Apenas comenzado el arduo camino de afirmarse como ser intelectual, físico y socialmente independiente, con un proyecto de vida, el embarazo aparece, la mayoría de las veces, en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio y su relación con el medio, en especial con su grupo familiar.

La mayoría de estas madres precoces son solteras, sus historias hablan de desconocimiento, abandono, soledad y problemas familiares. Ellas no tienen la experiencia y madurez necesaria para encarar el embarazo y la maternidad. El saberse embarazada muchas veces se asocia a sorpresa, ocultamiento, temor, primeras consultas tardías, etc. en lo que respecta al control prenatal. La deserción es frecuente en las consultas posteriores u otras veces concurren por primera vez al iniciar su trabajo de parto.

“La mayor parte de la información disponible sobre fecundidad en la adolescente se registra en el grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, también se registran embarazos en el grupo de 10 a 14 años, pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto. Esta resulta imprescindible porque, si bien numéricamente no es significativo, este grupo podría tener un mayor riesgo de complicaciones y muertes.”⁽¹⁾

“En nuestro país, la maternidad adolescente tiene una tasa alta en relación con la tasa general de fecundidad y, actualmente, el 14% de los niños que nacen en la Argentina tienen una madre menor de 19 años. Esto corresponde en números absolutos a unos 90.000 niños por año.

¹ Munist M.; Giurgiovich A.; Solís JS et al. Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia. En La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación Científica N° 552. OPS. OMS. 1905. Capítulo 4. Salud Reproductiva, 239-273.

El porcentaje por jurisdicciones es variable, siendo alto en los núcleos suburbanos, donde alcanza proporciones de hasta el 24% en algunos partidos del gran Buenos Aires.

La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado en el mundo entero en las últimas décadas. Esto constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socio-económico, a deserción escolar; a baja autoestima y a una pareja inestable o ausente. Estas condiciones se relacionan a su vez con bajo peso al nacer, aumento de la morbimortalidad infantil y desnutrición temprana.

Así se puede inferir que el embarazo y la maternidad en la adolescencia estarían vinculados con importantes riesgos biológicos y psicosociales, tanto para la madre como para su hijo. Dichos riesgos, contrariamente a lo que se creía, no se deben a condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas de este período de la vida, como es la adolescencia, sino que el embarazo en esta etapa es en sí mismo un marcador de factores sociodemográficos que aumentan los riesgos tanto de la gestación como de la maternidad.

La escolaridad, la permisividad de los padres, el funcionamiento de la familia, la autoestima, incluso la práctica de un culto religioso, el rendimiento escolar y la ocupación del tiempo libre del adolescente, forman parte de una larga lista de variables de una escala de riesgo del embarazo temprano, que es utilizada en varios países. Si se contara con elementos que permitieran pesquisar adolescentes en riesgo de embarazo, se contribuiría a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos. El embarazo de la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis propia de la adolescencia, con sus distintas fases que determinan actitudes de la misma frente al embarazo.

Hay profundas diferencias de vivencias en relación al embarazo, según se viva la adolescencia temprana, mediana o tardía, y su conocimiento ayuda a comprenderla en su contexto evolutivo. Las actitudes se manifiestan de distintas maneras y esto depende de influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. Sin embargo es posible encontrar características comunes y distintivas que permitan

clasificar conductas sobre la base de las etapas de desarrollo de la adolescencia.

En nuestro país en los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores de la sociedad por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación y sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

A pesar de las políticas adoptadas y de los programas implementados, el número de embarazadas adolescentes que concurren al Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes” de la provincia de Tucumán parece haberse incrementado en relación al año 1996, tomando como referencia el primer semestre de este año y comparándolo con el mismo período del año 2006.

El propósito de esta investigación es recabar información acerca de la embarazada adolescente y sobre algunas de las características que en este grupo etéreo presentan el embarazo, parto y recién nacido, realizando una evolución de las mismas en dos periodos de tiempo (año 1996 y 2006) en las embarazadas asistidas en el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes” de San Miguel de Tucumán.

La autora realizó en el año 1996 un diagnóstico de situación sobre la problemática enunciada precedentemente. En la presente investigación se realizó una comparación de los datos obtenidos a fin de observar si hubo modificaciones en los resultados encontrados en el año 2006 a la luz de los programas nacionales implementados para el área materno-infantil entre los que se encuentran: componente salud integral del adolescente, componente salud sexual y reproductiva, Plan Nacer, Programa materno infantil: por una maternidad feliz. Esta modalidad permitió evaluar el impacto que los mismos tuvieron sobre la prevención del embarazo adolescente.

INTRODUCCION AL PROBLEMA

II. INTRODUCCION AL PROBLEMA

Los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre adolescente y su hijo son mayores mientras más joven es la madre.

El embarazo adolescente no es de por sí de alto riesgo, salvo en edades límites (de 10 a 14 años), o cuando a la vulnerabilidad se le suman factores de riesgo tales como: estatura de 1,50 m o menos, soltera o sin pareja estable, peso inicial de 45 kg. o menos, aumento menor a 8 kg. durante todo el embarazo, analfabetismo, hábito de fumar, consumo de alcohol, pobreza extrema, inaccesibilidad a los servicios de salud o ausencia de control prenatal, entre otros.

“Estudios realizados en cinco países de América (Colombia, Chile, El Salvador, Honduras y Venezuela) concluyeron que la edad por sí sola no es el factor de mayor impacto en el resultado de estos embarazos y que la atención prenatal precoz es indispensable para este grupo de población” (²)

El estudio de la mortalidad durante la niñez en América Latina demuestra que el mayor riesgo de mortalidad infantil y perinatal ocurre en los hijos de madres menores de 20 años, siendo sus tasas dos tercios más elevadas que las observadas en madres de mayor edad.

Los datos aportados por los estudios realizados demuestran que la mortalidad infantil para los hijos de mujeres menores de 20 años es de 1,3 veces mayor que la correspondiente a madres de 20 a 24 años; el riesgo relativo de tener un hijo con un peso al nacer menor de 2500 gr es 1,6 veces mayor para las madres menores de 17 años que para las mayores de esa edad.

La tasa de fecundidad adolescente ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos: en 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,2%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. “En el año 2004 el 14,5%

² López, Guillermo; Joao Yunes y otros. “Salud Reproductiva en las Américas”. OMS/OPS. Washington DC. Año 1992.

de los nacidos vivos fueron hijos de madres menores de 20 años manteniendo una proporción similar a la registrada en 2001". (³)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educativos y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

³ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Año 2005.

MARCO TEORICO

III. MARCO TEORICO

A. Diagnóstico de situación

La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región noroeste de la República Argentina (NOA); su superficie es de 22.524 km², siendo la provincia más poblada del NOA, con la densidad poblacional más alta del país, con 59,4 habitantes/km², según los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (2001).

La distribución de la población es tal que existen zonas en las que la densidad es muy elevada, y en las que las vías de comunicación constituyen ejes vertebrales. Así es que la mayor parte de la población se concentra en zonas claramente definidas. Tucumán presenta una población predominantemente joven, con un crecimiento demográfico algo mayor al 15% anual, siendo más alto que el crecimiento promedio del país (UNT, 2002), ubicándose por encima de la Tasa de Crecimiento Nacional (10,5%) y por debajo de la región (20,2%).

La tasa de fecundidad y la esperanza de vida al nacer fueron de 2,59 hijos por mujer y 71 años (73,96 años para las mujeres y 68,88 años para los varones) respectivamente. (⁴)

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre algunos indicadores que se consideran relevantes para este estudio, registrados en los años 1996 y 2006, tomando como referencia los censos nacionales de población y vivienda de los años 1991 y 2001, respectivamente.

⁴ INDEC – 2001.

Tabla Comparativa de Diagnóstico de Situación. Tucumán. Años Censales 1991 y 2001

<i>Indicador</i>	<i>Censo 1991</i>	<i>Censo 2001</i>
Población Total	1.142.105	1.338.523
Población 10-19 años	247.281 (21,65%)	259.603 (19,39%)
Varones	122.876 (49,7%)	131.174 (50,5%)
Mujeres	124.414 (50,3%)	128.429 (49,5%)
Población Urbana	76,8%	79,5%
NBI	26,6%	23,9%
Tasa Bruta de Natalidad	24,3‰	21,1‰
Tasa Bruta de Mortalidad	6,5‰	6,3‰
Tasa Mortalidad Infantil	28,6‰	24,5‰
Tasa Mortalidad Materna	3,6‰	5,8‰
Tasa Mortalidad 10-19 años	0,4‰	0,45‰
Causas de muerte (10-19 años)		
• Accidentes	50%	63%
• Cardiovasculares	13%	8%
• Complic. Embar. Parto y puerp.	7,4%	-
• Tumores	-	7%
Analfabetismo	12,6%	3,62%
Analfabetismo 10-19 años	4,5%	1,93%
Máximo Nivel Instrucc.		
• Primario	14,57%	26,7%
• Secundario	1,7%	9,58%
• Terc. - Univ.	0,7%	2,29%
Población Económicamente activa (10-19 años)		
• Total	0,43%	4,52%
• Varones	0,53%	4,58%
• Mujeres	0,07	4,41%
Trabaja (10-19 años)		
• Mujeres	0,07%	23%
• Varones	0,53%	46%

B. Embarazo adolescente

Para comprender la maternidad adolescente debemos partir de la significación conceptual de la adolescencia, a la que tomaremos como el período considerado como de transición desde la infancia hacia la adultez.

“Según la O.M.S., adolescencia es el período de edad comprendido entre los 10 y 19 años. Los científicos sociales y los investigadores médicos a nivel internacional, prefieren diferenciar entre la adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años.

Se entiende por adolescencia temprana, el período que transcurre desde la pubertad hasta los 13 años de edad aproximadamente. Se caracteriza por la confusión, el desconocimiento de su propio cuerpo en continuo crecimiento, y la falta de habilidad en el manejo del mismo que lo lleva a conducirse hasta en forma que podría denominarse "torpe". Su situación de transición entre dos etapas de la vida que tienen institucionalización en la cultura lo conduce a una ambivalencia entre el deseo, las posibilidades, lo prohibido, lo exigido y lo permitido desde la sociedad.

Si el embarazo se produce entre los 10 y los 13 años, existe una negación del mismo, depresión, aislamiento y no hay lugar para el padre.

La adolescencia media se puede detectar por un cambio en las defensas, que da paso a la elaboración psíquica de los duelos, y permite realizar al Yo esfuerzos de ligadura de la libido con nuevas representaciones. El duelo por el cuerpo infantil es un largo proceso que culmina con el logro de una nueva imagen de sí mismo, con la cual el adolescente se podrá identificar. En esta etapa, ya tendrá mayor control sobre su cuerpo.

En caso de embarazo entre los 14 y los 16 años, existe una gran variación en los estados de ánimo (de la depresión a la euforia), una idealización del futuro y una desesperación por las responsabilidades que se avecinan.

En la adolescencia tardía, el adolescente ya ha logrado la suficiente coherencia en su organización yoica, deberá resolver su ubicación social en función de realizar vocación laboral y elección de pareja. Esto no quiere decir que no sigan vigentes en esta etapa algunos elementos de la conflictiva adolescente: idealizaciones, ilusiones, ansias y anhelos, como así también cierto grado de angustia y confusión.

En la adolescencia tardía (17-19 años) aparece una consolidación de la identidad que en algunas adolescentes se logra

con la integración del rol de madre joven y un mayor compromiso de pareja.

También podemos considerar a la adolescencia como el proceso de crisis, de confusión, cuyas características más relevantes son la búsqueda de la propia identidad y el despertar sexual y que – una vez superado el proceso- nos presentan a un individuo maduro, listo para enfrentar su vida y las relaciones sociales”. (⁵)

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial del desarrollo humano. La duración de ésta etapa es variable según las diferentes sociedades y culturas y se fue modificando con el paso de los años.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios, así como el logro de su plena madurez física.

Desde el punto de vista social plantea una relación compleja con sus pares, su familia y la sociedad. De ahí que en ésta etapa el adolescente está expuesto a diferentes factores de riesgo derivados en su mayor parte de sus conductas y estilos de vida.

La adolescencia es una época de la juventud que tiene un período de crecimiento físico, mensurable en forma numérica, y una etapa diferenciada de desarrollo morfológico y funcional hacia la madurez.

El concepto de adolescencia es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad. La doctora Ana Coll manifiesta que antes no había adolescencia. La adolescencia, dice *"es una creación de la cultura, es un período de transición orgánico, social y psicológico. El orgánico se cumple solo, el social y el psicológico antes no existían"*.

Se reconoce que los varones y mujeres de entre diez y veinte años de edad difieren fisiológica y psicológicamente de los adultos y

⁵ Molina R.; Sandoval J.; Luengo X. "Salud sexual y reproductiva del adolescente". EFACIM.EDUNA. 2ª edición, cap. 8, Asunción, Paraguay. Año 2000.

tienen, además, características propias. Se sostiene que la adolescencia se estrena casi simultáneamente con la pubertad, pero se prolonga más allá de ella sobre todo en las modernas sociedades industrializadas.

La adolescencia no tiene las mismas características ni en todos los países, ni en el interior de cada país, ni para todas las culturas y clases sociales.

En muchos países en vías de desarrollo, especialmente en las áreas rurales poco desarrolladas, se considera que una muchacha es adulta cuando la menstruación ocurre regularmente.

Ellas tienden a casarse muy jóvenes y a no estudiar. La transición de la niñez a la adultez, en tales casos, es rápida y no existe la noción de adolescencia.

Las niñas, desde pequeñas, colaboran con las tareas que deberían desempeñar sus padres y logran así una mayor y más rápida inclusión en el mundo de los adultos; el cuidado de los hermanos menores -por ejemplo- exigido desde niñas, las obliga a ejercer el rol de madres. Esta situación favorece las fantasías de la menor de ocupar el lugar de la madre, de cuyo resultado surge que no llegan a desempeñar ni el rol de madre ni el de hija. Es así como concebir un hijo no es el desarrollo de la adultez, sino quizás la repetición de paradigmas maternos que estimulan la maternidad precoz en busca de metas no alcanzadas por los medios institucionalizados.

El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno previsible.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la feminización de la miseria.

Esta problemática se inscribe como una más de las estigmatizaciones hacia los jóvenes: estas madres adolescentes son discriminadas en forma particular por su condición de mujer (género), por su edad (adolescente) y por ser madres. Esta es una sociedad que no se hace cargo de sus jóvenes en general, por lo menos de todo aquello que por su circunstancia de vida tienden a sacar a luz lo que la misma sociedad se esmera en ocultar. La drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, la maternidad adolescente vinculada a la sexualidad temprana, son realidades que -al intentar darles un carácter individual- se estaría olvidando que, en realidad, todos ellos están inmersos y son consecuencias del accionar de la sociedad en su conjunto. Porque cuando hablamos de maternidad adolescente, se establecen diferencias entre los diversos sectores sociales, vinculadas con la aceptación-resolución de la problemática. El embarazo adolescente es una realidad que hoy se nos impone, especialmente en los sectores sociales más desprotegidos.

El tipo de atención que se debe brindar a la adolescente embarazada no difiere en general de la atención prenatal que deben recibir las embarazadas adultas, ya que el embarazo de la adolescente no es de por sí de alto riesgo, salvo a edades límites (10 a 14 años), o cuando a la variable edad se le suman factores de riesgo social, económico y cultural.

En estos casos, el embarazo de la adolescente será considerado como un embarazo de alto riesgo.

C. Posibles repercusiones del embarazo adolescente en la salud de la madre y el niño

Desde el punto de vista clínico, los problemas que afectan a la madre con mayor frecuencia son: aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias, muerte por complicaciones del embarazo y aborto ilegal.

En el niño los problemas son: bajo peso al nacer, prematuridad y aumento de la morbilidad y mortalidad (daño neurológico, retardo mental).

El estrés es otro factor importante en el curso del embarazo de las adolescentes, sobre todo en los tres primeros meses. La persistencia del estrés durante el embarazo podría desencadenar también el trabajo de parto prematuro o interferir con el crecimiento fetal.

En América Latina es notable el caso especial de la morbilidad y mortalidad relacionadas con complicaciones del aborto ilegal, una de las primeras causas de muerte de las mujeres jóvenes.

Un embarazo no deseado puede conducir a un aborto inducido y esta situación afecta a las adolescentes más jóvenes, sin experiencia, que probablemente intenten el aborto cuando el embarazo está avanzado. Esto conlleva mayores riesgos para su salud, su fecundidad futura y su propia vida.

La hipertensión en la adolescente embarazada se atribuía a la edad per se. Actualmente se han elaborado otras teorías que consideran la influencia de otros factores como la paridad, factores inmunológicos y genéticos.

La anemia, presente con frecuencia en las adolescentes embarazadas, se debe en parte a los malos hábitos alimentarios y a la condición socioeconómica baja.

Las complicaciones debidas al embarazo y al parto se presentan con mayor frecuencia en las adolescentes que en la población mayor de 20 años.

Las patologías más comunes asociadas a la primiparidad precoz durante el embarazo son: alteraciones en el peso materno, tanto en exceso como en déficit; infecciones del tracto urinario; síntomas de partos prematuros; preeclampsias en su diferentes tipos; rotura prematura de membranas; y retardo del crecimiento intrauterino.

Durante el período de dilatación y de trabajo de parto las complicaciones mórbidas más frecuentes son las distocias de presentación y posición, incompatibilidad feto pelvianas, trabajo de parto prolongado, infección ovular, prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal y en general accidentes obstétricos por concurrencia tardía de la paciente a un servicio idóneo al comienzo de ese período de mayor riesgo.

En el parto y posparto inmediato tienen mayor incidencia las lesiones de cuello uterino ocasionadas por los esfuerzos de expulsión sin dilatación completa y lesiones de vagina y periné por desgarros debidos a la falta de distensibilidad de los tejidos en las adolescentes muy jóvenes (menores de 16 años).

El uso de fórceps es más frecuente durante las maniobras de rotación, dada la mayor frecuencia de posiciones cefálicas posteriores. Por lo tanto se registra una mayor incidencia de hemorragias y anemias consecuentes, como así también aumentan las infecciones en el posparto, las endometritis y las infecciones que siguen a la perineotomía o laparotomía.

En cuanto al recién nacido, se observa una mayor frecuencia de niños prematuros, inmaduros, de bajo peso al nacer, índice de APGAR bajo, trastornos de compromisos respiratorios, membrana hialina y traumatismos obstétricos con sus consecuencias neurológicas.

Si se toman en cuenta los estudios en los que las adolescentes recibieron atención prenatal adecuada, la edad de la madre no tiene un efecto dependiente con respecto a su salud y a la del recién nacido. Dicho de otra forma, los riesgos obstétricos neonatales e infantiles serían más el resultado del medio ambiente en que vive la adolescente, que de la edad de la madre.

Se consideran factores de riesgo que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él.

Factores individuales:

- Abandono escolar.
- Dificultad para planear proyecto de vida a largo plazo.
- Responsabilidad inestable.
- Baja autoestima.
- Poca confianza.
- Falta de actitud preventiva.
- Menarquía precoz.
- Conducta antisocial.
- Abuso de sustancias.

- Sentimiento de desesperanza.
- Bajo nivel educativo.

Factores familiares:

- Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar).
- Familia en crisis.
- Pérdida de un familiar.
- Enfermedad crónica de algún familiar.
- Madre con embarazo en la adolescencia.
- Hermana adolescente embarazada.
- Madre aislada y emocionalmente poco accesible.
- Vínculo más estrecho con el padre.
- Padre ausente.
- Vínculo más estrecho con lo madre, pero ambivalente.

Factores sociales:

- Condición económica desfavorable.
- Migración reciente.

D. Atención de adolescentes embarazadas en el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes”

En el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes” se atiende aproximadamente al 70% de las embarazadas de toda la provincia.

Es un centro de referencia provincial en obstetricia, ginecología y perinatología, centrandó su enfoque en la familia, a fin de garantizar el mayor bienestar al binomio madre/hijo.

En los últimos años experimentó diversas transformaciones, desde lo edilicio hasta la modalidad de atención, convirtiéndose en un hospital moderno y eficiente que brinda una atención humanizada de calidad, liderando el cuidado de la salud materno infantil en la provincia y en la región.

En 1996 la capacidad instalada era de 184 camas distribuidas para embarazo, parto y puerperio; 10 camas para la unidad de

cuidados intensivos; 4 cunas y una incubadora para recepción de recién nacidos en sala de partos y 22 incubadoras y 38 cunas para el servicio de neonatología.

La planta física, inaugurada en 1960 no contemplaba posibles modificaciones para su crecimiento natural.

El aumento de la demanda y la incorporación de nuevos servicios obligaron a modificaciones y pérdida de espacios libres.

El área total cubierta con 10.000 m² es de resolución horizontal y vertical en seis pisos, planta baja y subsuelos, dependiendo su funcionamiento de las circulaciones verticales mecánicas, destacando la ubicación del Centro Obstétrico en el 1er piso del edificio.

Se atendían alrededor de 14.000 partos anuales, de los cuales 2812 correspondían a adolescentes.

Transformar a la Maternidad en un referente moderno, eficiente y humanizado que brinda atención de mayor calidad fue una prioridad para el gobierno, que canalizó recursos provinciales, nacionales e internacionales para este fin.

En este sentido, se destacan las siguientes acciones:

- Elaboración de un organigrama de conducción matricial y jerárquica, centrada en el cliente (interno y externo), incluyendo servicios para la familia, de atención, promoción y prevención de la salud, con un enfoque totalmente educativo: talleres que permitirán el asesoramiento en procreación responsable, apoyo a madres adolescentes, a padres de prematuros, prevención de patologías de riesgo, asesoramiento genético en fetopatías, etcétera. Un servicio de gestión de pacientes responsable de la eficiencia de los procesos de admisión hasta su egreso. Encuesta de satisfacción de los usuarios, que incidirá en la toma de decisiones de los responsables de la conducción.
- Organización de los consultorios externos con un enfoque integral e interdisciplinario.
- Recepción, información, orientación y satisfacción del usuario con recursos humanos plenamente capacitados.
- Programa arquitectónico para una adecuada ambientación

hogareña para satisfacción del personal y especialmente de los usuarios. Ambientes agradables y confortables.

- Asistencia del parto en la modalidad de salas únicas para el trabajo de parto, con la participación familiar.
- Hospital amigo de la madre y el niño. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Residencia hospitalaria para la estadía de madres de prematuros y recién nacidos patológicos en cuidados intensivos, incluyendo sector para la extracción de leche, apoyo psicológico y educación para la salud.
- Optimización del traslado de recién nacidos críticos y de las embarazadas con asistencia especializada e integral en ambulancias de última generación.
- Servicio de voluntarias para el apoyo integral de madres o grupos familiares con carencia.

A raíz de las modificaciones realizadas se incrementó la capacidad instalada elevando a 271 el total de camas; para sala de partos hay 10 unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR) y 9 camas para la unidad de cuidados intensivos. El servicio de neonatología cuenta con 25 unidades para la unidad de cuidados intensivos; 12 para terapia intermedia; 12 para prematuros; 12 de prealta y 6 para el servicio de bronquiolitis.

Actualmente se realizan 12.000 partos anuales de los cuales 2035 corresponden a partos de adolescentes.

OBJETIVOS

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Conocer si las características y la problemática que presentaron las embarazadas adolescentes asistidas en el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes” en el primer semestre del año 1996 son iguales o similares a las de las embarazadas asistidas en el 1er semestre del año 2006, en relación a: factores de riesgo perinatales, frecuencia de nacimientos según edad materna y resultados obstétricos y del recién nacido.

B. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes que tienen incidencia sobre su salud y la de su hijo.
- Obtener información acerca de la frecuencia de nacimientos según la edad materna.
- Determinar algunas características de las embarazadas adolescentes.
- Comparar en las gestantes adolescentes los resultados del embarazo relativos a: forma de terminación, edad gestacional y patologías asociadas.
- Establecer la relación de los resultados perinatales de las adolescentes embarazadas en los períodos estudiados.

DISEÑO METODOLÓGICO

III. DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, transversal y comparativo dirigido a recabar información acerca de las embarazadas adolescentes y algunas de las características que en este grupo etáreo presentan el embarazo, el parto y el recién nacido, comparando la evolución de las mismas en dos periodos de tiempo (primer semestre de los años 1996 y 2006).

B. Sitio donde se realizó la investigación

La investigación se llevó a cabo en el Instituto de Maternidad “Nuestra Señora de las Mercedes” de San Miguel de Tucumán, solicitando los datos en el Departamento de Informática, donde se realizan los registros del S.I.P.

La investigación se realizó durante el mes de setiembre de los años 1996 y 2006, los días miércoles y viernes de 18 a 20 hs. En total fueron 8 días y 16 horas para cada período.

C. Población

La población estuvo constituida por todas las mujeres menores de 20 años asistidas en la sala de partos en el Instituto de Maternidad “Nuestra Señora de las Mercedes” en los períodos Enero-Junio de 1996 y Enero-Junio de 2006.

D. Instrumentos para la recolección de datos

- *Fuente de datos:* los datos fueron obtenidos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.), en el que se registran y procesan todos los datos de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB). Otros

instrumentos del S.I.P. son el carné perinatal y los programas de computación.

- *La Historia Clínica Perinatal:* constituida por un conjunto de formularios uniformes y modularizados según el nivel de complejidad que facilita el registro correcto y oportuno de los datos necesarios para favorecer una adecuada atención.
- *El Carné Perinatal:* que permanece en poder de la embarazada y contiene los datos necesarios para reconstruir la Historia Clínica Perinatal, lo que facilita que la información relevante para el manejo del caso esté presente toda vez que concurra a la atención, se cual fuera el lugar y el momento.
- *Los programas de computación:* destinados al ingreso del contenido de los formularios de Historia Clínica Perinatal al banco de datos y su ulterior procesamiento a nivel local en forma rápida y simple.

También por medio del Sistema Informático Perinatal, se pueden obtener Estadísticas Básicas, que informan los principales indicadores de la atención perinatal de la Institución, a través de los cuales se tendrá una visión de alguna característica de la población atendida y de los resultados de la atención brindada.

E. Variable

Características de las mujeres menores de 20 años asistidas en Sala de Partos del Instituto de Maternidad “Ntra. Sra. de las Mercedes” en los períodos Enero-Junio de 1996 y Enero-Junio de 2006.

E.1. Dimensiones de la variable

En esta investigación se consideraron aquellas características que figuran en el S.I.P. que pertenece al Ministerio de Salud de la provincia referidas a:

- Antecedentes personales
- Antecedentes obstétricos
- Embarazo actual
- Terminación del embarazo
- Recién nacido

La elección de las variables y sus relaciones estuvo guiada por diversos factores:

- Las recomendaciones internacionales y argentinas para el estudio de este tema.
- La disponibilidad de datos registrados de acuerdo a parámetros internacionales, nacionales, provinciales e institucionales.
- La factibilidad de realización del estudio, por contar en el Instituto de Maternidad con el SIP, donde se registra la base de datos necesarios para la extracción de la información.

F. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis comparativo de las diferentes variables estudiadas en dos períodos (primer semestre de 1996 y primer semestre de 2006).

Para realizar el análisis comparativo se utilizó el Test de Chi Cuadrado, trabajando a un nivel de significación del 5%.

Se utilizó el programa Arcus Biomedical.

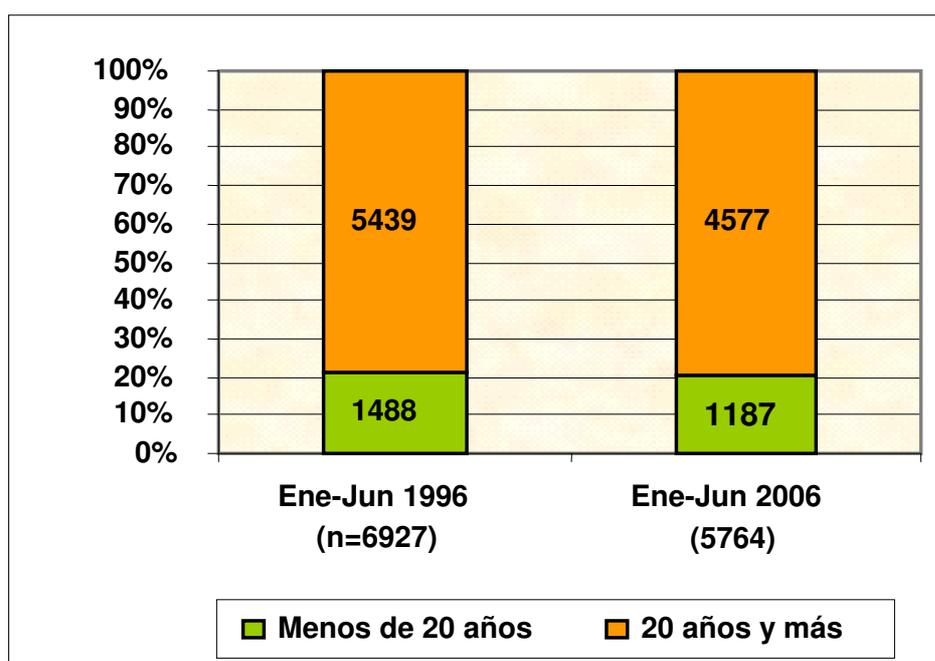
PRESENTACION, ANALISIS E
INTERPRETACION DE LOS
RESULTADOS

ANÁLISIS COMPARATIVO EMBARAZO ADOLESCENTE

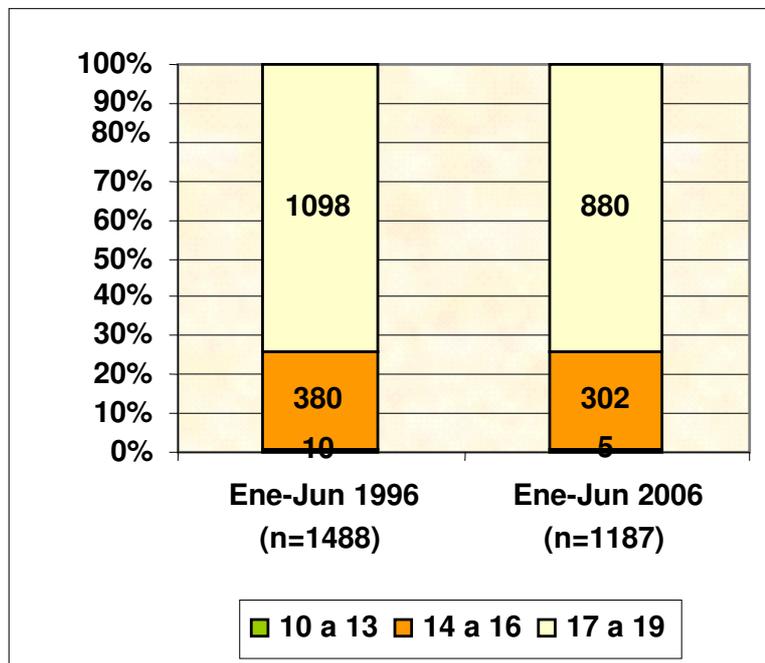
RESULTADOS

Con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la frecuencia de embarazo adolescente se estudiaron las embarazadas menores de 20 años asistidas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes durante los períodos enero a junio de 1996 y enero a junio de 2006. También fueron analizados algunos factores socioeconómicos y obstétricos de estas embarazadas. Del análisis de estos datos se obtuvieron los siguientes resultados.

Gráfico N° 1: Embarazadas asistidas en Sala de Partos del I. de Maternidad según edad.

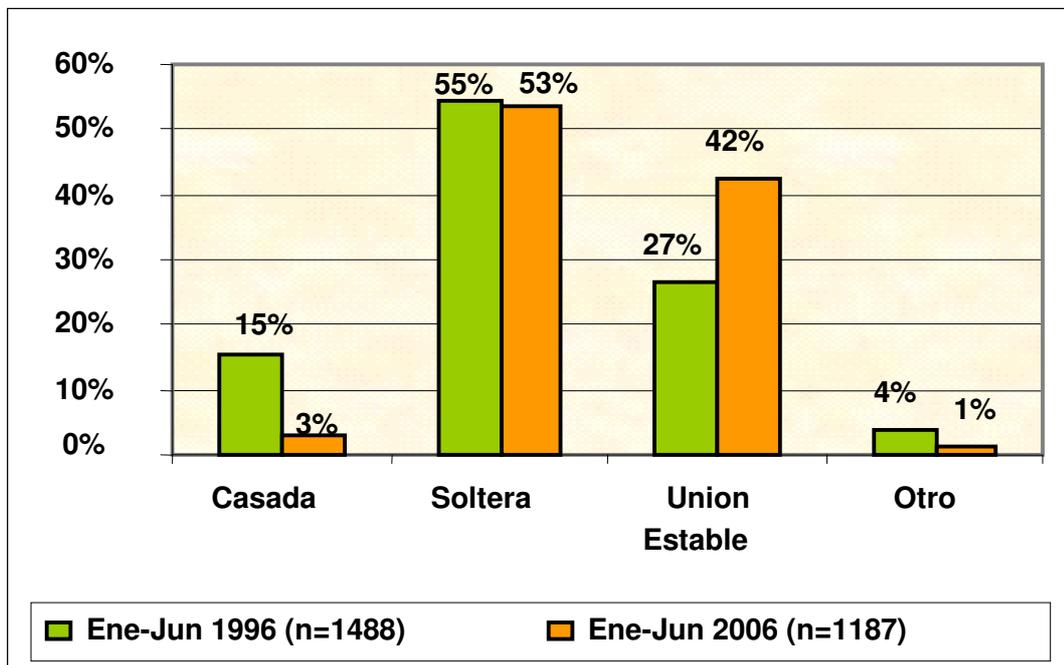


En el primer semestre del año 1996 la proporción de embarazadas asistidas en sala de partos menores de 20 años fue del 21,5% (1488) y durante el mismo período del año 2006 esta fue del 20,6% (1187); no siendo estas proporciones significativamente diferentes (Test Chi Cuadrado, $p=0.22$).

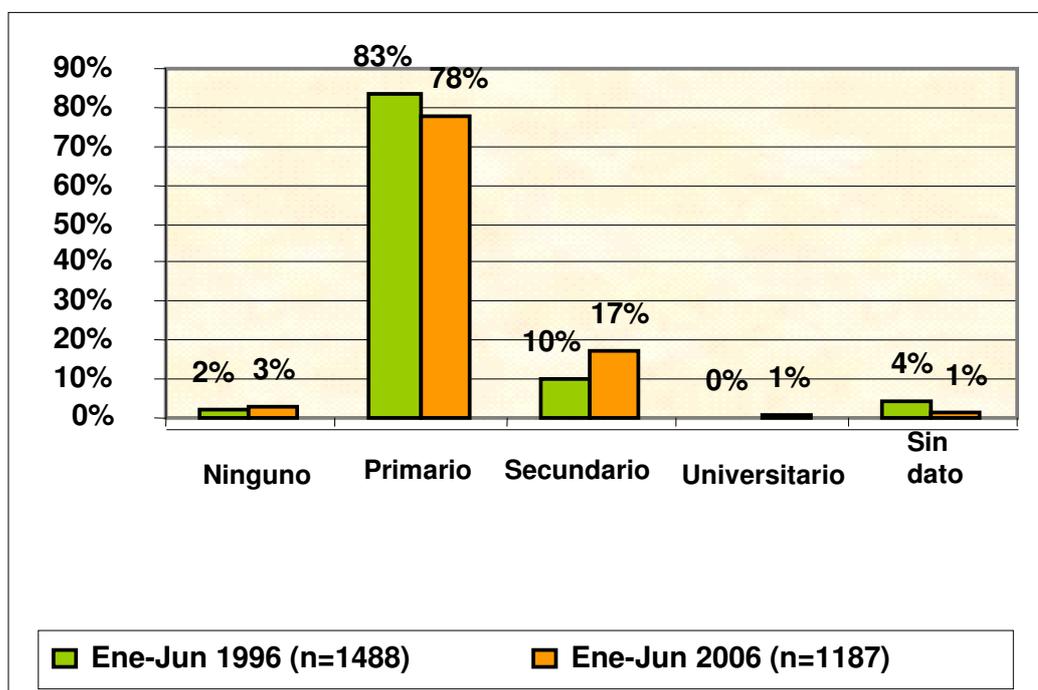
Gráfico N° 2: Embarazadas adolescentes según grupos de edad.

El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 17 a 19 años en los dos períodos analizados, representando el 74% del total de embarazadas adolescentes asistidas; no observándose cambios significativos en la distribución por edad de las mismas (Test Chi Cuadrado, $p=0.686$).

Gráfico N° 3: Embarazadas adolescentes según estado civil.

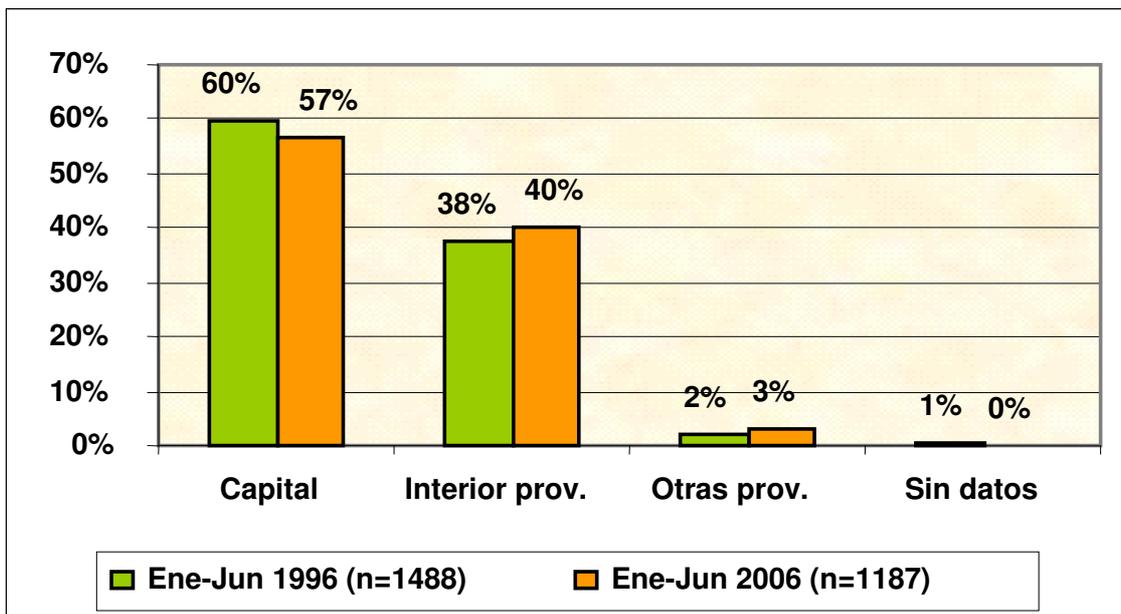


Se observa que en período 1996 la frecuencia de embarazadas adolescentes casadas es del 15% y unión estable del 27%; mientras que en el año 2006 sólo el 3% es casada y un 42% se encuentra en unión estable; siendo estas proporciones significativamente diferentes (Test Chi Cuadrado, $p < 0.001$).

Gráfico N°4: Embarazadas adolescentes según nivel de instrucción.

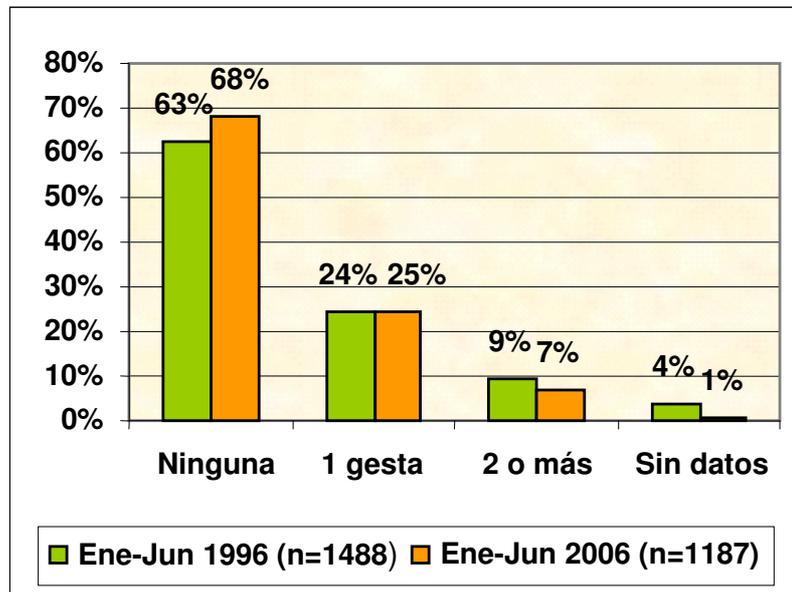
Si bien en ambos períodos estudiados la mayor frecuencia de embarazadas tiene nivel primario esta proporción disminuye significativamente del 83% (1996) al 78% (2006), mientras que la proporción de estas con secundario asciende del 10% al 17% en los años analizados. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 5: Embarazadas adolescentes según residencia.



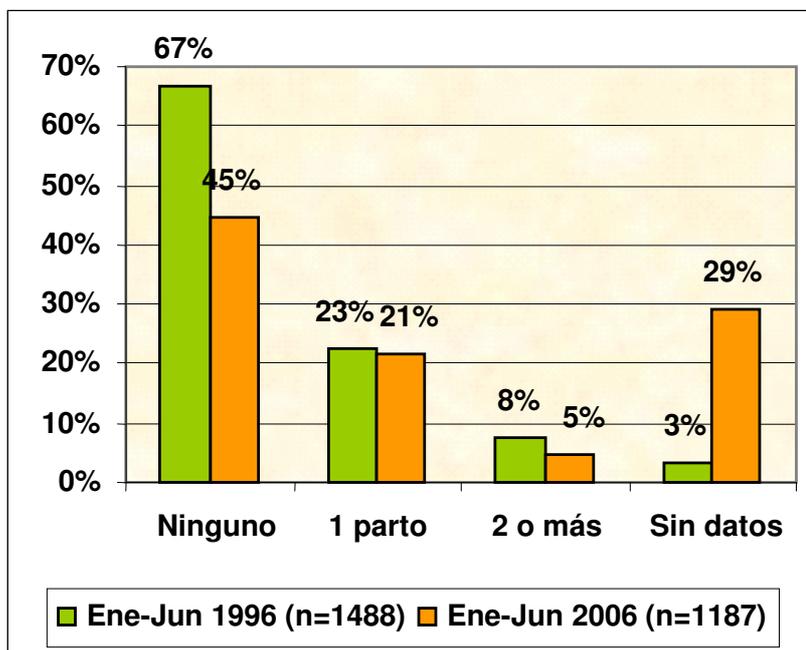
La distribución de la residencia de las embarazadas asistidas en el Instituto de Maternidad en los dos períodos no cambió significativamente, siendo la mayor proporción de capital con el 60% y 57% en los años 1996 y 2006 respectivamente. (Test Chi Cuadrado, $p=0.139$).

Gráfico N° 6: Embarazadas adolescentes según gestas previas



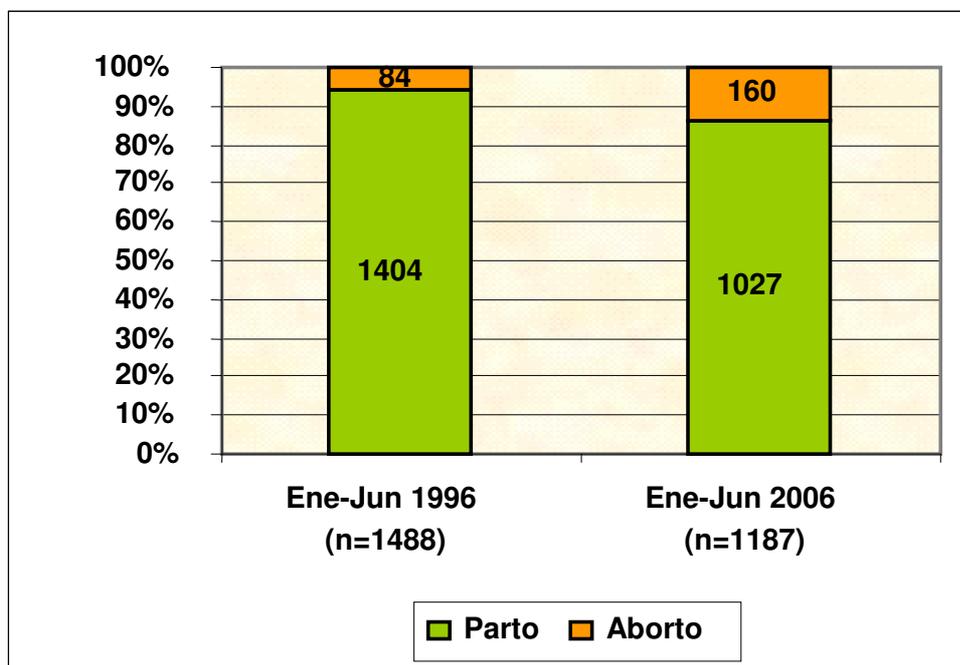
La proporción de embarazadas sin gestas previas aumentó significativamente del 63% en 1996 al 68% en 2006. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 7: Embarazadas adolescentes según partos previos.



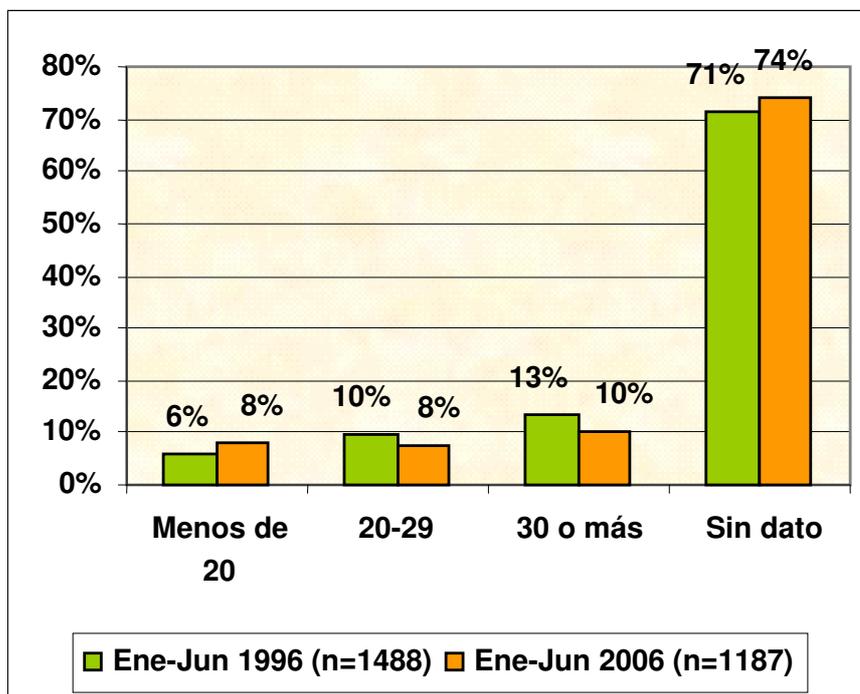
El antecedente de ningún parto previo disminuyó significativamente del 67% en 1996 al 45% en 2006. (Test Chi Cuadrado, $p=0.0011$).

Gráfico N° 8: Embarazadas adolescentes según terminación del embarazo.

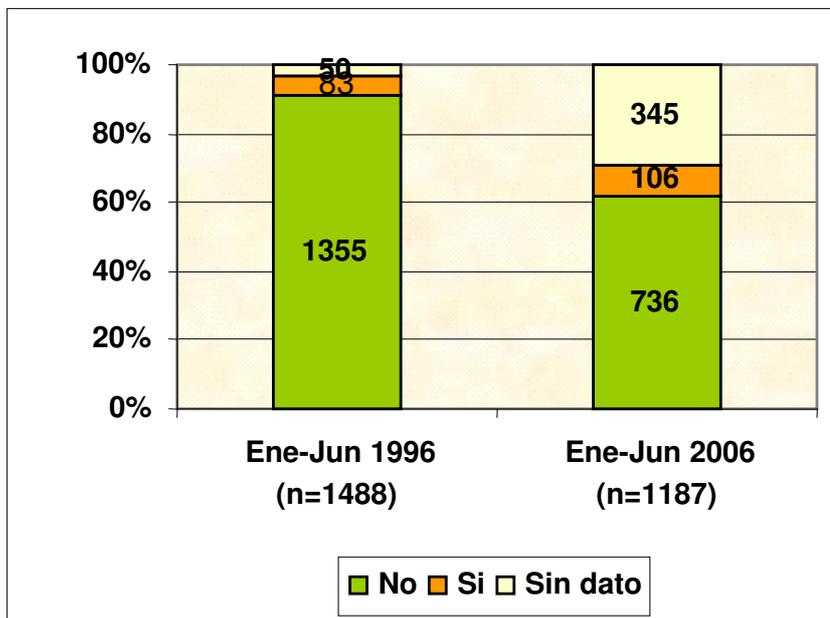


Al comparar la incidencia de embarazos terminados en aborto entre las adolescentes se pudo observar que en el primer período esta fue del 6% (84), aumentando significativamente al 13% (160) en el año 2006. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 9: Embarazadas adolescentes según edad gestacional.

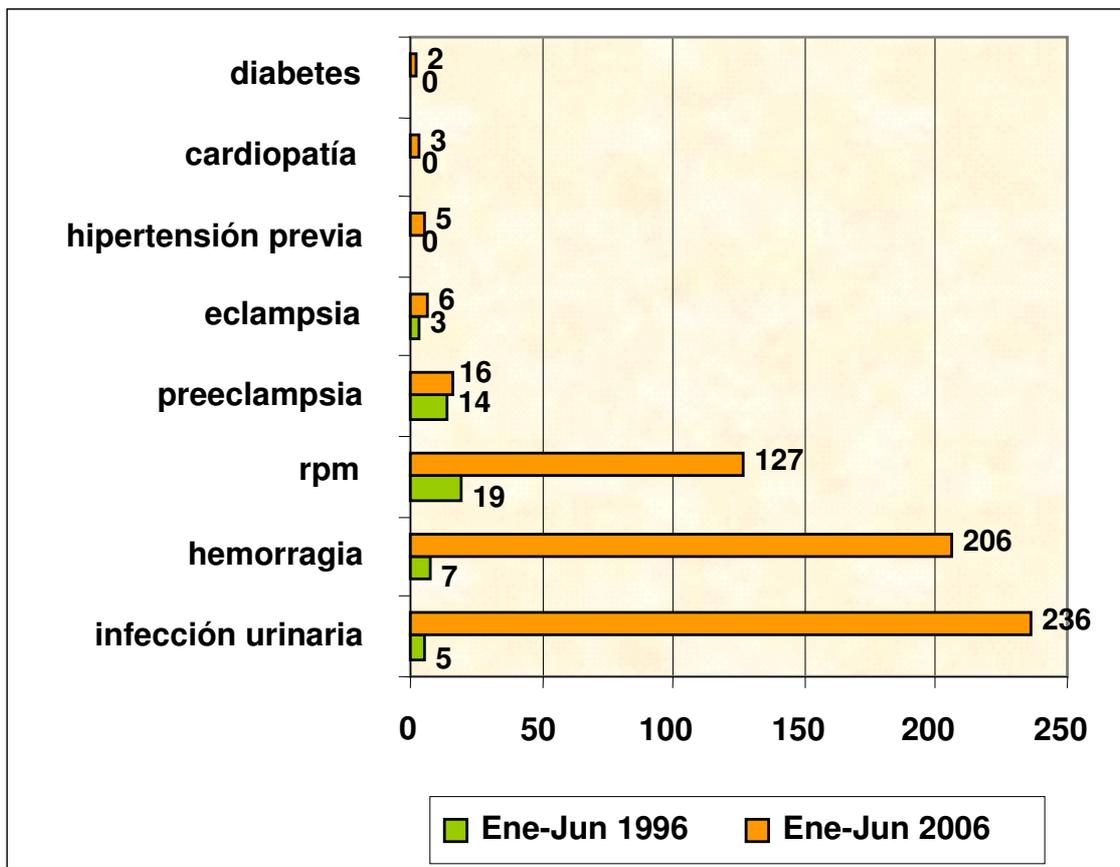


La proporción de embarazos terminados antes de las 20 semanas de gestación fue del 6% y 8% en los años 1996 y 2006 respectivamente, siendo esta diferencia significativa (Test Chi Cuadrado, $p=0.004$).

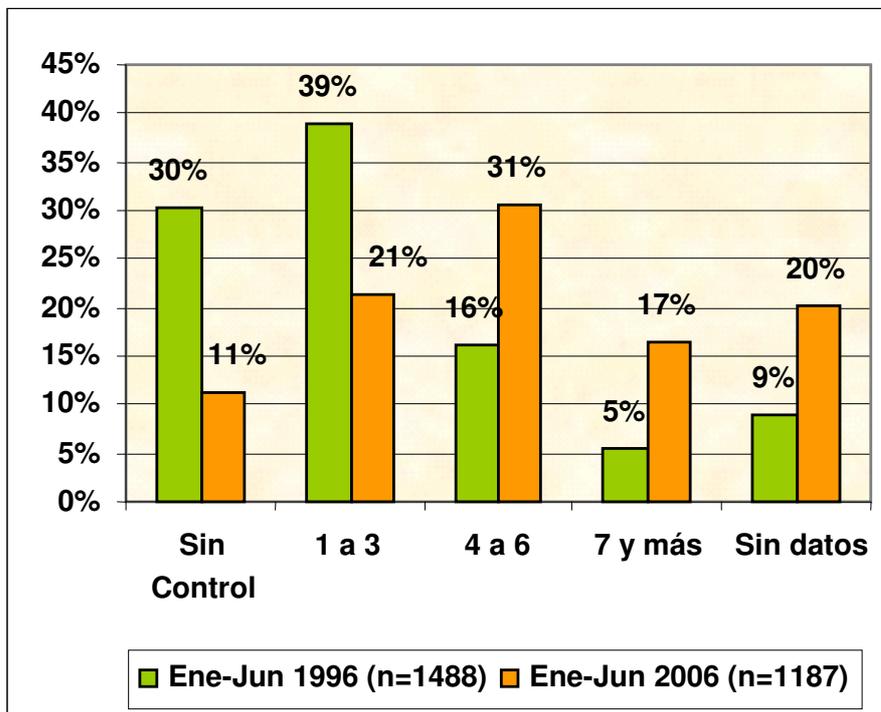
Gráfico N°10: Embarazadas adolescentes según antecedente de aborto.

El antecedente de aborto se registró en el 6% (83) y 9% (106) de las adolescentes asistidas en sala de parto en los períodos 1996 y 2006; siendo estas proporciones significativamente diferentes (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 11: Embarazadas adolescentes según presencia de patologías asociadas

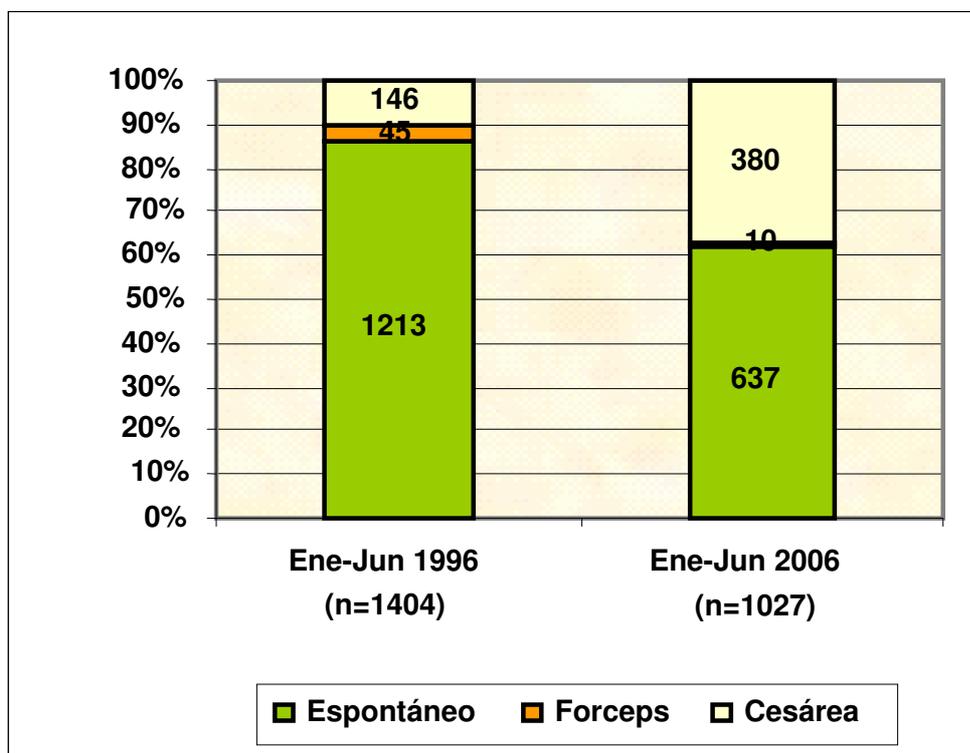


Se observa un importante incremento en el registro de patologías asociadas en el embarazo destacándose la infección urinaria, hemorragias y ruptura prematura de membranas. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 12: Embarazadas adolescentes según control prenatal

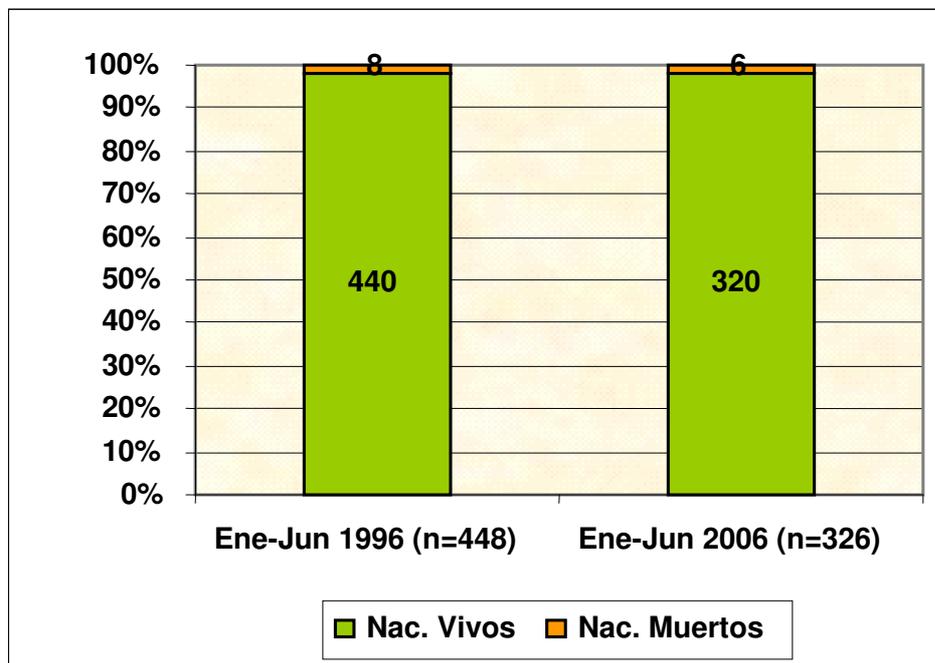
La proporción de falta de control prenatal y control insuficiente disminuyó significativamente, ya que este fue del 69% en 1996 y del 32% en 2006. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 13: Embarazadas adolescentes según forma de terminación del parto.



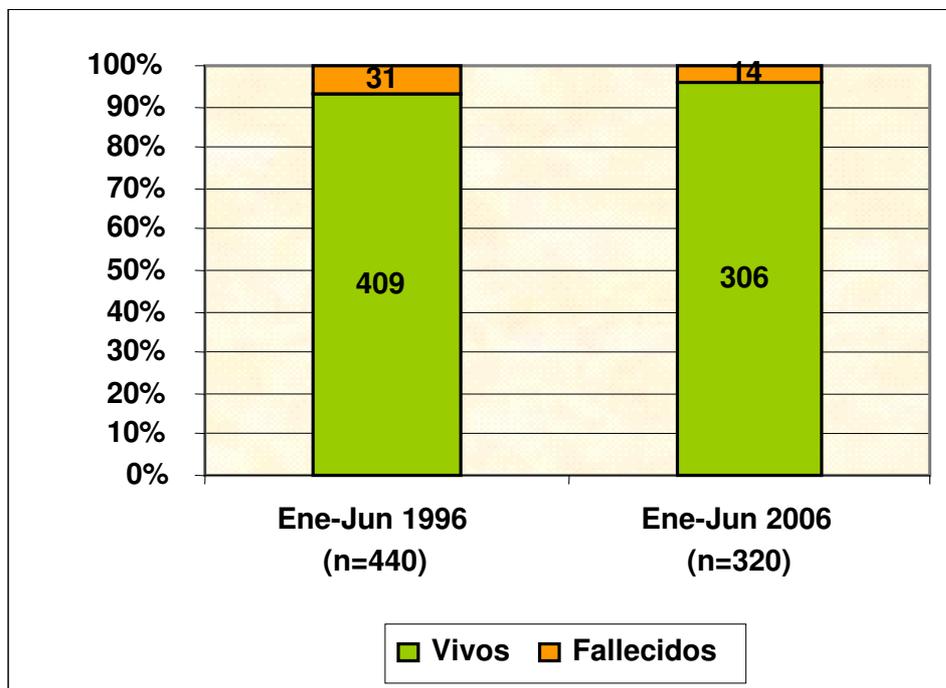
Se destaca el significativo incremento de la proporción de cesáreas registradas en el período 1996 del 10% (146) al 37% (380) en el 2006. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 14: Embarazadas adolescentes según vitalidad de recién nacidos previos.



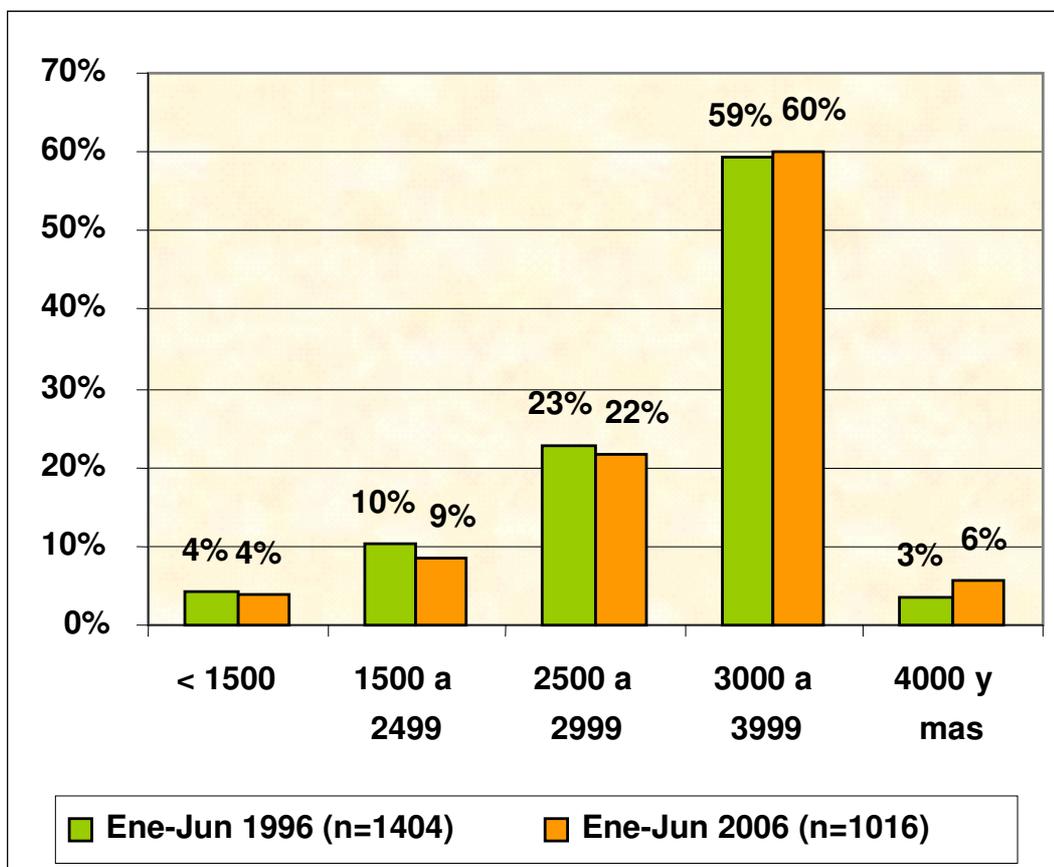
La tasa de mortalidad fetal no se modificó significativamente ya que fue del 2% en ambos períodos. (Test Chi Cuadrado, $p=0.95$).

Gráfico N° 15: Embarazadas adolescentes según supervivencia de nacidos vivos previos



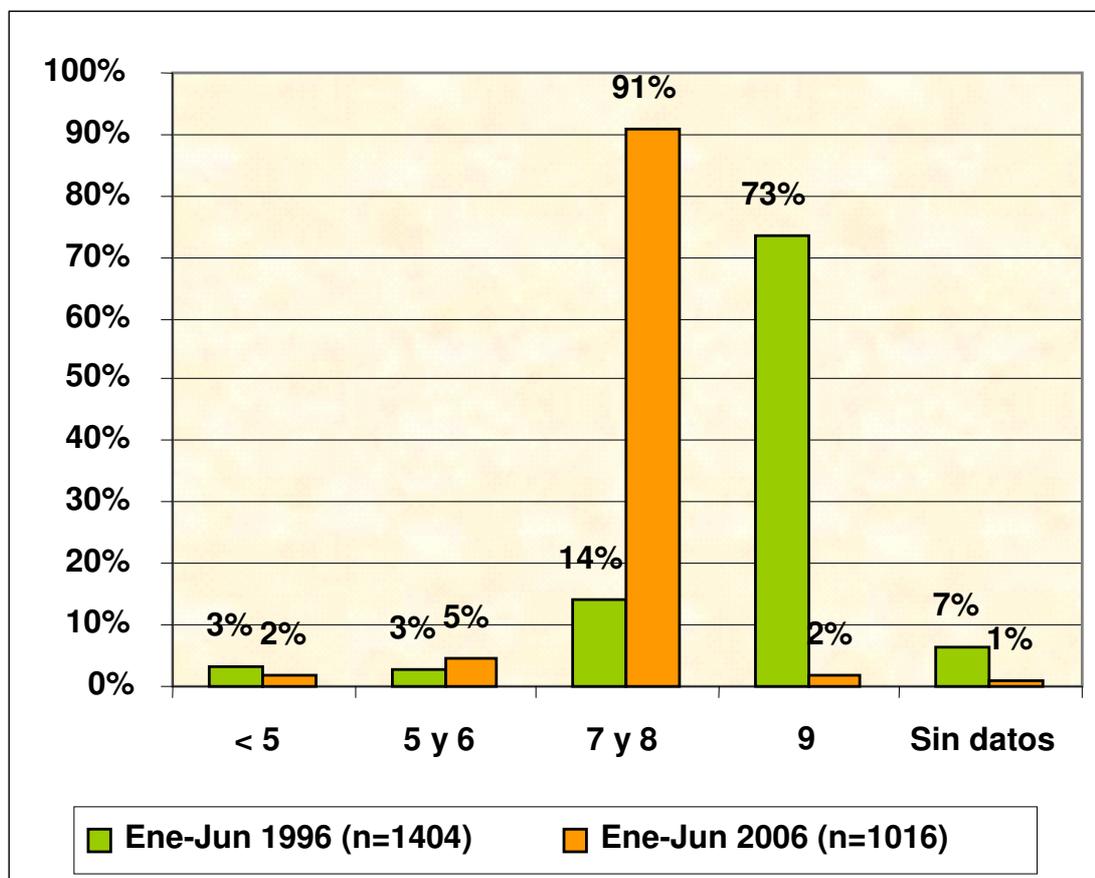
La tasa de mortalidad de nacimientos previos de las embarazadas adolescentes desciende significativamente del 7% (31) al 4% (14) desde 1996 a 2006. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 16: Embarazadas adolescentes según peso al nacer del Recién Nacido



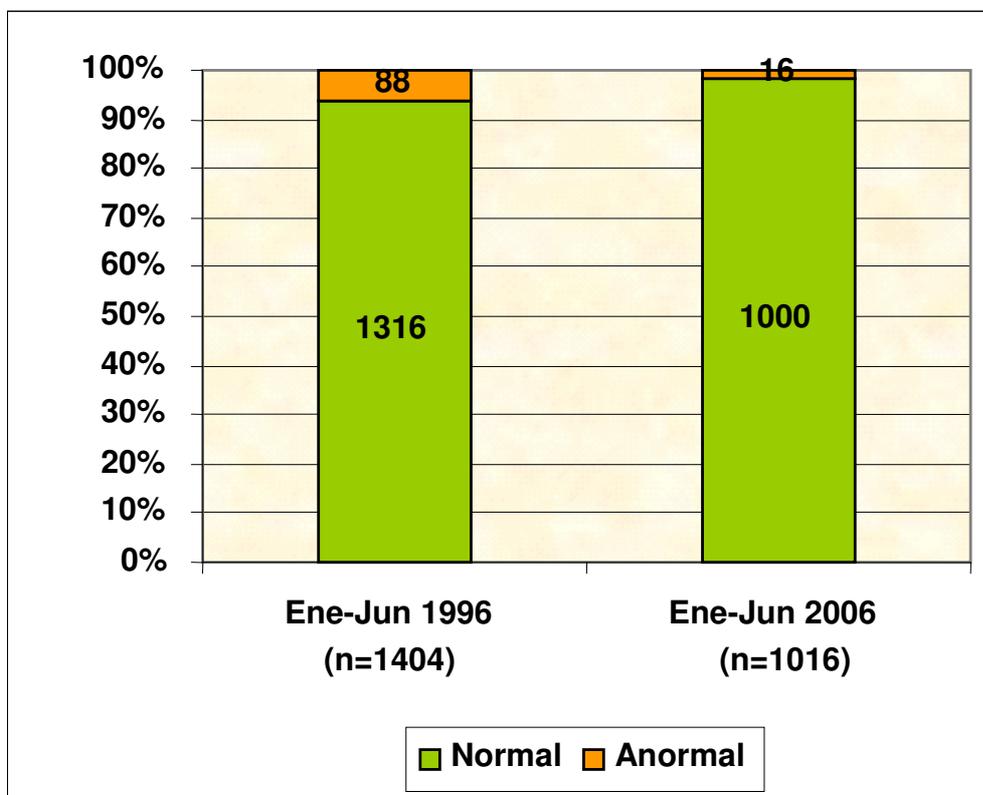
La distribución de los recién nacidos por peso fue similar en ambos períodos. (Test Chi Cuadrado, $p=0.194$).

Gráfico N° 17: Embarazadas adolescentes según Apgar al minuto del Recién Nacido



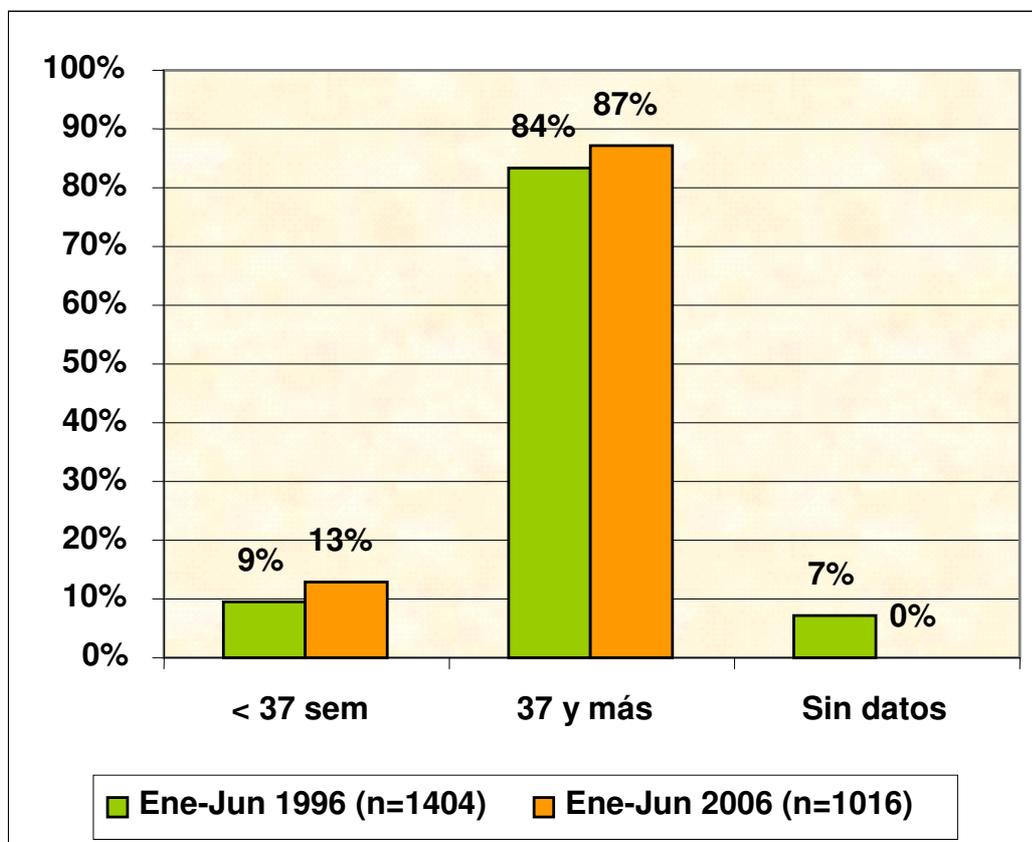
La proporción de puntaje apgar al minuto del nacimiento cambió significativamente siendo este del 14% y 91% entre 7 y 8 en 1996 y 2006 respectivamente. (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 18: Embarazadas adolescentes según examen físico del Recién Nacido



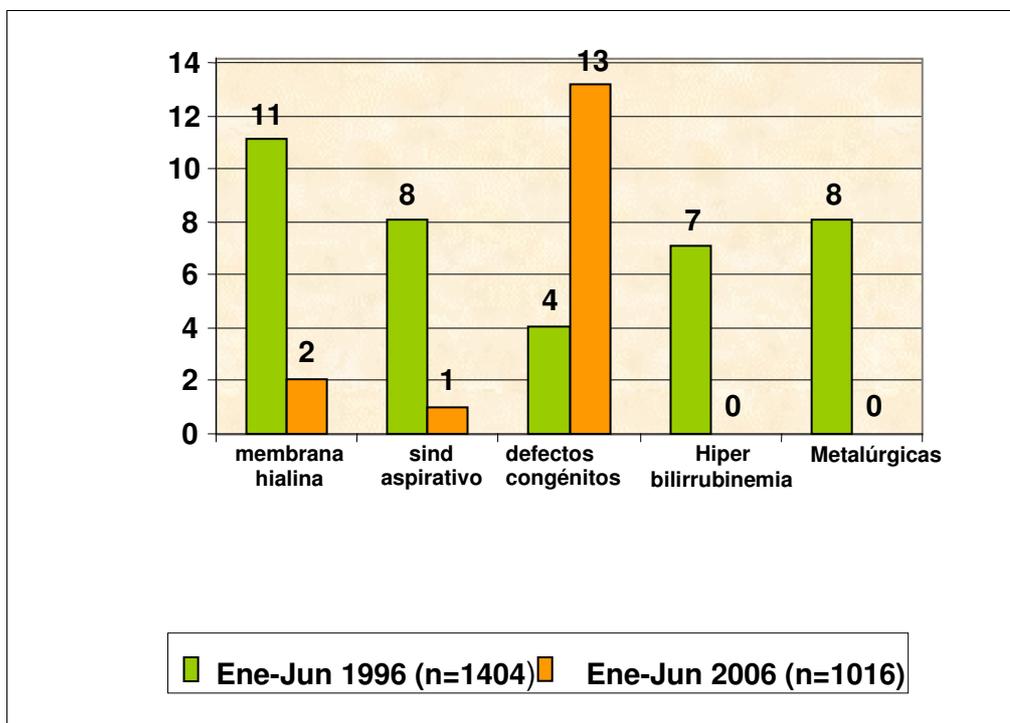
El porcentaje de Recién nacidos con examen físico anormal fue significativamente superior en el período 1996 (6%) con respecto al año 2006 (2%). (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 19: Embarazadas adolescentes según edad gestacional del Recién Nacido



La proporción de recién nacidos pretérminos se incrementó del 9% en 1996 al 13% en 2006, siendo esta diferencia significativa. (Test Chi Cuadrado, $p=0.0347$).

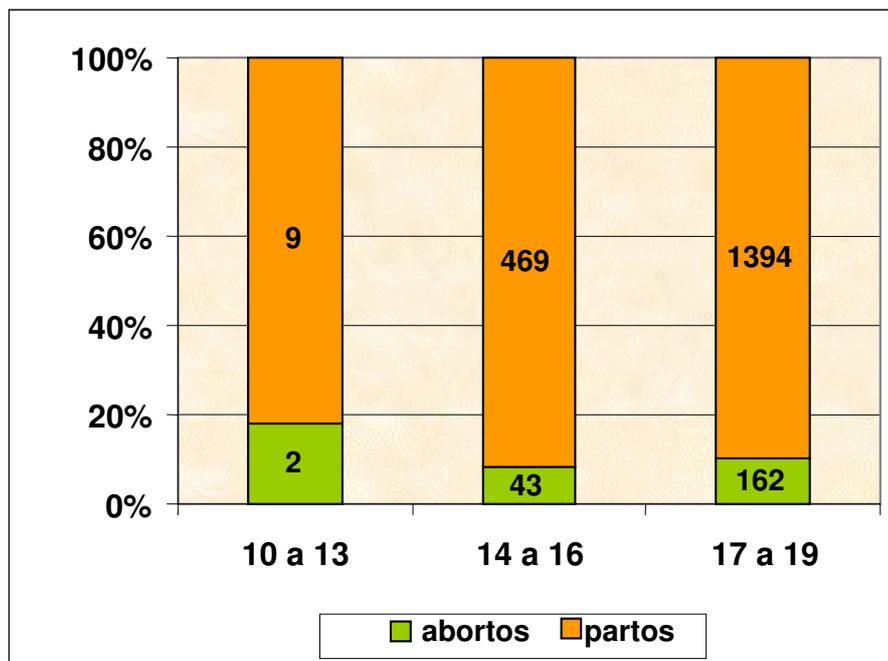
Gráfico N° 20: Embarazadas adolescentes según patologías del Recién Nacido



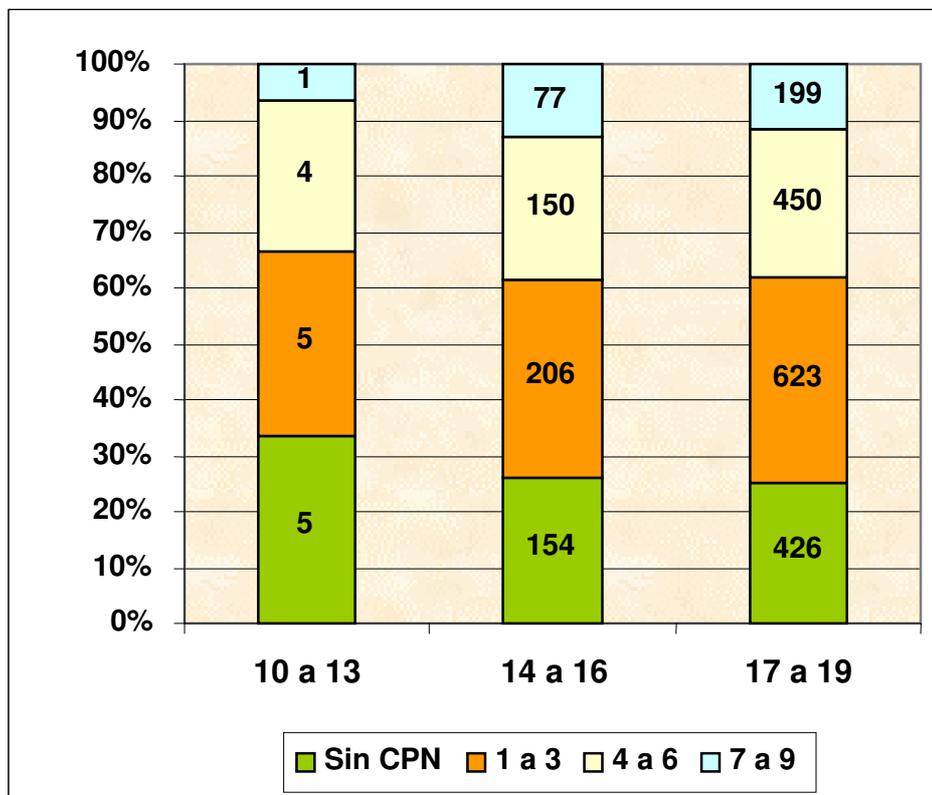
La distribución de las patologías registradas en el recién nacidos cambiaron significativamente en los años estudiados, en el primer período las más frecuentes fueron membrana hialina (11 casos), síndrome aspirativo y neurológicas (8 casos); mientras que en el 2006 la más frecuente fue defectos congénitos (13 casos). (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Para analizar las relaciones entre las variables de interés se tomaron el total de embarazadas de ambos períodos, analizando sólo los datos conocidos, es decir se excluyó la categoría sin datos de las mismas.

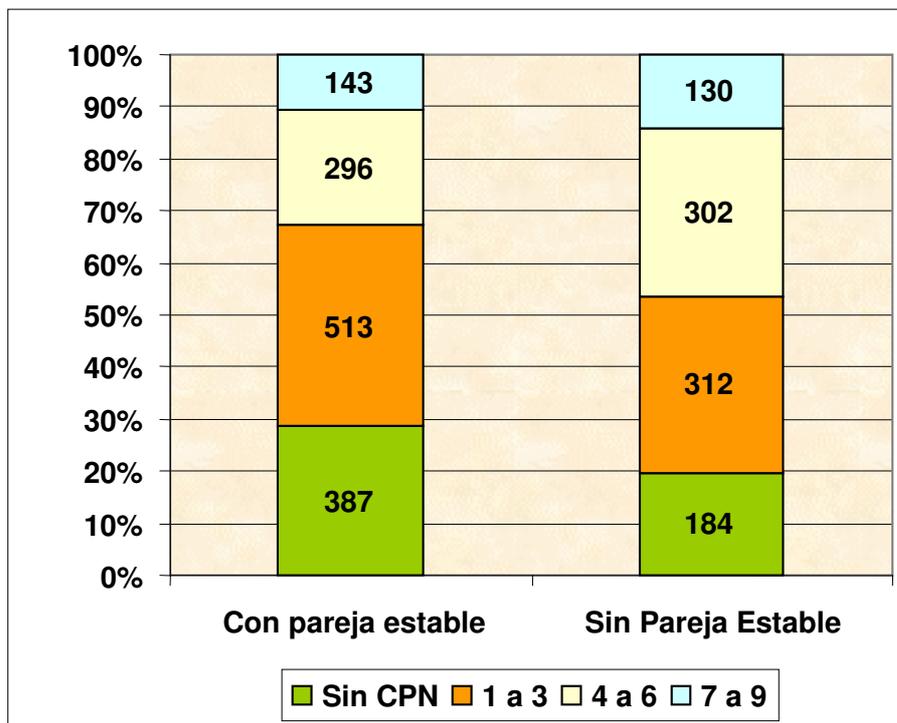
Gráfico N° 21: Terminación del embarazo según edad. (n=2079)



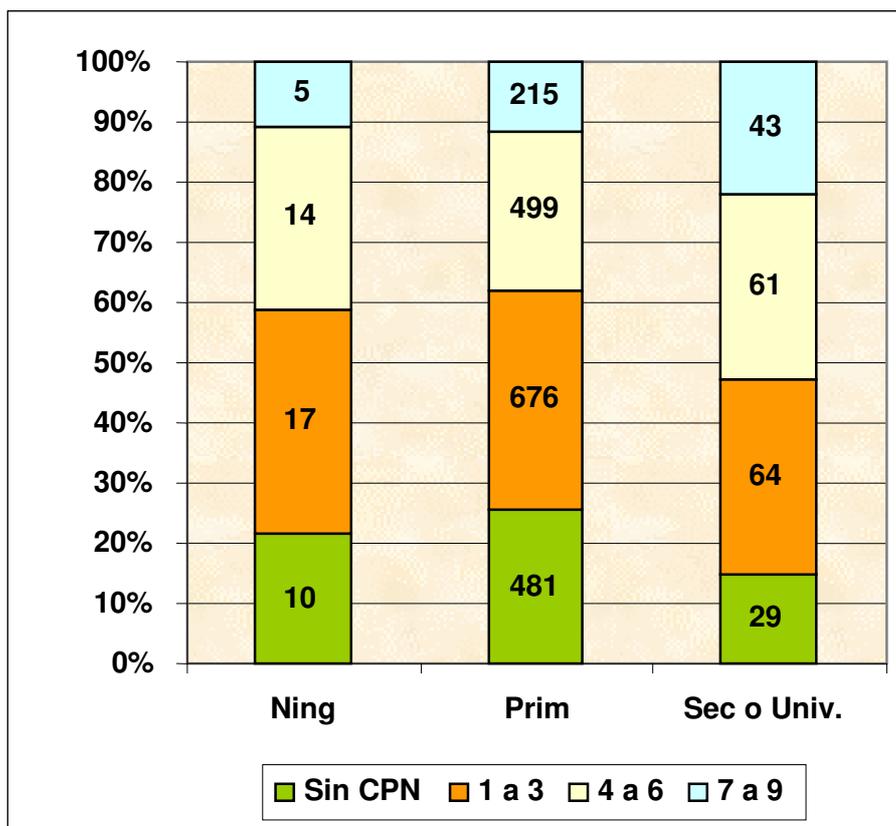
La proporción de embarazo terminado en aborto no fue significativamente diferente en los distintos grupos etáreos de las embarazadas adolescentes estudiadas (Test Chi Cuadrado, $p=0.276$).

Gráfico N° 22: Control prenatal según edad. (n=2300)

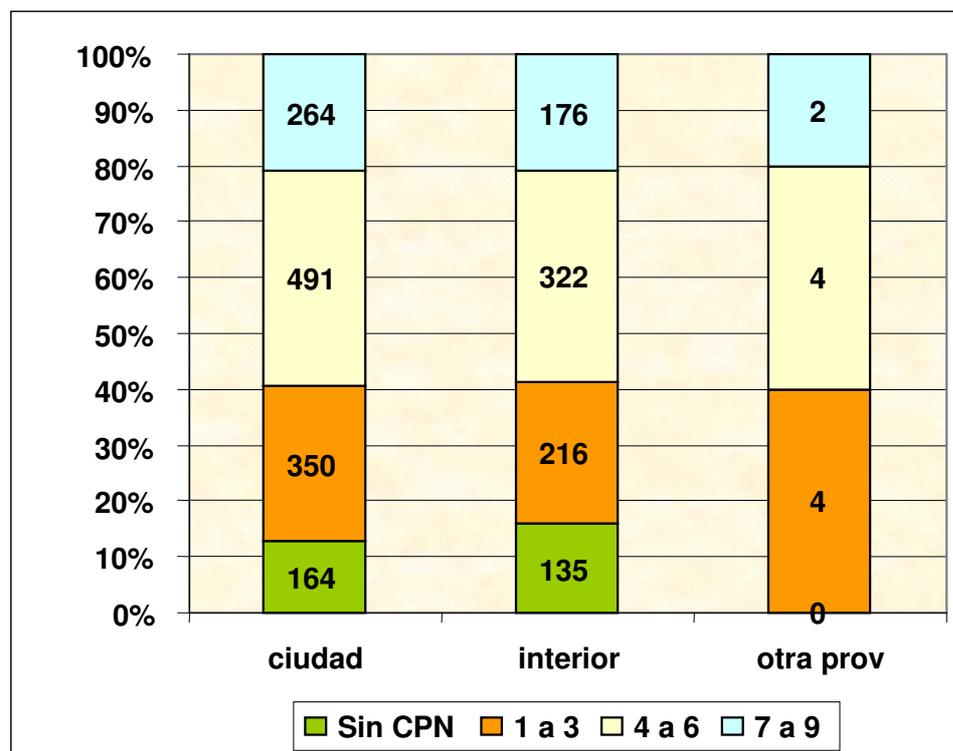
El número de controles prenatales no se asoció significativamente con la edad de las embarazadas estudiadas. (Test Chi Cuadrado, $p=0.797$).

Gráfico N° 23: Control prenatal según pareja estable. (n=2267)

Entre las embarazadas adolescente con pareja estable se observó un 29% (387) sin control prenatal, mientras que el 20% (184) de las que no tienen pareja estable presentaron este problema; siendo estas proporciones significativamente diferentes (Test Chi Cuadrado, $p < 0.0001$).

Gráfico N° 24: Control prenatal según nivel de instrucción. (n=2114)

La falta de control prenatal se observó en el 22% (10) y 26%(481) de las embarazadas con ninguna instrucción o sólo primaria, mientras que solamente el 15% (29) de las que tenían secundario o superior presentaron ausencia de control prenatal; encontrándose estas variables significativamente asociadas. (Test Chi Cuadrado, $p=0.0002$).

Gráfico N° 25: Control prenatal según residencia. (n=2128)

Se observa similar proporción de falta de control prenatal entre las embarazadas del interior de la provincia (13%) con respecto a las que residen en capital (16%), no encontrándose estas variables asociadas significativamente. (Test Chi Cuadrado, $p=0.397$).

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El estudio llevado a cabo para el presente trabajo refleja algunas características de la población adolescente embarazada atendida en el Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. de las Mercedes”, estableciendo una comparación entre los hallazgos ocurridos en el periodo Enero-Junio de 1996 con igual periodo de 2006, a fin de determinar las modificaciones experimentadas en dichas características a partir de los programas nacionales implementados para el área materno-infantil entre ambos períodos.

En el año 1996, del total de embarazadas atendidas en el 1er. Semestre, el 21,5% correspondió a población adolescente, mientras que para igual período de 2006 fue del 20,6%, lo que refleja que no hubo una variación significativa, presentándose una situación similar en ambos períodos, tampoco se observa un cambio significativo en la estructura por edad de las embarazadas adolescentes.

En relación al estado civil es notorio el incremento de las uniones estables para el segundo período analizado.

En cuanto al nivel de instrucción si bien hubo un aumento significativo en las embarazadas con nivel secundario, la mayoría sigue teniendo solo instrucción primaria, lo que las obligaría a ingresar tempranamente en las fuerzas de trabajo, en empleos menos calificados y mal remunerados y a un precario desarrollo personal. La mayoría de las embarazadas asistidas residen en la capital no mostrando cambio en los periodos.

Aparentemente, hubo un aumento en la edad para el primer embarazo, lo que se refleja en una disminución relativa de las embarazadas con gestas o partos previos, en tanto que hubo un marcado incremento en el porcentaje de antecedentes de abortos; como así también la terminación en aborto del embarazo actual.

Según la presencia de patologías asociadas, la ruptura prematura de membranas, hemorragias e infecciones urinarias, experimentaron un notorio incremento, que podría deberse a una mayor detección de casos por aumento de la eficiencia del control prenatal, destacándose un aumento en

el número de controles y un descenso significativo de la ausencia de control prenatal.

Resulta alarmante el significativo aumento del 10 al 37% en la proporción de cesáreas.

Si bien no hubo modificaciones en cuanto a la mortalidad fetal, si hubo una disminución importante de la mortalidad neonatal de recién nacidos previos.

En ambos períodos la mayoría de los niños tuvo un peso adecuado al nacimiento, mientras que el puntaje de APGAR aumentó significativamente en el último periodo.

A pesar de encontrarse una mayor proporción de recién nacidos pretérmino en el año 2006, la proporción de niños con examen físico anormal disminuyó significativamente en el último período estudiado. Entre las patologías que se presentaron, hubo disminución de las complicaciones respiratorias, con significativo incremento de los defectos congénitos.

No se encontró asociación significativa entre la edad de la embarazada adolescente con el control prenatal ni la terminación del embarazo.

Entre los factores estudiados se encontró que la falta de control prenatal se relaciona con la ausencia de pareja estable y el bajo nivel de instrucción, no siendo significativa la asociación entre control prenatal y residencia.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede concluir que los planes y programas implementados no parecen haber logrado revertir el problema, sino solo limitarlo, ya que las cifras obtenidas son similares para ambos períodos.

Las políticas a implementarse deberían centrarse principalmente en la educación y formación de los jóvenes para prevenir el problema. Un aspecto que no puede dejarse de lado en cualquier iniciativa a desarrollar es el involucramiento de los padres y tutores, a quienes cabe una importante responsabilidad en este tema.

Recomendaciones

El embarazo temprano conlleva efectos que rompen el proyecto de vida de la adolescente y las expectativas de su familia. Las consecuencias se suman y multiplican, ya que en gran cantidad de casos se acentúan las condiciones de pobreza y marginalidad en la que se encuentra la adolescente.

La mayor parte de estas adolescentes vive en situación de dependencia familiar, son desertoras del sistema educacional y presentan conflictos interpersonales. En términos generales, el embarazo precoz las deja con secuelas en el desarrollo de sus capacidades de autonomía, acentuando muchas veces la situación de dependencia en que se encuentra, así como la capacidad para resolver problemas vitales y de autopromocionarse como mujer.

Las consecuencias sociales del embarazo en las adolescentes varían dependiendo de si la embarazada es casada o soltera y del grupo social del cual pertenece cuya reacción varía desde el rechazo hasta el respeto, de la educación, las oportunidades de trabajo y las expectativas futuras.

El embarazo no deseado y sus efectos probables llevan a muchas adolescentes a someterse al aborto, una práctica ilegal en la Argentina y por lo general lo hacen en etapa avanzada del embarazo, en situaciones inadecuadas y practicado por personas no adiestradas que no cumplen con los mínimos requisitos higiénicos y de seguridad.

El importante porcentaje de embarazo en la adolescencia, nos hace reflexionar sobre las medidas de orden general que son necesarias implementar a fin de disminuir su número, que si bien como hemos visto no representa un aumento en la morbilidad materna ni perinatal sí lo hace en los riesgos psicosociales.

Entre las medidas de orden general que conviene implementar están:

- Concientizar a los organismos pertinentes: Dirección de Minoridad, Secretaria de la Mujer, Departamento de Maternidad e Infancia, ONGs., etc., en la problemática del embarazo adolescente, a fin de que separada y/o conjuntamente trabajen y se interesen en la

preservación de la salud física y mental de esta población vulnerable.

- Promover cambios educativos a fin de facilitar la educación sexual en las escuelas desde temprana edad.
- Capacitar a los profesores en educación sexual con enfoque integrador.
- Organizar talleres de información en las escuelas, que fomenten en sus alumnos actitudes naturales y sanas hacia la sexualidad.
- Crear conciencia en los centros de atención primaria de la salud, de la problemática adolescente, a fin de motivar al personal en la captación y educación de las adolescentes de su área.
- Crear espacios destinados a los adolescentes que se preocupen no sólo por el aspecto educativo, sino también en el uso del tiempo libre, la nutrición, el apoyo psicológico y la educación sexual y sanitaria.
- Captar en forma precoz y control adecuado a las adolescentes embarazadas.
- Educar en cuanto al cuidado del lactante a la futura madre.
- Promover la inserción social de la adolescente después del parto.
- Promover la investigación sobre esta problemática.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

ALFARO RODRIGUEZ, Héctor J; CEJUDO CARRANZA, E y Otros. "Complicaciones médicas en el embarazo". 2º edic., Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, año 2004.

ALONSO, Ana Rico de. "Madres solteras adolescentes". 1º edic., Plaza y Janes, año 1986.

BURROUGHS, A. "Enfermería Materno Infantil". 8º edic., Editorial Mc Graw – Hill Interamericana, Año 2002.

BURROW, Gerard N. "Complicaciones médicas durante el embarazo". Editorial Medica Panamericana, Año 2001.

COLL, A. "Embarazo en la adolescencia". Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), 1997.

DAY, Robert A. "Como escribir y publicar trabajos científicos". OMS/OPS, Publicación científica Nº 526, Washington 1990,

GILBERT HARMON, E. S. "Manual de embarazo y parto de alto riesgo". 3º edic., Editorial ELSEVIER, Año 2003.

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN. "Proyecto Materno Infantil y Nutrición - Sub Proyecto Tucumán". Abril 1994.

LÓPEZ, Guillermo, JOAO Yunes y otros. "Salud reproductiva en las Américas". OMS/OPS, Washington DC, Año 1992.

MATTSON, S. y SMITH, J. E. "Enfermería Materno infantil". 1º edic., Año 2001.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. Secretaria de Recursos y Programas de Salud. "Plan de Salud Integral del Adolescente".

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. "Situación de la mujer en Argentina". Buenos Aires, 1994.

MINISTERIO DE SALUD. Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. "Estadísticas Vitales. Información básica. Año 2003". Diciembre 2004.

MOLINA R., SANDOVAL J., y 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.

OMS. "El Logro de la Salud Reproductiva para Todos". División de Salud de la Familia, Washington, Año 1995.

OMS/OPS, "Salud Pública Materno Infantil Y Perinatal". Tomo III, Publicación Científica N° 1260 del centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Montevideo, Uruguay, Julio de 1992.

OMS/OPS. "Género, Mujer y Salud en las Américas". Publicación Científica N° 541, Comité editorial, Washington, Año 1993.

OMS/OPS. "Evaluación del Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas". División de Promoción y Protección de la salud, Washington DC, Agosto 1996.

OMS/OPS. "Análisis de las Organizaciones de Salud". Serie PALTEX N° 4, Washington DC, 1997.

OMS/OPS. "Manual de medicina de la adolescencia".- Serie Paltex N° 20, Washington, año 1992.

OMS/OPS. "La salud del adolescente y del joven". Publicación científica N° 552, Washington, año 1995.

OMS/OPS. "La salud del adolescente y el joven en las Américas". Publicación Científica N° 489, Washington, Año 1985.

PEREIRA, L. S.; PLASCENCIA, J. L.; AHUED, A y col. "Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecología Obstétrica. México, Año 2002.

PINEDA, E. y otros. "Metodología de la Investigación". 2° edic., OMS/OPS, Serie Paltex N° 35, Washington, Año 1994.

POLIT, Denise y HUNGLER Bernardette. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 2º edic., Editorial Interamericana, México, Año 1989.

RODRIGUEZ PLATA. "Guía de intervención rápida en enfermería obstétrica". Editorial ARS Medica, Tomo 1, Año 2004.

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP 6). Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Sra. de las Mercedes". Tucumán, años 1996-2006.

SONIS, Abraham. "Atención de salud: Medicina Sanitaria y Administración de Salud". 4a. edic., Tomo II, El Ateneo, Bs. As., Argentina, Año 1990.

TORRES, Silvana. "Análisis de datos de producción del Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes. Año 2002". Revista del Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes, Vol. 1, N° 1, Tucumán, Agosto 2003.

