



Características del embarazo adolescente y su relación con variables socioeducativas sanitarias en pacientes internadas en el Hospital Domingo Funes de la Localidad de Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, 2012-2014

Silvina Rodriguez.

Tesis - Maestría en Salud Pública - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Salud Pública, 2018.

Aprobada: 17 de octubre de 2018

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Características del embarazo adolescente y su relación con variables socioeducativas sanitarias en pacientes internadas en el Hospital Domingo Funes de la Localidad de Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, 2012-2014, por Silvina Rodriguez se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**Características del embarazo adolescente y su
relación con variables socioeducativas sanitarias en pacientes
internadas en el Hospital Domingo Funes de la Localidad de
Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, 2012-2014.**

Autora

Lic. Silvina Rodríguez

Director

Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio

**Córdoba, 2018
Argentina**

TRIBUNAL DE TESIS

Dr. Diego Fernando Gauna

Mgter. Julieta Marina Sánchez

Prof. Dra. Claudia Patricia Calderón

DEDICATORIA

La motivación es el primer determinante hacia el éxito, es por ello que quiero dejar en claro que, sin tu presencia, Lucio Juárez, el recorrido de este camino no hubiese sido igual.

Cada experiencia puedo ser aprovechada al máximo y por ella poder alcanzar esta dichosa y muy merecida victoria en la vida... culminar la tesis.

A mis hijas, Fiorella, Leonella y Rosella, que son el tesoro más grande que Dios me regaló y el motivo de mi existir, "gracias" por el tiempo que me regalaron para que Yo lo invirtiera en el desarrollo de esta causa, "gracias" por entender que las bendiciones vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, esfuerzo y Fe.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio, por su guía y aportes.

A los miembros de la Maestría en Salud Pública, por su predisposición y amabilidad.

A todos aquellos, que de alguna u otra manera contribuyeron a la consecución de este trabajo.

Finalmente, a las madres niñas de mi valle, merecedoras de todo este esfuerzo.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "**La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis**".

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	.....	1
MARCO TEÓRICO	.....	12
OBJETIVOS	.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO	.....	36
RESULTADOS	.....	43
DISCUSIÓN	.....	51
CONCLUSIONES	.....	70
RECOMENDACIONES	.....	72
BIBLIOGRAFÍA	.....	74

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El abordaje del embarazo en la adolescencia requiere de una desagregación del concepto para ofrecer respuestas acordes a cada situación y con una mirada integral que contemple tanto la educación en salud sexual y reproductiva para proporcionar información objetiva e integral acerca de los métodos anticonceptivos, cubrir los vacíos de conocimiento acerca de su uso correcto y los efectos secundarios típicos, para mejorar su comprensión respecto del método y las posibles consecuencias del uso incorrecto.

OBJETIVO: Analizar las características del seguimiento del embarazo, parto y puerperio y tipología familiar en embarazadas adolescentes internadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Domingo Funes de la localidad de Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, Argentina, periodo 2012-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Domingo Funes de la localidad de Santa María de Punilla, Córdoba, periodo 2012-2014. Fuente de datos: Libro de Partos y formularios CLAP de la institución de mujeres embarazadas consecutivas de hasta 20 años de edad; distribuidas en grupos de mayores y menores de 15 en su primera gestación independiente de la edad actual.

Criterios de Inclusión: Madres adolescentes. **Criterios de Exclusión:** Serán excluidas del presente estudio todas las madres mayores de 20 años. Todas aquellas que no residan en la localidad de Santa María de Punilla. **Variables:** Controles prenatales, tipo de parto, métodos anticonceptivos, edad, antecedentes familiares (referidos a la pareja, padres o hermanos), preeclampsia/ eclampsia, antecedentes obstétricos (gestas, paras, abortos).

RESULTADOS: se seleccionaron fichas CLAP de 148 casos (3,1%) <15 años y 109 casos (2,3%) ≥15 años, conformado un total del 5,4% de los nacimientos del Departamento.

Del total el 28% tuvo gestas previas y el 20% partos previos, 11 casos no llegaron a término. El 79% tuvo 4 o más controles prenatales en las ≥15 años 76% y en las <15 años 75%. Respecto al aborto alcanzó al 20%. Primer parto: en las mayores 10% y en las menores 12%. Situación de convivencia: 53% en pareja, <15 años 48% y ≥15 años 56%.

CONCLUSIONES Respecto a la prevalencia de madres adolescentes analizadas del Valle de Punilla, se puede afirmar que el valor hallado en este trabajo concuerda con los publicados por organismos oficiales, tanto a nivel provincial como nacional. El tipo de seguimiento consignado en la ficha CLAP, muestra una realidad a mejorar, dado que casi una cuarta parte de las madres adolescentes analizadas del Valle de Punilla no tuvieron o éstos fueron insuficientes. Finalmente, la situación de convivencia evidenció que más de la mitad de la muestra mantenía una situación estable de pareja, se destaca que dicha situación fue levemente mayor en <15 años.

SUMMARY

INTRODUCTION: The approach of pregnancy in adolescence requires a disaggregation of the concept to offer answers according to each situation and with a comprehensive view that includes both sexual and reproductive health education to provide objective and comprehensive information about contraceptive methods, covering gaps in knowledge about its correct use and typical side effects, to improve your understanding of the method and the possible consequences of incorrect use.

OBJECTIVE: To analyze the characteristics of pregnancy, delivery, and puerperium follow-up and family typology in pregnant adolescents interned in the Obstetrics Service of the Domingo Funes Regional Hospital in the town of Santa María de Punilla, Province of Córdoba, Argentina, 2012-2014.

MATERIAL AND METHODS: descriptive, cross-sectional and retrospective study in adolescents treated at the Obstetrics Department of the Domingo Funes Regional Hospital in the town of Santa María de Punilla, Córdoba, 2012-2014. Data source: Childbirth Book and CLAP forms of the institution of consecutive pregnant women up to 20 years of age; distributed in groups of over and under 15 in their first independent gestation of the current age. Inclusion Criteria: Adolescent mothers. Exclusion Criteria: All mothers over 20 years of age will be excluded from this study. All those who do not reside in the town of Santa María de Punilla. Variables: Prenatal controls, type of delivery, contraceptive methods, age, family history (referred to the couple, parents or siblings), preeclampsia / eclampsia, obstetric history (gestations, paras, abortions).

RESULTS: of 8835 live births, CLAP records were selected from 148 cases (3.1%) <15 years and 109 cases (2.3%) \geq 15 years, making up a total of 5.4% of the births of the Department. Of the total, 28% had previous deeds and 20% previous births, 11 cases did not reach term. 79% had 4 or more prenatal controls at \geq 15 years 76% and at <15 years 75%. Regarding abortion, it reached 20%. First delivery: in the highest 10% and in the lowest 12%. Situation of cohabitation: 53% in couples, <15 years 48% and \geq 15 years 56%.

CONCLUSIONS: Regarding the prevalence of adolescent mothers analyzed in the Punilla Valley, it can be affirmed that the value found in this study is in agreement with those published by official bodies, both at the provincial and national levels. The type of follow-up recorded in the CLAP file shows a reality to improve, given that almost a quarter of the adolescent mothers analyzed in the Punilla Valley did not have or were insufficient. Finally, the situation of coexistence showed that more than half of the sample maintained a stable relationship, it is noted that this situation was slightly higher in <15 years.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años(1,2). El embarazo adolescente por lo tanto puede ser definido como aquel que se produce antes de los 20 años(3).

El embarazo adolescente es considerado un problema vigente de la salud pública, que ha llevado a diversos autores a la ejecución de estudios longitudinales con el fin de obtener diversas estimaciones de riesgo sobre el recién nacido y la madre(4).

A su vez, esta condición se halla asociada con patologías del embarazo, como la eclampsia, anemia crónica, desproporción céfalo-pélvica, peso bajo al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas;(5) y, visto desde una plano social, se acompaña a una mayor exposición de los hijos al maltrato físico, por la inmadurez de los padres,(6) así como de estados de depresión(7,8) y problemas mentales(9).

Sin embargo, el peso de lo social, la pobreza y la marginalidad, los menores niveles de escolarización, la repetición intergeneracional, la falta de control médico y exposición a problemas de salud pueden ser factores de análisis que posibiliten dilucidar si la maternidad adolescente actúa como mecanismo intermediario de reproducción de la pobreza(10-14).

En los últimos años, los ministerios de salud han redoblado sus esfuerzos por reducir el inaceptable número de defunciones entre los niños y las mujeres haciendo uso de intervenciones bien conocidas y de eficacia demostrada. Las iniciativas encaminadas a alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) (reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna) han tenido una repercusión positiva en la salud de los adolescentes. En el informe se pone de relieve un nuevo análisis de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad entre los adolescentes, según el cual las muertes por complicaciones del embarazo y el parto entre las adolescentes han disminuido en gran medida desde el año 2000. Ese descenso se observa sobre todo en las regiones con tasas de mortalidad materna más altas. En las Regiones de Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y África se han registrado disminuciones del 57%, el 50% y el 37%, respectivamente. Pese a esas mejoras, la mortalidad materna es la segunda causa de mortalidad entre las jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial; en primer lugar, figura N° el suicidio (15).

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años (16,17). La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa la nidación, ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (18,19). Autores como Tarqui-Mamani y cols, Fletcher, Sen, Baeza y cols, Ryan y cols, reconocen como factores de riesgo asociados al embarazo

adolescente: menarquia precoz, adhesión a creencias y tabúes, disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo(20-24).

Rivera y Auchter y Balbuena publican, a principios de la década del 2000, que la población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados (25,26).

Actualmente, hay más jóvenes de entre 10 y 24 años que nunca antes en la historia de la humanidad. En algunas regiones del mundo, no solo aumenta el número total de jóvenes, sino también su proporción sobre el total de la población. En determinados países, más de uno de cada tres habitantes es joven. Hoy, los jóvenes son algo menos de 1.800 millones en una población mundial de 7.300 millones de personas (27).

El embarazo a edades cada vez más tempranas como disminución en la edad de la menarca, el anticipo a tener parejas o al matrimonio, los cambios de valores, la influencia en los medios de comunicación, la declinación de las familias, el abandono de los estudios, la falta de trabajo, la expulsión de sus hogares que muy frecuentemente anteceden a la situación del embarazo, el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, el consumo de sustancias tóxicas como: tabaco, alcohol, drogas, agregado a todo esto antes mencionado la falta de control durante el embarazo, y el escaso o deficiente apoyo familiar (28).

Más del 75% de todas las madres adolescentes solteras comienzan a recibir asistencia social dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de su primer hijo (29).

Aproximadamente el 64% de los niños nacidos de adolescentes solteras que abandonan la escuela secundaria viven en la pobreza, en comparación del 7% de los niños nacidos de madres casadas de más de 20 años de edad y que terminaron la escuela secundaria (30).

Lo que hace que esto se convirtiera en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en las clases de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Otro de los factores que influye en forma adversa en las adolescentes embarazadas es lo biológico y social que tiene una influencia negativa sobre sus hijos, pues los niños de estas adolescentes si son de madres menores por ejemplo de entre 14 y 19 años de edad aproximadamente, mueren un 6% en el primer año de vida, o sea una cifra de 24 veces mayor que la que le corresponde a cualquier otra mujer embarazada de mayor edad. La incidencia de recién nacidos con peso <2500 gr es mucho mayor en las embarazadas con una edad inferior a 20 años (31,32).

Diariamente 20.000 niñas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Esto equivale a 7,3 millones de partos cada año. Y si se incluyen todas las gestaciones, el número de embarazos en adolescentes es mucho mayor. Cada día, 200 adolescentes mueren dando a luz. Esta es la causa del 2% de las muertes en mujeres menores de edad. En la adolescencia, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es doblemente mayor que en mujeres adultas (33).

Cuando una niña queda embarazada, su vida cambia radicalmente, no completa su escolaridad y se pierden sus perspectivas laborales. Se vuelve más vulnerable frente a la pobreza y la exclusión resintiéndose frecuentemente su salud. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en estas adolescentes.

El embarazo adolescente no suele ser el resultado de una decisión deliberada, sino más bien de la ausencia de opciones: es una consecuencia del acceso limitado o nulo a la escuela, a la información o a la atención médica. Al mismo tiempo, las niñas que son vulnerables son más proclives a quedarse embarazadas. En todas las regiones del mundo, incluidos los países de ingresos altos, las niñas que son pobres, con una educación deficiente o que viven en zonas rurales, tienen un mayor riesgo de quedarse embarazadas que aquellas más ricas, bien educadas o urbanas. Esto sucede también a nivel mundial: el 95% de los partos en adolescentes de entre 15 y 19 años en el mundo tienen lugar en países en desarrollo. Cada año, unos 3 millones de niñas de ese rango de edad recurren a un aborto en condiciones de riesgo, poniendo en peligro sus vidas y su salud. Según los últimos datos, si todas las mujeres que desean evitar el embarazo pudieran utilizar anticonceptivos modernos y todas las mujeres embarazadas y recién nacidos recibieran la atención adecuada, se calcula que la mortalidad materna se reduciría aproximadamente un 67%. Los embarazos no planeados disminuirían cerca de un 70% y la mortalidad neonatal caería aproximadamente un 77% (34).

El embarazo adolescente no responde, por lo general, a decisiones de la mujer, sino a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las adolescentes. Con poca autonomía y mínimo empoderamiento sobre el libre ejercicio de sus derechos, muchas se convierten en madres sin desearlo.

Se debe, por tanto, cambiar la mirada tradicional que culpabiliza a las adolescentes de quedar embarazadas, y que ubica la solución únicamente en su cambio de comportamiento, para entender que el verdadero reto es superar la pobreza, buscar la equidad de género y brindar acceso real a servicios y oportunidades para niñas y adolescentes.

La fecundidad adolescente en nuestro país alcanzó su nivel más bajo en las décadas de 1950 y 1960. Por entonces alrededor de 50 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años tenía un hijo en un año determinado. La década de 1970 mostró un aumento de la fecundidad de las mujeres argentinas, entre ellas, también de las adolescentes. El punto más alto se alcanza entre fines de los años setenta y comienzos de los ochenta, cuando la tasa de fecundidad de las jóvenes se eleva hasta 81 hijos por cada 1000 mujeres (35).

Se produce luego un paulatino descenso que lleva la tasa a 70 por 1000 en 1991, 65 por 1000 en 1998 y 59 por 1000 en 2001. Entonces, a pesar de que la evidencia es incompleta, pues no incluye a los embarazos que no llegan a término, una observación de la tasa específica muestra la disminución de la fecundidad adolescente en la Argentina en los últimos años. “A su vez, el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años en el país, ha evidenciado también una leve pero sostenida disminución en los últimos 5 años de los que se tienen datos, pasando de 16,4% en 1997 a 15,2% en 2001. En números absolutos, en 1997 nacieron en Argentina 113.546 hijos de madres menores de 20 años; en 2001 fueron 103.891. Es conocido que estos datos esconden profundas desigualdades regionales: el ya mencionado porcentaje (15,2%) de nacidos vivos hijos de madres menores de 20 años para la Argentina en el 2001, oculta extremos tales como la CBA con 5,3% y la provincia de Chaco con 25,8%, o Misiones con el 21,3%” (36).

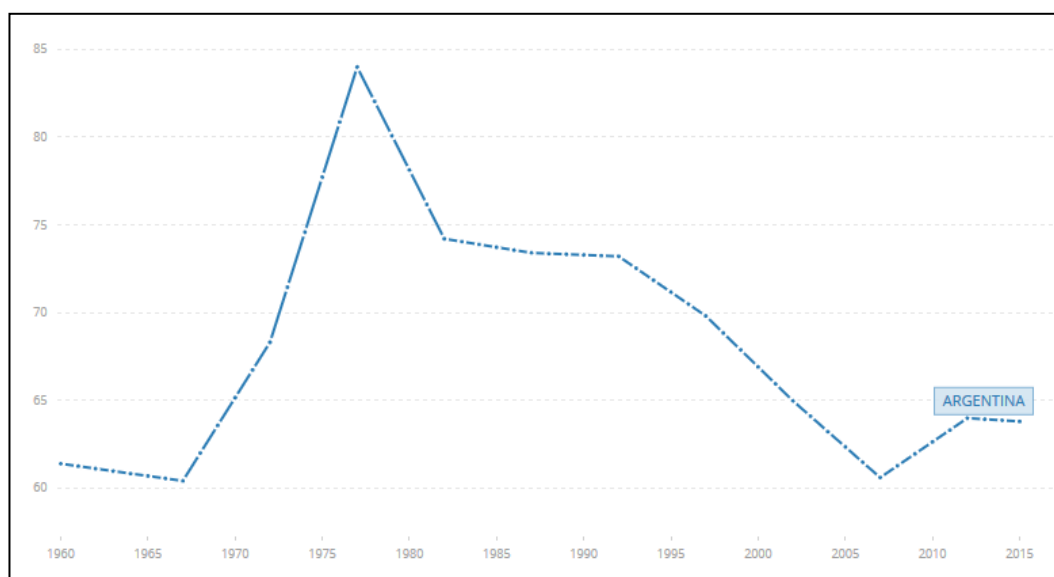


Figura 1: fecundidad adolescente en la Argentina (1963-2015). Fuente: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?end=2015&locations=AR&start=1960&view=chart>

Los adolescentes, generalmente, tienen información abstracta sobre la correcta utilización de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad un ejemplo de ello es lo publicado en páginas oficiales como la de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Córdoba^a o para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA^b. La funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las

^a Entre los principales resultados, en relación al conocimiento de métodos anticonceptivos, un 94% de las mujeres y un 82% de los varones nombraron a las pastillas anticonceptivas. En segundo lugar, un 87% de las mujeres y un 95% de los varones mencionaron al preservativo. Por otra parte, entre las mujeres que han tenido su primera relación sexual, la edad promedio de inicio es de 17,3 años, y entre los varones, 16 años. Para el universo de mujeres se realizaron preguntas acerca de embarazo y lactancia. Más de nueve de cada diez se realizaron más de cinco controles durante el embarazo, y el mismo porcentaje le dio el pecho a su último hijo. Entre las que ya no amamantan, el 28% abandonó la lactancia antes de los 6 meses del niño/a. Consultado: 7 de setiembre de 2016. Disponible en: <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/node/163>

^b En la Argentina hay 700 mil nacimientos por año. El 16% proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años (en algunas provincias equivale al 25%) y más de 3000 son de niñas de 10 a 13 años. Consultado: 7 de setiembre de 2016. Disponible en: http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=202

adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia (37-40).

El embarazo adolescente se reconoce como una situación no planificada en aumento en todo el mundo, presentándose cada vez a edades más tempranas (41-45).

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, (38% se embarazan antes de cumplir los 20 años). Casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes. En el 2006 en El Salvador, 27% de todas las muertes maternas se dieron entre madres adolescentes. En países como Chile la incidencia anual es de 16,16%. Los porcentajes de embarazo son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos (50%). Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en el sur del país (25%) (46).

En Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno. De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%), inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo. Esta somera descripción refleja la compleja problemática en que se desenvuelven las actividades propias del control prenatal en el contexto amplio del cuidado integral de la salud de la mujer (47).

En nuestro país el 15% de los embarazos terminados con el nacimiento durante el 2002, se producen en una madre adolescente (<19 años) y cerca del 3% en niñas <15 años. Desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se ha implementado un programa específico que, sostenido, puede dar resultados efectivos y equitativos (48,49).

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (<20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21% (50).

En 2011, treinta y seis adolescentes menores de 20 años fallecieron en Argentina por causas vinculadas al embarazo o el parto lo cual representa casi el 12% de la mortalidad materna en nuestro país (51).

Investigaciones con mayor profundidad del campo de las ciencias sociales alertan sobre el hecho de que la alta frecuencia de embarazos no planeados en la población adolescente, aumenta el riesgo de exposición a un aborto inseguro, de abandono escolar y de limitaciones de acceso al mercado laboral condicionándose así las perspectivas de desarrollo personal, especialmente en las adolescentes de menores recursos (52,53).

Argentina dispone de un marco legislativo y programático favorable para garantizar el derecho de los/las adolescentes para acceder al sistema de salud en forma autónoma siendo mayores de 14 años, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley

25.673). La implementación de un programa de Educación Sexual Integral en las escuelas (Ley 26.150) y el derecho a la educación en las adolescentes durante el embarazo y lactancia (Leyes 25.808 y 25.273) también estarían garantizados, como pregona el Banco Mundial (54,55).

Para el caso del embarazo en la adolescencia precoz la Ley Argentina la ocurrencia de un embarazo por debajo de la edad de consentimiento sexual habilita a la implementación de las acciones definidas para la atención de abortos no punibles (56-58).

Justificación

Uno de los problemas más importantes a los que enfrentamos por su trascendencia social, es el embarazo adolescente, que acontece frecuentemente en sectores socioeconómicos de bajos recursos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Los investigadores y la sociedad en general tratan de comprender qué propicia el alto porcentaje de embarazos adolescentes no deseados aun cuando diversas organizaciones no gubernamentales (ONGs) (escuela, iglesia y familia) y el estado, proponen información sobre la actividad sexual, los embarazos y matrimonios precoces, por lo menos hasta que éstos concluyan estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos (59,60).

Por lo tanto, esta investigación se justifica porque el embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo (61,62).

Además, pretende caracterizar las condiciones de las gestantes adolescentes que atendieron su parto en el Hospital Domingo Funes del Valle de Punilla, con lo cual se pretende aportar conocimientos sobre este fenómeno (63,64).

Los resultados se podrán utilizar para definir prácticas de educación en salud y adecuación de la atención, implementando estrategias para mejorar la cobertura y rediseñar la referencia de estas pacientes de acuerdo al riesgo.

MARCO TEÓRICO

Actualmente, la población mundial estimada es de 7200 millones de personas, de las cuales el 17,5% tiene entre 15 y 24 años, y el 10% de estos jóvenes presenta un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo.

Esto quiere decir que aproximadamente 16 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia.

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- reducir el número de matrimonios antes de los 18 años;
- fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años;
- aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario;
- reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
- reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes;

- incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Además, la OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa “H4+”, en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Además, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos (65).

Durante las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita al entorno familiar, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información sobre el tema a sus hijos e hijas. Con el transcurso del tiempo y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión de forma colectiva, que se ha extendido con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades bajo la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes. Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros temas constituyeron la principal preocupación de la educación sexual y fueron la base fundamental para proporcionar información respecto a la sexualidad y el valor que ésta representa ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual y fue

considerada como la simiente para un desarrollo integral de la personalidad y para el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales (66,67).

Cambios en el desarrollo corporal El crecimiento que presenta un individuo desde la niñez es tan rápido en su evolución y tan desconcertante que va pasando por diferentes fases sin tener un estado fijo. En esta edad pueden distinguirse dos períodos: uno denominado “pubertad” y otro, “adolescencia” propiamente dicha. Si comparamos la pubertad con la adolescencia, encontraremos que el primer período hace referencia más directamente el aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación "física y sexual" del individuo, y se define por la aptitud para la procreación. El segundo período se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y se manifiesta en las niñas por la aparición de la primera menstruación (menarquía) y en los niños por las primeras eyaculaciones.

La adolescencia es una “época” que abarca varios años. El término adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer, avanzar, desarrollarse, hacerse fuerte y superar la época tutelar. Este término traduce perfectamente lo esencial del fenómeno, que es precisamente el movimiento, la evolución, la transformación y el momento dinámico del desarrollo global que impulsa al ser desde el nacimiento hasta la muerte. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta y ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre (68).

La adolescencia es, fundamentalmente, un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se presenta como un período de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 años hasta los 18 años en la mujer y

desde los 13 o 14 años hasta los 20 años, aproximadamente, en los hombres. Se incluye un “aproximadamente” ya que son muchas las variables que inciden en su desarrollo, como entorno sociocultural, geográfico, climático, ambiental y procesos de inteligencia, entre otros (69).

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo adolescente pueden resumirse bajo dos grandes rubros (70):

- 1) aquellas que tienen impacto sobre la salud y el crecimiento del niño, y
- 2) las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente.

Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en nuestro país, según recientes declaraciones del Ministerio de Salud de la Nación alcanza aproximadamente al 15% de los partos.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto

prematureo, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo (71).

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicológica de la adolescente ya que al reto que representa el

embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia (72).

Por tanto, ésta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicológicos y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que puede reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Quizá la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes (73).

Actitud de la embarazada adolescente

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está asociado con otras conductas antisociales, como el uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas conductuales de la sociedad. Respecto al estado anímico y el ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y, en otros casos, aparentemente en relación con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido (74).

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta. Algunos estudios han mostrado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos del desarrollo infantil, sus expectativas son menos realistas en cuanto a la conducta infantil, con actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Al parecer, estas diferencias son menores en los primeros meses posparto y en el caso de las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia, comparadas con las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar (75).

Depresión en la adolescente

La adolescente soltera que se queda embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia que, por ser un período lleno de cambios anatómicos, fisiológicos y adaptativos, modifican sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. Además, se ha señalado que el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse quedado embarazada de soltera, la adolescente pudiera estar sujeta al rechazo de la sociedad, así como al de las personas más cercanas a ella.

Los trastornos sociales y económicos que esto pudiera provocar, en algunos casos, propicia inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida.

La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo cual se asocia con sentimientos de depresión especialmente notable en la adolescente soltera. También es de gran relevancia la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe en particular de la familia de origen y la pareja. Se ha comprobado que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, en especial durante el embarazo y el comienzo de la adaptación como madre.

El hecho de iniciar una relación conyugal o no a raíz del embarazo es otro factor importante ya que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, pues el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado (76).

Autoestima en la adolescente

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo que está unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tiene la adolescente de sí misma o autoconcepto no es algo heredado o aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás.

La importancia de la autoestima radica en el hecho de que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual; entre ellos se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en

gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad se identifica con la pubertad, ocupa un lugar central en el desarrollo de la adolescente y su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales. Por ejemplo, se ha demostrado que los adolescentes sin actividad sexual o que se inician más tarde en ella tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos o que aquellos que se inician en ella tempranamente (77).

Según la encuesta poblacional realizada por Profamilia, en Colombia en el año 2005, el inicio de las relaciones sexuales no necesariamente tiene que coincidir con la edad de la primera unión y ésta es, aproximadamente, a los 18,4 años. El 11% del total de mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y el 44%, antes de los 18 años. Sin embargo, la edad de la mujer en la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por tanto, tiene un efecto importante sobre la fecundidad, en el sentido que cuanto más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida reproductiva.

La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en la población. La importancia de esto radica en el impacto de los embarazos en adolescentes, que comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo; estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las

condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal. Además, también se pone en riesgo el desarrollo social educativo y económico de la joven madre, por lo que su hijo nace con grandes desventajas.

El porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya fueron madres en 2005 alcanzó el 24,5% y es sorprendente que, entre las mujeres de 19 años, el 63% eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. El uso de métodos de planificación familiar se ha reportado hasta el 79,1%, pese que casi casi el 100% de la población de mujeres adolescentes tiene conocimiento sobre la existencia de estos métodos. La falta de información ni el desconocimiento de los métodos de planificación se ha planteado como el principal factor en la generación de la elevada tasa de embarazos a temprana edad, sino otros factores mucho más profundos, sobre los cuales hay que intervenir.

Son múltiples los factores conductuales que incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes; a menudo, los jóvenes tienen ideas vagas y distorsionadas acerca de la sexualidad y no esperan que una relación coital termine en un embarazo; son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen de forma planeada, como los adultos, y que acudan a los servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejo y servicios en materia de salud sexual y reproductiva se torna muy difícil para una adolescente sin experiencia. Se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es sin duda el factor más señalado y comprobado como agente fundamental y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, las bajas aspiraciones de la vida o un déficit importante en el nivel del control de emociones. A partir de estas circunstancias deriva la mayoría

de conductas de riesgo para un embarazo temprano y por ello es necesaria la intervención a nivel profundo en la autoestima de las adolescentes (78).

Problemas sociales asociados con el embarazo en la adolescente

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Cuanto más joven sea la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas. A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en término de reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras (79).

Las múltiples formas de expresión en diferentes estratos socioeconómicos matizan de manera especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad conllevan para la adolescente. No se puede describir un solo perfil de personalidad en la adolescente y tampoco se encuentra una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada. Se reporta que suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para enfrentarse a los retos implícitos de la maternidad y que probablemente determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto (80).

La adolescencia en sí misma implica retos y conflictos según la cultura y el estrato sociocultural. La búsqueda de identidad tan común entre algunas sociedades y subculturas puede ser menor en grupos donde los modelos sociales

están más definidos y las alternativas son relativamente limitadas. A pesar de las posibles diferencias culturales, cabe resaltar que, cuando la mujer inicia su maternidad en la adolescencia, esta etapa tendrá un impacto aún más determinante en su desarrollo psicosocial posterior. Se han encontrado características personales de adolescentes embarazadas que distinguen a éstas de otras que no se quedan embarazadas y que utilizan anticonceptivos adecuadamente. Por lo general, después del primer embarazo se aumenta el conocimiento y el uso de anticonceptivos, pero diversas actitudes al respecto probablemente contribuyen a la eficacia de su utilización o no (81).

En Argentina existen leyes y programas que trabajan sobre la prevención de los embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, como el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sin embargo, la tasa de fecundidad adolescente en la actualidad muestra un aumento acumulado de 8% en los últimos 20 años. Los recién nacidos de madres adolescentes representaron un 15,5% del total de nacimientos a nivel nacional en 2013, y superaron el 20% en las diez provincias del Noreste y Noroeste. De los 114.125 bebés nacidos de madres adolescentes, 3.261 tienen mamás menores de 15 años. Este número representa el 0,4% del total de nacimientos, porcentaje que, si bien es reducido, tiene una profunda gravedad no solo desde la perspectiva de la propia “niña madre” y su hijo o hija, sino también desde la perspectiva sanitaria, social, legal y jurídica por las consecuencias e implicancias de un embarazo a tan temprana edad. Además, gran parte de estos casos se deben al abuso sexual contra las niñas por lo que es necesario trabajar articuladamente con los servicios de protección, educativos y con la justicia para mejorar los canales de denuncias y el acceso a la justicia de las niñas víctimas. Los contextos de vulnerabilidad y el nivel educativo son determinantes centrales: el 35% de esas madres adolescentes

solo completó la educación primaria. La evidencia ha demostrado que los principales obstáculos que afectan el acceso a los servicios de salud de los adolescentes están relacionados con las brechas de género y equidad, las barreras culturales (generalmente porque en los servicios no los consideran como sujetos de derecho, y les exigen la presencia de familiares adultos), la baja participación, la baja demanda de servicios de calidad por parte de los jóvenes y la falta de enfoques intersectoriales para promover su salud y su bienestar (82,83).

Cuando se trata de *madres adolescentes*, este proceso puede ser todavía más complejo, ya que además de vivir los dilemas y conflictos propios de la edad, necesitan enfrentar los desafíos impuestos por la maternidad. Durante el embarazo se producen cambios en la vida de la mujer y su familia, pero es solo en el parto que ocurre el auténtico encuentro entre madre y bebé (84). Así, representa un cambio definitivo de papeles, incluyendo la responsabilidad de cuidar y de promover el desarrollo de otro ser humano (85). De este modo, el parto es, en sí mismo, un evento de significación psicológica incuestionable (86).

El término traduce lo esencial del fenómeno de cambio y crecimiento evolutivo del individuo, que es precisamente el movimiento, la evolución, la transformación y el momento dinámico del desarrollo global que impulsa al ser desde el nacimiento hasta la muerte. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta y ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre (87).

La adolescencia transcurre, según la OMS, entre los 10 y 19 años. Sin embargo, hay quienes plantean que se extiende hasta los 23 o 24 años, edad en que las muchachas y los muchachos terminan sus estudios universitarios y se insertan en la vida laboral (88).

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas (89):

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales, como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
2. Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. Es importante hacer énfasis en esta cuestión del paso de la dependencia a la independencia por la que deben transitar los adolescentes, asunto que muchos padres y madres no piensan, y esto, por sí solo, hace compleja la situación. Por ello, los adolescentes de ambos sexos tienen el derecho de que se les prepare, se les abran los senderos para lograr el ejercicio de una vida rica, hermosa, plena de vivencias y experiencias, donde cada vez más

dependan de sus propios esfuerzos, opciones y decisiones para las que deben tener en cuenta no solo sus intereses y necesidades, sino también las de su contexto social.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es de vital importancia que todos aquellos profesionales que atienden adolescentes conozcan las particularidades de estas etapas, donde existen variables físicas normales del desarrollo tanto biológico, psicológico, como social que de no conocerse pueden ser interpretados como patológicos, entonces el manejo o conducta será inadecuado, provocándole tal vez más problemas.

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues ésta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno

solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.

Se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto, de forma reducida, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).

En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años (90).

El embarazo en la adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal, incremento del aborto, mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps), multiparidad precoz, mayor mortalidad materna, infantil y fetal, y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición). Se considera que un millón de jóvenes entre 15 y 19 años se embarazan cada año y de ellas el 40% terminan la gestación mediante el aborto (91).

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.

Muchos factores pueden repercutir en la decisión sobre el tipo de parto y en la experiencia del parto. Entre ellos, se destacan el resultado de un embarazo previo (92), el acompañamiento prenatal (93), los cursos de preparación, los procedimientos obstétricos realizados (94) y la calidad de la relación con los profesionales de salud (95,96).

La ayuda proporcionada por el compañero/acompañante,(97) el tipo de parto, el grado de consciencia, relajación y control,(98) y el contacto precoz con el bebé también son señalados como determinantes en la percepción de las mujeres sobre esa experiencia (99).

También pueden influir en la manera que se vivirá ese acontecimiento las expectativas generadas durante el embarazo en relación con el parto (100).

Específicamente sobre el tipo de parto, Medeiros indica que mujeres que experimentaron el parto por vía vaginal o normal presentaron mayor satisfacción con ese evento. La preferencia por el parto por vía vaginal es evidente entre las embarazadas,(101) incluidas las adolescentes (102).

Entre los motivos apuntados para esa opción están la rapidez de recuperación (103) y el miedo de las posibles secuelas de un parto quirúrgico (104).

Tedesco y cols observan que, cuanto más avanzada la edad de la mujer, mayor la preferencia por el parto normal. Según los autores, eso revela mayor madurez personal y, por consiguiente, mayor ponderación y reflexión sobre las consecuencias de la vía del parto (105).

Por otro lado, la preferencia por el parto cesárea deriva del miedo al dolor, de la presencia de problemas de salud, de la falta de información sobre el trabajo de parto (106), y de la posibilidad de realización de una ligadura de trompas (107).

Al igual que para las mujeres adultas embarazadas, para las adolescentes el parto es considerado un momento definitivo y conclusivo, que marca el paso a un nuevo rol social, el de ser madre (108).

Ese evento suele ser vivido como un momento imprevisible, desconocido e incontrolable, lo que genera mucho miedo a las adolescentes (109).

Aunque técnicamente el cuidado durante el parto no sea diferente de aquel dispensado a mujeres adultas, las adolescentes parecen necesitar mayor apoyo (110).

De hecho, Wahn, von Post y Nissen y Sauls identificaron al apoyo del equipo de salud a ellas y sus acompañantes, como un aspecto importante para proporcionar una experiencia positiva del parto entre adolescentes, además de la orientación, monitorización, respeto y asistencia ante el dolor (111,112).

Sin embargo, son frecuentes los reclamos de las adolescentes sobre la falta de respeto de profesionales de la salud en la atención al parto. Diversos relatos revelan actitudes groseras y posiciones de juicio moral y discriminación de esos profesionales en relación con las jóvenes,(113) que también son culpabilizadas por el placer en la práctica sexual, generando momentos de vulnerabilidad y soledad para estas madres (114).

Pese a la reconocida importancia de esta temática, en general los estudios realizados con adolescentes sobre el parto se enfocan especialmente en datos sociodemográficos (edad, escolaridad, etc.) y epidemiológicos (realización de curso prenatal, edad gestacional, tipo de parto y peso del bebé). En estos se destaca que las madres adolescentes más jóvenes (10 a 14 años) tienden a tener un mayor número de partos prematuros,(115) por vía vaginal, y recién nacidos con bajo peso (116).

Los estudios también señalan que las madres adolescentes no suelen participar en los cursos prenatales o lo hacen de forma insuficiente, lo que repercute en la experiencia de parto (117).

Existe literatura que indica que las adolescentes tempranas presentan inmadurez pélvica y del canal vaginal, principalmente en países en vías de desarrollo (118).

En un estudio con más 800 mil gestantes latinoamericanas encontraron que las gestantes adolescentes tienen dos veces más riesgo de episiotomía,(119) un resultado similar a nuestra población de estudio dado su alto porcentaje de partos por vía vaginal. Además, el riesgo de desgarros es menor en adolescentes, siendo las adolescentes tempranas las menos afectadas. Esto se explica por la mayor frecuencia de episiotomías realizadas. No se encontró asociación con el parto instrumentado (fórceps), quizá por la muy baja frecuencia en todos los grupos etarios de la presente investigación, a diferencia de otros estudios (120,121).

La mayoría de los trabajos publicados sobre adolescencia y embarazo presentan a este grupo de riesgo para resultados perinatales adversos, ya que trae consecuencias socioculturales y psicológicas asociadas, con elevado costo personal, educativo, familiar y social (122-124).

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema social ya que trae aparejado elevado riesgo de complicaciones durante el mismo y durante el parto cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable. Estas condiciones pueden estar asociadas a su vez con bajo peso al nacer, desnutrición temprana y aumento de la morbimortalidad materna, perinatal y neonatal, entre otros factores (125).

Varios estudios realizados en distintos países, inclusive el nuestro, han publicado que las mujeres adolescentes presentan un mayor riesgo en los resultados perinatales. Los mismos coinciden en describir como eventos adversos perinatales el bajo peso al nacer, prematuridad, puntaje de Apgar bajo, incrementándose el riesgo a menor edad materna (126,127).

En este sentido se han publicados trabajos (128,129) avalando estos programas que incorporan a las adolescentes en redes de protección socio-sanitarias, permitiendo la disminución de los riesgos descriptos.

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y cambios, donde se adquiere la capacidad productiva y se transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez. Los cambios físicos, sociales y psicológicos se producen rápidamente en esta etapa y las condiciones sociales, culturales y ambientales influyen en los mismos (130).

Por lo tanto, los programas y los equipos multidisciplinarios que atienden a nuestras adolescentes deben asumir el proceso salud-enfermedad con medidas y acciones enfocadas en la prevención/promoción de la salud y la construcción de redes de contención familiares y sociales.

El embarazo adolescente, por lo referido, es un problema de salud pública por las consecuencias de dicho suceso que se evidencian a nivel social, económico, psicológico y médico. Dicho proceso no solo representa un impacto y cambio significativo en la calidad de vida de las adolescentes, sino también de su entorno, provocando en ocasiones disolución de los núcleos familiares afectando la estructura social, por lo que el Estado está en la obligación de intervenir en prevención y atención para los y las adolescentes y las adolescentes embarazadas.

La prevención para que los y las adolescentes disfruten de un estado óptimo de salud, se considera un bien público suministrado por el Estado, porque no es viable ni deseable excluir a nadie de su consumo.

El Estado debe generar el bien de la prevención del embarazo adolescente, porque la oferta privada no es suficiente para producir cambios significativos en el número de adolescentes embarazadas, ni en el acceso a información y servicios de calidad para toda la población.

La prevención del embarazo adolescente es un bien preferente, por lo que incide para hacer efectivo su consumo, bajo el concepto de bienestar. Las campañas de prevención son consideradas como bienes que el Estado procura sean consumidos masivamente para producir una mejora de la calidad de vida de la sociedad.

El embarazo adolescente genera externalidades negativas individuales que se relacionan con la culminación de la formación escolar, acceso a fuentes de trabajo, continuar o caer en la pobreza, y asumir los riesgos en cuanto al crecimiento integral de sus hijos e hijas. Para la sociedad el embarazo adolescente acelera el crecimiento de la población, genera gastos para el cuidado de la madre y el hijo o hija, aumenta la probabilidad de permanecer, caer o incrementar la situación de pobreza y el generar dependencia de la ayuda estatal.

Otra falla del ámbito de salud, que influye para que se produzca un embarazo en dicho período es la asimetría de información, porque son los y las adolescentes quienes se enfrentan a distorsiones en cuanto a centro de atención, calidad y acceso. La información y la educación son un blindaje para que no se produzca esta situación, las adolescentes que han recibido información tienen

hasta el 45% menos de probabilidades de quedar embarazadas y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable.

La tasa de fecundidad adolescente presentó un incremento como sucede con la tasa global de fecundidad; por el contrario, dicha tasa continúa con una tendencia creciente por lo que a manera de evaluación se puede considerar que las medidas tomadas no han sido suficientes.

OBJETIVOS

General:

Analizar las características del seguimiento del embarazo, parto y puerperio y tipología familiar en embarazadas adolescentes internadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Domingo Funes de la localidad de Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, Argentina, periodo 2012-2014.

Específicos:

1. Identificar la prevalencia de Embarazo Adolescente en servicio de obstetricia del Hospital Domingo Funes.
2. Describir el tipo de seguimiento asistencial en el embarazo parto y puerperio de las adolescentes embarazadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Domingo Funes.
3. Describir la constitución familiar de las madres adolescentes analizadas.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en el que se establecerá la prevalencia de embarazos adolescentes atendidos en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Domingo Funes de la localidad de Santa María de Punilla, Provincia de Córdoba, Argentina, periodo 2012-2014, principal recurso sanitario público utilizado por la población del Valle de Punilla en general y por la localidad de Santa María de Punilla en particular.

Se obtendrá la información del Libro de Partos y formularios CLAP Perinatal del Hospital Regional Provincial Domingo Funes en donde se seleccionarán en forma consecutiva a mujeres embarazadas de hasta 20 años de edad al momento de la consulta para ser incluidas en el estudio, pertenecientes a la localidad de Santa María de Punilla.

POBLACIÓN - MUESTRA

Se incluyó consecutivamente en el presente estudio todas las adolescentes de hasta 20 años que consultaron por embarazo actual y pertenecen al Sistema Informático Perinatal, CLAP; distribuidas en grupos de mayores y menores de 15 en su primera gestación independiente de la edad actual (figura N° 2).

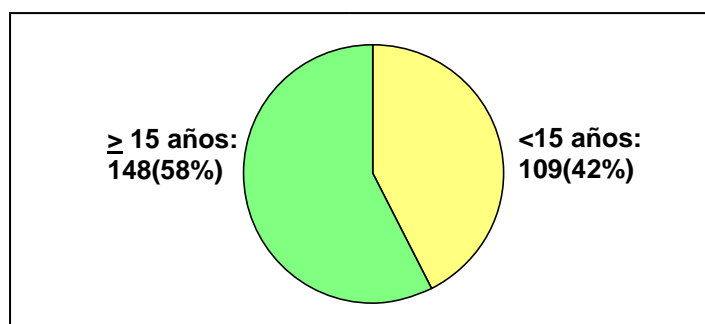


Figura 2: Distribución de los casos analizados según *edad de gestas previas al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=257)

Cada individuo será considerado como una unidad muestral.

Criterios de Inclusión: Madres adolescentes.

Criterios de Exclusión: Serán excluidas del presente estudio todas las madres mayores de 20 años. Todas aquellas que no residan en la localidad de Santa María de Punilla.

Variables:

Controles prenatales	conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación	No 1 a 3 controles 4 a 7 controles más de 7 controles
Tipo de parto: modo de alumbramiento	Vaginal Cesárea	si/no
Métodos anticonceptivos	Conocimiento	si/no
Edad <15 años	Edad al momento de la consulta por embarazo	si/no
Antecedentes familiares (referidos a la pareja, padres o hermanos)	Tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo	si/no

Preeclampsia	Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso	si/no
Eclampsia	Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.	si/no
Antecedentes obstétricos		
Gestas	gestaciones previas sin incluir el actual	si/no
Paras	partos previos	si/no
Abortos	número de expulsiones del producto de la gestación antes de las 22 semanas	si/no

Técnicas e instrumentos de recolección de información y análisis estadístico

La información, para el análisis, se obtendrá del libro de partos, cuyos datos se recopilan de la ficha CLAP en el Servicio de Obstetricia del Hospital Domingo Funes. Luego se procederá al análisis de los datos arrojados de la fuente secundaria.

El sistema CLAP/SIP ^(131,132,133,134)

La calidad de la atención perinatal se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado.

La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los

problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

CLAP/SMR como respuesta a esta necesidad, ha elaborado el Sistema Informático Perinatal (SIP) que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente. Está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el Carné Perinatal (CP) y el Sistema Computarizado con programas para el procesamiento de la información. La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de la mujer gestante y el recién nacido. Es de uso sencillo y gratuito.

El SIP es un producto de consenso técnico de gran cantidad de profesionales de la Región. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios. En más de 33 años de su desarrollo, recoge las lecciones aprendidas de su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos que resumen la actividad de la institución en un período dado y pueden servir también para el desarrollo de investigaciones.

Las bases de datos pueden ser enviadas al Nivel Central ya sea en dispositivos, como archivo adjunto por correo electrónico o estar conectadas en modo red a un servidor central.

De esta manera, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas, convirtiendo al SIP en un instrumento muy útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales y para la evaluación de programas a nivel nacional.

Ficha CLAP:

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE APELLIDO **FECHA DE NACIMIENTO** día mes año **ETNIA** blanca indígena mestiza negra otra **ALFA BETA** no sí **ESTUDIOS** ninguno primarios secundarios universitarios años en el mayor nivel **ESTADO CIVIL** casado unión estable soltero otro **Lugar del control prenatal** **Lugar del parto/aborto** **N° identificación**

DOMICILIO **LOCALIDAD** **TELEF.** **EDAD (años)** < de 15 > de 15

ANTECEDENTES

FAMILIARES no sí TBC diabetes hipertensión pre-eclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES no sí genio-urinario infertilidad cardiopat. nefropatía violencia

OBSTETRICOS gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem. **FIN EMBARAZO ANTERIOR** día mes año **EMBARAZO PLANEADO** no sí **FRACASO METODO ANTICONCEP.** no sí barrera DIU hormo. nat. em. natural

GESTACION ACTUAL **PESO ANTERIOR** Kg **TALLA (cm)** **EG CONFIABLE** por FUM Eco <20 s. no sí **FUM ACT.** 1° trim 2° trim 3° trim **FUM PAS.** no sí **DROGAS** no sí **ALCOHOL** no sí **VIOLENCIA** no sí **ANTRIRUBEOLA** no sí **ANTITETANICA** vigente no sí **DOSIS 1°** **2°** **EX. NORMAL** ODONT. MAMAS

CERVIX insp. visual normal anormal **GRUPO** Rh **Inmuniz.** no sí **TOXOPLASMOSIS** <20sem IgG ≥20sem IgG **VH** <20 sem ≥20 sem **Hb <20 sem** **FOLATOS** no sí **Hb ≥20 sem** **SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento** **Prueba** no sí **Tratamiento** no sí **Tto. de la pareja** no sí

CHAGAS no sí **PALUDISMO/MALARIA** no sí **BACTERIURIA** sem. normal anormal no se hizo **GLUCEMIA EN AYUNAS** <20 sem ≥20 sem **ESTREPTOCOCCO B** 35-37 semanas no sí **PREPARACION PARA EL PARTO** no sí **CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA** no sí

CONSULTAS ANTEENATALES día mes año **gest.** **peso** **PA** **altura** **presn. tación** **FCF (lpm)** **movim. fetales** **proteinuria** **signos de alarma, exámenes, tratamientos** **Iniciales** **Técnico** **proxima cita**

PARTO **ABORTO** **HOSPITALIZ. EN EMBARAZO** no sí **CORTICOIDES ANTEENATALES** completo incompl. ninguna **INICIO** espontáneo inducido **ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO** no sí **EDAD GEST. al parto** <37 sem ≥37 sem **PRESENTACION** cefálica pélvica transversa **TAMANO FETAL ACORDE** no sí **ACOMPANANTE** pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO hora min **posición de la madre** **PA** **pulso** **contr./10'** **dilatación** **altura present.** **variedad posic.** **meconio** **FCF/dps** **ENFERMEDADES** HTA previa HTA inducida pre-eclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes **HTA inducida embarazo** **infec. ovular** **infec. urinaria** **amenaza parto preter.** **R.C.I.U.** **rotura prem. de membranas** **anemia** **otra cond. grave**

NACIMIENTO VIVO hora min día mes año **MUERTO** anteparto parto ignora momento **MÚLTIPLE** no sí **TERMINACION** espont. cesárea fórceps vacuum **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** **INDUC.** **OPER.**

POSICION PARTO sentada acostada **DESCARGOS** no sí **OCITOCICOS** no sí **PLACENTA** completa incompleta retenida **LIGADURA CORDON** no sí **colocac. en IDP** no sí **antibiot.** no sí **analgesia** no sí **anest. local** no sí **anest. region.** no sí **anest. gen.** no sí **transfusión** no sí **otras** no sí

RECEN NACIDO **SEXO** f m **PESO AL NACER** <2500 g ≥2400 g **P. CEFALICO** cm **LONGITUD** cm **EDAD GESTACIONAL** sem. días **FUM** **APGAR** 1° **2°** **3°** **REANIMACION** estimula. aspiración máscara oxígeno masaje tubo

DEFECTOS CONGENITOS no sí **ENFERMEDADES** no sí **TAMIZAJE NEONATAL** **VORL** no sí **TSH** **Hb** **hepatita** **Bilirub** **Toxo IgM** **Meconio 1° día** **REFERIDO** día hora T°C PA pulso invol. uter. loquios **PUERPERIO** **ANTICONCEPCION** no sí

EGRESO RN vivo fallece traslado **ALIMENTO AL ALTA** lact. exci. parcial artificial **Boca amba** no sí **BOG** no sí **PESO AL EGRESO** g **EGRESO MATERNO** traslado lugar **METODO ELEGIDO** DIU post-evento DIU barrera hormona ninguno

Nombre Recién Nacido **Responsable** **Responsable**

Análisis estadístico: Los datos se analizaron mediante el programa estadístico InfoStat®.

Diseño estadístico: Las variables categóricas fueron descriptas a partir de sus frecuencias. Los resultados de las variables mensurables se expresaron como media \pm error estándar y representadas en tablas o gráficos para su mejor comprensión en grupos de embarazadas con edades <15 años y ≥ 15 años al momento de la encuesta independiente de la edad actual).

Limitaciones y sesgos: relacionados a la subjetividad en las respuestas que las embarazadas adolescentes, en función de sus miedos, vergüenza o prejuicios puedan incidir en los resultados del cuestionario cuando fue realizado.

Aspectos éticos: De acuerdo a la declaración de Helsinki, se debe entregar un consentimiento informado, por tratarse de una fuente secundaria de datos no se realizó. el plan de trabajo cuenta con la aprobación del Directorio del Hospital “Domingo Funes” (ver anexo). Los datos se recolectaron de manera anónima para la inclusión en una base informática, protegida por el secreto estadístico.

RESULTADOS

Del relevamiento de datos realizado por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) se constató un total de 8835 nacidos vivos durante el período del estudio para el departamento Punilla (135), de ellos al sector público le correspondieron 4753 partos (53,8%), de estos últimos según las fichas CLAP 148 casos (3,1%) fueron <15 años y 109 casos (2,3%) \geq 15 años, conformado un total del 5,4% de los nacimientos del Departamento.

Luego, con los datos obtenidos del relevamiento de fichas clínicas se pudieron confeccionar las siguientes tablas y gráficos.

Al analizar los grupos según la edad del primer parto, independiente de la edad actual, las variables: Parto (vaginal/cesárea), antecedentes familiares de tuberculosis (TBC), antecedentes familiares de diabetes mellitus (DBT), antecedentes familiares o personales de hipertensión (HTA), antecedentes familiares o personales de tabaquismo (TBQ), antecedente de Preeclampsia, antecedente de Eclampsia, uso de métodos anticonceptivos (MAC), antecedentes de hijo/feto nacido muerto; se observan en la tabla de frecuencias a continuación (tablas 1 y 2).

Tabla 1: Frecuencias absolutas y relativas para las variables analizadas en embarazadas cuyo embarazo fue antes de los 15 años de edad (n=148)

	<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>
≤15 años 1° parto	Parto	No	20	0,14
		cesárea	38	0,26
		vaginal	90	0,61
	TBC	No	147	0,99
		Si	1	0,01
	DBT	No	103	0,70
		Si	45	0,30
	HTA	No	106	0,72
		Si	42	0,28
	TBQ	No	134	0,91
		Si	14	0,09
	Preeclampsia	No	145	0,98
		Si	3	0,02
	Eclampsia	No	148	1,00
	Uso de MAC	No	148	1,00
	Recién nacido muerto	No	125	0,84
Si		23	0,16	

Referencias: FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa, parto (vaginal/cesárea), antecedentes familiares de tuberculosis (TBC), antecedentes familiares de diabetes mellitus (DBT), antecedentes familiares o personales de hipertensión (HTA), antecedentes familiares o personales de tabaquismo (TBQ), antecedente de Preeclampsia, antecedente de Eclampsia, antecedentes de hijo/feto nacido muerto, MAC: método anticonceptivo.

Tabla 2: Frecuencias absolutas y relativas para las variables analizadas embarazadas cuyo embarazo fue posterior o igual a los 15 años de edad (n=109)

	Variable	Categorías	FA	FR
>15 años 1° parto	Parto	No	11	0,10
		cesárea	22	0,20
		vaginal	76	0,70
	TBC	No	108	0,99
		Si	1	0,01
	DBT	No	93	0,85
		Si	16	0,15
	HTA	No	75	0,69
		Si	34	0,31
	TBQ	No	101	0,93
		Si	8	0,07
	Preeclampsia	No	106	0,97
		Si	3	0,03
	Eclampsia	No	108	0,99
		Si	1	0,01
	Uso de MAC	No	109	1,00
	Recién nacido muerto	No	95	0,87
		Si	14	0,13

Referencias: FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa, parto (vaginal/cesárea), antecedentes familiares de tuberculosis (TBC), antecedentes familiares de diabetes mellitus (DBT), antecedentes familiares o personales de hipertensión (HTA), antecedentes familiares o personales de tabaquismo (TBQ), antecedente de Preeclampsia, antecedente de Eclampsia, antecedentes de hijo/feto nacido muerto, MAC: método anticonceptivo.

Del total de embarazadas analizadas el 28% tuvo gestas previas (figura N° 3) y el 20% partos previos, destacando que 11 casos no llegaron a término (figura N° 4). El 79% de los casos tuvo 4 o más controles prenatales previos al embarazo en curso (figura N° 5).

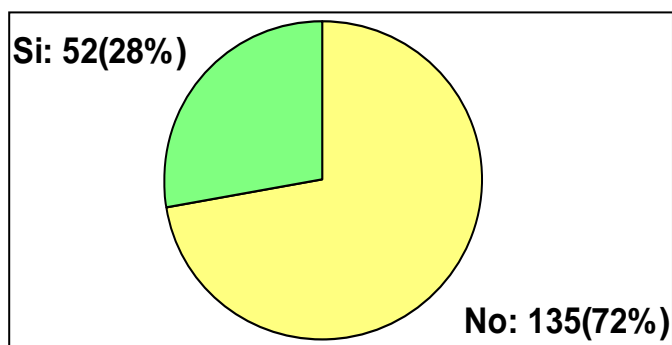


Figura N° 3: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *gestas previas al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=187)

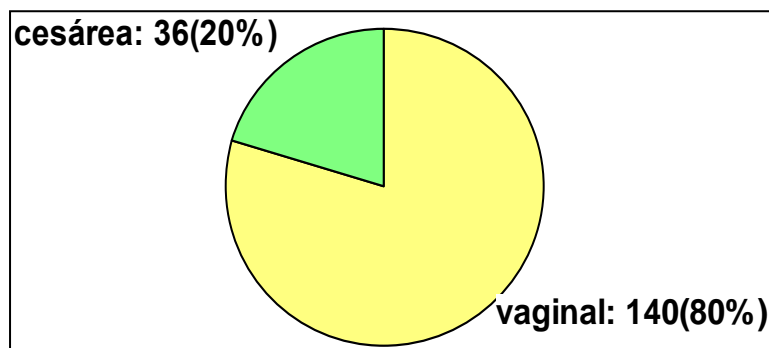


Figura N° 4: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *tipo de parto previo al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=176)

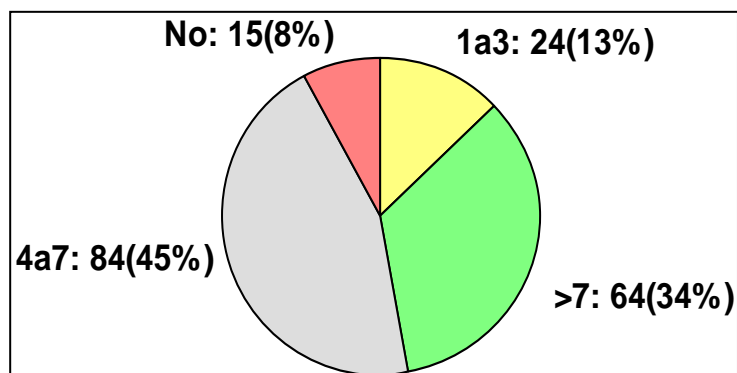


Figura N° 5: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *controles prenatales previos al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=187)

Cuando se analizó la variable controles prenatales previos al embarazo actual según hubieran tenido su primer estado grávido antes o después de los 15 años, se pudo observar que en las mayores de 15 años se dio en el 76% (figura N° 6) y en las menores de 15 años en el 75% (figura N° 7), nótese que en las mayores predominaron 7 o más controles mientras que en las menores 4 a 7.

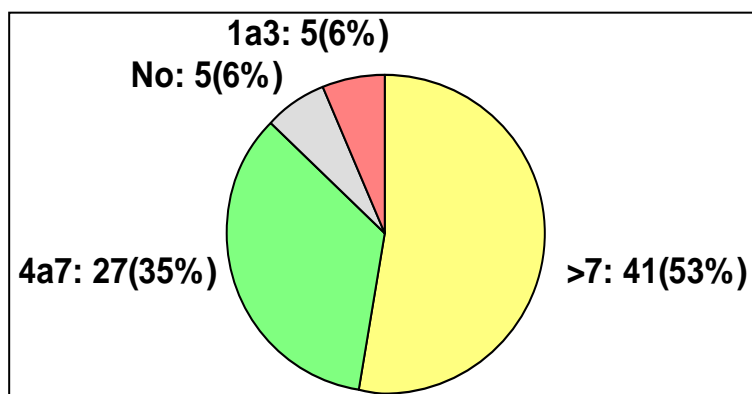


Figura 6: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *controles prenatales previos al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes *iguales o mayores de 15 años analizadas*. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=78)

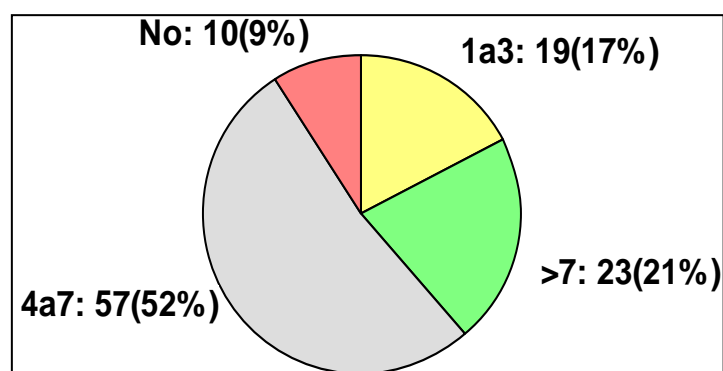


Figura N° 7: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *controles prenatales previos al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes *menores de 15 años analizadas*. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=109)

Una variable de importancia sanitaria es el aborto, por todas sus implicancias sean éstas culturales o sociales, nótese que el 20% de las embarazadas analizadas refirieron haber tenido uno (figura N° 8).

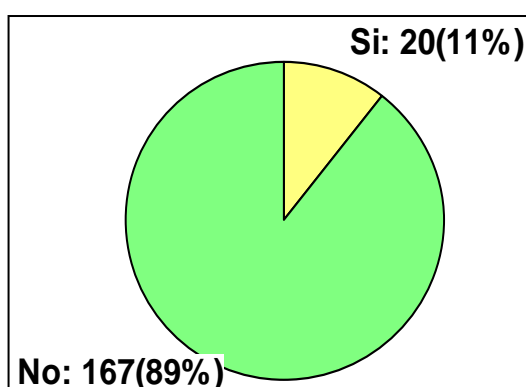


Figura N° 8: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *aborto previo al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=187)

Al discriminar según grupo de edad al momento del primer parto se pudo observar que en las mayores es del 10% (figura N° 9) y las menores del 12% (figura N° 10)

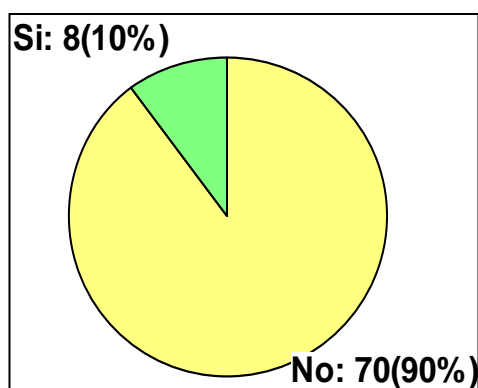


Figura N° 9: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *aborto previo al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas *iguales o mayores de 15 años*. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=78)

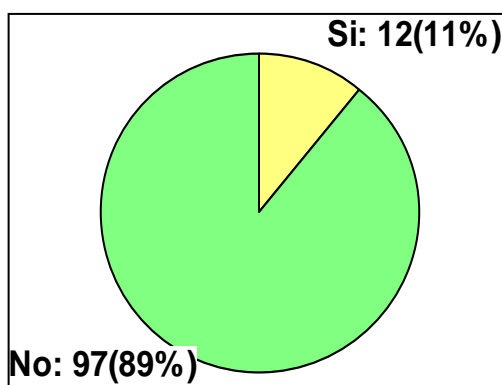


Figura N° 10: Distribución de los casos analizados según la consignación en la ficha CLAP de *aborto previo al embarazo actual* de las embarazadas adolescentes analizadas *menores o iguales de 15 años*. Los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=109)

El análisis de la situación de convivencia de las adolescentes analizadas mostró que el 53% (n=135) mantenía una situación de pareja, mientras que en menores o iguales de 15 años fue del 48% (n=52) y en iguales o mayores de 15 años de 56% (n=83).

Tabla 3: Frecuencias absolutas y relativas para la variable convivencia en embarazadas adolescentes analizadas del Valle de Punilla, Córdoba. (n=257)

	Tipo de convivencia	n	%
Muestra	<i>Pareja</i>	135	53
	Soltera	122	47
<i>Edad al 1° parto</i>			
<15 años	<i>Pareja</i>	83	56
	Soltera	65	44
≥15 años	<i>Pareja</i>	52	48
	Soltera	57	52

Referencias: n: número de casos; %: porcentaje de casos; ≤: menor o igual; >: mayor. La comparación entre grupos de edad arrojó un valor de $p=0,4174$ (Chi Cuadrado Pearson)

DISCUSIÓN

En el 2010 la región de América Latina y el Caribe estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos cada 1000 mujeres entre las edades de 15 y 19 años de edad) (136).

Son diversos los factores que podrían explicar el embarazo en la adolescencia pero en general es el resultado de la ausencia del poder de decisión y de circunstancias que están fuera del control de la adolescente, como ser la pobreza, la falta de educación, la falta de educación sexual integral, falta de servicios de salud adecuados para los jóvenes, falta de métodos anticonceptivos económicos y accesibles, o una combinación de estos factores, agregando a estos factores las presiones de compañeros, padres, familias y comunidades, a la vez es el resultado de la violencia y la coacción sexual. Las adolescentes que tienen poca autonomía, particularmente, las que son forzadas al matrimonio, tienen escaso poder de decisión sobre si quieren quedar embarazadas.

Según datos, ya conocidos, del INDEC (2016), en el país, el 30,3% de los argentinos viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo, al acceso a la información y a su interacción con la sociedad; alcanzando el 6,1% la indigencia.^c

La educación y el trabajo son factores clave en el desarrollo de los/las adolescentes. La iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. Según estudios recientes, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los

^c INDEC: http://www.indec.gov.ar/nivel3_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=27

varones es de 14,4 años y la de la mayoría de las mujeres es de 15,2 años, en general, con novios o con amigos. Las mujeres, además de iniciarse sexualmente a edades tempranas, son muchas veces obligadas y padecen de violencia sexual. Esto las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados. Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo, y de profundización de la pobreza.

Según el estudio Cedes/Conapris, tener un hijo/a es un proyecto de vida para muchas adolescentes. Este estudio fue realizado en quince maternidades públicas de la Argentina, de las siete zonas con más altas tasas de fecundidad adolescente de las provincias de Misiones, Chaco, Catamarca, Salta y Tucumán, de Rosario y del conurbano bonaerense. Se entrevistaron 1650 madres adolescentes, entre 15 y 19 años, entre diciembre de 2003 y febrero de 2004. Más de un tercio de las entrevistadas refirió que el embarazo era la única forma de concretar un proyecto de vida. La edad promedio del primer embarazo fue de 16 años y medio. El 15,2% de las encuestadas tenía más de un hijo, pero en Tucumán y La Matanza más del 30% se encontraba en esa situación. Más de la mitad de estas adolescentes no estudiaba al momento de embarazarse; de las que estudiaban, solamente 4 de cada 10 continuaron la escuela hasta cerca del momento del parto, y un tercio de las que abandonaron la escolaridad dijeron que lo hicieron por vergüenza o temor a ser discriminadas (137).

Ante la sospecha de un embarazo, previo a la solicitud del test de embarazo, es conveniente realizar acciones de consejería con el objetivo de escuchar y brindar sostén a la adolescente y dialogar sobre la posibilidad de un

embarazo. El trato hacia la paciente debe ser de respeto y sin juzgamientos para establecer, así, una relación de confianza que permita su acompañamiento y seguimiento. Asegurar el mantenimiento de la confidencialidad es clave (138). Pero, si el embarazo se confirma, es obligatorio según nuestras leyes informar a los padres, tutores o a un adulto responsable.

Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA) y el Programa Sumar, en 2014 el 13,8% del total de partos provinciales con nacidos vivos de madres adolescentes corresponden al Departamento Punilla (139), figura N°11.

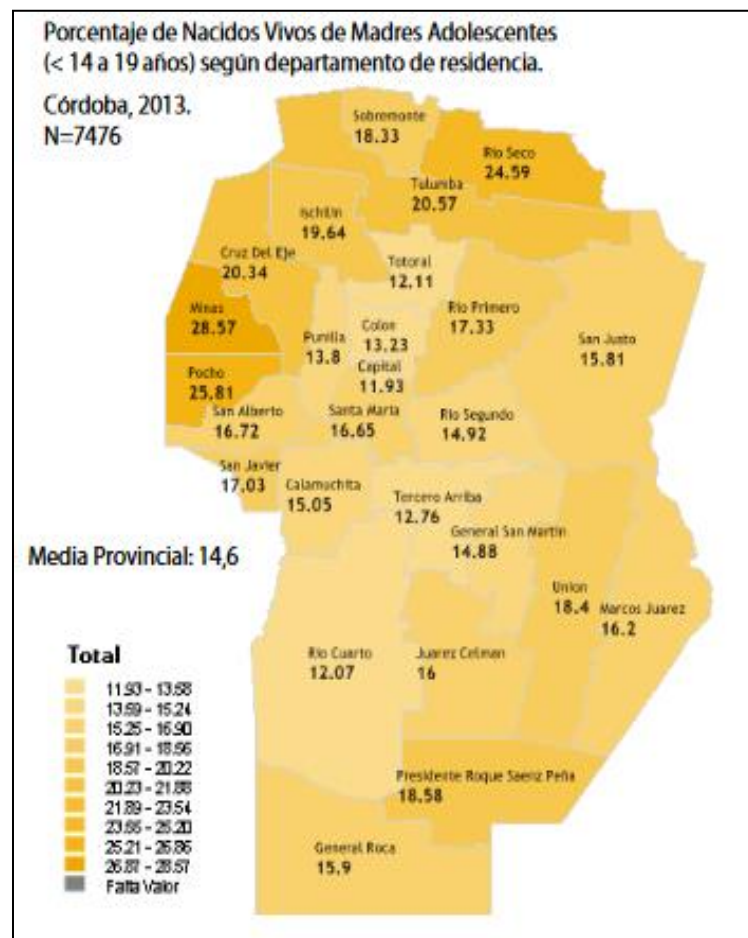


Figura N°10: Nacidos vivos de madres adolescentes. Fuente: Departamento Central de Estadísticas. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba. 2014

Nuestro análisis abarca madres adolescentes encuestadas en una institución de tercer nivel de atención del interior provincial, Hospital “Domingo Funes”, que circunda un área de amplia influencia turística, Valle de Punilla, fundamentalmente de la localidad de Santa María a 6 km de la ciudad de cabecera del valle, Cosquín. Santa María de Punilla es una localidad situada en el departamento Punilla de la provincia de Córdoba, habitada por más de 9.500 habitantes (INDEC, 2010) situada sobre la Ruta nacional 38 y sobre el ferrocarril General Belgrano. Se ubica a aproximadamente 42 km al noroeste de la Ciudad de Córdoba y a 3 km al sur de la capital departamental (Cosquín). El municipio se sitúa además sobre la vera del río Cosquín. La pequeña ciudad hace décadas está conurbada por el sur con Villa Caeiro (que está conectada con Bialet Massé) mientras que, por el norte, mediando el arroyuelo llamado del Rosario o de San José, Santa María está íntegramente conurbada con la más antigua Villa Bustos y luego casi contiguamente con la ciudad de Cosquín. Actualmente Villa Bustos y Villa Caeiro son barrios que pertenecen al municipio de Santa María de Punilla. Desde el punto de vista sanitario, cuenta con el Hospital Provincial Regional "Domingo Funes", ubicado en el barrio Villa Caeiro, unos 2 kilómetros al este de la ruta nacional 38. El mismo es el más importante de la región Punilla; además con el Hospital Psiquiátrico Santa María De Punilla y el Ceproc (Centro de Excelencia en Productos y Procesos de Córdoba), ubicado a 15 cuadras al este del centro de la localidad y un Dispensario Municipal.

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes

y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social (140).

La tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz (<15 años) o adolescencia tardía (\geq 15 años). El análisis de este indicador en nuestro país muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía (141).

Retomando nuestra investigación, para la mujer, el embarazo y el nacimiento de un bebé, especialmente del primer hijo, repercuten profundamente en el ámbito físico, mental, emocional y social (142).

El análisis estadístico de la DEIS muestra al Departamento Punilla como el 5° en cantidad de nacimientos con una tasa del 5,4% en menores de 20 años. El análisis realizado sobre antecedentes familiares de primera línea de enfermedades, de estas madres adolescentes, tales como tuberculosis (1%), diabetes mellitus (30% vs 15%) e hipertensión arterial (27% vs 31%) mostró cifras alarmantes, más en <15 años.

Como manifiestan, Vides-Torres SJ y col.,(143) que entre los antecedentes familiares patológicos más frecuentes se encontró que la Hipertensión arterial es la patología más frecuente, seguida de la Diabetes Mellitus, siendo ambas patologías un problema de salud en todos los grupos poblacionales a nivel mundial actualmente.

Respecto al consumo de alcohol y tabaco un 100% refiere no haber consumido alcohol o tabaco en los últimos 6 meses y negaron el uso de drogas en el último año, no así el tabaquismo pasivo cercano al 9%, en comparación a un

estudio realizado en México en el 2009 que muestra que hubo maltrato fetal por consumo de drogas en 24,5% mujeres, provocando repercusiones tanto maternas como fetales (144).

Debido a la edad de las adolescentes, la mayoría se ubicó en educación secundaria, siendo preocupante, según la OMS, que casi todas abandonaran sus estudios al enterarse de su embarazo -tal como se describe en estudios previos sobre el tema-, lo que conlleva falta de oportunidades laborales y sociales, el síndrome de fracaso de la adolescente embarazada y mayor riesgo de repetir el embarazo en los próximos dos años (145).

Se ha reportado que la deserción escolar es un factor de riesgo para el embarazo adolescente; quienes desertan posteriormente al embarazo, tienen menor posibilidad de terminar su educación secundaria(146).

Todas las adolescentes refirieron conocer información sobre métodos de planificación familiar, sin embargo, no lo utilizaron o simplemente no consideraron necesaria su utilización (similar a lo reportado en la literatura); esto evidencia que la difusión de métodos de planificación familiar, la disponibilidad de los mismos, y quién y cómo educa, no cumplen con las expectativas (147,148).

Los educadores de metodología anticonceptiva son predominantemente los maestros de las escuelas secundarias (149).

Los adolescentes habitan dos espacios al mismo tiempo: la infancia y el pasaje hacia la adultez. Este fenómeno produce continuas contradicciones en sus conductas: piden libertades y las ejercen, pero al mismo tiempo necesitan ser cuidados; suelen delegar en otras figuras la protección ya que no aceptan la de sus

padres porque en su búsqueda de identidad y de ser reconocidos como adultos producen un distanciamiento con sus progenitores.

Ante esto, sustituyen la dependencia con nuevas figuras, como amigos y pareja. Así, el ejercicio de la sexualidad los pone en riesgo; desde lo consciente, parece que reconocen el temor al embarazo, pero en el momento en que debiera articularse con la protección mediante el uso de métodos anticonceptivos, el temor queda excluido en la práctica. La práctica corresponde a las libertades y al mundo de los adultos, y el uso de anticonceptivos también debiera incluirse en este mundo; sin embargo, la escisión entre cuerpo y mente, un fenómeno de despersonalización, deja excluida la posibilidad de ejercer el dominio sobre sus acciones.

Además, es necesario tener en cuenta que los adolescentes tienen menos experiencias de vida, pueden estar más presionados por sus pares y suelen comportarse de manera más transgresora. Numerosos estudios muestran el enorme efecto que tiene el grupo de pares sobre los comportamientos de riesgo; por ende, el adolescente tiende a comportarse de la manera requerida por los líderes de su grupo de pares (150).

Nuestras adolescentes, a través de la currícula estudiantil, campañas municipales, hospitalarias, acciones directas de provisión de insumos del Programa Provincial de Salud Sexual y reproductiva de la provincia y ONGs, acceden a la información sobre prevención del embarazo y enfermedades infectocontagiosas, como está consignado en la ficha CLAP. No obstante, las investigaciones sobre los factores de riesgo y las estrategias para prevenir el embarazo adolescente son múltiples y manifiestan que aun así el embarazo

adolescente lejos de disminuir su tendencia la aumenta, situación que muestran nuestros resultados y estadísticas nacionales.

Como publica Meade y cols, el uso inconsistente de anticonceptivos y la actividad sexual de alto riesgo son predictores conocidos de embarazos adolescentes y aún repetidos,(151) mientras que la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) ha demostrado eficacia en esta situación para la prevención de primer embarazo y embarazos repetidos (152).

De acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (153) y el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estadounidense (154), los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (*long-acting reversible contraception [LARC]*) pueden ser utilizados prácticamente por cualquier mujer en edad reproductiva que quiera evitar embarazos no deseados.

Se consideran como métodos reversibles de larga duración todos aquellos comercializados en Argentina que mantienen el efecto anticonceptivo durante más de dos ciclos ovulatorios, y que tras el cese de su utilización permiten recuperar la fertilidad rápidamente. Históricamente, las adolescentes y las pacientes jóvenes han sido excluidas de la posibilidad de utilizar LARC, probablemente debido a los muy extendidos mitos sobre la posibilidad de que provoquen infecciones o infertilidad. Sin embargo, son justo estas pacientes, por su mayor fertilidad y por la mayor frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, las que más riesgo presentan de tener un embarazo no deseado. Por suerte, en los últimos años muchos profesionales y organizaciones sanitarias han hecho grandes esfuerzos para promover esta excelente solución anticonceptiva entre una población de mayor riesgo para el embarazo no deseado (155).

Sin embargo, la utilización de LARC en madres adolescentes es limitada, y, a pesar de investigaciones clínicas y comunitarias, todavía quedan lagunas en la comprensión de cómo los adolescentes abordan la toma de decisiones sobre anticoncepción y embarazo en el período postparto (156-158).

Es sabido que las adolescentes, pese a conocer la existencia de métodos anticonceptivos y lugares donde acceder a ellos, no consultan debido a múltiples barreras desde los sistemas de salud y por falta de educación sexual. En relación con el modo y continuidad de uso de los anticonceptivos, se han observado mayores tasas de fracaso y pérdida de seguimiento en adolescentes que en mujeres adultas (159), en especial con los anticonceptivos que requieren la motivación de la usuaria para su correcto uso, como son los anticonceptivos orales y los preservativos.

La Organización Mundial de la Salud y la *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (160) han recomendado, para adolescentes, el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada o LARC como los dispositivos intrauterinos y los implantes, ya que se asocian a tasas más elevadas de continuidad, efectividad y satisfacción de uso que los anticonceptivos combinados orales e inyectables; rechazan, pues, los mitos asociados a la utilización de LARC en las adolescentes, como el mayor porcentaje de infecciones o las consecuencias negativas para la fertilidad futura (161).

Algunos estudios sobre el uso del implante anticonceptivo subdérmico con etonogestrel en adolescentes para la prevención del primer y segundo embarazo han observado mayores tasas de continuidad que con otros anticonceptivos, por no depender del manejo directo de la usuaria y por su prolongada duración de 3 años (162-164).

Puede ser utilizado desde la menarquia y tiene pocas contraindicaciones, debido a que es un anticonceptivo de progestágeno solo, que puede utilizarse con seguridad después del parto. Para su colocación efectiva se debe contar con profesionales capacitados en educación para la salud, en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes y un acceso universal a anticonceptivos LARC como existen en nuestra provincia.

Los adolescentes construyen “fábulas personales” en las que se perciben a sí mismos como inmunes a cualquier riesgo en particular. Estas historias personales fabuladas anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si ésta no existiera o no importara, por lo que podría suponerse que las jóvenes piensan que a ellas “no les va a suceder” (165).

Es sabido que los factores que aumentan este riesgo son: la ausencia de información veraz, la información facilitada por amigos, que puede ser limitada y contaminada con prejuicios. Por otra parte, la información obtenida de fuentes como revistas o películas presenta una visión diversa de la sexualidad. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la "ilusión de que saben", y por tanto no ven la necesidad de buscar información, actuando en base a creencias erróneas.

En la revisión realizada en Cuba (166) con relación a los medios por los que recibieron educación sexual los adolescentes, el 69,1% de los padres juega el rol fundamental y desempeña una ardua labor educativa. La televisión con el 64% le sigue en orden, pues la mayor parte de los adolescentes plantean que el uso correcto del condón es muy difundido por esta vía.

Cueca A, Salvador J y Maradiegue E, determinaron que las madres que acudieron a las charlas prenatales demostraron tener un mayor conocimiento del método del ritmo, menor temor al empleo de MAC y mayor información sobre la reproducción humana. Sin embargo, no se objetivó que supieran más sobre ETS, SIDA, ni que tuvieran mejor conocimiento del resto de métodos anticonceptivos, probablemente porque ya los conocían desde antes, por la gran difusión que existe (167).

Los datos apoyan la idea de que las adolescentes cuentan con información sexual al alcance de la mano, pero evidentemente carecen de un correcto manejo de la información recibida, tal como concluyen Méndez y Thomas y cols. A pesar de que éste y otros estudios señalan la falta de una adecuada orientación (y no mera información) en materia de educación sexual, concluyen que la proporción de adolescentes que se inician a los 13 y 14 años habla de la necesidad de un accionar preventivo más temprano por parte de los adultos significativos (padres, maestros y profesionales de la salud) (168,169).

Brahmbhatt H y cols, en su trabajo en EEUU, estudian el impacto del embarazo sobre la salud y el sustento de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. Exploraron los factores sociodemográficos, conductuales y ambientales asociados con el embarazo adolescente en cinco entornos urbanos desfavorecidos. La escolarización y el uso del condón en el primer acto sexual disminuyeron las probabilidades de embarazo. Los factores asociados con mayores probabilidades de embarazo fueron el debut sexual temprano en aquellos que no fueron criados por sus progenitores, el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en el último mes, violencia en la comunidad y un entorno físico deficiente. La prevalencia reportada de embarazo adolescente varió sustancialmente en entornos urbanos económicamente desfavorecidos. Estas diferencias se

relacionaron con grandes diferencias en la experiencia sexual, que pueden estar subnotificadas, y los diferentes contextos ambientales. El riesgo de embarazo debe entenderse dentro del contexto específico en que los adolescentes residen, prestando especial atención a los factores de nivel de vecindario (170).

A este respecto, Chandra-Mouli y cols, publican que el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias representan un importante problema de salud pública en muchos países de ingresos medios bajos del mundo. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado recientemente directrices basadas en datos probatorios que abordan seis áreas: prevención del matrimonio precoz; prevenir el embarazo temprano mediante la educación sexual, aumentar las oportunidades de educación y los programas de apoyo económico y social; aumentar el uso de anticonceptivos; reducir el sexo coaccionado; prevenir el aborto inseguro; y el aumento del uso del cuidado prenatal, el parto y el cuidado postparto. En cada una de estas áreas, la Organización Mundial de la Salud recomienda orientaciones para futuras investigaciones (171).

En lo referente a las fábulas personales ya mencionadas, es necesario considerar las intervenciones del mundo adulto, que permanentemente envía mensajes culturales agresivos y contradictorios que incitan al ejercicio de libertades sexuales sin responsabilidad. Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen una escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos.

Respecto a la mortalidad materna en la muestra analizada, no se consignó muerte alguna. Al contrario de los dichos publicados por Conde-Agudelo y cols. y Patton y cols., el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las

diferencias entre los que más y menos tienen. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (172,173).

Para la OMS, por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud. Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto (174).

En las adolescentes estudiadas también se puso de manifiesto, como mencionan otros autores (175), el antecedente de haberse practicado un aborto. Un alto porcentaje ya tenían abortos previos y algunas al menos un parto anterior, lo cual se corresponde con lo planteado en otras investigaciones. La explicación de este hecho no es otra que las adolescentes toman la interrupción del embarazo como un método de contracepción (176,177,178); confirma esta aseveración el hecho de que las mayoría de las adolescentes fueron a su primera relación sexual sin usar método anticonceptivo y aún en el momento del aborto seguían sin utilizarlo, por lo tanto no era raro la repetición de un embarazo. Existen muchos

factores en la génesis de las crisis de la adolescencia, tanto psicológicas, sociales como biológicas (179,180), dentro de estas están: la realización de abortos provocados y la maternidad temprana, al igual que el hecho de vivir en el seno de familias monoparentales, con vínculos conyugales deshechos y con mala relaciones entre los progenitores.

En cambio, en nuestra casuística se consignaron valores superiores al 10% en recién nacidos muertos en madres adolescentes, más en <15 años dato de interés en nuestras embarazadas, el 21% de ellas tuvo menos de 4 controles antenatales, datos similares a los de Delgado y cols, quienes publicaron que uno de los principales factores antenatales relacionados con muerte neonatal fue el alto índice de gestantes sin control prenatal o un control deficiente ⁽¹⁸¹⁾.

Muchos autores reconocen que éste es importante y que una paciente sin control prenatal tiene 5 veces más posibilidades de ver morir a su recién nacido ⁽¹⁸²⁾, sobre todo porque se relaciona con parto pretérmino (183).

Diferentes autores coinciden en referir que la mayoría de muertes neonatales provienen de embarazos de riesgo alto, siendo comparables sus resultados con los hallados en este estudio (184,185).

Al analizar el tipo de parto, en nuestras pacientes predominó el vaginal (61% para <15 años y 70% para >15 años).

Para la OMS, a nivel mundial, a fines del siglo XX, entre 15% y 20% de todos los nacimientos en países en desarrollo fueron de madres adolescentes (186).

Autores como Conde y cols y Omole-Ohosi y cols manifiestan que el embarazo adolescente ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial, los resultados de diversos estudios son variados y contradictorios (187,188).

Esta situación se asocia con un aumento de riesgo de distintas complicaciones obstétricas y perinatales, tales como endometritis puerperal, hemorragia postparto, bajo peso al nacer, pre eclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, etc. (189).

Además, se ha evidenciado que las gestantes adolescentes tienen menor riesgo de múltiples complicaciones, como hemorragia y diabetes gestacional, así como terminación del embarazo vía cesárea, lo cual concuerda con nuestra investigación.

Respecto al parto por cesárea, *el 20% de nuestras pacientes tuvieron partos previos a término sin que se consignare si fueron cesáreas*, existen países que promueven la cesárea abdominal en pacientes con y sin antecedentes de cesárea previa. Actualmente en EEUU la incidencia promedio nacional llega al 25%, creciendo a un ritmo sostenido del 1% anual. Investigadores de EEUU sostienen que el aumento de la incidencia de cesáreas ha contribuido al descenso de la morbimortalidad fetal. Los investigadores de Dublín consideran que las mujeres de EEUU se están exponiendo a los riesgos de la cesárea sin reales beneficios de sus hijos. En Dublín, con 6% de incidencia de cesáreas, obtienen la misma incidencia de morbimortalidad fetal que en EEUU con 25%. Otros países con incidencias altas de cesáreas abdominales son: Brasil con un 35%, Chile entre un 25 a 33% y México con un 29% (190-193).

Pero es un dato a destacar que, según la bibliografía, en relación a estadísticas de *“incidencia de partos vaginales con antecedente de cesárea*

previa” que van desde 15,5% hasta 78%, y tomando algunos datos de parámetros como ser EEUU con 60%, España 40 a 60%, Brasil menos el 44%. Presentándose un número muy reducido de complicaciones; 1,32% de rotura uterina. Inclusive con incidencias de complicaciones obstétricas menores que EEUU con 3,3% de roturas uterinas, que al no fomentar esta indicación tienen cifras más altas debido a la escasa experiencia que presentan en el manejo de las pruebas de trabajo de parto, argumentando y fomentando la cesárea como forma de disminuir la morbilidad materno perinatal (194-197).

Diferimos con lo publicado por Cortés (198) que encontró que el 68% de los casos eran de madres <20 años, en el número de gestas previas las primigestas ocuparon el 54,2% y que el 69,8% de las madres se realizaron controles insuficientes. Nosotros hayamos sólo el 28% en nuestra casuística.

Torres-Torres EC y Ramirez-Ambato LR (199), publican en su trabajo un 18% de gestas previas, dato consistente con nuestros hallazgos.

Las adolescentes analizadas tienen consignado al menos un aborto en el 20% de los casos, dato que desnuda una situación social anómala de altísimo riesgo en relación a edad. Se destaca la importancia de conceptualizar y medir las normas y los estigmas en torno a todas las decisiones relacionadas con el embarazo y no al aborto exclusivamente. En realidad, las mujeres no toman decisiones de aborto en un vacío donde sólo piensan en él, sino en un contexto de otras opciones ante el embarazo.

Estudios previos informan que las percepciones del aborto y la adopción entre mujeres jóvenes en el Sur de los Estados Unidos se basan en normas sociales en torno a la maternidad. Para Smith y cols, las normas sociales y el estigma pueden desempeñar un papel importante en el comportamiento de la salud

reproductiva y la toma de decisiones para las mujeres jóvenes en el Sur de los Estados Unidos, que experimentan desproporcionadamente embarazos no deseados. La investigación aún no ha descrito la presencia y las manifestaciones de las normas sociales y los estigmas en torno al embarazo no deseado, la crianza de los hijos, la adopción y el aborto desde la perspectiva de esta población. Los hallazgos informan el desarrollo de intervenciones para reducir el estigma y crear el ambiente social en el cual las mujeres jóvenes están facultadas para tomar las mejores decisiones reproductivas por sí mismas (200).

En cambio, Kendal y cols, en un estudio de óptica más amplia, manifiestan que el embarazo no deseado ha sido convencionalmente definido como un embarazo que no es oportuno o no deseado, y esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en la investigación de encuestas. Este estudio explora la utilidad de estos constructos para las mujeres que visitaron una clínica de planificación familiar y una clínica prenatal en el centro de la ciudad de Nueva Orleans, LA, y, por extensión, para las mujeres de antecedentes y experiencia similares. Utilizaron una investigación semiestructurada y abierta para explorar el debut sexual y la historia, el conocimiento y el uso de anticonceptivos, el historial del embarazo y las relaciones en la pareja. Este estudio aborda la aparente paradoja de los comportamientos sexuales y anticonceptivos de alto riesgo en presencia de preferencias expresadas para posponer la maternidad. Proporciona una idea del contexto cultural y social en el que tienen lugar estos eventos y decisiones y explora las múltiples dimensiones que configuran las conductas sexuales de las mujeres y sus deseos de embarazo. Las dimensiones exploradas incluyen percepciones y experiencias con sexo/sexualidad, valores relativos a la maternidad / maternidad, relaciones con parejas, experiencias con anticonceptivos y actitudes hacia el aborto. La aparente ambivalencia observada en los informes

de mujeres a las que se les pregunta si se pretendían un embarazo, como a aquellas que no deseaban embarazarse, pero no usaban anticonceptivos o lo usaban de manera irregular, cuestiona la idea de que la intención se puede inferir de manera rutinaria y fácil de la investigación de encuestas. En consecuencia, no es posible simplemente asumir que la intencionalidad o las intenciones futuras afectan directamente a las decisiones de usar la anticoncepción. El problema es que los muchos factores -estructurales e individuales- afectan las preferencias de las mujeres y la capacidad de posponer un embarazo o de usar anticonceptivos (201).

Como se ha encontrado en muchos escenarios publicados por diferentes autores de todo el mundo, nuestros participantes narraron cómo quedar embarazada durante la adolescencia amenaza: la capacidad de una niña para permanecer en la escuela, genera desventajas económicas y la participación social futura.

En congruencia con Almeida y Aquino, que en su estudio evaluaron la asociación entre el embarazo adolescente y la finalización de la educación básica, mediada por indicadores macrosociales en individuos de 18 a 24 años en Brasil (n=4.634). El 29,6% de las chicas declararon que habían quedado embarazadas antes de cumplir los 20 años, las niñas embarazadas de hogares con un ingreso familiar menor de 70 dólares tenían más probabilidades de no completar la educación básica. Es vital que el sistema escolar brinde a las niñas y los niños orientación sobre sexualidad y anticoncepción y los aliente a permanecer en el sistema educativo (202).

En una línea similar de investigación de Childs, Knight y White, en niñas adolescentes afroamericanas no embarazadas, publicaron que, a pesar de la disminución de las tasas de embarazo en adolescentes, las tasas entre las niñas

afroamericanas adolescentes siguen más altas que en otros grupos étnicos. Las participantes manifestaron que quedar embarazadas durante la adolescencia tendría un impacto negativo en su educación, familia y compañeros; además, mostraron sentimientos de vergüenza en caso de que quedaran embarazadas (203).

Para Mollborn y Jacobs, (204) el contexto económico y social actual exige una evaluación renovada de las consecuencias de una transición temprana a la paternidad. En entrevistas a 55 madres adolescentes en Colorado (EEUU), encontraron que éstas experimentaron problemas económicos y sociales severos. Financieramente, aunque la mayoría recibió ayuda de la familia y a veces del progenitor, las necesidades básicas a menudo permanecieron insatisfechas. Socialmente, la desaprobación de las familias y las comunidades a la maternidad temprana influyó negativamente en el apoyo que recibieron estas madres jóvenes, en sus interacciones sociales y en sus experiencias con las instituciones sociales.

Para Hofferth, Reid y Mott, y según el contexto de los efectos de la maternidad adolescente en la escolarización de las mujeres jóvenes, realizaron una encuesta para examinar el impacto de la maternidad temprana en las tasas de graduación de la escuela secundaria y la asistencia a la universidad. Los datos obtenidos muestran un impacto negativo significativo de un embarazo adolescente en las tasas y años de escolaridad completa. Citan que los efectos en la finalización de la escuela secundaria disminuyeron en períodos recientes porque más mujeres jóvenes completaron la escuela secundaria, independientemente del momento de su primer parto. Sin embargo, aquellas que se embarazan luego de completar la escuela, en los años noventa, completaron sus estudios en el 44% de los casos analizados en relación al 27% de las madres adolescentes que no completaron su escolaridad secundaria. Concluyeron que, aunque existe una proporción menor de mujeres jóvenes que se convirtieron en madres adolescentes,

que la maternidad temprana es un tema muy importante para los responsables de la formulación de políticas sociosanitarias, ya que, uno de cada ocho nacimientos ocurre a una adolescente (205).

Investigaciones relacionadas indican que mantener a las niñas en la escuela reduce significativamente la probabilidad de quedar embarazadas durante la adolescencia.(206,207) Por lo tanto, consideramos, que los programas diseñados para mantener a las mujeres jóvenes en la escuela y proporcionar servicios de salud prenatal a las que ya están embarazadas son críticos.

Al discriminar los abortos previos según grupo de edad al momento del primer parto se pudo observar que en las mayores de 15 años es del 10% y las menores del 12%.

CONCLUSIONES

El abordaje del embarazo en la adolescencia requiere de una desagregación del concepto para ofrecer respuestas acordes a cada situación y con una mirada integral que contemple tanto la educación en salud sexual y reproductiva para proporcionar información objetiva e integral acerca de los métodos anticonceptivos, cubrir los vacíos de conocimiento acerca de su uso correcto y los efectos secundarios típicos, para mejorar su comprensión respecto del método y las posibles consecuencias del uso incorrecto.

Respecto a la prevalencia de madres adolescentes analizadas del Valle de Punilla, se puede afirmar que el valor hallado en este trabajo concuerda con los publicados por organismos oficiales, tanto a nivel provincial como nacional.

El tipo de seguimiento consignado en la ficha CLAP, muestra una realidad a mejorar, dado que casi una cuarta parte de las madres adolescentes analizadas del Valle de Punilla no tuvieron o éstos fueron insuficientes.

Finalmente, la situación de convivencia evidenció que más de la mitad de la muestra mantenía una situación estable de pareja, se destaca que dicha situación fue levemente mayor en las menores de 15 años.

RECOMENDACIONES

La política pública debería estar enfocada a tratar el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública multicausal de manera que se incorpore las variables como: la pobreza, dependencia, violencia, acceso a educación, ambiente socio cultural, acceso a información y capacitación, poniendo énfasis en los grupos más vulnerables, para que los niveles de embarazos adolescentes presenten reducciones importantes en el largo plazo.

Es importante que se sigan manteniendo los programas de capacitación para que las y los profesores puedan manejar una situación de esta magnitud y se asegure la continuidad de la adolescente en el sistema educativo. De igual forma, se debe insistir en la capacitación a los profesionales de la salud para asegurar que los y las adolescentes reciban servicios de calidad y que se incremente la visita de los mismos a centros de salud en busca de información y servicios.

Un aspecto sustancial a tomar en cuenta es que se ponga atención a la continuidad de la actual política pública. Si bien es cierto ha sido estructurada para el lapso de dos años, es necesario que se creen medios para que los ministerios y la sociedad puedan continuar con las buenas prácticas hacia la prevención del embarazo adolescente. Esto ligado a un buen sistema de monitoreo y planificación que ayude a que las internalizaciones de las mismas lleven a mejorar la vida de los y las adolescentes.

Es importante que la política pública esté enfocada siempre a la prevención y que la educación, capacitación e información sean la base de la misma. En el caso de la promoción de una buena salud sexual y reproductiva, es necesario que se mencione que no se está fomentando al comportamiento sexual

promiscuo e iniciación sexual temprana, más bien la política pública debe estar enfocada a la mejora de la calidad de vida de la población en general promoviendo mecanismos que faciliten el acceso a información y a servicios de calidad.

Como se ha demostrado el embarazo adolescente es un problema de salud pública, por lo tanto, es deber del Estado responder con acciones oportunas y mantener un constante monitoreo de la calidad de los servicios que se están ofertado, no solo en el campo de la salud y la educación sino también en todos los aspectos en los cuales el alcance de los mensajes de prevención sea visible.

En la actualidad hay que poner énfasis en el cambio tecnológico y basarse en el mismo para poder llegar a los grupos objetivos con una política clara, la misma que debe ponerse en ejecución y no ser solo un documento con buenas intenciones.

En el contexto de la problemática del embarazo adolescente, para tener un mejor control de la oferta por parte del gobierno es necesaria una constante evaluación a los prestadores de servicios, esto no solo por parte de las instituciones sino también de los usuarios quienes son los que se ven directamente beneficiados o perjudicados por la calidad de los servicios. El Estado debería poner a los y las adolescentes como un grupo primordial, porque esto es fundamentar el futuro, si los y las adolescentes culminan sus estudios, podrán tener mejores oportunidades, por lo que las políticas enfocadas a la juventud llevan consigo un cambio fundamental en el futuro del país.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ OMS, Salud de los adolescentes. Consultado: 7 de setiembre de 2016. Tomado de: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
- ² OMS, Organización Panamericana de la Salud. Recopilación de artículos. s.l. : Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2009, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 87:405-484.
- ³ Donoso, E. (2008). Embarazo adolescente: un problema país. Rev Chil Obstet Ginecol, 73:291-2.
- ⁴ Langille, DB. (2007). Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. CMAJ; 176(11):1601-2.
- ⁵ Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. (2007). Teenage pregnancy and congenital anomalies: which system is vulnerable? Hum Reprod; 22(6):1730-5.
- ⁶ Dorta E, Molina J, García-Fernández JA, Serra L (2004). Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. Clin Invest Gin Obst.; 31(4):118-23.
- ⁷ Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health.; 10(3):103-9.
- ⁸ Lindhorst T, Oxford M. (2008). The long term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. Soc Sci Med; 66(6):1322-33.
- ⁹ Caputo VG, Bordin IA. (2007). Mental health problems among pregnant and nonpregnant youth. Rev Saúde Pública; 41(4):573-81.

- ¹⁰ Doig, J. (2006). Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003, *Rev Per Pediat*, 59:6-11.
- ¹¹ Vigil P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, De-Mendieta A. (2007). Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Rev Obstet Ginecol Venez.* ; 67:73-7.
- ¹² Sáez, V. (2005). Morbilidad de la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*; 31(2).
- ¹³ Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.*; 68:144-9.
- ¹⁴ Prado, JJ. (2012). Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. *Rev Peruana Obstet Enferm.*; 8(1):2-9.
- ¹⁵ WHO/FWC/MCA. (2004). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Organización Mundial de la Salud, pp6.
- ¹⁶ Rodríguez-Rigual, M. (2003). Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatr.*; 58:104-6.
- ¹⁷ CDC. (2015). Prevención de embarazos en adolescentes. Un rol clave para los proveedores de atención médica. Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). [En línea] 11 de abril de 2016. <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/larc/index.html>.
- ¹⁸ Issler, JR. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Rev Posgrado Cát VIa Med.*; 107:11-23.
- ¹⁹ OPS-OMS. (2011). El embarazo en la adolescencia: lineamientos para el desarrollo de investigaciones y aspectos socioculturales. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- ²⁰ Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Rojas H. (2010). Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*; 27(1):38-44.
- ²¹ Fletcher, J. (2011). The effects of teenage childbearing on the short-and long-term health behaviors of mothers. *J Population Economics.*; 25(1):201-218.
- ²² Sen, B. (2003). Can beer taxes affect teen pregnancy? Evidence based on teen abortion rates and birth rates. *Southern Economic J.*; 70(2):328-343.
- ²³ Baeza A, Póo B, Vásquez F, Muñoz O, Vallejos S. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chilena Obstet Ginecol.*; 72(2):76-81.
- ²⁴ Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Rahme E, Gagnon AJ, et al. (2011). A comparison of low birth weight among newborns of early adolescents, late adolescents, and adult mothers in the Peruvian Amazon. *Matern Child Health J.*; 15(5):587-96.
- ²⁵ Rivera, S. Embarazo en Adolescencia Aspectos de tipo Social, Psicológico y Cultural. (2003). Consultado: setiembre de 2017: Disponible en: <http://www.besoiss.sear/adolescencia/broch.pdf>.
- ²⁶ Auchter M, Balbuena M. El impacto en el embarazo Adolescente Menores de 19 años. Argentina. (2001). Consultado: setiembre de 2017: Disponible en: <http://www.unne.ar/cyt/2001/3.Medicas/m-052.pdf>.
- ²⁷ Das Gupta M, Engelman R, Levy J, Luchsinger G, Merrick T, Rosen JE. El Estado de la Población Mundial 2014. UNFPA. (2014). Consultado setiembre de 2017. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP 2014% 20Report% 20Web% 20Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20Report%20Web%20Spanish.pdf)
- ²⁸ TNC, The National Campaign. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Why It Matters. (2015) Consultado: setiembre de 2017: Disponible en:

<https://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR2951>.

- ²⁹ Ryan, C. (1978). Complicaciones obstétricas en adolescentes. Clínica Obstetricia Ginecología p 1243. 1º ed. Ateneo, Buenos Aires.
- ³⁰ Maddaleno, M. (1995). La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación científica N° 525. Washington OPS-OMS, pp786-788,795-796.
- ³¹ González Merlo, J. (1992). Obstetricia. Masson, S.A. 4ª Edición pp786-788,795-796.
- ³² Ministerio de Salud. (2000). Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Bases programáticas. Ministerio de Salud. 2ª Edición. MINSA/OPS/OMS/ASDI.
- ³³ UNFPA. (2014). Maternidades tempranas. Enfrentar el reto del embarazo adolescente. Consultado: setiembre de 2017; Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/EPM-2013-Maternidades-Tempranas.pdf>
- ³⁴ Edwards, E. (2015). UNFPA: 10 cosas que desconoce sobre la población mundial. Consultado: setiembre de 2017; Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/news/10-cosas-que-desconoce-sobre-la-población-mundial>
- ³⁵ Geldstein RN, Pantelides EA. (2001). Riesgo reproductivo en la adolescencia, Cuadernos de UNICEF.
- ³⁶ Ministerio de Salud de la Nación-OPS. (2003). Indicadores básicos. Argentina.
- ³⁷ Della-Mora M, Landoni A. (2003). Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la Ciudad de Buenos Aires. Rev Hosp Materno-Infantil Ramón Sardá.; 22(1):3-10.

- ³⁸ Torres P, Walker DM, Gutierrez JP, Bertozzi SM. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México.*; 48(4):308-316.
- ³⁹ Molina, GR. (2011). El padre adolescente, su relación parental y de pareja. *Rev Última Década.*; 19(35):89-100.
- ⁴⁰ Zambrano P, Vera L, Flórez O. (2012). Relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Rev Científica y Cuidado.*; 9(2):9-16.
- ⁴¹ Pomata J, Fernández S, Rey P, Malisani L, Palonsky C, et al. (2006). Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente embarazada y su hijo. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.*; 25(1).
- ⁴² OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2005). Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y reproducción. Embarazo Adolescente.
- ⁴³ CLAP, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. (1990). Sistema Informático Perinatal. Public Cientif N° 1203.
- ⁴⁴ Rodríguez, J. (2008). Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Santiago de Chile : OIJ-CELADE.
- ⁴⁵ IPPF, Guttmacher Institute y Federation, International Planned Parenthood. (2010). Facts on the Sexual and Reproductive Health Of Adolescent Women in the Developing World. New York : IPPF.
- ⁴⁶ PAHO. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Consultado: febrero de 2018: Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es.

- ⁴⁷ Karolinski A, Mercer R, Salgado P, Ocampo C, Bolzán A, en representación del equipo de SIP-Gestión nacional y provinciales. (2013). Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires : OPS.
- ⁴⁸ Barragán HL, Moiso A, Mestorino MA, Ojea OA, et al. (2007). Fundamentos de Salud Pública. La Plata, Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- ⁴⁹ León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec.*; 5(1):42-51.
- ⁵⁰ Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos. Argentina. (2012). Consultado: Febrero de 2018. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>
- ⁵¹ DEIS. Estadísticas vitales. Información básica año 2011. (2012). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina Diciembre de 2012. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>
- ⁵² Gogna M, Binstock G, Fernández S, Ibarlucía I, Zamberlin N. (2008). Adolescent pregnancy in Argentina: evidence-based recommendations for public policies. *Reprod Health Matters.*; 16(31):192-201.
- ⁵³ Florez, CE. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública.*; 18(6):111.
- ⁵⁴ Näslund-Hadley E, Manzano G. (2011). Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente? New York : Banco Interamericano de Desarrollo.

- ⁵⁵ Näslund-Hadley E, Binstock G. (2010). The miseducation of Latin American girls: poor schooling makes pregnancy a rational choice. Technical Notes No. IDB-TN-204. New York : Inter-American Development Bank.
- ⁵⁶ UNISEF Argentina, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. UNICEF. [En línea] 11 de Abril de 2016. http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf.
- ⁵⁷ Fernández LM, Ongarato P, Carreras MA, Lupano ML, Quesada S. (2008). Perfil académico de los estudiantes de un colegio universitario de la UBA: apoyo social percibido, afrontamiento, estrategias de aprendizaje y habilidades. *Investigaciones en Psicología.*; 13(1):57-82.
- ⁵⁸ Binstock G, Näslund-Hadley E. (2010). Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología.*; 35:45-67.
- ⁵⁹ Mendoza LA, Arias GM, Mendoza LI. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.*; 77(5): 375 – 382.
- ⁶⁰ Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*; 121 (Suppl. 1): 40–48.
- ⁶¹ Lima, LC. (2010). Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Rev bras Est Pop (Rio de Janeiro)*; 27(1):211-226.
- ⁶² Fernandes Viellas de Oliveira E, Granado Nogueira da Gama S, Furtado Passos da Silva CM. (2010). Teenage pregnancy and other risk factors for fetal and infant mortality in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*; 26(3):567-578.

- ⁶³ Yego Faith, Stewart Williams Jennifer, Byles Julie, Nyongesa Paul, Wilson Aruasa, D'Este Catherine. (2013). A retrospective analysis of maternal and neonatal mortality at a teaching and referral hospital in Kenya *Reproductive Health*; 10(13):1-8.
- ⁶⁴ Ramirez RC, Nazer HJ, Cifuentes OL, Águila RA, Gutiérrez RR. (2012). Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbimortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 77(3):183-189.
- ⁶⁵ OMS. El embarazo en la adolescencia. (2014). Nota descriptiva N° 364, Centro de prensa, Actualización de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- ⁶⁶ Barbieri, RL. (2008). Update in female reproduction: A life-cycle approach. *J Clin Endocrinol Metab.*; 93:2439-46.
- ⁶⁷ Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Ávila-Reyes MA, Martín-Blanco EM, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre A. (1996). Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. *Bol Med Hosp Infant Mex.*; 53:84-8.
- ⁶⁸ Learman L, Huang A, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. (2008). Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. *Am J Obstet Gynecol.*; 198:710-1.
- ⁶⁹ Fonseca H, Graydanus D. (2007). Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. *Prim Care*; 34:275-92.
- ⁷⁰ Cuevas CB, Xolocostli MMA. (2007). Problemática del embarazo en adolescentes: una aproximación. *Salud de la comunidad*; 3:3-10.
- ⁷¹ Vázquez-Pizaña E, Rojo-Quiñones AR. (2000). Complicaciones del embarazo en adolescentes y en mayores de 20 años. *Bol Clin Hosp Edo San*; 17:36-42.

- ⁷² García H, Avendaño-Becerra NP, Islas-Rodríguez MT. (2008). Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. *Rev Invest Clin*; 60:94-100.
- ⁷³ Ortiz SR, Anaya ONI, Sepúlveda RC, Torres TSJ, Camacho LPA. (2005). Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Med Unab.*; 8:71-7.
- ⁷⁴ McNeely C, Show M, Beuhring T, Sieving R, Millar B, Blue R. (2002). Mothers influence on the timing of the first sex among 14 and 15 years old. *J Adolesc Health*; 31:256-65.
- ⁷⁵ Sanfilippo J, Lara-Torre E. (2009). Adolescente gynecology. *Obstet Ginecol.*; 113:935-47.
- ⁷⁶ Aldana E, Atkin LC. (1997). Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatol Reprod Hum.*; 11:184-9.
- ⁷⁷ Castaño TD, Restrepo SA, Portilla ND, Ramírez HD. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Invest Andina*; 10:57-66.
- ⁷⁸ Alvarado R, Martínez POA, Baquero UMM, Valencia CM, Ruiz SAM. (2007). Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Tocaima. *Rev Cienc Salud Bogota.*; 5:40-52.
- ⁷⁹ Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velásquez, Medina-Mora ME, Alcántara-Molinar EN, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Ment.*; 22:14-9.
- ⁸⁰ Furzan JA, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. (2010). Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Med Caracas.*; 118:119-26.
- ⁸¹ López RF, Moral RJ. (2003). Sexco, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Med Univer.*; 5:3-11.

- ⁸² DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud), Estadísticas vitales 2013. (2016). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro57.pdf>
- ⁸³ Bauer, F. (2015). FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM_agenda2016-2020.pdf
- ⁸⁴ Marin AH, Donelli TMS, Lopes RCS, Piccinini CA. (2009). Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia.*; 29:57-72.
- ⁸⁵ Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth.*; 19(2):64-81.
- ⁸⁶ Fisher J, Astbury J, Smith A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand J Psych.*; 31(5):728-738.
- ⁸⁷ Learman L, Huang A, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. (2008). Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. *Am J Obstet Gynecol.*; 198:710-1.
- ⁸⁸ Magaña, A. (2003). La adolescencia hoy. *An Pediatr.*; 58(Supl 2):95-6.
- ⁸⁹ Aberasturi, A. (2000). La adolescencia normal. Argentina: Paidós.
- ⁹⁰ Viñas Sifontes LN, Chávez Roque M, Virrella Trujillo ME, Santana Serrana C, Escalona Cabrera K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Rev Archivo Méd Camag.*;12(6):[aprox. 5p.].

- ⁹¹ Coto Batista T, García Raga M, Linares Rodríguez A. (2013). Efectividad de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual y embarazo en adolescentes. Bayamo 2010 - 2011. *Rev Multimed.*; 17(1):[aprox. 4 p.].
- ⁹² Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, et al. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública.*; 30(S1):S101-S116.
- ⁹³ Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. (2010). A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: Um olhar socioantropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Brasileira Saúde Materno-Infantil.*; 10(2):191-197.
- ⁹⁴ Fisher J, Astbury J, Smith A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand J Psych*; 31(5):728-738.
- ⁹⁵ d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Domingues RMSM, et al. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública.*; 30(supl.1):S168-S168.
- ⁹⁶ Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. (2013). Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cadernos de Saúde Pública.*; 29(12):2436-2446.
- ⁹⁷ Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. (2011). O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: Percepção de puérperas. *Cogitare Enfermagem.*; 16(2):247-253.
- ⁹⁸ Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: Percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.*; 18(2):269-269.

- ⁹⁹ Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 37(1):24-34.
- ¹⁰⁰ Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery.*; 23(3):235-247.
- ¹⁰¹ Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. (2013). Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Brasileira Ginecol Obstet.*; 35(6):281-285.
- ¹⁰² Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Brasileira Ginecol Obstet* 2009; 31(7):326-334.
- ¹⁰³ Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Leal MC. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública.*; 30(S1):S101-S116.
- ¹⁰⁴ Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*; 18(5):1303-1311.
- ¹⁰⁵ Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Brasileira Ginecol Obstet*; 26(10):791-798.
- ¹⁰⁶ Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. (2002). Tipo de parto: Expectativas das mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem*; 10(5):667-674.
- ¹⁰⁷ Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Leal MC. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da

- preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública.*; 30(S1):S101-S116.
- ¹⁰⁸ McCallum C, Reis AP. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: Experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.*; 22(7):1483-1491.
- ¹⁰⁹ Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent cesarean section and experience of childbirth. *BJOG: Ann Inter J Obstet Gynaecol*; 113(6):638-646.
- ¹¹⁰ Pedrosa AA, Pires R, Carvalho P, Canavarro MC, Dattilio F. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Fam Ther*; 33(2):107-127.
- ¹¹¹ Wahn EH, Von Post I, Nissen E. (2007). A description of Swedish midwife's reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth. *J Midwifery: Women's Health*; 23(3):269-278.
- ¹¹² Sauls, DJ. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur.*; 39(6):703-712.
- ¹¹³ Low LK, Martin K, Sampelle C, Guthrie B, Oakley D. (2003). Adolescents' experiences of childbirth: Contrasts with adults. *J Midwifery: Women's Health.*; 48(3):192-199.
- ¹¹⁴ Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*; 18(5):1303-1311.

- ¹¹⁵ Nader PRA, Cosme LA. (2010). Parto prematuro de adolescentes: Influencia de factores sociodemográficos e reproductivos, Espírito Santo, 2007. *Rev Enfermagem*; 14(2):338-345.
- ¹¹⁶ Gibbs CM, Wendt A, Peters S; Hogue CJ. (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatr Perinat Epidemiol.*; 26(S1):s259-s284.
- ¹¹⁷ Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Brasileira Ginecol Obstet.*; 31(7):326-334.
- ¹¹⁸ WHO (World Health Organization). (2004). Adolescent pregnancy: issues in adolescents health and development. Geneve.
- ¹¹⁹ Conde A, Belizán J, Lammers C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.*; 192(2):342-9.
- ¹²⁰ Omole-Ohonsi A, Attah RA. (2010). Obstetric outcome of teenage pregnancy in Kano, North-Western Nigeria. *West Afr J Med.*; 29(5): 318-22.
- ¹²¹ Gupta N, Kiran U, Bhal K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Reprod Biol.*; 137(2): 165-71.
- ¹²² Kovalskys I, Krochik AG. (2006). Embarazo adolescente y estado nutricional. Becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2002-2003”. Comisión Nacional de Investigación Sanitaria. CONAPRIS. Ministerio de Salud y Medio Ambiente Argentina. Disponible en: <http://studylib.es/doc/7395550/conapris-becas-%E2%80%9Cram%C3%B3n-carrillo-arturo-o%C3%B1ativia%E2%80%9D>
- ¹²³ Pomata J, Fernández S, Rey P, Malisani L, Palonsky C, et al. (2006). Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente embarazada y su hijo. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2006; 25(1).

- ¹²⁴ Molina SM, Ferrada NC, Pérez VR, Cid SL, Casanueva EV, García CA. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Med Chile.*; 132:65-70.
- ¹²⁵ Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic BN. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.*; 67(6).
- ¹²⁶ UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría. (2009). Salud Materno Infanto Juvenil en cifras.
- ¹²⁷ OPS, Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y reproducción. (2005). Embarazo Adolescente.
- ¹²⁸ Pomata J, Aspres N, WaismanM, Palonsky C, Blanco A, et al. (2009). Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*; 28(2).
- ¹²⁹ Muñoz PM, Oliva MP. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en embarazadas adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.*; 74(5):281-285.
- ¹³⁰ Ciaravino H, Martinez A, Benvenuto S, Gómez Ponce de León R, Torres S, Robles C. (2006). Aborto en adolescentes menores de 16 años. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*; 25(4).
- ¹³¹ Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Durán P, Serruya S, Mainero L, Porro R, Rubino M. (2011). Sistema Informático Perinatal (SIP): programas utilitarios y diagrama de redes: instrucciones de configuración del sistema. Montevideo: CLAP/SMR. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1588). Disponible en: <http://bit.ly/1Jww6dN>

- ¹³² Mainero L, Martínez G, Rubino M, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Durán P, Serruya S, Fescina RH. (2011). Sistema informático perinatal (SIP): manual de uso del programa para el análisis y aprovechamiento de la información. 2ª. Ed. Montevideo: CLAP/SMR. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1587) Disponible en: <http://bit.ly/1HQ8VH6>
- ¹³³ Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rosello JL, Durán P, Serruya S, Mainero L, Rubino M. (2011). Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR. (CLAP/SMR. Publicación Científica, 1584) Disponible en: <http://bit.ly/1GcGIgX>
- ¹³⁴ Mainero L, Martínez G, Rubino M, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Fescina RH. (2010). Perinatal information system (SIP): manual of the use of the program for the analysis and advantage of the information. Montevideo: CLAP/WR. (CLAP/WR. Scientific Publications; 1565-02) Disponible en: <http://bit.ly/1Mt29LF>
- ¹³⁵ DEIS, (2017) Dirección de Estadísticas Socio-demográficas con base en registros de hechos vitales del Departamento Central de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba Dirección General de Estadística y Censos. Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/Sociedad/Salud/Nacimientos/tabid/146/language/es-AR/Default.aspx>
- ¹³⁶ Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, Calva- Lopez LF, M, Perova EV (2012) Embarazo adolescente y oportunidades en américa latina y el caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. (1ra ed.) disponible en: <http://dds.cepal.org/infancia/publicaciones/ficha/?id=3202>
- ¹³⁷ Ministerio de Salud / CONAPRIS / CEDES. (2004). El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/publicaciones/if/2004/1698.pdf>

- ¹³⁸ Pomata J, Fernández S, Rey P, Malisani L, Palonsky C, et al. (2006). Guía y Recomendaciones para la Atención de la Adolescente Embarazada y su Hijo. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*; 25(1):88-89.
- ¹³⁹ Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (2014). Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA). Programa Sumar, UGP-Córdoba. Disponible en: <http://multimedia.cba.gov.ar/web/News2.pdf>
- ¹⁴⁰ UNICEF. (2001). Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas Oficina. Colombia.
- ¹⁴¹ UNICEF. (2013). Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Julio de 2013. Consultado: Febrero de 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf
- ¹⁴² Gomes VLO, Fonseca AD, Roballo EC. (2011). Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Rev Enfermagem*; 15(2):300-305.
- ¹⁴³ Vides Torres SJ, Delcid-Morazan AF, Barcan-Batchvaroff ME, Barahona-Zelaya WP. (2017). Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. *Arch Med.*; 13(1):1-6.
- ¹⁴⁴ Ramos GY, Barriga MA, Pérez MJ. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Rev Gine Obs*; 77:311-316.
- ¹⁴⁵ OMS, Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2005) Consultado: Febrero de 2018. Disponible en: http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf
- ¹⁴⁶ Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. (2007). Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. *Pers bioét.*; 11(2):170-185.

- ¹⁴⁷ Climent, GI. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Rev Argent Sociol.*; 7(12/13):186-213.
- ¹⁴⁸ Goicolea I, Wulff M, Öhman A, San Sebastian M. (2009). Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*; 26(3):221-228.
- ¹⁴⁹ Asociación de Profesores de Medicina Familiar A.C. (2005). Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, parte II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Familiar*; 7(1):15-19.
- ¹⁵⁰ Keating, DP. (1990). Adolescent thinking. En S. Feldman y G. Elliot (Eds.): *At threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ¹⁵¹ Meade CS, Ickovics JR. (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Soc Sci Med.*; 60:661.
- ¹⁵² Cox JE, Buman MP, Woods ER, et al. (2012). Evaluation of raising adolescent families together: a medical home for teen mothers and their children. *Am J Public Health*; 102:1879
- ¹⁵³ OMS, Organización Mundial de la Salud. (2009). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4.^a ed. Consultado: febrero de 2018. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/
- ¹⁵⁴ CDC, Center for Disease Control and Prevention. (2010). The US medical eligibility criteria for contraceptive use. *MMWR.*; 59(RR04): 85.

- ¹⁵⁵ Teal S, Romer E. (2013). Awareness of long acting reversible contraception among teens and young adults. *J Adolescent Health.*; 52: S35-9.
- ¹⁵⁶ Barnet B, Liu J, DeVoe M, et al. (2009) Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. *Ann Fam Med.*; 7:436
- ¹⁵⁷ Katz KS, Rodan M, Milligan R, et al. (2011). Efficacy of a randomized cell phone-based counseling intervention in postponing subsequent pregnancy among teen mothers. *Matern Child Health J.*; 15(Suppl 1):S42
- ¹⁵⁸ Salihu HM, August EM, Jeffers DF, et al. (2011). Effectiveness of a Federal Healthy Start program in reducing primary and repeat teen pregnancies: our experience over the decade. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*; 24:153
- ¹⁵⁹ González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Molina R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo. *Rev Med Chile*; 137:1187-92.
- ¹⁶⁰ ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group. (2012). Committee opinion no. 539: Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.*; 120(4):983-988.
- ¹⁶¹ García, IC. (2015). Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración. *Matronas Prof.*; 16(2):50-52.
- ¹⁶² Guazzelli CA, De Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, De Araujo FF. (2011). Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects. *Contraception*; 83(4):336-9.
- ¹⁶³ Lewis LN, Doherty D, Hickey M, Skinner SR. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*; 81(5):421-6.

- ¹⁶⁴ Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. (2012). Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol.*; 206(6):481-7.
- ¹⁶⁵ Elkind, D. (1997). Egocentrism and adolescence. *Child Develop.*; 38:1025-1034.
- ¹⁶⁶ López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. (2013). Embarazo en la adolescencia: resultado de dos. *Sex Soc.*; 2(4):12-16.
- ¹⁶⁷ Cueva A, Salvador J y Maradiegue E. (1996). Conocimiento de salud reproductiva en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1994. *Ginecol Obstet.*; 42(3):42-49.
- ¹⁶⁸ Méndez Ribas, JM. (1995). Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁶⁹ Thomas E, Riskel A, Butler C, Montgomery E. (1996). Adolescent pregnancy and parenting. *J Prim Prev.*, 10:195-206.
- ¹⁷⁰ Brahmhbhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker MR, Olumide AO, Ojengbede O, Delany-Moretlwe S, et al. (2014). Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *J Adoles Health*; 55(6 Suppl.):S48–S57.
- ¹⁷¹ Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud P. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adoles Health*; 52:517–522.
- ¹⁷² Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. (2004). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.*; 192:342–349.

- ¹⁷³ Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*; 374:881–892.
- ¹⁷⁴ OMS, Organización Mundial de la Salud. (2016). Mortalidad materna. Nota descriptiva. Dentro de Prensa. Septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ¹⁷⁵ OMS. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*; 87(6):405-484.
- ¹⁷⁶ Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet.*; 370(9595):1338-45.
- ¹⁷⁷ Doblado Donis N, Batista I, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez CJ, González G. (2009). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*; 35(4):191-204.
- ¹⁷⁸ Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. (2010). El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 26(1):137-130.
- ¹⁷⁹ Pager, G. (1997). Embrión-hombre-persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. *Cuadernos de Bioética*; VIII(31):1048-62.
- ¹⁸⁰ Peláez, J. (2007). Problemática del aborto y el embarazo en las adolescentes. En: Peláez J, editor. *Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; pp. 271-87.
- ¹⁸¹ Delgado M, Muñoz A, Orijuela L, Sierra C. (2003). Algunos factores de riesgo para mortalidad neonatal en un hospital de III nivel, Popayán. *Colomb Med.*; 34(4):179-185.

- ¹⁸² Vázquez A, Guerra C, Herrera V, de la Cruz F, Almirall A. (2001). Embarazo y adolescencia: Factores biológicos maternos y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*; 27(2):158-164.
- ¹⁸³ Papiernik E, Keith LG, Souyer J, Lazar P. (1989). Effective prevention of preterm birth: The French experience measured at Haguenau. *Birth Defects Orig Artic Ser.*; 25(1):1-234.
- ¹⁸⁴ Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. (2013). The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from population-linked datasets: 2000–2008. *Am J Obstet Gynecol.*; 208(6):476.e1–5.
- ¹⁸⁵ Lo JO, Mission JF, Caughey AB. (2013). Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 2(2):124–132.
- ¹⁸⁶ WHO (World Health Organization). (1998). *The World Health Report 1998. Life in the 21st century: a vision for all.* Geneve.
- ¹⁸⁷ Conde A, Belizán J, Lammers C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.*; 192(2):342-9.
- ¹⁸⁸ Omole-Ohonsi A, Attah RA. (2010). Obstetric outcome of teenage pregnancy in Kano, North-Western Nigeria. *West Afr J Med.*; 29(5):318-22.
- ¹⁸⁹ Urbina C, Pacheco J. (2006). Embarazo en adolescentes. *Rev Peru Ginecol Obstet.*; 52(1):118-23.
- ¹⁹⁰ Mena, P. (1996). Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A, Donoso-Siña E. *Perez Sánchez – Obstetricia.* 2ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 27:290-300.
- ¹⁹¹ Muñoz-Alcaide C, Sagalá-Martín J, Sánchez-Durán M, Somoza-Acuña J. (2000). Cesárea. En: Cebero-Rovra L, Cerqueira-Dapena MJ, Carreras-

- Moratonas E, Casellas-Caro M, Farrán-Codina I, López-Gil M y col. Protocolo de medicina materno – fetal (perinatología). 2ª Ed. Madrid. Ergón: 267–270.
- ¹⁹² Arauzo-Chuco G. (1994). Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital de Tinco María. *Ginecología y Obstetricia Perú*; 39(17): 73-77.
- ¹⁹³ Alcantara-Galarreta R, Alcantara-Ascor R, Ingul W, Costa R, Zavalata F. (1995). Operación cesárea: frecuencia, indicaciones y morbilidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. *Ginecología y Obstetricia Perú*; 41(1): 63-69.
- ¹⁹⁴ Martin JN Jr, Harris BA Jr, Huddleston JF, et al. (1983). Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol.*; 146:255-263.
- ¹⁹⁵ Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. (1987). Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol.*; 157:1510-1515.
- ¹⁹⁶ Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. (1991). Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.*; 77:465-470.
- ¹⁹⁷ Scott JR. (1991). Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative viewpoint. *Obstet Gynecol.*; 77:811-814.
- ¹⁹⁸ Cortés, SJ. (2013). Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. Santa Clara; Cuba: Elseiver Doyma.
- ¹⁹⁹ Torres-Torres EC, Ramírez-López LR. (2016). Análisis de las complicaciones materno-perinatales más frecuentes en adolescentes embarazadas entre 15 a 19 años atendidas en el hospital provincial general de Latacunga en el período agosto 2015 - enero 2016. Proyecto de investigación. Facultad de ciencias médicas. Carrera de medicina. Universidad regional autónoma de los andes. Ambato, Ecuador, 2016. Disponible en: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/5186/1/PIUAMED0058-2016.pdf>
- ²⁰⁰ Smith W, Turan JM, White K, Stringer KL, Helova A, Simpson T, et al. (2016). Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and

- Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young Women in Alabama. *Perspect Sex Reprod Health.*; 48(2):73–81.
- ²⁰¹ Kendall C, Afable-Munsuz A, Speizer I, Avery A, Schmidt N, Santelli J. (2005). Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans-results of qualitative research. *Soc Sci Med.*; 60(2):297–311.
- ²⁰² Almeida MCC, Aquino EM. (2011). Adolescent pregnancy and completion of basic education: A study of young people in three state capital cities in Brazil. *Cadernos De Saúde Pública*; 27:2386–2400.
- ²⁰³ Childs GD, Knight C, White R. (2015). Never-pregnant African American adolescent girls' perceptions of adolescent pregnancy. *J Pediat Nurs.*; 30:310–320.
- ²⁰⁴ Mollborn S, Jacobs J. (2011). “We’ll figure a way”: Teenage mothers’ experiences in shifting social and economic contexts. *Qualitative Sociology*; 35:23–46.
- ²⁰⁵ Hofferth SL, Reid L, Mott FL. (2001). The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives*; 33:259–267.
- ²⁰⁶ Grant MJ, Hallman KK. (2008). Pregnancy-related school dropout and prior school performance in KwaZulu-Natal, South Africa. *Studies in Family Planning*; 39:369–382.
- ²⁰⁷ Rosenberg M, Pettifor A, Miller WC, Thirumurthy H, Emch M, Afolabi SA, Tollman S, et al. (2015). Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *Inter J Epidemiol.*; 44:928–936.