

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en  
adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A.  
Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010**

Maestrando: Lic. Rosalía Cecilia Luparello.

Director de Tesis: Prof. Dr. Gabriel Acevedo.

**Tribunal de Tesis**

Prof. Mgter. María Josefina López de Neira

Prof. Dra. Faustina Dehatri Miranda

Prof. Dr. Jorge Kiguen

## **Agradecimientos**

A mi familia: por el apoyo incondicional y por el tiempo permitido.

A mi Director de tesis, por haber guiado mi construcción y por todo lo aprendido.

Al personal ejecutivo y administrativo del Hospital Pascual A. Tirro en gestión durante los años 2008-2012, por la información aportada

A todas las adolescentes y sus madres, por su disposición a participar y la información personal aportada.

A la Escuela de Salud Pública de la UNC por los saberes compartidos.

A mi amiga de la vida, por sus aportes y su paciencia.

“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

**Art. 23.- Ord Rectoral3/77**

## ÍNDICE

Resumen.....	2
Summary.....	3
<b>Capítulo I: Acerca de los fundamentos teóricos.....</b>	<b>4</b>
Introducción.....	5
Objetivos.....	9
<b>Capítulo II: El embarazo adolescente: una mirada amplia que demanda abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.....</b>	<b>10</b>
Embarazo en la adolescencia: consideraciones generales.....	11
Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia.....	27
Menarca temprana e inicio precoz de las relaciones sexuales, y falta de planificación familiar.....	30
Violencia basada en el género, violencia y abuso sexual.....	37
Educación sexual integral.....	38
Deserción escolar temprana.....	41
Falta de pareja estable y repetición de modelos parentales.....	46
Actitudes adolescentes frente a la maternidad.....	49
Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia.....	52
Marco de atención de salud para adolescentes.....	55
<b>Capítulo III Metodología: Acerca de los aspectos técnicos.....</b>	<b>58</b>
Definición de variables.....	59
Tipo de estudio.....	61
Población y muestra.....	61

Unidad de análisis.....	61
Operacionalización de las variables.....	62
Recolección de datos.....	69
Trabajo de campo.....	69
Instrumentos de recolección de datos.....	69
Plan de tratamiento y análisis de datos.....	70
Recaudos éticos.....	70
<b>Capítulo IV: De los resultados obtenidos a propuestas de intervención en salud amigable e integral para la población adolescente.....</b>	<b>71</b>
Resultados.....	72
Discusión.....	89
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	96
<b>Bibliografía.....</b>	<b>101</b>
Anexos.....	115

## Resumen

La OMS define la *adolescencia* como la etapa comprendida entre los 10 a los 19 años y se divide en dos fases: adolescencia temprana y tardía. El *embarazo en la adolescencia* es “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen”<sup>1</sup>, aquí el embarazo no planificado suele representar un problema sanitario y social.

Objetivo: reconocer determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registradas en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de Hernando, durante el año 2010.

Método: estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, mediante encuesta cerrada y datos de fuentes secundarias. Análisis descriptivo univariado de variables categóricas ejecutando distribución de frecuencias.

Resultados: 80 % de los embarazos no fueron planificados, 90% ocurrió en la adolescencia tardía, 56 % inició sus relaciones sexuales precozmente. Nivel de instrucción: 7% analfabetas funcionales, 76% escolaridad incompleta y 88% abandonó la escolaridad. Conocimientos sobre educación sexual: 90 % regular – malo y 61 % no recibió ningún tipo de educación sexual. El 96%, expresó que el motivo del embarazo fue la falla o no utilización de MAC. Respecto a las madres de las adolescentes 73 % no planificó su primer embarazo y 61 % quedaron embarazadas entre los 15 y 19 años.

Conclusiones: alta incidencia de embarazos no planificados y en edades tempranas, falta de información-educación en salud sexual y reproductiva. Las acciones intersectoriales e interdisciplinarias podrían incidir positivamente en la prevención y resolución de esta problemática.

**Palabras claves:** Adolescencia, embarazo, determinantes de la salud.

---

<sup>1</sup> Ulanowicz, M., Parra, G., Wendler, G., Monzón, L., 2009. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Disponible en: [www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.html](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.html)

## Summary

The World Health Organization defines adolescence as the stage that goes from 10 to 19 years old and is divided into two phases: early and late adolescence. The teen pregnancy is "that occurs within two years after menarche, defined as the time elapsed since menarche and / or when the teenager is still dependent on his family of origin" <sup>1</sup>, in this stage, unplanned pregnancy, is usually a health and social problem.

Objective: recognize the health determinants present in pregnant adolescents registered in Dr. Pascual A. Tirro Municipal Hospital, Hernando city, in 2010.

Method: study observational and cross-sectional descriptive, retrospective and questionnaire data from closed questions on the survey technique and secondary sources were used. Univariate descriptive analysis of categorical variables by running a frequency distribution of the categories was performed.

Results: 80% of pregnancies were unplanned, 90% occurred in late adolescence, 56% of teenagers started sex early (12 -16 years old). Level of education, 7% of adolescents were functionally illiterate, 76% with incomplete schooling and 88% abandoned their schooling. Knowledge about sex education: 90 % fair – bad and 61% had not received any sex education; 96% said that the reason of that pregnancy was, ACM failed or not use. From the interviews of the teenage mothers 73% did not plan their first pregnancy and 61% became pregnant between 15 and 19 years old.

Conclusions: High incidence of unplanned pregnancies, lack of information-education issues related to sexual and reproductive health. Intersectoral and interdisciplinary actions could impact positively on the prevention and resolution of this problem.

**Keywords:** adolescence, pregnancy, health determinants.

---

<sup>1</sup> Ulanowicz, M., Parra, G., Wendler, G., Monzón, L., 2009. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Disponible en: [www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.html](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.html)



**Capítulo I**  
**Acerca de los fundamentos teóricos**

## Introducción

El vocablo *adolescente* deriva del verbo latino *adolescere* y su traducción correcta es “en crecimiento”, lo cual indica que es un época donde es más notoria la transición de niños a adultos por los múltiples cambios.<sup>1</sup> La adolescencia es una de las etapas más importantes del ciclo vital, tiempo de formación, estudio, recreación y crecimiento personal.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, define a la adolescencia como una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, concretándose en dos fases: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. Se considera la expresión *maternidad adolescente* cuando el embarazo se presenta en dicha etapa de la vida y *maternidad precoz* cuando el embarazo sucede antes de que la mujer alcance la madurez biológica, psicológica y social.

Diversas organizaciones como la OMS y el estudio del estado de la población mundial realizado por el Fondo de Población de Naciones Unidas, en adelante UNFPA, expresan a partir de sus investigaciones que el mundo enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes registrada en la historia, por lo que, sus necesidades de atención no pueden ser postergadas. Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente de entre 10 y 19 años, población que alcanza actualmente 1.300 millones, la mitad de ellos/as son pobres y una cuarta parte vive en extrema pobreza.<sup>3</sup> En nuestro país, la cantidad de adolescentes que se registran es la más alta que se haya tenido hasta el presente y se estima que será mayor en el futuro inmediato; actualmente, representan el 16,9% de la población total y la franja entre 10 y 19 años constituye un importante recurso para el desarrollo.

Aspectos tales como, la baja mortalidad del grupo etario citado motivó su postergación en las políticas públicas y en la agenda del sector salud, los hábitos nocivos adquiridos durante estos años y las conductas de riesgo determinarán manifestaciones de morbi-mortalidad futura. Se estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.<sup>4</sup>

El hábito de fumar, el abuso de alcohol –con la inclusión de sus efectos sobre los accidentes de tránsito–, los embarazos adolescentes no esperados, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de las complicaciones asociadas a la

malnutrición, plantean desafíos para las políticas sobre juventud<sup>5</sup>, sin perder de vista que se trata de una etapa que alcanzará particularidades diferentes según los contextos, géneros, clases y las generaciones que la atraviesan.

El embarazo adolescente se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer –edad ginecológica cero o edad de la menarca– y/o cuando la adolescente mantiene una total dependencia social y económica de la familia parental. Este fenómeno, se ha convertido en un problema de salud pública debido a que, básicamente, son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento significativo en su prevalencia, con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.<sup>6</sup>

Es preciso destacar en este punto que, el concepto de maternidad puede asociarse básicamente con la reproducción biológica, pero, como entidad en sí misma, hoy está influenciada por las condiciones de producción propias de una sociedad y una cultura que la atraviesan cotidianamente desde múltiples variables, desde estos espacios surgen diferentes modelos que van definiendo la forma de ser madre, y la función maternal. Ser madre implica un entramado complejo en el que convergen diversos factores entre ellos, religiosos, educacionales, familiares, comunicacionales, políticos, etc., es decir; implica una construcción biopsicosocial donde las variables que la atraviesan, la definen en su función; el embarazo y la maternidad adolescente a su vez poseen características pluridimensionales de consecuencias psicobiosociales propias que requieren abrir espacios de intervención preventivos y clínicos de calidad, desde una perspectiva de derecho y de género.

Si bien es posible afirmar que en ciertos contextos culturales el embarazo en la adolescencia es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular no sólo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los altos riesgos biomédicos que implica el embarazo a tan temprana edad, éste puede impactar negativamente en la salud de la madre y del recién nacido, quien enfrentará los mayores riesgos de sufrir bajo peso al nacer, desnutrición, retardo del desarrollo físico y emocional.

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –United Nations Children's Fund–, en adelante, UNICEF, en Argentina el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes –menores de 20 años– no ha tenido mayores variaciones respecto al total de nacimientos, y se ha mantenido en valores cercanos

al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, según indicadores básicos del Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, en adelante OPS, durante el año 2012, el análisis global de Argentina no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes en el año 2011 superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%, a saber, Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.<sup>7</sup> En el caso de las provincias de Corrientes y Formosa, a su vez, mostraron un ascenso del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes superior al 20%, y constituye junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a la provincia de San Juan, las jurisdicciones con mayor incremento acumulado entre los años 2001 y 2011.

En referencia a este tema, la tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en este grupo poblacional y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz, que comprende entre los 10 y 14 años, o adolescencia tardía, que comprende entre los 15 y 19 años. Tanto el embarazo adolescente como la maternidad precoz, históricamente han sido parte de la realidad social de nuestro país, no obstante, en la actualidad se observa un incremento en la proporción de adolescentes embarazadas y a edades cada vez más tempranas; según datos de la UNICEF, en el año 2013, el análisis de este indicador muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía.<sup>8</sup>

Por otro lado, según informes de la OMS, cada año dan a luz a nivel mundial unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, lo que supone, aproximadamente, un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo, resulta significativo resaltar aquí que se considera *embarazo de riesgo* al que ocurre en mujeres menores de 20 años, edad en la cual el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es mucho mayor. En relación a lo expuesto, durante el año 2011, *36 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.<sup>9</sup>

Entre los factores asociados al impacto del embarazo en la adolescencia, según postula Pantelides A., también se incluye el aspecto psicosocial y se traduce en aumento de la deserción escolar, un mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida y, en los sectores

desfavorecidos económicamente, acrecienta el círculo de la pobreza. Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos, por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los/as hijos/as, de allí que, la reproducción durante la adolescencia, esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza, por otro lado, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer.<sup>10, 11</sup>

La aparición de un hijo en edad tan temprana llevaría a que los “padres adolescentes” dejen inconclusa su formación como adolescentes, y su potencial de vida se vea afectado. Es una crisis que se agrega a la crisis de la adolescencia, constituyendo un verdadero síndrome denominado “síndrome del fracaso”, que se ha convertido en preocupación para varios sectores sociales desde hace unos 30 años y, fundamentalmente, para la salud pública por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aumento de abortos.<sup>12</sup>

Este fenómeno mundial afecta también a pequeñas comunidades del interior de nuestro país como la ciudad de Hernando, es así que, a partir de este trabajo se desean reconocer los determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de dicha comunidad, durante el año 2010.

A partir de las conclusiones que resulten de esta investigación se pretenderán orientar las políticas sanitarias locales que se gestionen desde la Secretaría de Salud Pública Municipal, en beneficio de la salud integral de la población y de los/las adolescentes en particular en el marco de la Atención Primaria para la Salud Renovada. La salud reproductiva es parte de la salud integral y resulta necesario tomar, como punto de partida, el conocimiento de las necesidades y problemas que enfrentan los jóvenes dándoles la posibilidad de participar activamente en la creación y ejecución de programas de promoción, protección y prevención integrales, efectivos y eficaces.

Por otro lado, la actividad y experiencia profesional de la autora, como docente de Nivel Medio y como integrante de un Equipo de Salud de primer nivel de atención, permitió conocer la complejidad de la sexualidad en la adolescencia, observar, en entornos escolares y sociales, que un alto porcentaje de adolescentes

inicia en forma prematura su actividad sexual sin tomar las precauciones adecuadas en el uso de métodos anticonceptivos y en el cuidado de su cuerpo. Dichas conductas de riesgo se asociarían generalmente a los bajos niveles de conocimiento sobre factores de riesgos y peligros asociados a las conductas sexuales y reproductivas y a la etapa conflictiva por la que atraviesan; conflictiva en el sentido de los cambios que implica la adolescencia en sí misma.

El presente trabajo de investigación se fundamentó también en el marco de la actividad psicopedagógica que desempeña la autora y se realizó con intención de contribuir al abordaje de la temática del embarazo adolescente no planificado, consciente de que dicho abordaje requiere entender que los adolescentes conforman un grupo heterogéneo, que sólo tienen en común la edad; viven en circunstancias diferentes y necesidades diversas y que la concepción del embarazo en esta etapa, como una problemática 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.

En función de dicha preocupación y a partir de una indagación sobre la temática, surgió el objetivo general de este trabajo de investigación:

- Reconocer los determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando durante el año 2010.

Los objetivos específicos que se desprenden de aquél son:

- Determinar la frecuencia de embarazo no planificado en las adolescentes embarazadas.
- Identificar características, individuales y sociales de las adolescentes embarazadas relacionadas a su escolaridad, sexualidad y entorno inmediato.

**Capítulo II**  
**El embarazo adolescente: una mirada amplia que demanda abordajes  
interdisciplinarios e intersectoriales**

## **Embarazo en la adolescencia**

Actualmente el embarazo adolescente se define como una situación conflictiva no solo para el individuo sino también para la familia y la sociedad que lo rodea ya que posee la particularidad de llegar en un momento en que la madurez física y psicológica son insuficientes, y hay aún dependencia económica aspectos que para el ejercicio de la maternidad son necesarios. Es posible enumerar una gran cantidad de factores que pueden influir en el fenómeno del embarazo adolescente no planificado, es factible reunirlos en dos grandes grupos, uno, que abarca las características socio demográficas del individuo y otro que se relaciona con las características propias de la persona.

El objeto de este estudio es una primera aproximación al análisis de la temática del embarazo adolescente y sus determinantes asociados. No se pondrá énfasis en la asociación estadística sino en la descripción de los factores que caracterizan a la población en estudio, profundizando en las representaciones que el embarazo implica para las adolescentes, en tanto si fueron embarazos planificados o no planificados.

Se considera como embarazo adolescente al que ocurre en las edades que para diferentes contextos corresponden a la adolescencia y se lo define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.<sup>13</sup>

La OMS define a la adolescencia como 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 se consolida la independencia socio-económica*”<sup>14</sup>, fijando sus límites entre los 10 y los 19 años, es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano, durante la cual el niño se transforma en adulto. La misma está marcada por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social, el adolescente tiene características propias de su etapa que son expresiones normales de su edad.<sup>15</sup>

Durante esta fase, se experimentan grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales; en lo biológico se produce la maduración sexual de los órganos y estructuras encargadas de la reproducción, marcándose en muchos casos el inicio de la vida sexualmente activa; en lo psicológico, los cambios se observan al comenzar la



capacidad del pensamiento abstracto, la planeación y logro de proyectos de vida, la búsqueda de la afirmación de la personalidad y la necesidad de independencia, conformando su identidad; en el aspecto social, los y las adolescentes se comienzan a incorporar al contexto socioeconómico y político del lugar en donde viven, ya que van construyendo distintas relaciones sociales en el actuar cotidiano.<sup>16</sup>

Se puede decir que la adolescencia, como período de transición, a la edad adulta, es un fenómeno trascendental en la vida del ser humano que le permitirá como individuo, encontrarse a sí mismo, desarrollar conceptos y actitudes que le faciliten la preparación para la selección de una ocupación, el desempeño autónomo, la formación de su propio sistema de valores, para crear conductas sociales aceptables y acordes a la comunidad en la que vive y a su vez transmitirlos a futuro, a su descendencia.<sup>17</sup> El hecho de ser un período de cambios y crecimiento también implica desequilibrios en todos los niveles, físico, psicológico, social y sexual lo que involucra también nuevas formas de exploración y de participación en la actividad sexual, ello motiva que las primeras relaciones sexuales en esta etapa sean de suma importancia por la escasa experiencia que se posee lo cual puede llevarlos a enfrentar situaciones tales, como el embarazo no planificado.<sup>18</sup>

Cabe reconocer entonces, que se trata de una etapa que alcanzará diferentes particularidades de acuerdo a los contextos, géneros, clases y generaciones que la atraviesan. No existe un concepto universal de adolescencia sino muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas, sociales o psicológicas. Sin embargo, cuando la sociedad destaca algunas de estas particularidades, está construyendo significaciones a partir de realidades sociales, lo que muchas veces facilita los rótulos y las discriminaciones. Así, se los tilda de ser rebeldes, de que consumen alcohol en exceso, que no toleran los límites, etc.

La visión actual en relación a esta etapa de la vida del sujeto, es que no existe un modelo de lo que es un o una adolescente. “Ellos o ellas son seres humanos concretos, reales, que buscan caminos de crecimiento y equilibrio; son hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales; son ciudadanos y ciudadanas que tienen sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades y que están construyendo su autonomía y su proyecto de vida”.<sup>19</sup>

Según estimaciones del UNFPA en el año 2003, la población mundial de adolescentes entre 10 y 19 años se encuentra próxima a los 1.200 millones de

personas, lo que representa un 19% del total de la población mundial. La población actual de adolescentes y jóvenes en el mundo es, desde que hay estadísticas, la más grande que ha existido. Hay aproximadamente 3 mil millones de personas menores de 25 años y 85% de ellas vive en países pobres.

Un embarazo no deseado es aquel que se presenta cuando la mujer o la pareja no lo están buscando y por lo tanto no forma parte de los planes de vida de estas personas; el doctor Álvaro Monterrosa Castro profesor de la universidad de Cartagena en un estudio sobre causas e implicancias médico-sociales del embarazo en la adolescencia define al embarazo en la adolescencia como un embarazo indeseado, al llegar en momentos en que no existe la preparación psíquica, fisiológica ni socio-económica para enfrentar las exigencias de la maternidad.<sup>20</sup>

Si bien, es posible asociar al concepto de maternidad con la reproducción biológica, es indudable, que en nuestros días pueda ser abordada teniendo en cuenta, la caracterización, significación, e ideología que la sustenta en un determinado contexto y tiempo. La maternidad como tantos otros fenómenos sociales, está influenciada por las condiciones de producción propias de una sociedad y una cultura que desde múltiples variables la atraviesan cotidianamente. Así la función materna constituye un movimiento que posibilita un proceso que va mucho más allá del individuo concreto y biológico que realiza el cuidado materno, ello hace que pueda ser ejercido indistintamente por todo aquel que posea condiciones y disposición para hacerlo. Ser madre implica un complejo entramado donde convergen una amplia gama de aspectos de índole individual, educacional, familiar, religiosa, comunicacional, social, político, etc., ser madre implica una construcción biopsicosocial, donde las variables que la atraviesan, la definen en su función.

Para la OMS la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta que cuando se dan en la adolescencia, requieren de las/los jóvenes una sobre-adaptación para lo cual no se encuentran preparados ni emocional, ni socialmente. La OMS, a la vez expresa, que la edad óptima para que ocurra un embarazo, es entre los 18 y 35 años de edad, pero depende de la madurez, el estilo de vida, deseos y proyectos de la mujer para hacerlo.

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30 años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno, sobre todo, porque embarazo y maternidad adolescente poseen características

pluridimensionales, de causas tanto psicológicas como sociales. Las cifras estadísticas en la mayoría de las investigaciones, muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto pues la frecuencia, en términos absolutos del embarazo adolescente se ha incrementado no obstante, en algunos países se ha observado un descenso en la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, algunos de los argumentos señalados para dar explicación de tal disminución, son los siguientes: una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en las oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos y, en algunos casos, el acceso legal al aborto.<sup>21</sup>

En relación a lo expresado en el párrafo anterior y, según diferentes estudios, la fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.<sup>22</sup> Autores como, Pantelides E, Binstock G. expresan que “la probabilidad de que una adolescente se convierta en madre no es igual para todas, aunque no hay estadísticas argentinas que permitan una caracterización de las madres adolescentes por estratos socioeconómicos, existen indicios que muestran que se reclutan desproporcionadamente en la clase social más baja, por lo que se lo considera uno de los factores que intervienen en la reproducción intergeneracional de la pobreza”.<sup>23</sup>

Según lo expresado, el embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe del año 2005 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe <sup>24</sup>, en adelante CEPAL, reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo.

Otras investigaciones al respecto, muestran que la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.<sup>25</sup>

Por otro lado y de acuerdo con los datos existentes, en diversos estudios no parece que los embarazos adolescentes en la Argentina fuesen más frecuentes ahora que hace 30 años. Según el informe final titulado *El embarazo en la adolescencia:*

*diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud* realizado por el Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud Argentina en adelante, CONAPRIS y el CEDES realizado en el año 2003, 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.<sup>26</sup>

Siguiendo con el análisis, según el CONAPRIS y el CEDES, 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 el año 2001.<sup>27</sup> Es importante resaltar, que estos datos esconden profundas desigualdades regionales ya que el 15,2% de nacidos de madres menores de 20 años en Argentina durante el año 2001, oculta extremos como la provincia de Córdoba con un 5,3 % y la provincia de Chaco con un 25,8 %, o Misiones con el 21,3 % según los datos aportados por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS durante el año 2003.<sup>28</sup>

En relación a lo expuesto anteriormente y al contrario de lo que refleja el estudio citado “*El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud*”, realizado en el año 2003; durante el año 2005 María del Carmen Feijoo representante del UNFPA advierte que el índice de embarazo adolescente va en aumento en Argentina y que la educación sexual en las escuelas es una de las principales herramientas para lograr que disminuya. La autora mencionada expresa que uno de cada seis nacimientos, 600 mil anuales en Argentina corresponde a mujeres de entre 15 y 19 años. Según este informe es necesario mejorar la educación, la salud reproductiva y las oportunidades económicas de la mujer, para que sea posible cumplir los objetivos de desarrollo del milenio, planteados por las Naciones Unidas.<sup>29</sup>

El informe citado en el párrafo anterior, da cuenta de que el índice de nacimientos en madres menores de 19 años –uno de cada seis partos anuales en Argentina– *es mayor entre seis y diez veces a los registrados en España, Italia, Francia, Alemania y Canadá*. Pero la diferencia se achica respecto a Estados Unidos, cuyo índice es menor en sólo un 20% al argentino. En América Latina, sin embargo,

es inferior a los porcentajes de Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela. El informe de las Naciones Unidas, revela que el nivel de la fecundidad adolescente no es uniforme en todo el país: las tasas más bajas se encuentran en la Ciudad de Buenos Aires, que con un nivel del 34,0 por mil se distancia de todas las demás jurisdicciones; le siguen tres jurisdicciones que tienen tasas cercanas al 60 por mil Buenos Aires, Córdoba y Tierra del Fuego, mientras que, en el otro extremo, Chaco, Formosa, Misiones, Santa Cruz y Santiago del Estero presentan tasas superiores al 80 por mil.

El nivel de fecundidad adolescente tiene relación con el grado de desarrollo de las provincias, pero esa relación no es lineal, como lo muestra, por ejemplo, el caso de Santa Fe –una de las provincias más ricas– cuya tasa de fecundidad adolescente es similar a la de Jujuy y la de Tucumán –dos de las provincias más pobres–. Así mismo, algunas de las provincias patagónicas tienen tradicionalmente una fecundidad adolescente alta en relación con su situación socioeconómica y también con la que se observa en las demás edades. Factores culturales y la existencia de bolsones de pobreza –cuya población tiene una alta fecundidad– seguramente explican estos niveles no esperados de fecundidad adolescente.

La realidad que se describe en párrafos anteriores respecto del incremento en el índice de embarazos adolescentes, no es ajena a la ciudad donde se realiza el presente trabajo ya que, según observaciones realizadas por la autora del miso en el libro de estadísticas de atención del hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando, existe un incremento en la frecuencia de embarazos adolescentes desde los años 2002 a 2010 y una disminución de la edad en que las adolescentes quedan embarazadas. Durante el año 2002 se controlaron 15 embarazadas adolescentes encontrándose como menor edad 2 embarazadas de 15 años, durante el 2003 la cifra ascendió a 19 embarazadas y en este período se registra un embarazada de 14 años de edad, en el año 2004 se registran 16 controles de embarazo adolescente lo que implica una leve disminución en la frecuencia también se registra un caso de 14 años pero asciende a 5 la cantidad de embarazos en mujeres de 15 años de edad, es decir aumentan los casos a menor edad. Durante el año 2005 se registraron 25 controles lo que implica un aumento importante en relación a los años anteriores, presentándose dos casos de 14 años y 6 embarazos ocurren a la edad de 15 años, en el año 2006 el número total de casos aumenta de 25 a 34 embarazos, registrándose 2 embarazos en adolescentes de 14 años de edad, durante el 2007, aumentan los casos

a 39 y el embarazo más precoz también se da a los 14 años, durante el año 2008 se registra igual cantidad de embarazos, es decir 39, siendo la edad más precoz en los dos períodos, a los 14 años, siguiendo con el análisis se observó que durante el año 2009 disminuye a 34 el número total pero se mantiene la edad más precoz a los 14 años, y finalmente durante el 2010 se registran 41 embarazos adolescentes, pero disminuye la edad de la madre apareciendo un embarazo a los 12 años y 3 a los 13 años de edad materna.

Desde hace más de 40 años las investigaciones en salud han explorado las distintas dimensiones del embarazo y la fecundidad de los/as adolescentes poniendo en evidencia una serie de asociaciones en virtud de las cuales ha llegado a ser casi de sentido común afirmar tal como lo expresan organizaciones como la OMS, que no es adecuado que los jóvenes tengan hijos antes de los 19 años. Con matices diversos, todos los estudios arriban a las mismas conclusiones: los adolescentes son por naturaleza inmaduros para ejercitar con responsabilidad su sexualidad, hay una relación inversa entre edad y probabilidad de que incurran en conductas de riesgo para su salud y su vida, que los principales riesgos que derivan de las relaciones sexuales sin protección son los embarazos no planificados, las complicaciones de abortos practicados en la clandestinidad, y/o la infección por VIH/ETS; hay acuerdo también en que, el embarazo temprano acarrea consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar futuro de los niños/as y sobre sus padres, en particular sobre las madres, quienes ven limitadas sus posibilidades de desarrollo personal (estudio, trabajo, etc.), y por último, que las/los adolescentes son incapaces de asumir adecuadamente el cuidado y crianza de los niños.<sup>30, 31, 32, 33</sup>

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa en la vida por la que transita no será la misma reacción si se encuentra en la adolescencia temprana, con menos de 14 años, donde el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, que en la adolescencia tardía, donde según muchos autores, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. En esta etapa de la vida, la mujer está expuesta a innumerables riesgos, entre los que sobresale como se viene expresando el “embarazo precoz” producto de la influencia de numerosos factores tales como: los psicoactivos, el entorno familiar, amigos, medios de comunicación, convivencia con los padres, entre otros. La ausencia o presencia de

algunos de ellos en la toma de decisiones afectará la vida de la joven ocasionando que ella pueda quedar embarazada o no.

Será entonces, importante conocer las características de las etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender a los jóvenes, especialmente durante un embarazo teniendo en claro que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”<sup>34</sup>. Ser madre y padre adolescente suele iniciar, sin distinciones sociales, una cadena de problemas sociales tales como el abandono escolar, inserción laboral prematura y con escasa preparación, responsabilidades económicas y posibles riesgos biológicos para la madre y el bebé, sumado a la pérdida de vivencias propias de la adolescencia, tan importantes para la subjetivación del sujeto.

Fenómenos como, la falta de una educación consistente respecto a la vida sexual y reproductiva desde el inicio de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad y en la familia, el descenso de la edad de la menarca, el comienzo precoz y no planificado de las relaciones coitales, la falta de una pareja estable, la deserción escolar temprana y la repetición de modelos familiares donde hubo embarazos no planificados han provocado un incremento de embarazos no planeados de las adolescentes en los últimos años.

Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. Evidencian esto, los datos obtenidos de algunas encuestas realizadas en México, sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes los mismos muestran que estos(as) tienden al inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos. Estas situaciones exponen a los/las adolescentes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.<sup>35</sup>

Como se expresó, el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años, así es que, a nivel mundial, cada año nacen 15 millones

de niños/as de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente, el 60 % no son planeados.<sup>36</sup> Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores y profesionales de la salud, debido a los riesgos biopsicosociales que conlleva. El embarazo adolescente aparece como preocupación social en la década del setenta; durante 1974, la OMS comenzó a prestarle atención dentro de la temática de la salubridad adolescente, planteándolo como un problema creciente y de capital importancia. Actualmente el 80% de éstos tienen lugar en los países en desarrollo, existiendo una gran variación en las tasas de fertilidad de los adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio o unión estable.

Este fenómeno que se describe, se complica aún más por el elevado número de adolescentes que deben enfrentar las diversas implicaciones de los embarazos no planificados. Según el UNFPA, en América Latina y El Caribe entre 35% y 52 % de los embarazos de adolescentes no habrían sido planificados; mientras que en la Subregión Andina, la evidencia sugiere que esta proporción podría ser mayor; por ejemplo en el área urbana de Bolivia, Colombia y Perú, la proporción de embarazos no deseados asciende a 70, 58 y 65 % respectivamente. Según estadísticas vitales del año 2003, en Argentina el 14,6 % de los bebés nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años, las estadísticas oficiales refieren que, la mayoría de esas madres provienen de hogares de bajos recursos económicos, en una proporción de 17 a 1 respecto de las de más altos ingresos.

En este sentido, Eleonor Faur, consultora de UNICEF Argentina, expresa que las cifras de maternidad entre adolescentes y jóvenes también traducen el contraste entre las diferentes regiones del país: en la Ciudad de Buenos Aires el 6,5 % de los nacidos vivos son hijos de mujeres menores de 20 años, pero la situación se agrava en las provincias del Noroeste y del Nordeste. El índice más alto de embarazo y maternidad adolescente, lo exhibe la provincia del Chaco, donde el 24,1 % de los bebés nacen de una mujer menor de 20 años y muchas de estas mujeres ya tienen más de un hijo antes de cumplir los 20 años de edad.

Según lo expuesto, el embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del embrión en desarrollo, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes. Varios estudios han



demostrado que poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

De lo anteriormente expresado y en función de aportes realizados por innumerables investigaciones, algunas de las cuales fueron enunciadas en el presente trabajo, se infiere que el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia, por ende su magnitud varía de acuerdo a las condiciones económicas y culturales. El porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres cada año, respecto del total de adolescentes de ese grupo de edad, corresponde a 6 de cada 100 en Estados Unidos y Canadá, asciende a 8 en América del Sur, a 9 en el Caribe y México, llegando a 10 de cada 100 en América Central. En nuestro país según datos del 2003 anteriormente citados y publicados por el CONAPRIS y el CEDES el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años es de 13,8%, pero este dato esconde profundas desigualdades regionales como ya se mencionó en este trabajo.

De acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud de la Nación, destacadas en el trabajo de investigación llevado a cabo en el año 2009 por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer, en adelante CELSAM, se estima que en el país nacen por año 107.109 hijos de madres adolescentes. El estudio destacó que en la Argentina el 15% de los embarazos se produce en adolescentes de entre 15 y 19 años, cada cinco minutos, una joven se convierte en madre y generalmente, un adolescente es el padre.

Hay evidencias de que en el embarazo adolescente existe mayor incidencia de complicaciones si se lo compara con el mismo evento en mujeres mayores de 20 años. Entre las complicaciones médicas se menciona, bajo peso al nacer, parto prematuro, mortalidad neonatal asociados al bebé, hipertensión materna, deficiente ganancia de peso y anemia asociados a la madre.

En Argentina, en un interesante estudio de Tomassini<sup>II</sup>, se observó que en la etapa de la adolescencia el embarazo, se presenta con mayor incidencia de

---

<sup>II</sup> Cfr. Bibliografía

complicaciones tales como anemia, sífilis y preeclampsia. La más grave, de todas ellas, es la eclampsia. La misma aparece en el estudio mencionado, en adolescentes embarazadas de entre 10 a 14 años; grupo que evidenció prácticamente ausencia de controles prenatales. El parto de pre término aparece, según el estudio, con mayor frecuencia a medida que desciende la edad. Los autores vinculan las complicaciones mencionadas, con la falta de control prenatal y, eventualmente, con la inmadurez del organismo materno a edades muy precoces.<sup>37</sup>

Respecto de lo expresado en el párrafo anterior, según el Dr. Monir Islam, director del departamento de reducción de los riesgos del embarazo de la OMS, los programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes<sup>III</sup>. Reducir los riesgos del embarazo en las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>38</sup>.

La maternidad es un rol de la edad adulta, por lo tanto, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen generalmente, aunque no exclusivamente, a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privándose de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “*hija – madre*”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

Muchos de estos embarazos, según lo investigado, presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene limitaciones de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre – hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana.<sup>39</sup>

Según Ortigoza y Padilla<sup>40</sup>, y siguiendo en esta línea, desde el punto de vista médico, el embarazo no planeado en una adolescente puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar

---

<sup>III</sup> OMS/A Waak. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, la mayoría se producen en países en desarrollo.

prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos.

Para complementar la información anterior datos del año 2006, aportados por el INDEC, a nivel país entre el 35% y el 40% de los jóvenes 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.<sup>41</sup>

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 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.

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.

Por otro lado, en muchos casos, sobre todo en provincias más pobres o en sectores populares de bajos recursos económicos y según el estudio CEDES – CONAPRIS<sup>42</sup>, 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 cono urbano 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.

A pesar de que en Argentina, la ejecución de diversos programas como el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable han promovido en el último semestre del año 2014 una reducción en la tasa de fecundidad adolescente, lo cierto es que el tema no ha dejado de ser relevante como problema de salud pública para importantes regiones de nuestro país, sobre todo en las provincias del norte.

El estudio “Adolescentes mujeres y embarazo”, realizado por el Instituto Guttmacher,<sup>43</sup> encontró que gran parte de los nacimientos entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina no fueron planeados, de los diez países incluidos en el estudio, siete arrojaron ese resultado en el reporte, aunque una importante proporción de las madres adolescentes afirma que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dicen que el nacimiento fue deseado. Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido el resultado de un “accidente” o “descuido” debido a la falta de uso o el mal uso de los métodos anticonceptivos.

Por otra parte, además de lo expuesto sobre esta etapa del desarrollo, es imprescindible resaltar el hecho de que la adolescencia no es un período que transitan de igual manera todos los y las jóvenes sino que hay marcadas diferencias según sectores socioeconómicos y culturales. En los sectores menos privilegiados los adolescentes tienen, a menudo, la necesidad de asumir responsabilidades de cuidado de sí mismos, de los hermanos o, en algunos casos, de los hijos y hasta de los padres así como de contribuir al sustento familiar. Desde la infancia los niños de sectores populares se ven sometidos a perversos procesos de expulsión social.<sup>44</sup>

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, será necesario tener presente que, no es adecuado referirse a los adolescentes como si se tratara de un colectivo homogéneo, aun cuando tengan rasgos que los hacen semejantes, sino a jóvenes que están determinados por su clase social, la historia familiar, su género y la urdimbre relacional en la que desarrollan sus vidas. Y así como no hay una sola manera de vivir la adolescencia ni la sexualidad tampoco el embarazo en esta etapa de la vida tiene un significado unívoco, encontrándose variados matices según los distintos sectores socioeconómicos y culturales. Aún en el interior de un mismo sector social se encuentran distintas valoraciones. En algunos casos el embarazo en la adolescencia puede resultar una experiencia inesperada y conflictiva, tanto para la joven como para su entorno familiar. Pero en otros, el embarazo – planeado o no – no implica una situación de tensión y conflicto, siendo aceptada por la joven mujer,

su pareja y su familia. Esto ha llevado a pensar que lejos de ser uniforme, hay una variedad de situaciones socio familiares, aún dentro de un mismo sector social, que se relacionan con el embarazo en la adolescencia y que éste en muchas ocasiones, puede percibirse como un evento positivo y ser motivo de satisfacción o como un problema, en cuyo caso debería evitarse. A la vez puede atribuírsele varias causas que contribuyen a explicar la valoración o significación otorgada.<sup>45</sup>

Según lo expresado en párrafos anteriores, el hecho de ser madre se percibe y se vivencia de manera diferente en función de los estilos culturales de crianza, así, el sentido que las mujeres que provienen de sectores populares le dan a la maternidad es totalmente diferente al que le dan en los sectores sociales medios.

Wang L. sostiene que desde hace muchos años, en las familias campesinas la lógica de la reproducción se relaciona con la inversión en un gran número de miembros del grupo que garantice el mantenimiento de la mano de obra. También, aún hoy, en la cultura reproductiva de los sectores populares tener muchos hijos es símbolo de prestigio, poder y abundancia del grupo familiar.<sup>46</sup> En esta fracción de los sectores populares, el ser madre otorga identidad como mujer, pues se siente un individuo completo en tanto madres, ya que su hijo es su alegría y su justificación. Una frase que lo resume es *soy mujer porque soy madre*. Muchas veces los embarazos no son planificados ni buscados por estas jóvenes mujeres y junto al sentimiento de gratificación que supone ser madre se superpone otro: el de una aceptación a veces resignada como un destino inherente al ser mujer: *soy madre porque soy mujer*.<sup>47</sup>

Siguiendo con esta línea, la maternidad temprana en estos estratos, es culturalmente más aceptada, así como la cantidad de hijos por mujer suele ser bastante más elevada que en los sectores medios. En el universo cotidiano de estas jóvenes no existen proyectos fuera de la vida familiar y la tarea doméstica. Embarazarse no significa abandonar ningún camino alternativo: entre cuidar hijos ajenos e hijos propios se cierran las posibilidades, ya que en su socialización no hay un aprendizaje ligado a opciones y decisiones. Si bien en casos frecuentes se tiene información sobre anticonceptivos, su uso adecuado y sistemático necesitaría de una decisión de no embarazarse que estas jóvenes no han internalizado. Ser madre en este sector social, permite acceder a ciertas transferencias del Estado, subsidios, leche, ajuar y plan de alimentación, aunque estos beneficios cada vez están más recortados. Mediante la maternidad se logran beneficios que en condiciones de pobreza se

perciben como soluciones. Existe una aceptación en la comunidad de pertenencia a la maternidad temprana ya que es un comportamiento habitual que se produce desde sus madres y abuelas. La llegada de un hijo es percibida como portador de alegría, ternura y como un evento feliz en su universo de restricciones, resignaciones y opacidad. Desde sus percepciones, la vida transcurre y la respuesta es la aceptación ante hechos azarosos que ellas no pueden cambiar. Dentro de este contexto, la maternidad es otro fenómeno que no pueden decidir ni evitar.<sup>48</sup>

Por otro lado y siguiendo a autores como Gutiérrez, podemos agregar que: “*la cosmovisión respecto del embarazo no buscado y las soluciones posibles frente a él, difieren sustantivamente de acuerdo con la condición social y el nivel educativo*”<sup>IV</sup>. Por ende, también existen miradas diferenciales respecto de la maternidad y paternidad adolescente y juvenil por parte de ellos/ellas y de los adultos que los rodean. a mirada problemática del embarazo adolescente presenta claras diferencias de género, ligadas al significado que las culturas le otorgan a la función de ser madre y mujer, en relación con su opuesto: ser padre y hombre al mismo tiempo, estos significados se encuentran ligados al papel que hombres y mujeres cumplen ante la reproducción y la crianza.<sup>49</sup>

Diversos estudios realizados en Argentina y otros países latinoamericanos, muestran esta realidad, tal es el caso de una encuesta a nivel nacional realizada por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, en adelante SAGIJ a 1485 adolescentes de bajos recursos durante el año 2003, el 90,5% de las encuestadas iniciadas sexualmente (1030), con una edad promedio de 16,7 años, mantenía relaciones en la actualidad. Al momento de la indagación, el 27,9% (261) no tenía cuidados anticonceptivos. Los motivos que refirieron fueron: a) *buscaba el embarazo* (35%), b) *falta de información* (23%) y c) *él no quería* (17%). Llama la atención el porcentaje de adolescentes que expresan el deseo de embarazo, pues este indicador nos dice que la falta de uso de métodos anticonceptivos, en adelante MAC va más allá de la precariedad material de estas jóvenes. Existen, entonces, pautas culturales y modelos de género que regulan sus prácticas, al tiempo que la falta de posibilidades de construir otros proyectos pesa sobre ellas. Está presente ese deseo de ser madre que las gratifica. En este sentido, se trata de comprender los imaginarios que tienen vigencia entre las jóvenes, que inciden en la formación de sus relaciones

---

<sup>IV</sup> Gutiérrez, M. (2003). “Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía”. En checa, s. (comp.). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós, p. 94.

afectivas, en sus ideas acerca de pareja, familia y sexualidad y que no son casuales, sino producto de dinámicas y procesos culturales. Las jóvenes responden, a través de su maternidad, a una expresión de la emocionalidad legitimada culturalmente en su medio.<sup>50</sup>

Otra investigación sobre embarazo adolescente en sectores populares que refleja datos llamativos es la que llevó a cabo el CEDES. El estudio abarcó quince maternidades públicas de siete provincias argentinas. En total se entrevistaron 1645 adolescentes, con una edad promedio de 17,5 años, que dieron a luz entre diciembre de 2003 y febrero de 2004. Los motivos de la no utilización de MAC en la iniciación sexual fueron: a) *no esperaba tener relaciones en ese momento* (35,8%), b) *no conocía los métodos* (11,8%) y c) *quería tener un hijo* (9,4%). Luego de la iniciación sexual, el principal motivo de no uso de MAC fue: *quería tener un hijo* (21,7%). Al momento del último embarazo, el 81,5% de las encuestadas no estaba utilizando un método anticonceptivo. El 43,6% (584) de ellas reportó que *quería tener un hijo*.

Respecto de lo expresado en párrafos anteriores, en función a los riesgos y las disímiles realidades y características individuales, familiares, sociales y culturales de las adolescentes embarazadas, y al hecho concreto, de que los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan<sup>51</sup>, se considera necesario y oportuno, tener en cuenta que el proyecto de vida que se liga a la maternidad no implica olvidar que ello también funciona como indicador de una situación económica y social desventajosa, donde la falta de oportunidades profesionales y educativas terminan imponiéndose y estableciendo que la maternidad se constituya en su principal destino y objetivo en la vida de esas adolescentes.

Para concluir es posible argumentar que el embarazo en la adolescencia ocurre en todas las clases sociales, pero la actitud que frente a él asumen tanto las y los adolescentes como su familia varía ampliamente según el proyecto de vida de los jóvenes y de las expectativas que los padres depositan en ellos. Ambos factores influyen en forma significativa en que puedan prevenirlo exitosamente o, que si se embarazan, lo interrumpen o tengan al bebé. Los comportamientos de los sujetos, se construyen en el tránsito entre lo objetivo y lo subjetivo al ser evidenciados en la acción dentro de escenarios y contextos específicos donde ocurren, es decir, son prácticas objetivas que adquieren significación subjetiva en medio de las relaciones sociales entre las personas. Es así como el comportamiento es una práctica atribuible

a los sujetos y al mismo tiempo es una interacción entre sujetos, cuya dinámica y forma debe investigarse como un objeto propio y, por ello, el énfasis debe ponerse en comprender las relaciones interpersonales.<sup>52</sup>

La autora de este trabajo comparte las ideas que postulan que en la actualidad, a pesar de la diversidad de investigaciones realizadas, se conoce muy poco sobre el embarazo en la adolescencia, se trata de un fenómeno complejo, y diverso – como prácticamente todos los fenómenos sociales – por tal motivo considera preponderante, delimitar con mucho mayor rigor y precisión entre otros aspectos, donde radican los problemas ligados con el embarazo en esta etapa de la vida, para quién o quiénes se constituyen en problemas, y cuáles son sus determinantes.

### **Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia**

Si bien, el fenómeno del embarazo en la adolescencia es complejo y sus implicancias varían según desde la óptica que se mire, ya que para algunos sectores es un problema serio, tal es el caso del punto de vista médico o psicológico, y para otros es algo normal y natural como parte de su historia cultural, así el caso de las familias que pertenecen a sectores populares de la sociedad; es posible enunciar factores de riesgo que se asocian y constituyen sus principales causas, su implicancia depende de muchos aspectos, tales como, edad de la madre, acceso a información de calidad, inclusión educativa, orientación y educación sexual adecuada, carencia de control de los impulsos sexuales y presión grupal para tener relaciones sexuales a veces en forma esporádica, como forma de demostrar que se es más hombre o más mujer, sentirse invulnerables porque “eso les ocurre a otros y a mí no”, no usar métodos anticonceptivos en forma adecuada, querer validarse frente a características de soledad, inseguridad, baja autoestima o problemas familiares, ignorancia en temas de fertilidad, sentirse fuertemente enamorado y tener sexo sin protección, querer vivir nuevas experiencias, sobre erotización provocada por los medios de comunicación, en especial la televisión, estar bajo el influjo de alcohol o drogas, lo cual produce una liberación del freno social, falta de afecto y comunicación con los padres, sentir temor a ser reprobados, por lo cual los jóvenes ocultan que son sexualmente activos, no tener acceso a orientación y controles médicos, etc.



La adolescencia, es un período de grandes oportunidades y grandes riesgos. En el contexto social y de salud, se considera como una etapa donde los individuos son altamente vulnerables.<sup>53</sup> Es indiscutiblemente una etapa vulnerable en sí misma con múltiples factores de riesgo propios de la condición por la que están transitando los adolescentes, no siempre asociados al componente biológico, como por ejemplo: menores redes de contención y soporte social, y mayor labilidad psicológica junto a una condición socioeconómica empobrecida de la población.

Cada año, al menos 60,000 adolescentes mueren como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo y el parto. El riesgo de morir durante el parto es doble entre mujeres de menos de 20 años de edad. Según muestran los datos de UNICEF, todos los años 13 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a la luz alrededor del mundo<sup>V</sup>. Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio en República Dominicana por ejemplo, ocupan el segundo y cuarto lugar entre las principales causas de muerte de las mujeres latinoamericanas de 15 a 24 años de edad. Los embarazos entre adolescentes, según publicaciones de la OMS, durante 1994, están asociados a condiciones desventajosas que los caracterizan como un problema con implicaciones sanitarias, sociales y económicas para la población en general.

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. Probablemente como en ningún otro periodo estas dimensiones se encuentren intrincadas entre sí en la construcción de un mundo adolescente indivisible caracterizado por múltiples componentes que interactúan otorgando la particular condición de vulnerabilidad de esta etapa.

Respecto a la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.<sup>54,55</sup> Otras condiciones asociadas que pueden favorecer un embarazo en la adolescencia pueden ser según Cueva V., *“la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, poca*

---

<sup>V</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) El Estado Mundial de la Infancia de 2011 invitó a colaboradores adultos y adolescentes de diversos grupos interesados para que ofrecieran sus perspectivas sobre los distintos problemas a los que hacen frente hoy en día los adolescentes en materia de protección, educación, salud y participación.

*comunicación con la madre, abandono de la escuela, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, poco conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, violencia intrafamiliar, carencia afectiva, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, y amigas que han iniciado su vida sexual precozmente”<sup>VI</sup>.*

El tipo de familia en el que habita el adolescente ejerce mucha influencia sobre su conducta sexual y reproductiva; la existencia de barreras en la comunicación y falta de información no proporciona una orientación sexual oportuna y adaptada. La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado y la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de presentar embarazos no deseados, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas.<sup>56</sup> Según estadísticas en América Latina 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas. En la Argentina la tasa de madres adolescentes se mantiene en el 20%, datos semejantes a la mayoría de los países latinoamericanos.

Si se focaliza en la dimensión familiar, se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes. Al respecto, según expresan Buil Rada C, Lete Lasa I. y otros, “*además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo*”.<sup>57</sup>

Siguiendo en esta línea es posible inferir que un mal funcionamiento familiar puede ser un factor predisponente a una actividad sexual prematura, ya que las jóvenes pueden ver en el embarazo una forma de escape de un hogar donde se sienten amenazadas por aspectos disfuncionales del entorno familiar como la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de otra joven en la familia; la enfermedad crónica de uno de los padres y la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas. Las zonas de pobreza,

---

<sup>VI</sup> Cueva V, Características Sociales y Familiares de la adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo, revista médica del IMSS, 2005 marzo-abril; 43(2): 5-7.

con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, lo que las hace ser más vulnerables.

En la dimensión social, uno de los elementos relacionado a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo es la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad<sup>58</sup> y la dificultad y acceso a los servicios sanitarios, de manera conjunta, con la falta de habilidad social para conseguir asesoría y anticonceptivos u otro tipo de MAC.<sup>59, 60</sup>

Si bien, las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales, pero como ya se expresó se juegan también importantes elementos psicológicos, la valoración del embarazo difiere según autores, según el perfil sociodemográfico de las adolescentes y el lugar geográfico donde éstas habitan; en amplios sectores de la sociedad donde la población es rural, el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de las vidas de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen, lo que las lleva a ser madres, sin haber dejado de ser niña.<sup>61</sup> En otros sectores sociales, sobre todo los de mayor poder adquisitivo, a diferencia de estos grupos, la mayor parte de las adolescentes tienen expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad, más bien es producto entre otros aspectos, de la falta de información, la falla en el uso de los métodos anticonceptivos y el difícil acceso a servicios de orientación sexual para adolescentes.

### **Menarca temprana e inicio precoz de las relaciones sexuales, y falta de planificación familiar**

Los cambios en ámbitos físico, biológico, psicológico y social, que se producen en la adolescencia pueden ocasionar situaciones generadoras de crisis, conflictos y muchas veces, contradicciones.

El ejercicio de la sexualidad y la reproducción, deberían ser siempre actos deseados y planeados; la iniciación sexual a edades muy tempranas puede generar múltiples consecuencias en la vida del adolescente y de todo su entorno debido a la falta de experiencia y al poco cuidado que tienen en la realización de las prácticas sexuales. Una de las consecuencias que puede traer aparejada una vida sexual activa

sin la responsabilidad que esta merece es, como se expresó, un embarazo no planeado, definido como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o se da en una persona que no desea reproducirse, que en el caso de los adolescentes influye al suceder drásticamente en sus vidas.<sup>62</sup>

El inicio de la menarquía en la mujer adolescente ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años<sup>63</sup>, por otra parte, también ha disminuido la edad de inicio de relaciones sexuales. Diversos estudios indican que más del 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos, esto, sumado a las creencias que el/la adolescente posee, como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como: lástima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad implica riesgo de embarazo.<sup>64</sup>

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual. Muchos especialistas en la temática coinciden en que la menarquia precoz y las relaciones sexuales en edades tempranas, unido al desconocimiento de los mecanismos de reproducción humana y de los métodos de control de la natalidad son factores que inciden en la aparición de embarazos no planificados en la adolescencia.<sup>65, 66</sup>

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.<sup>67</sup> Un estudio realizado en Santa Marta, Colombia durante el año 2006 por Ceballos y Campo expresa que *“la edad promedio para la primera relación sexual fue de 14.8 años en adolescentes”*<sup>VII</sup>. Encuestas realizadas por la revista colombiana Pro familia atribuyen el inicio cada vez más temprano de la vida sexual de los jóvenes a *“una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad, a ello le*

---

<sup>VII</sup> Ceballos A, Campo A. Relaciones Sexuales en estudiantes de un programa de medicina en la ciudad de santa marta, Rev. Duazary, 2006; 2(2): 110-114.

*suma el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca de temas sexuales*”<sup>VIII</sup>.

Tal como se argumenta en párrafos anteriores, la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo. Actualmente, los adolescentes alcanzan su maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva pero aún no logran el cumplimiento de tareas psicosociales tales como: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen, durante este período los adolescentes se encuentran biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable.<sup>68</sup>

La primera unión sexual y el nacimiento del primer hijo tienen especial significación dentro del conjunto de eventos que marcan la vida de los individuos. Diferentes estudios concuerdan que, el embarazo en adolescentes se relaciona con la probabilidad de iniciar precozmente las relaciones sexuales, y que esta probabilidad aumenta en adolescentes cuyas familias presentan una autoridad moral débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a los adolescentes.<sup>69</sup> Desde la década de 1990, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%.

Menkes y Suárez<sup>70</sup> documentan que, en México, la población que se inicia sexualmente en la juventud, ha aumentado de manera importante en los últimos años, de 1995 al 2000. Además que el porcentaje de mujeres jóvenes que declara haber tenido relaciones sexuales se ha incrementado de manera significativa, y pasó de 20 a 25% en las de 15 a 19 años de edad, y de 58 a 75% en las de 20 a 24 años de edad. Los estudios tienden a mostrar que el inicio sexual ocurre de forma no planificada, gran parte de las mexicanas adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Y que si bien el número de usuarias de

---

<sup>VIII</sup> López S, Embarazo en adolescentes, revista Profamilia, 2001; 8(19):4

métodos anticonceptivos en el debut sexual ha reportado un incremento de 11.3% en el año 1995 a 19.4% en el 2000, la gran mayoría de la población femenina se inicia sexualmente sin protección.

Al año 2003 a partir de la realización de la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud, se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T. durante el año 2005 donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años.<sup>71, 72</sup> Un trabajo de investigación realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres.<sup>73</sup> Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. De lo expuesto no queda margen a duda, la iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. El inicio puede ser 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.

Tal como se expresó, las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imagina; entre 10% y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años.<sup>74</sup>

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual. Según Palma, 1990, es un hecho manifiesto que las generaciones recientes viven la sexualidad de manera distinta a las generaciones que les precedieron. Los y las jóvenes están expresando en su forma de vivir la sexualidad las complejas y aún contradictorias transformaciones que en relación con la misma se están produciendo en nuestra sociedad en el último tiempo y que tienen

su origen en fenómenos de carácter social, cultural, biológico y de naturaleza científico-tecnológica.<sup>75</sup>

La Organización Panamericana de la Salud en adelante, OPS define a la planificación familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo a las necesidades de salud y bienestar de la familia, para ello contamos en la actualidad con mecanismos para evitar un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos. Sin embargo, los adolescentes carecen de manera notable de conocimiento bien fundamentado de los diferentes métodos de planificación familiar: si bien muchos pueden recitarlos de memoria, carecen del adiestramiento necesario para su uso correcto en caso de tener coitos. La no utilización de métodos de planificación familiar entre los adolescentes se asocia principalmente con la percepción de invulnerabilidad, el escepticismo frente a la efectividad de los métodos, las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, la creencia de que utilizar preservativo con la persona que se ama y a la que se tiene confianza es un irrespecto, las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales, el deseo de complacer a la pareja. Aunque casi todas las adolescentes tienen algún tipo de conocimiento en métodos de planificación familiar, todavía presentan vacíos fundamentales en materia de salud reproductiva y en el uso adecuado de los mismos.<sup>76</sup>

Datos aportados por un estudio realizado en la escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, durante el año 2000, sobre educación y ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes mostró que solo el 13 % de los adolescentes entre 15 y 19 años con vida sexual activa utiliza métodos anticonceptivos, y aún prevalece el uso en una proporción significativa, de métodos ineficaces como el retiro, lo que puede incidir en el número de embarazos indeseados en la población adolescente.<sup>77</sup>

Siguiendo con esta línea se aportan los datos recogidos en una encuesta realizada por el CELSAM los datos obtenidos se refieren a los conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en 14 países de América Latina. La encuesta estuvo compuesta por 7.456 entrevistadas en 14 países, en un rango de edad entre los 15 y 45 años, considerado el período reproductivo de la mujer. Y en la región, los hallazgos fueron aún más desalentadores: un 71 % de las adolescentes de entre 15 y 19 años no usa ningún método, y 1 de cada 3 mujeres que alguna vez usaron métodos anticonceptivos, en la actualidad no emplea ninguno.

Resultados de un estudio efectuado con usuarias adolescentes de pruebas de embarazo realizadas en el centro de salud Pro familia de Bogotá demuestran que la mayoría de estas jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y que casi el 85% de las adolescentes resultaron embarazadas no deseaban esta condición<sup>78</sup>. Esta falta de conciencia acerca de la planificación familiar se debería, principalmente, a la falta de educación pública. Según la investigación, en Latinoamérica, las formas más comunes de enterarse sobre los métodos anticonceptivos son las conversaciones con familiares o amigas, en el 34% de los casos, y la información proporcionada por médicos o en hospitales, con otro 34%. En Argentina, el 11% de las mujeres consultadas tomó conocimiento acerca de métodos anticonceptivos a través de los medios masivos TV, radio y prensa escrita.

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos tales como: ritmo, coito interrumpido; el consumo de tabaco, alcohol y marihuana.<sup>79</sup> Se reconoce la existencia de factores socioeconómicos y culturales asociados al comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes y a la presencia de embarazos en esta etapa: ser residente en localidades rurales; ser indígena; ser analfabeta o tener un grado escolar limitado tal como primaria incompleta; tener una edad menor a 20 años; tener relaciones de género desfavorables; y ser económicamente desfavorecido.<sup>80</sup>

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar en 1999, realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”<sup>IX</sup>, e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la

---

<sup>IX</sup> El estudio se llevó a cabo en 10 estados de la república en un total de 5,200 viviendas. Se cubrieron zonas urbanas y semi-rurales. Se encuestó a jóvenes hombres y mujeres de entre 13 y 19 años (4,300) de los cuales, el 70.4% asistían a algún centro escolar y el 29.6% no lo hacían. En la encuesta se incluyó a padres y madres de familia de las y los jóvenes encuestados así como al personal docente y prestadores (as) de servicios que estaban en relación con los mismos.



escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando.

### **Violencia basada en el género, violencia y abuso sexual**

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Así mismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la violencia basada en género y especialmente a la violencia sexual. Como consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual sin tener en cuenta la necesidad de la anticoncepción, o sin haber tenido acceso a servicios de planificación familiar apropiados.

La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* del año 2002, en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual forzada. Es así como se estima que el 60% de los embarazos de niñas menores de 15 años son producto de abuso sexual o incesto. Según la OPS, el problema de la violencia sexual<sup>X</sup> “tiene una marcada diferencia en relación con el género: por cada hombre abusado se cuentan entre 3 y 4 mujeres abusadas sexualmente. Por ejemplo, en el Caribe, 48% de las mujeres refieren que la primera relación sexual fue bajo coerción”. Muchas adolescentes embarazadas poseen una historia de abusos y maltrato desde etapas muy tempranas; las víctimas describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, asco, desconfianza, aislamiento, odio, vergüenza, depresión, ansiedad, sentirse distinta a los demás, marginada.

Las violaciones y los abusos pueden ser cometidos por extraños o conocidos pero nunca con culpa de la víctima, pues existe la errónea creencia de que es la víctima quien la provoca. El silencio en estos casos se convierte en el peor enemigo y

---

<sup>X</sup> OPS, 2000 Informe mundial sobre la violencia y la salud.

a la vez en el mejor aliado para que se repitan los abusos. Datos de diferentes países muestran que entre el 15% y 30% de las adolescentes y jóvenes usualmente reporta que su primera relación sexual con penetración fue forzada. Esto involucra por lo general a hombres conocidos, especialmente la propia pareja que presiona para tener relaciones sexuales con argumentos de rechazo o abandono, que amenaza o intimida a la mujer para que acceda a su pedido o usando directamente la fuerza físicamente.<sup>81</sup>

Investigadores de la Universidad de Colorado y de la Universidad de Rochester evaluaron la relación entre abuso sexual, físico y emocional en niños, y la edad del primer embarazo, las cifras obtenidas luego de ajustes a parámetros como forma de vida, edad de la menarca, separación paterna, residencia urbana y tabaquismo, evidenciaron que el abuso sexual se asociaba con edades más bajas para el primer coito y el primer embarazo. De acuerdo a investigaciones realizadas por el Instituto Alan Guttmacher en 1994<sup>82</sup>, el 75 % de las adolescentes que tuvieron actividad sexual antes de los 14 años, habían sido forzadas. Esta relación es observada también en otros países como Colombia y República Dominicana y es más notoria en niñas de estratos socioeconómicos bajos, en áreas rurales alejadas, donde el hacinamiento, el machismo y los patrones culturales favorecen este tipo de conductas.

En 1993 UNICEF reportó que en el Perú, el 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tenía su origen en el incesto o en la violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. Por otro lado, en un grupo focal<sup>XI</sup> realizado en 1998, Pathfinder encontró que el 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación, en la mayor parte de casos sucedida en el ambiente intrafamiliar.

Datos de Argentina muestran que la totalidad de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años fue forzada a consumarlo; en cambio, ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fue. En referencia al mismo tema, datos de Brasil muestran, que el 4,9% de las adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años lo fue y ninguna de las adolescentes que se iniciaron sexualmente entre los 18 y 24 años fue una relación forzada.<sup>83</sup>

---

<sup>XI</sup> Pathfinder International Oficina de Perú. Lima, Perú; 1998.

En relación a la violencia sexual existen pocos datos documentados, pero los datos disponibles por la OMS indican que una de cada cuatro mujeres, puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta la tercera parte de las adolescentes (4 de 6), reporta que su primera experiencia sexual fue forzada. Sin duda, este tipo de violencia tiene efecto en la salud física y mental, además de asociarse a un mayor riesgo de problemas de salud reproductiva y embarazos no planificados ni deseados.

En este sentido, la OPS, en función de los aportes presentes en diferentes literaturas se sabe que la violencia durante la adolescencia ocurre por compañeros del sexo opuesto y novios, las relaciones sexuales forzadas se producen por motivos económicos, abuso sexual en el trabajo, violación, hostigamiento y asedio sexual, la prostitución forzada y tráfico de mujeres.<sup>84</sup> Otras investigaciones expresan en relación al tema que por lo general los abusadores y los agresores sexuales son familiares directos o personas conocidas que gozan de la confianza de las adolescentes (padres biológicos, padrastros, abuelos, tíos, cuñados, primos, vecinos, amigos de la familia, empleadores u otras personas con autoridad o ascendencia sobre las adolescentes). Sólo en una minoría de casos los perpetradores son personas extrañas a la víctima.

Cuando la agresión sexual conduce a un embarazo, a los riesgos propios del embarazo imprevisto en la adolescencia, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. El embarazo es la continuidad del abuso que lo originó, y en situaciones de indefensión puede provocar una grave desestructuración psíquica que puede llevar a situaciones límite como fuga, abandono del recién nacido e incluso suicidio o infanticidio.<sup>85</sup>

### **Educación sexual integral**

En la vida de todo sujeto, la sexualidad juega un papel preponderante, y específicamente en la adolescencia, la persona continúa un proceso importante en el desarrollo de su identidad, madurez sexual y capacidad reproductiva, así como de autonomía y socialización. De allí que una apropiación adecuada de la sexualidad es trascendental para el desarrollo integral de las personas jóvenes, y propiciar un proceso de deconstrucción de mitos y prejuicios que impregnan las representaciones

sociales en torno al tema, lo cual es indispensable para la construcción de una sexualidad plena.

Frederic Boix definía en 1976<sup>86</sup>, a la educación sexual como el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima.

La educación sexual y anticonceptiva poseen un gran impacto en la reducción de embarazos no planeados. En una revisión Cochrane para evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria realizadas en la escuela, la comunidad/el hogar, de carácter clínico y de carácter religioso sobre los embarazos no deseados en adolescentes, se encontró que las intervenciones múltiples es decir, que impliquen combinación de intervenciones educativas y anticonceptivas bajaron la tasa de embarazo no deseado en adolescentes.<sup>87</sup>

Los importantes niveles de embarazos en esta etapa evolutiva, son un reflejo entre otros aspectos, de la falta de información, educación sexual integral y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Habitualmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas. En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia, por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les brinda una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales; así mismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción, ya sea por pudor, falta de interés, percepción de invulnerabilidad o bien porque los servicios de salud están poco preparados para el abordaje de las consultas adolescentes, siendo en muchos casos más expulsivos que convocantes. Es real que, la edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad social, educativa, sanitaria y familiar de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento.

Como ya se expresó, entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención, esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el

ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para consensuar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

Se ha investigado ampliamente, sobre la relación entre la falta de educación sexual y el embarazo adolescente, generando conclusiones en relación a que la falta de educación sexual oportuna y formal y los medios de comunicación contribuyen a propiciar una actividad sexual temprana y embarazos no planeados sucesivos en los adolescentes.<sup>88, 89</sup> Cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones que despiertan el interés de los menores hacia la iniciación de la vida sexual activa.

Lo expresado en el párrafo anterior, hace evidente, que los adolescentes se enfrentan grandes obstáculos para obtener información integral y adecuada a sus necesidades respecto la sexualidad, de modo que se ve limitado el desarrollo pleno de este aspecto de sus vidas. Como ya se mencionó, la falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, estudio realizado en España, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

En un estudio realizado en el municipio San Miguel del Padrón, de Ciudad de La Habana, la información previa sobre sexualidad fue recibida fundamentalmente por compañeros o amigos y sólo el 39 % por parte de los padres.<sup>90</sup> En otro orden, se plantea que pese a que se está en pleno siglo XXI, muchos padres y madres actúan como si el tema no existiera y, muchas veces ni siquiera se dan por enterados de que sus hijos adolescentes mantienen relaciones íntimas con sus

parejas, o bien, tienen intenciones de empezar a hacerlo. Las más afectadas en este sentido son las adolescentes mujeres, pues ellas por pudor, temor o vergüenza, no se atreven a conversarlo con su familia.<sup>91</sup> Por otro lado, para las madres también suele ser un tema tabú, por lo que definitivamente ni se lo mencionan a sus hijas.

En el ámbito educativo, si bien, nuestro país y otros países latinoamericanos como el caso de Chile, Bolivia, Venezuela, Colombia, cuentan con políticas públicas que protegen el derecho de los y las adolescentes a recibir información y educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva, prevalecen importantes brechas en lo relativo a su implementación de las mismas en las escuelas y a través de vías no formales. La información disponible, corrobora la existencia de una demanda educativa insatisfecha al respecto, los y las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros estos aspectos se evidencian en las diferentes investigaciones.

Un investigación realizada por el Ministerio de Educación y Adimark<sup>92</sup> en Chile durante el año 2004, por ejemplo, sobre una muestra de 4,858 adolescentes, el 4.7% declaró que nunca ha recibido educación sexual durante su vida escolar; el 37.9% la ha recibido de forma aislada; el 48.2% de forma frecuente pero no permanente y sólo el 8% de manera permanente. Por otra parte, según datos de un estudio realizado por el Mineduc y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en adelante, FLACSO/Chile, más de 21,000 adolescentes entre 11 y 19 años matriculados en el sistema educativo en el año 2005 eran padres y madres.<sup>93</sup>

### **Deserción escolar temprana**

La relación entre escolaridad y sexualidad adolescente ha sido expresada según diversos hallazgos investigativos, como una relación muy importante. Así, a mayor educación, menor porcentaje de mujeres sexualmente activas. Es necesario señalar que esto se relaciona primordialmente con el hecho de que las mujeres sin escolaridad suelen unirse de manera temprana.<sup>94</sup> El abandono escolar no sólo es una consecuencia del embarazo en adolescentes escolarizadas, sino que juega un papel muy importante en las conductas de autocuidado y de cuidado con el/la hijo/a en sus primeros años de vida.

Según el Centro estadístico de Chile, uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tienen un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. Por otro lado, el rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional y desertan, acrecentando el ciclo: falta de educación, mayor riesgo de embarazo no planificado. De cada 5 adolescentes, 2 dejan la escuela como consecuencia del embarazo. La incidencia del embarazo en adolescentes es 40% mayor en las jóvenes que ya están fuera del sistema educativo.

Una investigación llevada a cabo en el año 2002 por la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en adelante, CEPAL<sup>95</sup>, permitió tomar conocimiento que en los tres últimos censos que se realizaron en la República de Chile, emergieron datos que permite establecer que existen dos variables interrelacionadas, el mayor nivel educacional y la disminución en la tasa de maternidad adolescente. El CEPAL indica, que la educación formal, sobre todo la finalización de la etapa secundaria, actuaría como una especie de “blindaje poderoso”, aunque no infalible, contra la maternidad adolescente, señalando además que el incremento de oportunidades educativas y laborales brindadas a las jóvenes adolescentes con menores recursos, actúan benéficamente desestimulando la maternidad temprana.

La deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también, en un porcentaje importante antes del embarazo. En relación al tema, Edith Pantelides <sup>96</sup>, investigadora independiente del CONICET en el Centro de Estudio de Población, en adelante CENEP, concluye que es probable que las adolescentes embarazadas tiendan a abandonar la escuela pero la mayoría de las adolescentes provenientes de sectores de bajos recursos que se quedan embarazadas, ya están fuera del sistema educativo. La autora enuncia que muchas jóvenes abandonan por problemas económicos o porque su proyecto de vida está centrado en la maternidad; por lo que para esta autora, no hay una relación causa efecto entre embarazo adolescente y deserción escolar. Cuanto menor es la educación formal recibida, mayor es el porcentaje de madres adolescentes que repiten la experiencia de la maternidad. Esto puede deberse a que estas jóvenes, tienen una iniciación sexual

más temprana, que usen en menor medida métodos anticonceptivos, o elijan algunos menos eficaces o que recurran con menor frecuencia al aborto.

Según el estudio “Nivel de educación sexual en adolescentes madres que concurren a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires” realizado en junio de 2005 por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer, en adelante CELSAM Argentina, el 95 % de las mamás adolescentes piensa que debería darse educación sexual en las escuelas ya que 6 de cada 10 no planificó tener un bebé y poco más de la mitad no asistía a clases al momento de quedar embarazada. La encuesta señala que el 42, 69% de las jóvenes nunca utilizó un método anticonceptivo en forma sistemática y que 4 de cada 10, no se cuidaron en su primera relación sexual.

Información obtenida de la Encuesta permanente de hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en adelante, INDEC y de cifras ofrecidas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, durante el año 2006 tomando en cuenta datos estadísticos que tienen relación con la situación de salud, permite aportar que, la maternidad adolescente se encuentra relacionada con la pobreza y el bajo nivel educativo de las jóvenes; en general las madres adolescentes presentan un índice de escolarización muy bajo, el 60% de las madres adolescentes del país no han terminado su escolaridad primaria, esta cifra se eleva al 99,7% en la provincia de Jujuy; en todos los casos se encuentran junto con sus hijos en situación de pobreza. Si consideramos que para las mujeres pobres la escuela es uno de los pocos lugares permitidos socialmente, nos encontramos con la imposibilidad que tienen de incluirse en proyectos que les permitan el contacto con el exterior y la obtención de conocimientos que les permitan ubicarse en mejores condiciones en el ámbito laboral. El embarazo adolescente afecta la calidad de vida de la joven, ya que recorta incorporación en proyectos educativos o laborales y reafirma la maternidad como única posibilidad de proyecto propio, concreto, anulando y restringiendo otras dimensiones del sujeto mujer. El embarazo adolescente también está en aumento, el 13% de las mujeres embarazadas de la provincia de Buenos Aires tiene entre 14 y 21 años<sup>XII</sup>.

El CELSAM Argentina, destaca que el 20 % de las jóvenes inicia un método anticonceptivo luego de un tiempo de estar en pareja, lo cual indica que se cuidan más en sus relaciones estables que en las ocasionales o las que recién se inician. “De

---

<sup>XII</sup> INDEC, Encuesta permanente de hogares año 2006.



las chicas que usan métodos anticonceptivos sólo el 23 % usa preservativo”, advirtió Figueroa miembro de CELSAM, Argentina y entre las razones, mencionó cierta inmadurez psíquica y emocional para tomar decisiones características propias de la psicología de los adolescentes que hacen que se dejan llevar por los impulsos.<sup>97</sup>

Especialistas en la temática abordada por el presente estudio, pertenecientes a UNICEF Argentina al igual que los que pertenecen a otras organizaciones coinciden en afirmar que una de las causas más importantes de embarazo adolescente no planeado, es la falta de información adecuada sobre la sexualidad y el cuidado del cuerpo y la dificultad en el acceso a métodos de prevención; todos coinciden en que muchas veces la información existe pero es incorrecta o incompleta.

Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.<sup>98</sup> La falta de previsión es considerada un elemento a pensar en relación al embarazo adolescente ya que las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso.

La vida sexual activa sin protección incrementa el riesgo de verse involucrados en embarazos no planeados ni deseados además del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, por desconocer o no aceptar el uso de métodos anticonceptivos y de igual manera cuando las ambiciones y proyectos de vida son muy limitados. Es más probable que los/las adolescentes con mayor nivel cultural y educativo tomen medidas de control natal, por tener ambiciones de una carrera y la mayor posibilidad de acceso a grupos culturales, sociales y deportivos, aun así existen embarazos no planeados en todos los estratos sociales.

Diversos estudios indican que el desarrollo sexual sano lleva a tomar decisiones que se traducen posteriormente en resultados favorables. La conducta sexual depende de muchos factores y está determinada en gran medida por el conocimiento o educación que tenga la persona sobre ésta y sobre su cuerpo. A pesar de los grandes avances en materia psico-educativa, en muchos países incluyendo Argentina aún hay sectores que consideran tema tabú el hablar sobre

sexualidad por lo que delegan la responsabilidad o bien no se cercioran de cuánto y cómo llega la información a los jóvenes.

Para la OMS<sup>99</sup>, la falta de la debida educación en materia de sexualidad, el inicio precoz de las relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional ni física, muchas veces impulsadas por la carga sexual tan fuerte que existe en los medios de comunicación que promueven una vida sexual irresponsable. Otra de las posibles causas es el abuso sexual. En el Caribe, del 30% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad refiere que su primera relación fue forzada o no planificada ni consensuada.

Los hechos detallados en los párrafos anteriores, han obligado a crear Programas de Educación Sexual que han evolucionado hacia una mirada más educativa y pedagógica, buscando favorecer procesos de aprendizaje desarrollando temáticas como son: autoestima, habilidades sociales, abstinencia, paternidad responsable, métodos de sexualidad segura, prevención de SIDA, etc., cobrando la escuela y la familia un lugar protagónico a la hora de llevarla a cabo. De todos modos y a pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66 % de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo.<sup>100</sup>

Un estudio llevado a cabo en Santiago de Chile<sup>101</sup> observó que casi un 80% de los adolescentes había recibido alguna vez algún tipo de educación sexual. La mayoría de éstos la recibió tanto en el hogar como en el colegio. Un 98.55% conocía algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo de los que refirieron haber recibido algún tipo de educación sexual, sólo un 34% utilizó alguno de éstos. Los otros no los utilizó por vergüenza o miedo. De los que si usaron, la mayoría, el 55.1% usó anticonceptivos orales. Entre las adolescentes que ya han tenido su primera relación sexual, la mitad no usó ningún método anticonceptivo. Diversos son los factores que generan el rechazo de los adolescentes a la utilización de métodos anticonceptivos generando embarazos no planeados con sus consecuencias. En general se relacionan con las características psicológicas propias de esta edad<sup>102, 103</sup>. Por otro lado, existen trabas objetivas, y son las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes y jóvenes para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual, la mayoría de los servicios de planificación familiar no están

diseñados para atraer a los jóvenes, no cuentan con profesionales capacitados en abordaje de este grupo poblacional y mucho menos, están adaptados a sus características y necesidades.

En síntesis, a pesar de los avances en materia de planificación familiar, existen en la actualidad una variedad de barreras profesionales, institucionales, legales, económicas y culturales que operan para obstaculizar el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los recursos anticonceptivos. A esto se suma el hecho que, muchos servicios no están preparados para atender las necesidades particulares de los y las adolescentes y no se constituyen como espacios amigables al no resguardar la privacidad y confidencialidad, o al sancionar la actividad sexual de los/as adolescentes.

### **Falta de pareja estable y repetición de modelos parentales**

En relación al embarazo adolescente no planeado y el estado civil de la madre, estudios realizados en Venezuela observaron que cerca del 80% de las adolescentes embarazadas eran solteras<sup>104,105</sup>, en España, la ausencia de pareja estable entre las madres adolescentes es entre el 25 y el 40% en contraste con el 5-10% de madres adultas sin pareja.<sup>106</sup> Una cada vez mayor proporción de madres adolescentes no establece una unión estable, la mayoría permanecen en la casa de sus padres, agregando una sobrecarga adicional a una situación económica familiar que en la mayoría de los casos ya es desfavorable.

El sostén familiar tiene mucho valor para la salud de la adolescente y su hijo, siempre que apoye a la adolescente en el uso de algún método anticonceptivo, y en su desarrollo intelectual y social. Sin embargo, esta situación tiene aspectos negativos en la mayoría de los casos, ya que en general la propia familia no le ofrece a la madre adolescente la posibilidad de finalizar su educación y capacitarse para ingresar al mercado laboral y ser una persona productiva para sí misma, su hijo, su familia y la sociedad. La madre adolescente pasa a cumplir el rol de madre y colaborar en las tareas domésticas, de esta forma se perpetúa la situación de dependencia de la joven y su hijo, con ausencia del padre del bebé en la mayoría de los casos.

Al tener en cuenta la dimensión familiar del embarazo adolescente, muchos autores resaltan la importancia del modelo familiar, el mismo, se transmite de padres

a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.<sup>107</sup> Además del modelo familiar, la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. Un estudio realizado entre jóvenes hispanas de EEUU se concluyó que la adecuada comunicación con la madre estaba inversamente relacionada con el embarazo, estimándose que la Odds Ratio de embarazo, en el caso de que la madre hablase de sexo a su hija, era de 0,3.<sup>108</sup>

Como se expresó, el embarazo adolescente no planeado también se relaciona con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.<sup>109,110</sup> Geronimus y Korenman<sup>111</sup>, han demostrado y documentado en cuanto a la familia, que el pertenecer a un entorno familiar de menor nivel socioeconómico, a hogares mono parentales o con madres que poseen bajo niveles educativo, aumenta la probabilidad de que una adolescente tenga un embarazo no deseado. Una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente más conocida es, según lo expresan muchos estudios ya mencionados, que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también, esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. El fenómeno de la existencia de una asociación entre el embarazo temprano en una generación y la edad del embarazo de la siguiente generación, ya que sería más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente, podría deberse a diversos procesos tales como; herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas.<sup>112</sup>

La socialización es un importante mecanismo que puede producir una asociación entre el comportamiento reproductivo entre madres y sus hijas y podría aportar a la explicación de este fenómeno, las hijas de madres adolescentes pueden sostener actitudes, valores o preferencias que son favorables a la maternidad temprana y esto, porque reproducen los comportamientos de sus madres. Probablemente las madres que fueron madres adolescentes sean más favorables a mantener actitudes positivas hacia la maternidad adolescente y ellas transmiten estas actitudes a sus hijas a través del proceso de socialización.<sup>113,114,115</sup>

El tamaño de la familia es considerada otra importante característica del comportamiento reproductivo de las madres que influye en el comportamiento

reproductivo de las hijas a través de la socialización. Una de las más importantes razones que las hijas de madres adolescentes llegan a ser madres adolescentes podría deberse al hecho de crecer en familias grandes con muchos hermanos.

La inestabilidad familiar es otro aspecto que podría producir esta transmisión de la maternidad adolescente, los conflictos de pareja de los padres en muchas situaciones, pueden debilitar la relación de la hija con la familia o animarlas a buscar apoyo emocional e intimidad fuera de la familia de origen. Otras características del hogar que hacen menos atractivo permanecer en el hogar son ingreso económico bajo o inestable.

En relación al estudio de la relación intergeneracional en el embarazo adolescente Alatorre y Atkin<sup>116</sup> destacan que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas, con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres. De acuerdo a este estudio, la repetición del embarazo adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal, en segundo lugar, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes.

En efecto, y siguiendo las conclusiones del estudio de Alatorre y Atkin, las relaciones entre pobreza y embarazo adolescente se hacen más complejas cuando se observan intergeneracionalmente debido a que: primero, el embarazo adolescente puede ser visto como una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla; en segundo lugar, es un hecho que la pobreza en una generación probabiliza la pobreza para la segunda generación; en tercer lugar, también el embarazo adolescente en la primera generación hace más probable que se repita en la segunda generación; por último, además de la carga de los antecedentes socioeconómicos, al repetirse el embarazo adolescente en la segunda generación, se profundiza la pobreza y se suman obstáculos para la movilidad social de la generación siguiente, sin embargo, este estudio estaría indicando que las madres se esfuerzan por ayudar a sus hijos padres adolescentes, a enfrentar la situación de una forma más positiva de cómo lo hicieron sus padres cuando ellas pasaron por esta misma situación, con la esperanza que éstos tengan alguna posibilidad de movilidad social futura.

La ausencia de la instrucción por parte de sus padres genera carencias que la adolescente no sabe resolver por sí misma, más aún cuando pertenece a sectores menos privilegiados de la sociedad, con pobre acceso a información, impulsándola a relaciones sexuales sin protección. Zavodny 2000 utilizando datos del National Survey of Family Growth de 1995 para Estados Unidos, ha realizado un estudio cuyos resultados indican que la probabilidad de embarazo es menor para las adolescentes con madres más educadas y las que vivieron con ambos padres hasta al menos los 14 años.

### **Actitudes adolescentes frente a la maternidad**

El embarazo en la adolescente para muchos jóvenes, constituye una crisis que se agrega a la crisis misma de la adolescencia. Implica profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente, el embarazo presenta una dificultad para la joven y su familia aunque para otras, puede ser una experiencia cotidiana y normal si alguna de las mujeres del núcleo familiar ya pasó por esta situación. El comportamiento del adolescente frente al embarazo es variable de acuerdo a las pautas culturales y sociales, depende del carácter y personalidad del joven, de su historia familiar y también de la forma de cómo quedó embarazada, deseada, violenta, inadvertida, etc.

Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo/a representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable es más tolerada social y familiarmente en los estratos de menores recursos. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ligado al deseo de tener hijos/as propios/as para no seguir cuidando de los/as hermanos/as pequeños/as, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres.<sup>117</sup> Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección o apoyo económico por parte del hombre. Estas variables podrían explicar parcialmente el fracaso reiterado de los programas destinados a evitar la repitencia de embarazos en la adolescencia.<sup>118</sup>

El embarazo, en la mayoría de los casos no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán como fue mencionado en este trabajo, de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre temprana o tardía.

Según diversos estudios y opiniones de especialistas en adolescencia, las reacciones negativas respecto de la maternidad adolescente más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Generalmente, muchas adolescentes se privan de asistencia médica durante su embarazo por ignorancia o vergüenza, lo que resulta un riesgo por las complicaciones que puedan generarse. Las reacciones según la etapa de la adolescencia en que se encuentren se pueden resumir del siguiente modo:

En la *adolescencia temprana*, (entre 10 y 14 años), el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales por lo que las adolescentes no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. En caso de ser un embarazo por abuso sexual, la situación se hace más complicada puesto que se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. Muchas jóvenes, no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que la mayoría de las veces queda a cargo de los abuelos.

En la *adolescencia tardía*, (entre 15 y 19 años), como ya tiene establecida la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante al límite del *exhibicionismo*. Es muy común que “*dramaticen*” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como “*poderoso instrumento*” que le afirme su independencia parental. Frecuentemente su estado de ánimo oscila entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

Con respecto a lo expresado en párrafos anteriores, UNICEF sostiene que “*una de las mejores formas para ayudar a la adolescente a convertirse en adulta es*

*contribuyendo a refutar mitos y creencias que en torno a ella se mantienen, como el mito de que el casamiento adolescente es la mejor opción; más bien hay que ir brindándoles las aptitudes y los conocimientos necesarios para tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de las cuestiones sexuales y de la reproducción”<sup>119</sup>.*

En referencia a lo expuesto, se considera importante tener presente que, el significado del embarazo adolescente no es unívoco y puede esclarecer tomando en cuenta los múltiples aspectos presentes en la vida sexual y reproductiva como los relacionados con el contexto socioeconómico y cultural, la socialización de género, las relaciones intergenéricas y familiares y los estilos educativos parentales. Es importante destacar que algunos estudios encontrados respecto al tema expresan que, hay una variedad de situaciones socio familiares, aún dentro de un mismo sector social, que se relacionan con la maternidad en la adolescencia que permitirían suponer que desde un punto de vista psicosocial ésta puede estar relacionada con situaciones de distintos grados de conflictividad y representada como un problema o como un hecho deseable.

Es preciso destacar que si bien la maternidad en la adolescencia constituye, en la mayoría de los casos, una experiencia inesperada y conflictiva para las jóvenes y su entorno familiar en algunos contextos, el embarazo no implica una situación de tensión y conflicto, siendo aceptada por la joven mujer, su pareja y su familia. Además, aunque muchos embarazos no son planificados, otros son producto de una decisión más o menos consciente.

En un estudio realizado durante el año 2001 se observó que para la mayoría de las madres el embarazo de la hija adolescente es, en un primer momento, una situación conflictiva. Luego es, en algunos casos y en parte, amortiguada por diversos factores como que el embarazo se dé dentro de una unión conyugal, que la pareja de la hija sea responsable y se haga cargo del bebé y de la hija, que no interfiera en los estudios, por considerar a la hija como preparada para criar al bebé, etc. Estos amortiguadores están atravesados por la socialización de género – además de por el contexto de pobreza –. Así, para una buena proporción de las madres el embarazo de la hija adolescente se inscribe en pautas de socialización de género que valoran la maternidad como forma de realización y fuente de autoestima. Esto permite valorar los obstáculos como superables, enfrentar la situación y ayudar a la hija a hacerlo.<sup>120</sup>



Resumiendo, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, puede variar y estará muy influenciada entre otras cosas, por la etapa de su vida por la que transita, su contexto social y familiar, y el estilo de crianza pero, sin lugar a dudas necesitará ayuda idónea tanto de su familia como del equipo de salud, que deberá abordar el tema desde un enfoque interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza del hijo durante sus primeros años de vida.

Si bien es posible afirmar que en ciertos contextos culturales el embarazo en la adolescencia es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular no sólo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los mayores riesgos biomédicos que implica el embarazo a tan temprana edad.<sup>121</sup>

### **Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia, tal como se expresó, es un fenómeno altamente complejo que se haya condicionado por una multiplicidad de factores que impiden su explicación y comprensión en base a causas simples y unitarias. Por ello diversos autores y especialistas en la temática proponen una relación entre embarazo adolescente y una serie de variables biopsicosociales. Mientras que en algunos sectores constituye un verdadero riesgo y se asocia a innumerables complicaciones, para otros, es algo normal y natural y como ya expresamos, no se asocia a un problema ni es percibido como tal.

Respecto de las consecuencias adversas que produce el embarazo adolescente, es altamente frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr un empleo estable con beneficios sociales y sus posibilidades de realización personal.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por presión familiar o cultural. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia presentarían más probabilidades de tener más hijos totales. Y estos hijos también tendrían menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de

vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismas. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios 80 % que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos.

Es muy común observar que en estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suela ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Y en los estratos sociales de menor poder adquisitivo el nuevo integrante complejiza aún más la trama de la familia ensamblada de origen, produciéndose grandes confusiones y superposiciones de roles, lo que perjudica al niño y a la madre. Existiría una gran predisposición a que las madres adolescentes tiendan a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, repitiendo el círculo de la pobreza.

Como lo muestran los aspectos desarrollados en párrafos anteriores, las consecuencias del embarazo en la adolescencia son múltiples. Además de poner en riesgo la salud de la madre, puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los y especialmente las adolescentes. Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva –estar educadas, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad– restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero/a, el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

Como se ha señalado previamente, una fracción muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada, lo cual en muchos casos deriva que una gran cantidad de muchachas se sometan a abortos. El riesgo de aborto constituye otra consecuencia del embarazo en edades tempranas, el aborto puede ser provocado o bien producto de la falta de controles específicos. Diversos estudios

corroboran que un número importante de los embarazos no planificados en adolescentes solteras terminan en aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública puesto que la mayoría de esos abortos se realizan en malas condiciones y son practicados por personas que carecen de formación médica, o se llevan a cabo en establecimientos donde no se satisfacen las normas mínimas de higiene y atención.

En muchos casos, la actitud de rechazo social hacia el embarazo, sobre todo del entorno próximo a la adolescente, lleva a su ocultamiento con gran angustia y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del mismo. Aquí hay reacciones que llevan a negar el hecho, negar su existencia. En adolescentes muy angustiadas se utiliza todo tipo de mecanismos para ocultar el embarazo. Es por ello que la condena pública ya sea culturalmente o por razones religiosas tiene consecuencias muy negativas que pueden afectar la salud y vida de las adolescentes y del bebé.

Según estimaciones del UNFPA, anualmente unas 70,000 adolescentes de la Subregión Andina se someten a abortos; a fines de los noventa el 82.5 % del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto en Colombia y 68.8 % en el caso de Perú. Aunque no existen registros contundentes sobre el tema, la evidencia disponible sugiere que en gran parte de los casos estos abortos son practicados por personal insuficientemente calificado y bajo condiciones de alta inseguridad que comprometen inclusive la vida de las jóvenes.<sup>122, 123</sup>

Respecto de los controles prenatales por lo general, las adolescentes muchas veces son reacias a acudir a ellos o bien lo hacen en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. Generalmente existe un desconocimiento de los signos de embarazo que aumenta a menor edad de la madre, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

En referencia a las repercusiones psicológicas frente a la noticia de un embarazo que no fue planificado, la reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que podría llevarla al suicidio o intento de suicidio, esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, podrían ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

Como se expresó, la situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil, en ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; los conflictos personales o familiares que trae consigo el embarazo, muchas veces originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, tales como inquietud ante un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se necesario tomar; vacío afectivo; etc. Desde 1994 en el Cairo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo recomienda a las instituciones educativas, de salud, y población en general, tomar conciencia y realizar “acciones y esfuerzos especiales por promover actitudes favorables en la participación activa de los varones en la sexualidad, para desarrollar la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar, la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen derecho a una vida saludable con calidad”.

En relación a las acciones que se planifiquen en materia de prevención y promoción de la salud para este grupo etario, sería necesario no perder de vista un concepto de suma importancia: la maternidad no convierte a una adolescente en adulta mágicamente. Su evolución a la adultez es un proceso que se cumple con mayor o menor dificultad según diferentes circunstancias tales como edad, apoyo familiar, situación social, entre otras. El embarazo ideal, ocurra en la adolescencia o en otra etapa de la vida, es sin lugar a dudas el que se origina a partir de una decisión libre y responsable de ambos progenitores en el marco del respeto y el amor.

### **Marco de atención de salud para adolescentes**

Un espacio de salud para adolescentes debe sustentarse en un *enfoque integral*, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El propósito que persigue este enfoque integral, es la

preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y la visualización de factores protectores, poniendo en marcha, actividades anticipatorias.

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la región según la OPS<sup>124</sup>. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, ITS, prevención de embarazo, etc. Los programas y políticas sanitarias tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Los adolescentes no participan o lo hacen de modo limitado, en el diseño y ejecución de planes y programas, por lo tanto, las intervenciones y las propuestas no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Los programas focalizan su atención en prevenir problemas específicos de la población adolescente, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo.

Será necesario entonces, para promover cambios sustanciales en la atención del grupo poblacional adolescente, y en los modos de ver y entender la salud; asegurar el trabajo interdisciplinario e intersectorial, conformando equipos con diversas profesiones. Además de promover una activa participación social en todo el proceso de gestión. Los jóvenes, las familias, y las instituciones deben intervenir en la identificación de los problemas, en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución.

La salud es un proceso dinámico que se relaciona con distintos actores. En el caso de los/ las adolescentes, los vínculos con la familia, las instituciones, la comunidad y la escuela, constituyen oportunidades de accionar en forma directa sobre determinantes de la salud. Cuando son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Una atención integral, equitativa y de calidad requiere de la implementación de Servicios amigables para adolescentes según la OPS/UNFPA son aquellos servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los

adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

Según lo desarrollado en la *guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*, del Programa Nacional de Atención Integral de Adolescentes (PNSIA), que depende en Argentina del Ministerio de Salud de la Nación; la consulta por anticoncepción en la adolescencia es una urgencia, por lo que siempre se debe dar una respuesta anticonceptiva. Ante un/a adolescente que no desea embarazarse la anticoncepción es una respuesta adecuada y teóricamente simple. A pesar de ello, se percibe un marcado desconocimiento del marco legal en los equipos de salud, por lo que en muchos lugares aún se solicita la presencia de un adulto responsable junto al adolescente o se obstaculiza el acceso a los métodos anticonceptivos a través de un sin número de trabas burocráticas que no contribuyen a la prevención de embarazos no deseados, ni del contagio de ITS en la población adolescente. Estas barreras alejan a la población de los centros de salud sumando otro elemento más que incrementa los riesgos a los que se expone.

**Capítulo III**  
**Metodología: Acerca de los aspectos técnicos**

## **Definición de variables**

**Deseo de quedar embarazada en la adolescente** expresa si el embarazo fue planificado o no planificado por la adolescente.

**Deseo de quedar embarazada en la madre de la adolescente** expresa si el primer embarazo de la madre de la adolescente fue planificado o no planificado.

**Edad en la que se produjo el embarazo:** hace referencia a la edad en años en que se produjo el embarazo de la adolescente tomando las etapas de la adolescencia establecidas por la OMS que se divide en Adolescencia temprana comprendida entre 10 y 14 años y Adolescencia tardía comprendida entre 15 y 19 años.

**Eventos facilitadores del embarazo en la adolescente:** son las causas por los cuales la adolescente queda embarazada.

**Estado civil de la mujer embarazada:** situación o condición social de la mujer embarazada en la sociedad, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**Nivel de instrucción de la mujer embarazada:** último nivel del ciclo escolar de estudios alcanzado.

**Situación Educativa:** asistencia de las adolescentes a un establecimiento educativo al momento de la realización del estudio.

**Deserción Escolar Temprana** se entiende como una realidad definida por el hecho de que una persona en edad de proseguir estudiando y que frecuente normalmente un establecimiento de enseñanza en cualquiera de sus grados o niveles interrumpe sus estudios por un período indefinido bajo causales que no son enfermedad o muerte, y sucede antes de haber alcanzado un nivel educativo máximo de instrucción de 12 años. En nuestro sistema educativo provincial que considera la obligatoriedad de todos los niveles comenzando desde la sala de 4 años (Ley 8113, reforma 2010) implica haber abandonado la escuela antes de haber finalizado el cuarto año del ciclo de especialización.

**Utilización de método anticonceptivo:** tipo de método anticonceptivo utilizado por la adolescente para impedir o reducir significativamente las posibilidades de una fecundación.



**Tipo de educación sexual recibida:** implica si las adolescentes han recibido educación sexual antes de mantener relaciones sexuales de parte de sus padres, otros familiares, amigos o en la escuela; es decir por vía informal o formal o por ninguna vía.

**Conocimientos sobre Educación Sexual:** implica la asimilación de la información sobre sexualidad integral recibida, por una persona de acuerdo con sus circunstancias particulares: educación recibida, experiencias, vivencias sobre Salud sexual y reproductiva.

**Presencia de otros embarazos en el entorno:** es la presencia de compañeras, familiares y amigas en estado de gestación.

**Edad de la primera relación sexual:** es la edad en años en que la adolescente ha iniciado sus relaciones sexuales.

**Cantidad de parejas en el último año.** Es el número de parejas que la adolescente tuvo en el último año, con quienes mantuvo relaciones sexuales.

**Pareja estable al momento del embarazo:** implica si la adolescente se encontraba junto a una pareja estable cuando quedó embarazada.

**Edad de la menarca:** edad en años en que la adolescente alcanzó su madurez reproductiva.

**Edad del primer embarazo de la madre de la adolescente:** edad en años en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación.

**Nivel de instrucción de la madre de la embarazada:** último nivel del ciclo de estudios alcanzado por la madre de la adolescente.

**Comunicación sobre temas relacionados a la sexualidad entre madre e hija:** declaración de la madre de la adolescente sobre si antes de que quedara embarazada, alguna vez habló con su hija sobre temas relacionados a la sexualidad.

**Inclusión de la embarazada en el Programa de planificación familiar:** el programa es un conjunto de acciones institucionalizadas destinadas a toda la población, que incluye el abordaje interdisciplinario que reciben los pacientes del Hospital Pascual A. Tirro a través de diferentes servicios existentes (área médica, área de trabajo social, y salud mental) en relación a la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en el marco de programas municipales, provinciales o nacionales, tales como el Programa de salud sexual y reproductiva de la Provincia de Córdoba, Ley de educación sexual en el nivel medio, etc.

**Condición laboral de la adolescente embarazada:** declaración de la entrevistada acerca de su situación actual respecto del mercado laboral

Se trata de un estudio exploratorio transversal y retrospectivo, se refiere a un momento específico, pues se trabaja con datos recolectados durante el año 2010 sin ningún tipo de intervención ya que las conclusiones se analizan como proyección a futuro.

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo de Adolescentes embarazadas de la comunidad de Hernando que fueron asistidas en el Hospital Pascual Tirro durante el año 2010.

### **Población y muestra**

Está compuesta por todas las adolescentes embarazadas de la comunidad de Hernando asistidas en el Hospital Pascual Tirro en el año 2010.

### **Unidad de análisis**

Adolescente embarazada que fue asistida en el Hospital Dr. Pascual Tirro de la ciudad de Hernando en el año 2010.

### **Criterios de inclusión**

Tener entre 10 y 19 años de edad, tomando como referencia la definición de la OMS.

Haber asistido al control prenatal en el Hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el periodo 2010.

Manifestar verbalmente su aceptación para participar en el estudio, una vez explicados los propósitos del mismo. Haber completado el consentimiento informado.

No tener impedimento físico y/o psíquico para contestar la entrevista.

### **Criterios de exclusión**

- Se excluyeron todas las adolescentes fuera del rango de edades establecidas anteriormente.
- Residentes fuera del área geográfica de trabajo.

### **Operacionalización de las variables**

- **Deseo de quedar embarazada en la adolescente** variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si, fue planificado

No fue planificado

Los datos para la construcción de ésta variable, se obtuvieron de la pregunta número 2 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

- **Edad en la que se produjo el embarazo** variable mensurable, que se categoriza en:

Adolescencia temprana (10-14 años)

Adolescencia Tardía:(15-19 años)

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 1 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Nivel de instrucción de la mujer embarazada,** variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Analfabeta.

Primario incompleto.

Primario completo - Secundario  
incompleto.

Terciario/universitario incompleto.

Terciario/universitario completo.

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 3 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Situación educacional:** variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera,

Estudia en la actualidad

No estudia en la actualidad

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 4 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Deserción escolar temprana,** variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Menos de 12 años (de sala de 4 años a tercer año CBU)

12 años (cuarto año)

Más de 12 años (quinto o sexto año)

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 5 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Tipo de educación sexual recibida,** variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Formal (En la escuela)

Informal (en mi familia, de mis amistades, otras personas)

Ambas (Formal e Informal)

Ninguna

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 6 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Calidad de la educación sexual recibida**, variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Conocimientos Buenos: 6 o más respuestas correctas.

Conocimientos Regular: 4- 5 respuestas correctas.

Conocimientos Malos: 3 o menos respuestas correctas.

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 7 y se evaluó con las preguntas 1 a 6 comprendidas en la misma de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2)**. Las respuestas correctas son: 7.1.3; 7.2.3; 7.3.1; 7.4.2; 7.5.2; 7.6.2, 7.7.1; 7.8.2

**Edad de la primera relación sexual**, variable mensurable que se categoriza en:

Menos de 12 años

12 años

13 años

14 años

15 años

Más de 15 años

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 8 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2)**.

**Cantidad de parejas en el último año**, variable mensurable que se categoriza de la siguiente manera:

Una (1)

Dos (2)

Tres (3)

Cuatro (4)

Más de cuatro

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 9 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2)**.

**Eventos facilitadores del embarazo en la adolescencia**, variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Falló el MAC o no usó MAC  
Abuso Sexual  
Violación  
Ns/Nc

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 10 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Utilización de métodos anticonceptivos**, variable cualitativa se categoriza en escala nominal del siguiente modo:

Pastillas o inyectables  
Preservativos  
Natural  
Combinados  
Ninguno  
DIU  
Ns/Nc

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 11 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Pareja estable al momento del embarazo**, variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si  
No

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 13 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente. (Anexo N° 2).**

**Estado civil de la mujer embarazada**, variable cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Soltera.  
En unión estable.  
Casada.  
Separada.  
Viuda.

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 14 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente**. (Anexo N° 2).

**Edad de la menarca**, variable mensurable que se categoriza de la siguiente manera:

Menos de 10 años  
10 años  
11 años  
12 años  
13 años  
14 años  
Más de 14 años

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 16 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente**. (Anexo N° 2).

**Deseo de quedar embarazada en la madre de la adolescente**. Esta variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si, fue Planificado  
No fue Planificado

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 1 de la encuesta realizada a las madres de las adolescentes que constituyen la población en estudio. (Anexo N° 3).

**Edad del primer embarazo de la madre de la adolescente**, variable mensurable que se categoriza así:

Menos de 15 años  
15 años  
16 años  
17 años  
18 años  
19 años  
Más de 19 años

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 2 de la encuesta realizada a las madres de las adolescentes que constituyen la población en estudio. (**Anexo N° 3**).

**Nivel de instrucción de la madre de la embarazada**, variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Sin estudios.  
Primario incompleto.  
Primario completo – Secundario incompleto.  
Secundario completo-  
Terciario/universitario incompleto.  
Terciario/universitario completo.

Los datos para la construcción de la misma, se obtuvieron de la pregunta número 3 de la encuesta realizada a las madres de las adolescentes que constituyen la población en estudio. (**Anexo N° 3**).

**Comunicación sobre temas relacionados a la sexualidad entre madre e hija**, variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si  
No



Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 4 de la encuesta realizada a las madres de las adolescentes que constituyen la población en estudio. (**Anexo N° 3**).

**Condición laboral de la adolescente embarazada**, variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si trabajo

No trabajo

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 17 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente**. (**Anexo N° 2**).

**Presencia de otros embarazos en el entorno**, variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Si en la familia

Sí amigas o conocidas

Si en la familia, amigas o conocidas

No

Ns/nc

Los datos para su construcción, se obtuvieron de la pregunta número 12 de la encuesta **Identificación de determinantes de la salud para el embarazo adolescente**. (**Anexo N° 2**).

**Inclusión de la embarazada al programa de planificación familiar**: variable de tipo cualitativa se categoriza en escala nominal de la siguiente manera:

Estoy dentro del programa

No estoy dentro del programa

## **Recolección de datos**

### *Trabajo de campo*

Se consideró como criterio de selección de la muestra el cronograma de controles prenatales registrados en la Historia Clínica y agendas programáticas de atención del Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro durante el año 2010, se controló y analizó esta información de base para certificar los datos. Posteriormente se invitó a las adolescentes embarazadas a participar del estudio y se realizaron las entrevistas para recolectar la información que se evaluó en la investigación, posteriormente a la firma del consentimiento informado de las mismas.

Se utilizaron datos provenientes:

- cuestionarios de preguntas cerradas bajo la técnica de encuesta.
- de fuentes secundarias, que fueron recolectadas por el investigador principal del departamento de estadísticas del Hospital Pascual Tirro.

### **Instrumentos de recolección de datos**

✓ Consentimiento informado de las adolescentes y madres que participaron del estudio (Anexo n° 1)

✓ Historia clínica o fichas de control prenatal de todas las adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años que asistieron a control en el Hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el año 2010.

✓ Registros que realiza el servicio de trabajo social del Hospital “Pascual Tirro” de la localidad de Hernando.

✓ Formulario de entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el año 2010. (Anexo n° 2)

✓ Formulario de entrevistas realizadas a las madres de las adolescentes embarazadas que constituyen la población en estudio. (Anexo n° 3)

✓ Rastreo bibliográfico del tema.

## **Plan de tratamiento y análisis de datos**

Una vez recolectados los datos, se cargaron en una base diseñada ad hoc. Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables categóricas ejecutando una distribución de frecuencias de sus categorías. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

## **Recaudos éticos**

Todas las adolescentes que participaron del estudio y sus madres, luego de haber sido exhaustivamente informadas y haber comprendido la información recibida, respecto del propósito, la duración, los beneficios, confidencialidad de los datos, metodología de trabajo, entre otros aspectos; decidieron voluntariamente participar en la investigación, firmando el correspondiente formulario de consentimiento informado.

#### **Capítulo IV**

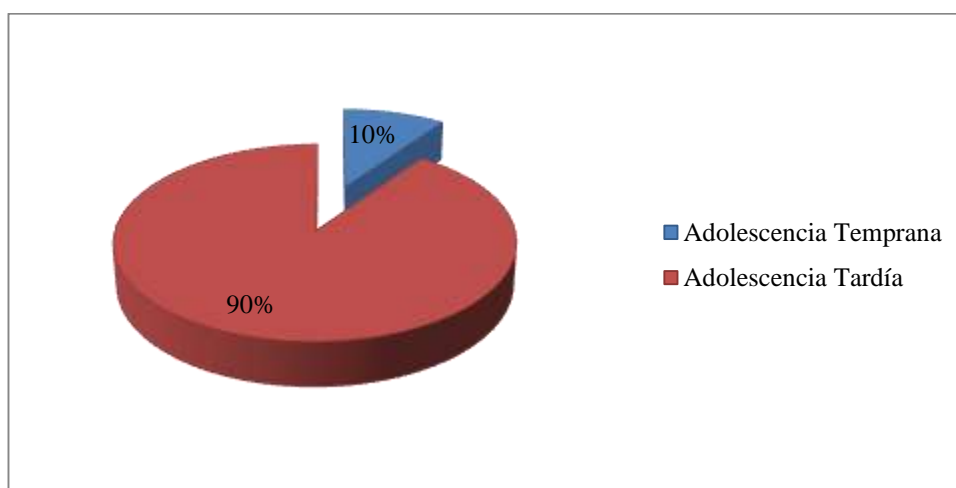
**De los resultados obtenidos a propuestas de intervención en salud amigable e integral para la población adolescente.**

## Resultados

La muestra estuvo conformada por un total de 41 embarazadas adolescentes entre los 12-19 años que concurrieron al servicio de Ginecología del Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el año 2010, se realizaron un total de 82 encuestas, 41 corresponden a las adolescentes embarazadas y 41 a sus madres.

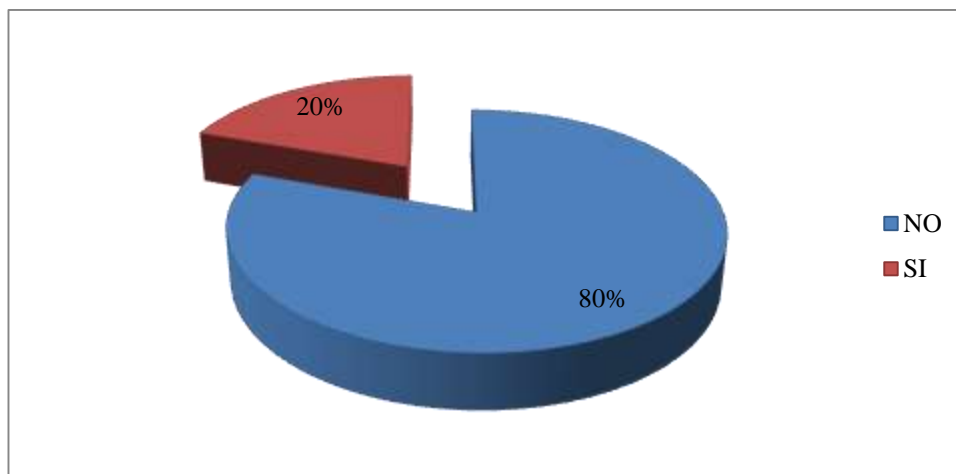
En el Anexo N° 4, se encuentran las tablas que contienen los datos que fueron analizados para la realización de los gráficos que se detallan a continuación:

**Gráfico N°1:** Frecuencias de embarazadas por etapas de la adolescencia. (n=41)



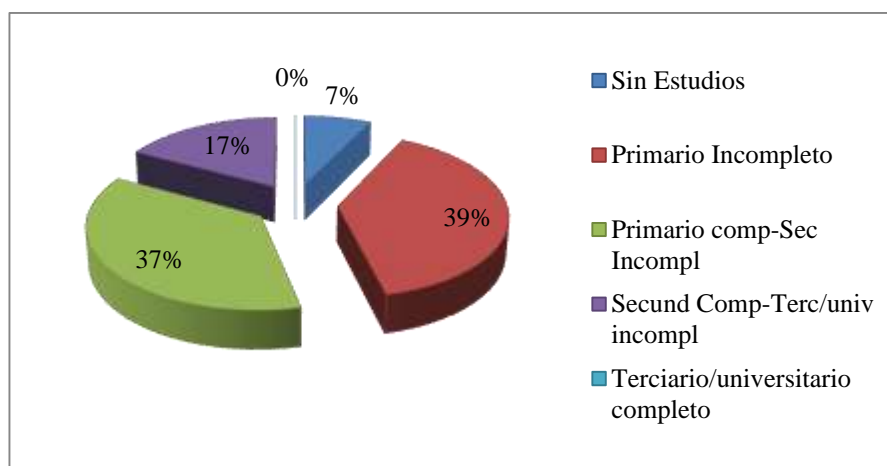
De un total de 41 adolescentes entrevistadas el 10% se encontraban en la adolescencia temprana y 90% en adolescencia tardía.

**Gráfico N°2:** Frecuencias de embarazos no planificados y planificados en las adolescentes encuestadas. (n=41)



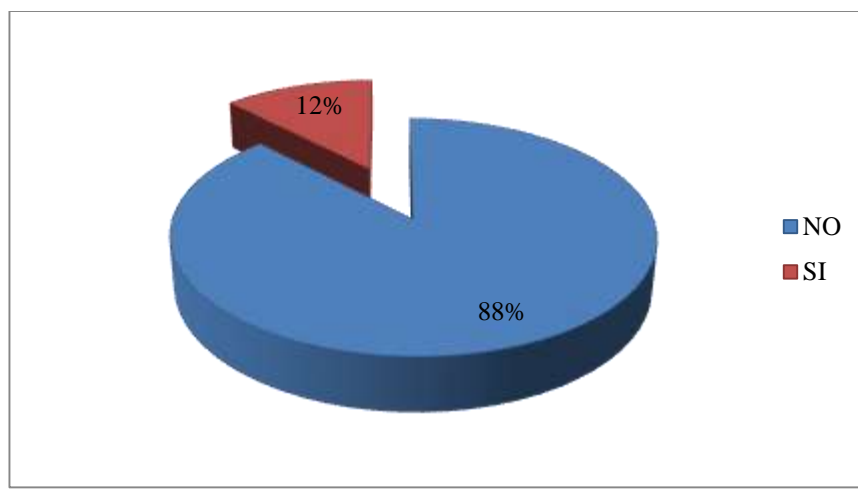
Del total de adolescentes embarazadas que constituyen la muestra, el 80 % de las entrevistadas expresó no haber planificado su embarazo y el 20 % si lo planificó.

**Grafico N°3:** Nivel de Instrucción de las adolescentes embarazadas. (n=41)



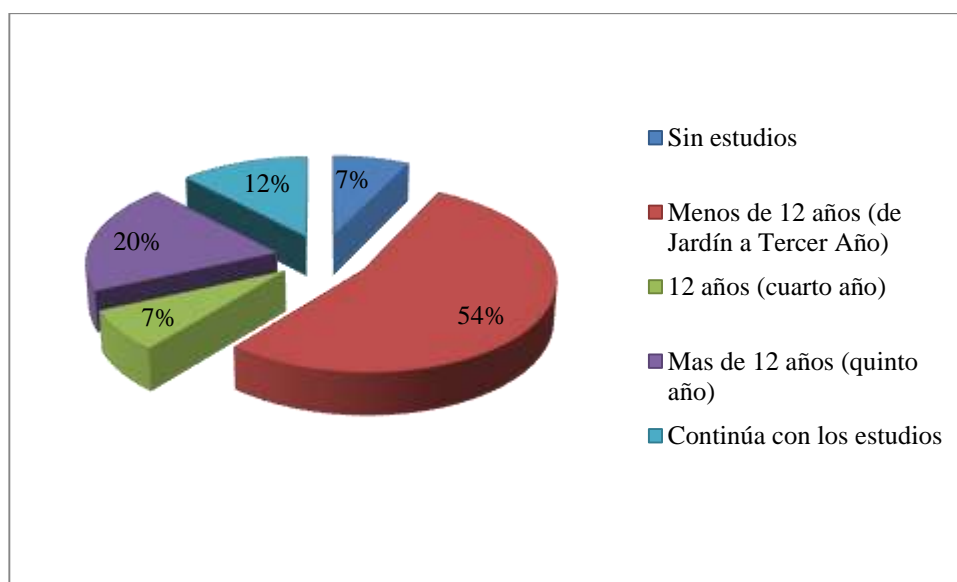
Con respecto al nivel de instrucción de las adolescentes entrevistadas el Gráfico N°3 muestra que el 7 % no tenían estudios, el 39 % al momento de quedar embarazada tenían el primario incompleto, el 37 % tenían el secundario incompleto y un 17 % presentaban el secundario completo y un terciario o universitario incompleto.

**Grafico N°4:** Continuidad o abandono escolar de las adolescentes embarazadas. (n=41)



Del total de adolescentes entrevistadas un 88 % no continuó sus estudios al quedar embarazada, solo un 12 % continuó estudiando. (Tabla N°4 se adjunta en Anexo N°4)

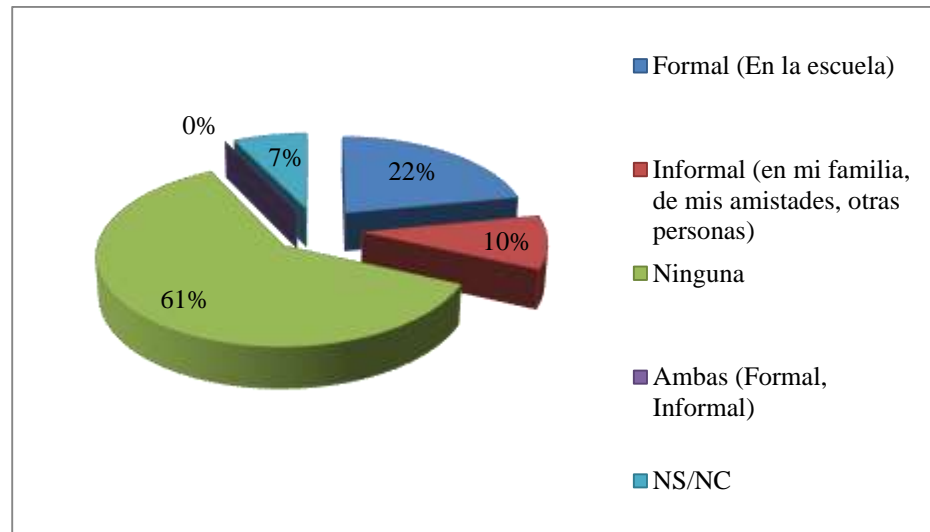
**Grafico N°5:** Cantidad de años que la adolescente embarazada, completa exitosamente antes de interrumpir tu escolaridad. (n=41)



Se observó que, respecto a la cantidad de años cursados exitosamente antes de interrumpir su escolaridad el 54 % de las entrevistadas no logra completar el ciclo básico, es decir presenta una escolaridad de menos de 12 años; un 7 % cursa hasta cuarto año, y un 20 % cursa más de 12 años llegando a quinto año; solo un 12 % de

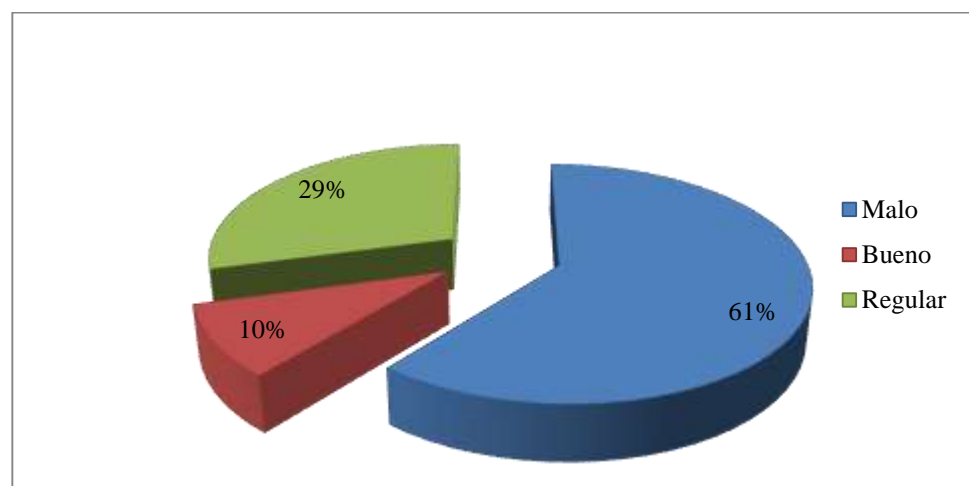
las adolescentes continua estudiando. Un 7 % de las entrevistadas no había accedido ni siquiera a la escolaridad primaria. (Tabla N°5 se adjunta en Anexo N°4)

**Grafico N°6:** Tipo de educación sexual recibida. (n=41)



Respecto al tipo de educación sexual recibida el 61 % de las adolescentes entrevistadas manifestó no haber recibido educación sexual de ningún tipo, el 22 % recibió información en la escuela y el 10 % expresó haber recibido información por vía informal ya sea en la familia, de sus amistades u de otras personas. (Tabla N°6 en Anexo N°4)

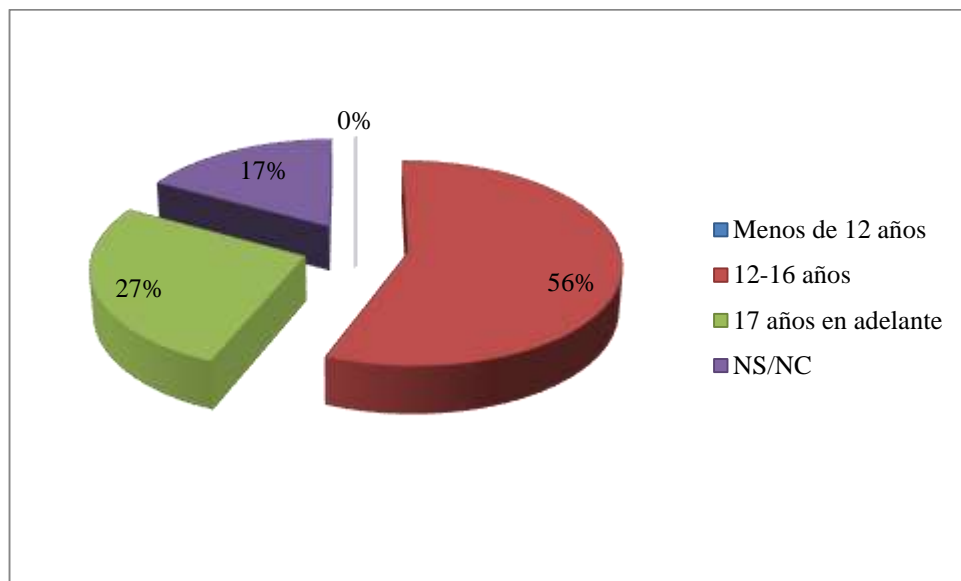
**Gráfico N° 7:** Conocimientos sobre educación sexual de la adolescente. (n=41)





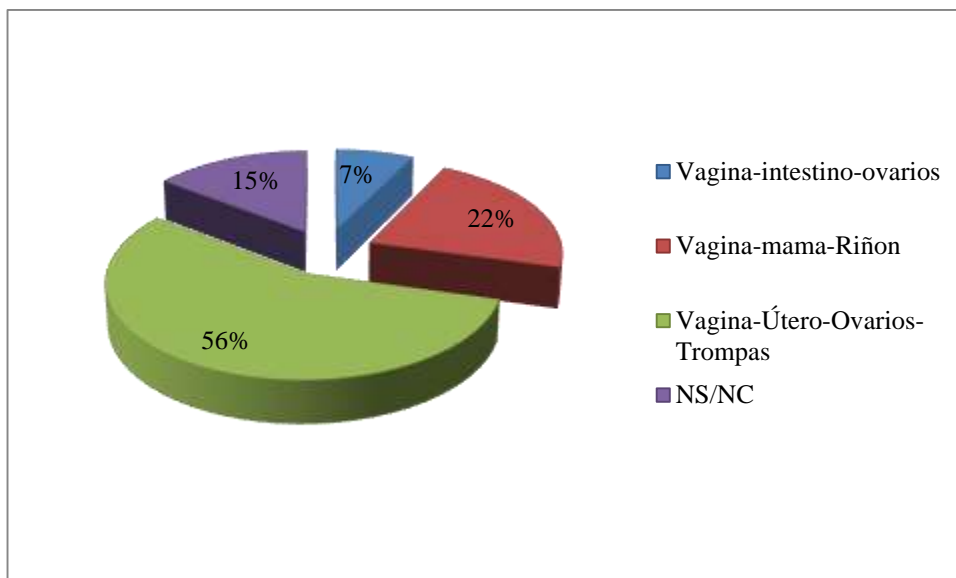
El Gráfico N°7 muestra los conocimientos sobre educación sexual que poseían las adolescentes al momento de ser entrevistadas; se obtuvo que el 61 % de las embarazadas poseían un conocimiento malo, el 29 % regular y, el 10 % poseían un conocimiento sobre educación sexual bueno.

**Gráfico N°8:** Edad aceptable para el inicio de las relaciones sexuales. (n=41)



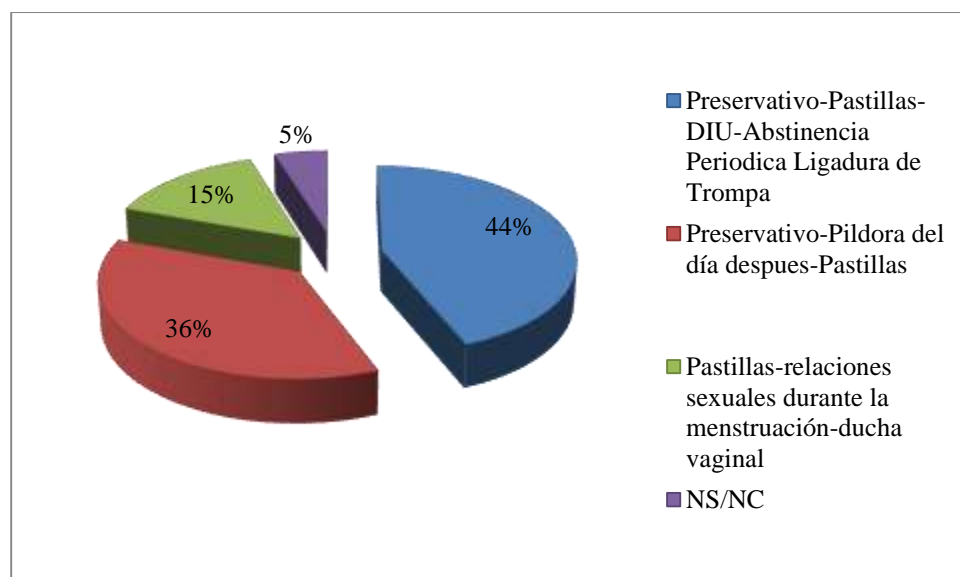
En referencia a la edad aceptable para el inicio de las relaciones sexuales el Gráfico N°8 muestra que el 56 % de las adolescentes entrevistadas manifestó, entre 12 y 16 años, el 27 % expresó que desde los 17 años en adelante y el 17 % no sabe/no contesta.

**Gráfico N° 9:** Órganos que forman el aparato reproductor femenino. (n=41)



Respecto a la pregunta que indagaba sobre los órganos que forman el aparato reproductor femenino el 56 % de las entrevistadas respondió que está compuesto por vagina-útero-ovarios-trompas, el 22 % expresó que vagina-mama-riñón componen el aparato reproductor femenino. La información se resume en Grafico N° 9.

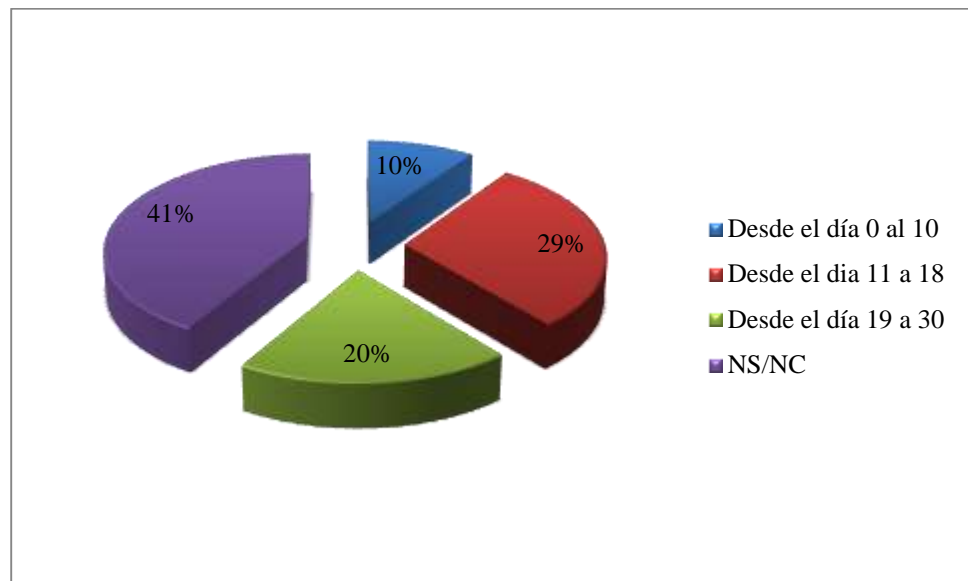
**Gráfico N°10:** Utilidad de los métodos anticonceptivos. (n=41)



El Grafico N° 10 muestra datos referentes a la respuesta de las entrevistadas en relación a los métodos anticonceptivos. El 44 % expresó que preservativo – pastillas – DIU – abstinencia periódica – ligadura de trompas son métodos

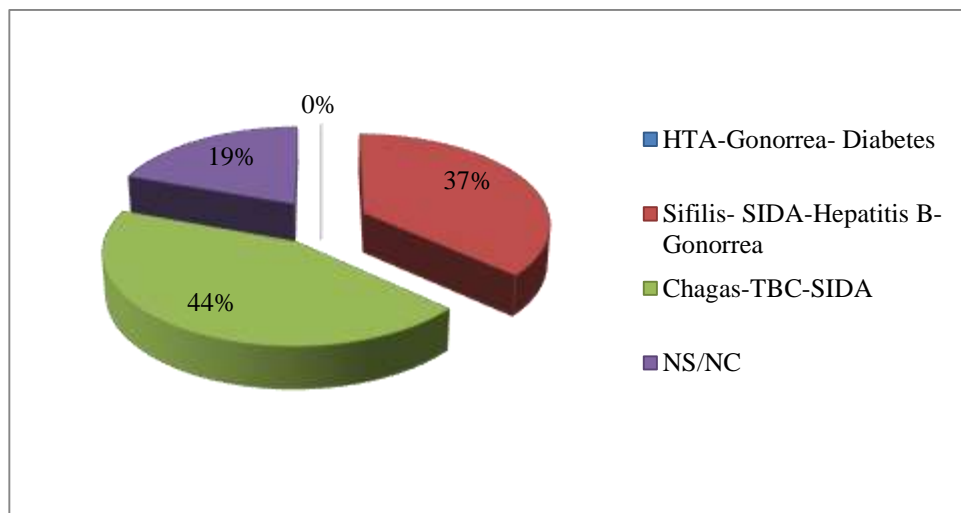
anticonceptivos, el 37 % manifiesta que preservativo – píldora del día después – pastillas, son los métodos anticonceptivos que conoce. El 15 % de las adolescentes respondieron que los métodos anticonceptivos conocidos son: pastillas – relaciones sexuales durante la menstruación – ducha vaginal.

**Gráfico N°11:** En qué día del ciclo menstrual puedes quedar embarazada. (n=41).



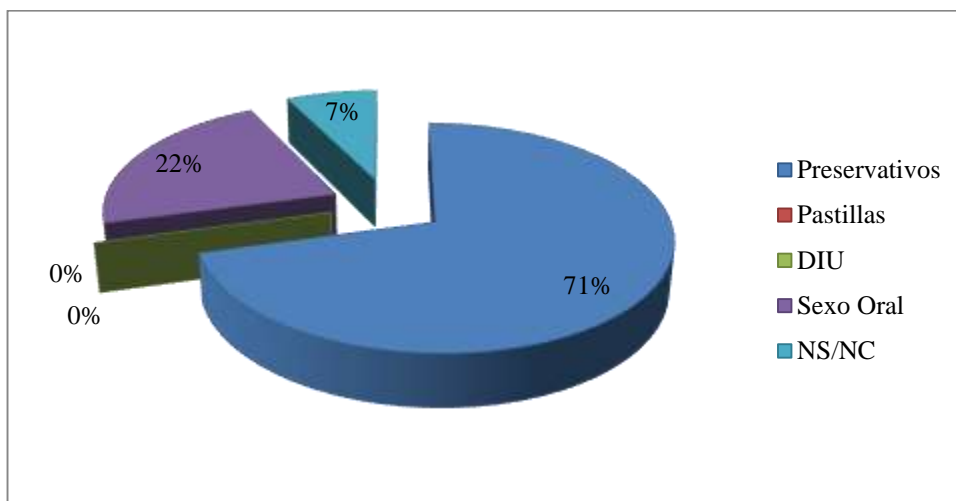
El Gráfico N° 11 muestra las respuestas a la pregunta, en qué día del ciclo menstrual puedes quedar embarazada. El 41 % expresó no conocer la respuesta o no responden la pregunta, el 20 % expresó que podían quedar embarazadas desde el día 19 al 30 y el 29 % respondió desde el día 11 a 18 del ciclo.

**Gráfico N°12:** Enfermedades de transmisión sexual. (n=41)



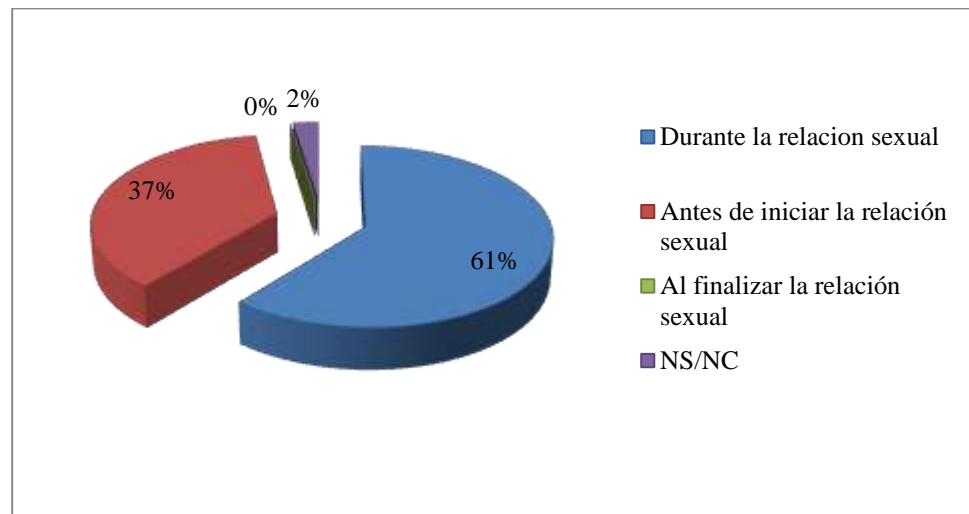
En referencia a las enfermedades de transmisión sexual, el 44 % de las adolescentes respondieron que son enfermedades el Chagas-TBC-SIDA, un 19 % no sabe o no contesta y el 37 % expresó que la Sífilis- SIDA-Hepatitis B- Gonorrea, son enfermedades de transmisión sexual.

**Gráfico N°13:** Las enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir con: (n=41)



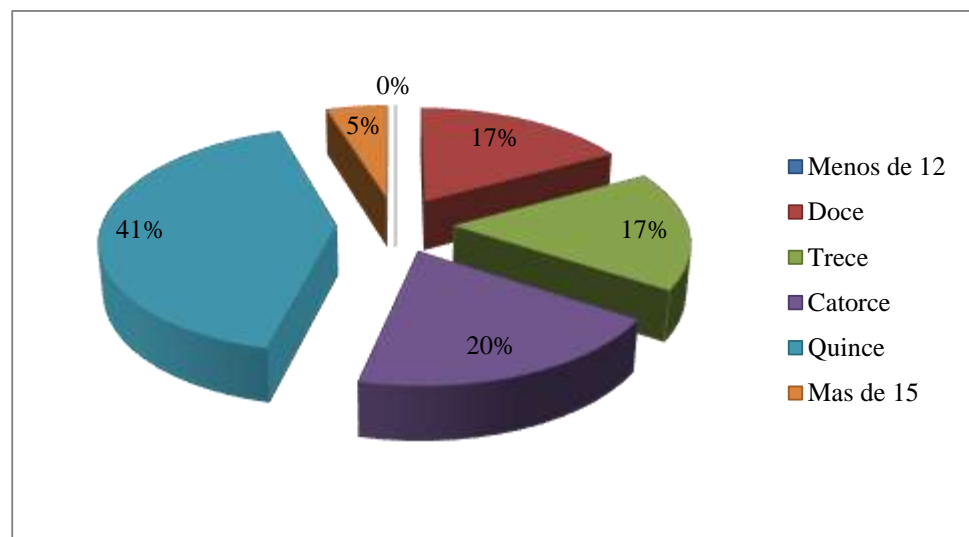
Las adolescentes respondieron en relación a como se pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual, según lo muestra el gráfico N° 13 del siguiente modo: el 71 % expresó que a través del preservativo, el 22 % de las adolescentes expresó que las ETS se pueden prevenir a través del sexo oral.

**Gráfico N°14:** El preservativo se debe colocar. (n=41)



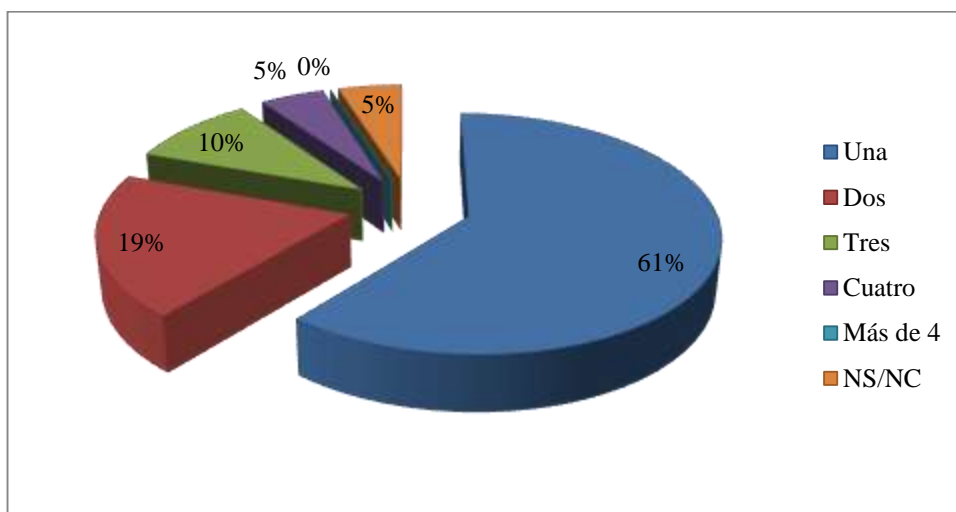
El gráfico N° 14 muestra la respuesta a la pregunta sobre cuándo se debe colocar el preservativo, el 61 % del total expresó que debe colocarse durante la relación sexual, el 37 % respondió que debe colocarse antes de iniciar la relación sexual, el 2 % no sabe o no responde la pregunta.

**Gráfico N°15:** Edad de la primera relación sexual de la adolescente embarazada. (n=41)



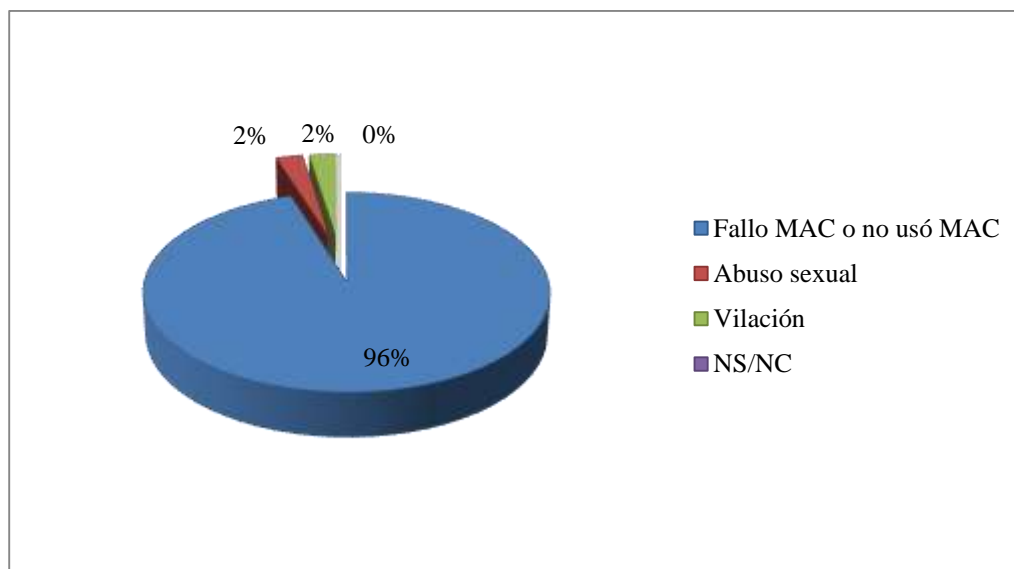
La edad de inicio de las relaciones sexuales fue precoz en el 95 % de las adolescentes embarazadas entrevistadas según lo muestra el gráfico N° 15.

**Gráfico N°16:** Cantidad de parejas en el último año de la adolescente embarazada encuestada. (n=41)



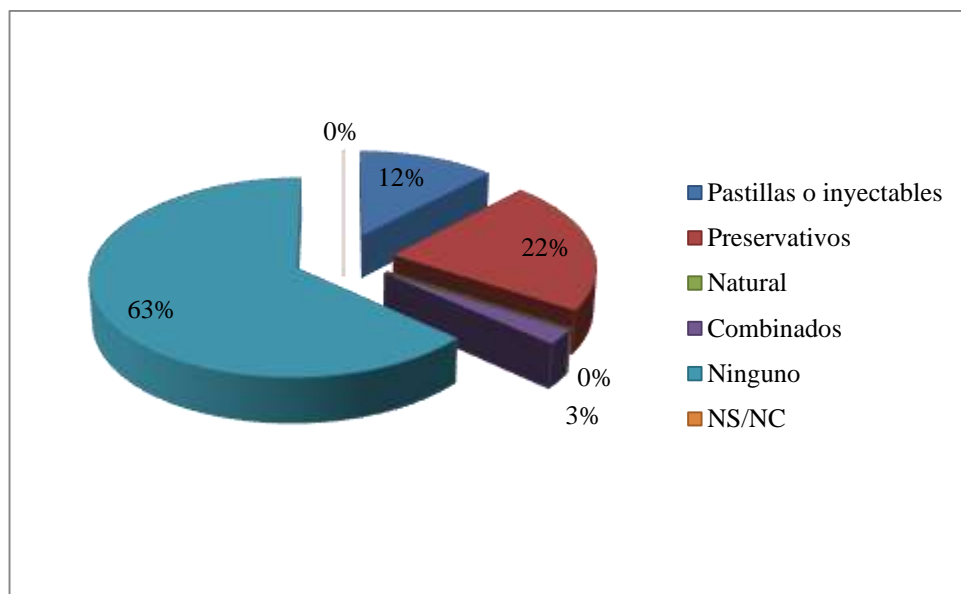
En relación a la cantidad de parejas en el último año de la adolescente se encontró que el 61 % tuvo una sola pareja, el 20 % dos y el 10 % tuvo tres parejas en el último año.

**Gráfico N° 17:** Motivos por los que la adolescentes encuestadas quedaron embarazadas. (n=41)



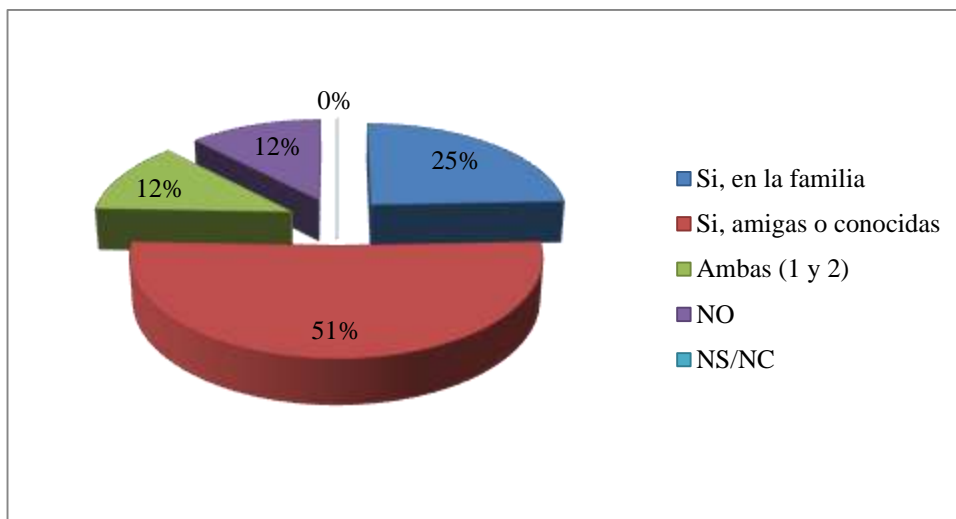
Ante los motivos por los cuales las adolescentes quedaron embarazadas se encontró que el 96 % la falla en la utilización del MAC o no utilizan MAC, en el 2% ocurrió como consecuencia de abuso sexual y en el 2% como resultado de violación.

**Gráfico N° 18:** Tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes embarazadas encuestadas. (n=41)

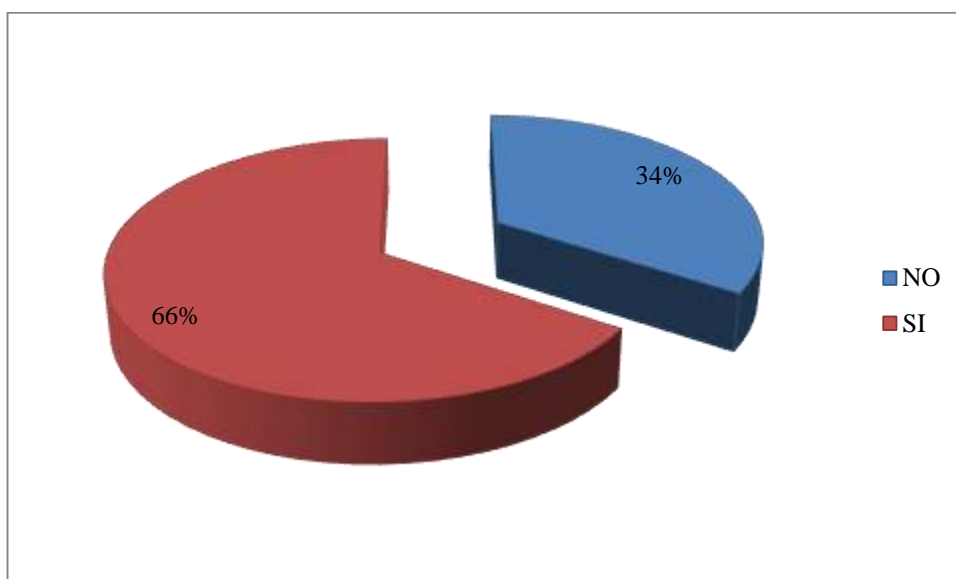


Como lo muestra el gráfico N°18 el 63% de las encuestadas no utilizó ningún método anticonceptivo, el 22 % utilizó preservativos y el 12 % pastillas o inyectables.

**Gráfico N°19:** Presencia de otros embarazos en el entorno de la adolescente embarazada. (n=41)



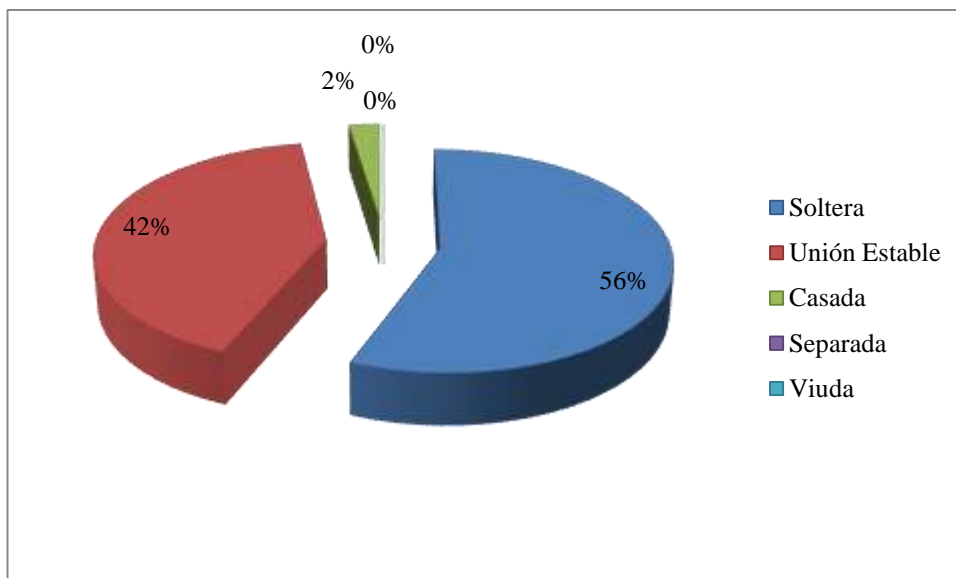
**Gráfico N°20:** Cantidad de adolescentes embarazadas con pareja estable al momento de quedar embarazada. (n=41)



En el gráfico N° 20 se muestra que el 66 % de las adolescentes entrevistadas se encontraban en pareja estable al momento de quedar embarazadas mientras que el 34 % de las mismas no poseían pareja estable.

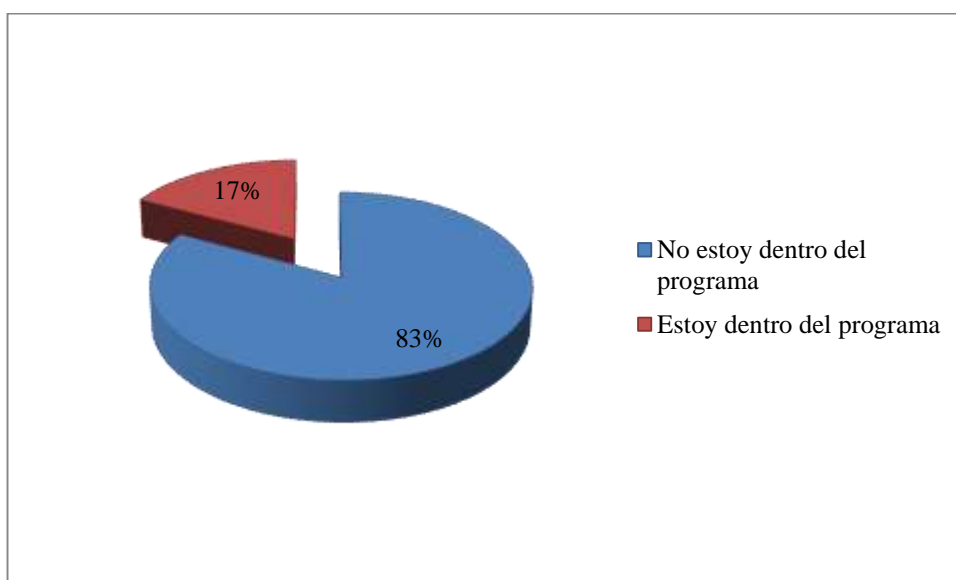
**Gráfico N°21:** Estado civil actual de la adolescente embarazada. (n=41)





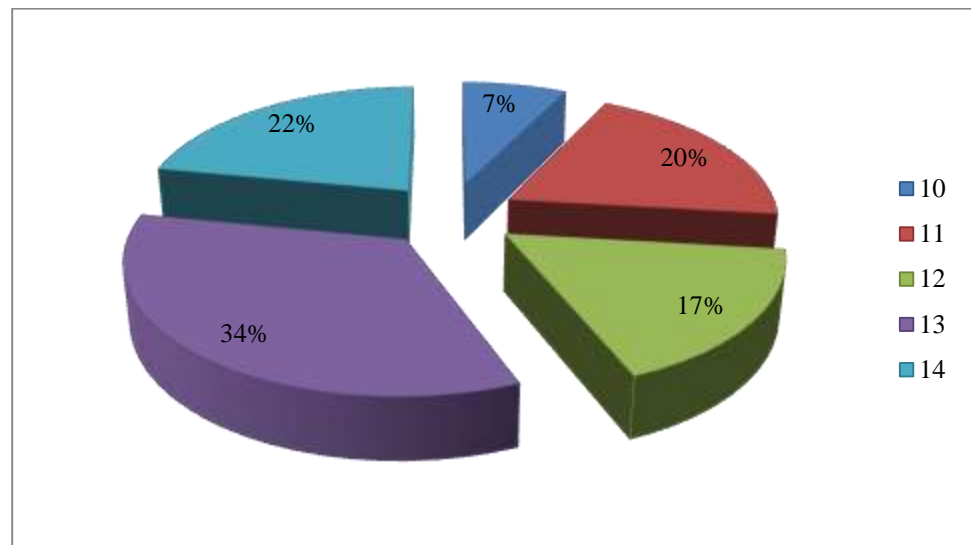
Respecto del estado civil de las adolescentes al momento de realizar la encuesta, tal como lo muestra el gráfico N° 21, el 56 % se encontraba soltera, el 42 % en unión estable y el 2% de las mismas estaban casadas.

**Gráfico N° 22:** Pertenencia o no al programa de planificación familiar del Hospital Pascual Tirro de la adolescente embarazada. (n=41)



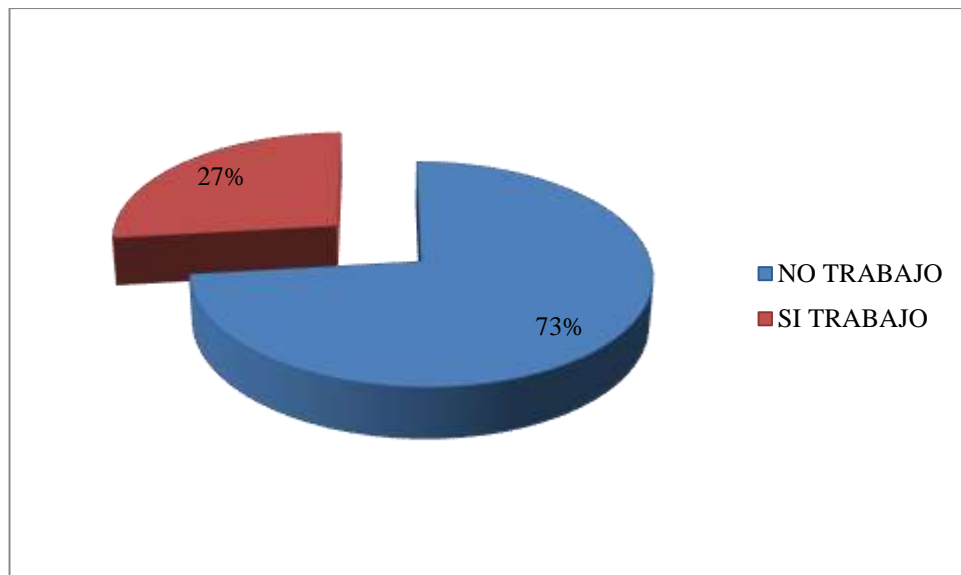
Al momento de ser entrevistadas el 83 % de las adolescentes embarazadas se encontraban dentro del programa de planificación familiar del Hospital Pascual A. Tirro mientras que el 17 % no pertenecían al mismo.

**Gráfico N°23:** Edad de la menarca de la adolescente embarazada. (n=41)



El gráfico N°23 muestra la edad de la menarca en las adolescentes embarazadas encuestadas, el 27 % tuvo su primer menstruación antes de los 12 años, el 17 % a los 12 años y el 56 % después de los 12 años de edad.

**Gráfico N°24:** Situación laboral actual de la adolescente embarazada. (n=41)



Tal como lo muestra el gráfico N°24, el 73 % de las embarazadas se encontraba sin trabajo, mientras que el 27 % de las mismas estaba trabajando al momento de responder la encuesta.

**Tabla N°25:** Edad de la primera relación sexual de la adolescente embarazada estratificado por conocimiento sobre educación sexual y reproductiva en la adolescente embarazada. (n=41)

Variable	Conocimiento sobre Educación Sexual y Reproductiva en la Adolescente Embarazada				
	Categoría	Bueno	Regular	Malo	Total
<i>Edad de la primera relación sexual de la adolescente embarazada.</i>	<b>Antes de los 15 años</b> (n=22)	<b>1</b> 5%	<b>4</b> 18%	<b>17</b> 77%	<b>100%</b>
	<b>De 15 años en adelante</b> (n=19)	<b>8</b> 42%	<b>3</b> 16%	<b>8</b> 42%	<b>100%</b>

**Tabla N°26:** Descripción del conocimiento sobre educación sexual y reproductiva estratificado por nivel de instrucción alcanzado por la adolescente. (n=41)

Variables		Conocimiento sobre educación sexual y reproductiva			
<i>Nivel de Instrucción</i>	Categoría	Bueno	Regular	Malo	Total
	<b>Sin Estudios</b> (n=3)	<b>0</b> 0%	<b>0</b> 0%	<b>3</b> 100%	<b>100%</b>
	<b>Primario Incompleto y completo</b> (n=25)	<b>2</b> 8%	<b>6</b> 24%	<b>17</b> 68%	<b>100%</b>
	<b>Secundario Incompleto y completo</b> (n=13)	<b>2</b> 15%	<b>6</b> 46%	<b>5</b> 39%	<b>100%</b>

En la tabla N° 26 se describe el conocimiento sobre educación sexual y reproductiva estratificado por el nivel de instrucción de la adolescente y se encontró la siguiente información: en el 100 % de las adolescentes sin estudios el conocimiento sobre educación sexual y reproductivo era malo, mientras que en el 68 % de las entrevistadas con primario incompleto y completo el conocimiento sobre educación sexual y reproductiva fue también malo. El 85 % de las adolescentes con secundario incompleto y completo presentaron conocimientos sobre la temática regular-malo.

**Tabla N° 27:** Descripción de la situación conyugal actual de la adolescente estratificado por las etapas de la adolescencia en que quedó embarazada y situación de pareja al momento de quedar embarazada. (n=41)

Variable	Situación conyugal actual de la adolescente				
	Categoría	Soltera	Unión Estable	Casada	Total
<i>Etapas de la Adolescencia</i>	<b>Adolescencia Temprana</b> (n=4)	<b>4</b> <b>100%</b>	<b>0</b> <b>0%</b>	<b>0</b> <b>0%</b>	<b>4</b> <b>100%</b>
	<b>Adolescencia Tardía</b> (n=37)	<b>19</b> <b>51%</b>	<b>17</b> <b>46%</b>	<b>1</b> <b>3%</b>	<b>37</b> <b>100%</b>
<i>Situación de pareja al momento de quedar embarazada</i>	<b>Si</b> (n=27)	<b>9</b> <b>33 %</b>	<b>17</b> <b>63 %</b>	<b>1</b> <b>4 %</b>	<b>27</b> <b>100%</b>
	<b>No</b> (n=14)	<b>14</b> <b>100 %</b>	<b>0</b> <b>%</b>	<b>0</b> <b>%</b>	<b>14</b> <b>100%</b>

Según lo muestra la Tabla N° 27 el 100 % de las adolescentes que quedaron embarazadas en su adolescencia temprana se encuentran al momento de realizar la encuesta solteras, de las adolescentes que quedaron embarazadas en la adolescencia tardía el 51 % se encontraban solteras y el 17 % en unión estable. Por otro lado de las 27 adolescentes que estaban en pareja cuando quedaron embarazadas, al momento de realizar la encuesta el 33 % permanecía soltera y el 63 % en unión estable. El 100% de las adolescentes que no poseían pareja cuando quedaron embarazadas, permanecieron solteras al momento de responder la encuesta.

**Tabla N°28:** Descripción presencia de otros embarazos en el entorno estratificado por planificación del embarazo. (n=41)

Variable	Presencia de otros embarazos en el entorno					
	Categoría	Si, en la familia	Si, amigas o conocidas	Si en la flia, amigas y conocidas	No	Total
<i>Deseo de quedar embarazada</i>	<b>Planificado</b> (n=8)	<b>2</b> <b>25 %</b>	<b>6</b> <b>75 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>8</b> <b>100 %</b>
	<b>No Planificado</b> (n=33)	<b>8</b> <b>24 %</b>	<b>15</b> <b>46 %</b>	<b>5</b> <b>15 %</b>	<b>5</b> <b>15 %</b>	<b>33</b> <b>100 %</b>

**Tabla N°29:** Descripción de la educación sexual recibida estratificada por etapas de la adolescencia en que quedó embarazada y (n=41)

Variable	Calidad de la educación sexual recibida				
	Categoría	Malo	Bueno	Regular	Total
<i>Etapa de la Adolescencia</i>	<b>Adolescencia Temprana</b> (n=4)	<b>3</b> <b>75 %</b>	<b>0</b> <b>0%</b>	<b>1</b> <b>25 %</b>	<b>4</b> <b>100 %</b>
	<b>Adolescencia Tardía</b> (n=37)	<b>21</b> <b>57 %</b>	<b>4</b> <b>11 %</b>	<b>12</b> <b>32 %</b>	<b>37</b> <b>100 %</b>

**Tabla N° 30:** Descripción de la edad de la menarca estratificada por edad de la primer relación sexual y. (n=41)

Variable	Edad de la menarca						
	Categoría	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	Total
<i>Edad de la primer relación sexual</i>	<b>12 años</b> (n=7)	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>2</b> <b>28,5 %</b>	<b>2</b> <b>28,5 %</b>	<b>3</b> <b>43 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>0</b> <b>100 %</b>
	<b>13 años</b> (n= 7)	<b>1</b> <b>14 %</b>	<b>2</b> <b>28,5 %</b>	<b>2</b> <b>28,5 %</b>	<b>1</b> <b>14 %</b>	<b>1</b> <b>14 %</b>	<b>7</b> <b>100 %</b>
	<b>14 años</b> (n=8)	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>1</b> <b>13%</b>	<b>2</b> <b>24 %</b>	<b>5</b> <b>63 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>8</b> <b>100 %</b>
	<b>15 años</b> (n=17)	<b>1</b> <b>6 %</b>	<b>3</b> <b>18 %</b>	<b>1</b> <b>6 %</b>	<b>5</b> <b>29 %</b>	<b>7</b> <b>41 %</b>	<b>17</b> <b>100 %</b>
	<b>Más de 15 años</b> (n=2)	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>1</b> <b>50 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>1</b> <b>50 %</b>	<b>2</b> <b>100 %</b>

**Tabla N°31:** Descripción de deserción escolar temprana estratificada por embarazo adolescente. (n=38)

Variable	Deserción escolar temprana					
	Categoría	Menos de 12 años (de Jardín a tercer año)	12 años (cuarto año)	Más de 12 años (quinto o sexto año)	Continua estudiando	Total
<i>Deseo de quedar embarazada</i>	<b>Planificado</b> (n=6)	<b>6</b> <b>100 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>0</b> <b>0 %</b>	<b>6</b> <b>100%</b>
	<b>No Planificado</b> (n=32)	<b>16</b> <b>50 %</b>	<b>3</b> <b>9 %</b>	<b>8</b> <b>25 %</b>	<b>5</b> <b>16 %</b>	<b>32</b> <b>100%</b>

## Discusión

El estudio permitió reconocer la frecuencia de los determinantes de la salud presentes en las adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando durante el año 2010.

En este trabajo al igual que en otros, se encontró, que la mayoría de las adolescentes embarazadas no planifican sus embarazos<sup>125, 126</sup> se observó que en el 80 % de las entrevistadas los embarazos no fueron planificados y ocurrieron a edades tempranas entre 12 y 19 años; diferentes enfoques teóricos podrían explicar esta situación ya que plantean que al ser la adolescencia, un período de cambios y crecimiento también implica desequilibrios en todos los niveles, físico, psicológico, social y sexual lo que involucra también nuevas formas de exploración y de participación en la actividad sexual, ello motiva que las primeras relaciones sexuales en esta etapa sean de suma importancia por la escasa experiencia que se posee lo cual puede llevarlos a enfrentar problemas como el embarazo no planificado<sup>127</sup>

Se observó que el 90% de las embarazadas se encontraban dentro de la etapa de adolescencia tardía (15-19 años), mientras que el 10% estaban en la etapa temprana (menos de 15 años).

Los resultados hallados en este estudio coinciden con algunos teóricos que plantean que el embarazo en la adolescencia es más frecuente en la etapa tardía, ya que es el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja; muchas de ellas juegan el rol de madre joven. Son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.<sup>128</sup> Un estudio realizado por el CELSAM durante el año 2009, en nuestro país y citado en este trabajo, también demuestra que el mayor número de embarazos se da entre los 15 y los 19 años de edad.

Por otro lado, la edad mínima de las madres adolescentes, que registran los países industrializados es de 14 ó 15 años, lo que coincide con este trabajo de investigación, siendo esta edad un factor desfavorable, ya que se conoce que, mientras más cercano a la menarquia es el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales.<sup>129</sup>

Al observar la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas se encontró que el 56 % se inició precozmente (12 -16 años), un 27% inicia sus relaciones sexuales desde los 17 años en adelante y un 17 % de las

encuestadas no responde la pregunta, los porcentajes obtenidos son similares a otros citados y constituyen una alarma en relación con el comportamiento sexual de las adolescentes, por el riesgo que representa la posibilidad de tener múltiples parejas sexuales y el desarrollo de una eventual infección de transmisión sexual. Autores como González A, Silber y Peláez Mendoza J.<sup>130, 131, 132</sup>, anteriormente citados, realizan estudios que afirman una iniciación cada vez más precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes.<sup>133</sup>

Al existir un inicio precoz de las relaciones sexuales, este hecho, se convierte en un eslabón importante en la aparición de trastornos relacionados con la aparición del embarazo precoz, en algunos países se manejan cifras de comienzo de las relaciones sexuales a los 10 y 11 años de edad.<sup>134</sup>

También se observó el nivel de instrucción de las adolescentes, dada la importancia del llamado “*efecto blindaje*” de la escuela, destacado en la literatura, que sostiene que una trayectoria escolar normal, es decir un grado de escolaridad acorde con la edad, se puede asociar con una baja incidencia de la maternidad adolescente.

Se encontró que el 7% de las adolescentes eran analfabetas funcionales, por no haber concurrido nunca a la escuela, se aclara que las mismas pertenecen a comunidades bolivianas recientemente instaladas en la localidad, el 39 % poseían estudios primarios incompletos y el 37% el nivel primario completo pero el nivel secundario incompleto y un 17% de las adolescentes encuestadas expresa haber finalizado el nivel secundario y en algunos casos estar cursando alguna carrera terciaria o haberla iniciado, teniendo en cuenta que en nuestro país la educación es obligatoria hasta el nivel medio, se refleja un bajo nivel de escolaridad en la población estudiada.

Se constataron bajos niveles educativos con desgranamiento y deserción escolar definitiva. Teniendo en cuenta que en argentina la escolaridad es obligatoria en todos sus niveles inicial (incluye sala de 4 y 5 años), primario (de primer a sexto grado y secundario o medio que se divide en CBU (de primer a tercer año) y ciclo orientado (de cuarto a sexto año), la escolaridad completa implica un total de 14 años.

Respecto de la escolaridad se obtuvo que el 88% de las adolescentes abandonaron su escolaridad, mientras que solo un 12% permanece en la escuela aun estando embarazada. Del 88 % que abandonó la escuela, se puede mencionar a partir

del análisis de los datos recabados, que el 54% permaneció en el sistema educativo formal menos de 12 años antes de abandonar, lo que implica deserción escolar temprana. Fue más frecuente el porcentaje de deserción escolar entre ellas, ya que se impuso el embarazo antes que la posibilidad de completar su formación académica y, solo el 12 % de las adolescentes continúa sus estudios aún después de haber quedado embarazada. Los datos obtenidos condicen con los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud realizada durante el año 2003 en Chile<sup>135</sup>, investigación citada en este trabajo. Otros autores como, Beltrán Molina L. y López R. afirman que el embarazo adolescente es uno de los factores que determina la deserción escolar en la población adolescente, al respecto manifiestan que el rendimiento escolar de las adolescentes embarazadas, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general y terminan desertando, acrecentando el ciclo: falta de educación mayor riesgo de embarazo no planificado. Además sus estudios concluyen que de cada cinco adolescentes, dos dejan la escuela como consecuencia del embarazo siendo la incidencia del embarazo en adolescentes 40% mayor en las jóvenes que ya están fuera del sistema educativo.

En relación al tipo de educación sexual recibida, se obtuvo que el 22 % de las adolescentes embarazadas recibieron educación sexual formal en la escuela, el 10% recibió educación sexual por vía informal, es decir a través de amigas, familiares u otras personas; el 61 % no había recibido ningún tipo de educación sexual, lo que deja a la mayoría de las adolescentes en una condición de vulnerabilidad al embarazo y también a las ETS, según lo expresado por autores citados en el marco teórico de este estudio.<sup>136</sup>

Para determinar la calidad de educación sexual recibida de cada encuestada, se le realizaron 8 (ocho) preguntas referidas a temas relacionados con la sexualidad y en función de la cantidad de respuestas correctas se determinó como conocimientos buenos si respondían 6 (seis) o más respuestas correctas. Conocimientos regulares cuando podían responder 4-5 (cuatro – cinco) respuestas correctas y, conocimientos malos si respondían 3(tres) o menos respuestas correctas. El 61% contaba con un conocimiento malo puesto que respondió tres o menos preguntas de modo correcto. El 29 % de las adolescentes poseía un conocimiento regular mientras que solo el 10% de las encuestadas poseía un conocimiento bueno por haber respondido 6 (seis) o más respuestas correctas.



La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos.

Frente al diagnóstico de un embarazo en una adolescente es de suma importancia el empleo por la familia de los recursos adaptativos, ya que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar las nuevas circunstancias de vida es un factor de suma importancia para los cambios de las nuevas situaciones, es decir, la habilidad para reajustar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas exigencias proporcionaran a la adolescente embarazada y al sistema en general mayor bienestar. Según destaca la Dra. Ares (2002) *“la naturaleza de las relaciones familiares son de tan alto significado para el individuo que son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud”*, por lo que poseer un alto nivel de adaptabilidad le permitirá asumir los cambios necesarios, preservando la integridad de la estructura familiar y fomentando el desarrollo psicosocial de cada uno de sus elementos.<sup>137</sup>

Respecto de la situación de pareja al quedar embarazadas y al momento de realizar la entrevista, se obtuvieron los siguientes datos: el 66 % de las adolescentes entrevistadas se encontraban en pareja estable al quedar embarazadas; y, en relación al estado civil al momento de realizar la encuesta, el 56 % de las embarazadas se encontraba soltera, el 42 % en unión estable y el 2% de las mismas estaban casadas.

Los porcentajes no evidencian diferencias significativas en relación a estudios que fueron citados en el marco teórico de este trabajo como, los realizados en Venezuela que observaron que cerca del 80% de las adolescentes embarazadas eran solteras <sup>138, 139</sup>, y en España, la ausencia de pareja estable entre las madres adolescentes es entre el 25 y el 40% .<sup>140</sup>

En Argentina, la Ley 25.673 del año 2003, crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La misma identifica como uno de los objetivos más importantes del programa *“garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud*

*sexual y procreación responsable*”; su decreto reglamentario, N° 415/06 en su artículo 14, sostiene que el derecho a la atención integral de la salud incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva según lo establece la ley que da forma al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>141</sup>. El presente trabajo de investigación, evidencia que si bien existe un marco legal que lo respalda y el hospital poseía un programa de planificación familiar, un alto porcentaje de las entrevistadas no pertenecían al mismo.

Respecto a lo expresado en el párrafo anterior, y, en relación a los motivos por los que la adolescentes encuestadas quedaron embarazadas, el 96%, expresó que el motivo del embarazo fue que falló en la utilización de MAC o no utilizó métodos anticonceptivos, lo que condice con las respuestas obtenidas frente a la pregunta sobre el tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes ya que el 63% expresó no haber utilizado ningún método, el 22 % sostuvo que utilizó como método el preservativo y el 12 % pastillas o inyectables.

A lo detallado podemos agregar que si bien todas las entrevistadas se realizaron los controles gineco-obstétricos en el Hospital Pascual A. Tirro, el 83 % no pertenecían al programa de planificación familiar hospitalario, mientras que solo el 17 % expresaron estar dentro del programa de planificación familiar existente en el hospital.

Diversos estudios realizados por autores como Sáez, establecen como un determinante para el aumento de embarazos adolescentes no planificados la menarca a edades cada vez más tempranas lo que a su vez se relaciona con el inicio precoz de la relaciones sexuales, en este trabajo se obtuvo que un 44 % de las entrevistadas tuvieron su primer menstruación entre los 10 y los 12 años de edad.

Al referirnos a la situación laboral de la adolescente se encontró que el 73 % de las mismas se encontraba sin trabajo al momento de ser entrevistada situación que se refleja también en datos estadísticos del INDEC, 2006 citados en este trabajo.

Trabajos de investigación de diferentes autores anteriormente citados tales como; Alatorre J, Atkin L, argumentan en relación al embarazo adolescente no planificado un relación de repitencia intergeneracional entre madres e hijas así, tomando en cuenta la dimensión familiar del embarazo adolescente, numerosos autores resaltan la importancia del modelo familiar que se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes. En relación al tema

planteado, en este estudio se obtuvo de las entrevistas realizadas a las madres de las adolescentes embarazadas que el 73 % de las mismas no planificó su primer embarazo y que un 61 % de las madres quedaron embarazadas entre los 15 y los 19 años, es decir en la etapa de la adolescencia tardía lo que coincidiría con el estudio citado si tenemos en cuenta que el 90% de las adolescentes que constituyen la población en estudio no planificó su embarazo y que el 80 % de las mismas queda embarazada durante la adolescencia tardía (entre 15 y 19 años) al igual que sus madres.

### **Conclusiones**

Los resultados del presente trabajo evidencian en las adolescentes que constituyeron la población en estudio, como frecuente la ausencia de planificación de su embarazo, se observó la presencia de determinantes como: el inicio precoz de las relaciones sexuales, bajo nivel de instrucción, deserción escolar temprana, carencia de educación sexual integral, menarca precoz, ausencia de comunicación intrafamiliar respecto de temas relacionados con la sexualidad, entre otros. Parecería importante entonces, enfocar los objetivos de programas y planes de salud referentes a la población adolescente, específicamente en la reducción de embarazos no deseados y, principalmente en el fortalecimiento de condiciones objetivas y subjetivas para que la toma de decisiones respecto de la planificación del mismo sea pensada y constituya parte de un proyecto de vida para la adolescente y su pareja.

Un camino posible podría ser, trabajar sobre los factores protectores, tratando de promover una activa *participación social* en todo el proceso de gestión de acciones sanitarias, educativas, preventivas; de tal modo que los jóvenes, las familias, y las instituciones que conforman la red, intervengan en la identificación de los problemas, en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución.

Como se mencionó, la adolescencia implica como etapa, un conjunto de factores genéticos, de personalidad, social y cultural que van conformando al sujeto. Para poder hacer una intervención en la que se aborden los problemas con los que los adolescentes se enfrentan en la actualidad, sería necesario y atinado, concebirlos como seres integrales; si bien se puede intervenir sobre los factores de riesgo a los que se expone y aun así no lograr un cambio importante ya que, agentes internos como la personalidad, la influencia de las relaciones con sus pares, o la carente

comunicación familiar seguirían exponiendo a los adolescentes a situaciones de riesgo.

En la amplitud de la realidad del adolescente, el embarazo adolescente nunca es una situación aislada, sino un problema complejo y multicausal, que resulta de la interacción de numerosos factores, las intervenciones deberían ser necesariamente multifacéticas para ser efectivas. Cualquier intervención para la prevención del embarazo adolescente no planificado trasciende las acciones del sistema de salud y requiere necesariamente involucrar acciones psicosociales, comunitarias y educativas para obtener mejores resultados.

Al considerar dichos aspectos y vinculándolos con los objetivos de la presente investigación se podría suponer que el aumento de la frecuencia de embarazos no planificados en la población estudiada se debería a un modelo de atención focalizado en la hegemonía del equipo de salud y en una concepción de salud centrada mayoritariamente en la enfermedad, lo que la convertiría en reacia a la captación activa de la población, que fundamenta su atención en prácticas asistenciales desaprovechando oportunidades que pongan en juego estrategias de promoción y prevención. Si bien el centro de salud cuenta con un Programa de Planificación Familiar, un alto porcentaje de las entrevistadas se encontraban fuera del mismo, lo que daría cuenta de que las estrategias de captación deberían ser revisadas por el equipo. Este modelo de atención no sería el más adecuado para la población adolescente ya que por las características, individuales y sociales descritas, asiste escasamente a los centros de salud, cuando lo hace, generalmente ya presenta alguna problemática instalada y, en la mayoría de los casos podría haber sido evitada o planificada.

En relación a lo expresado y teniendo en cuenta los resultados del estudio, podría pensarse que, para lograr la meta de mejorar la salud de esta población, se debería reenfocar la atención en la promoción, la reducción de riesgos y el fomento de factores protectores de la salud. Trabajar eficazmente con este grupo poblacional requiere una actitud positiva y libre de prejuicios, demandando que la adolescencia no sea considerada un problema en sí misma, sino una etapa de desarrollo, con patrones comunes e influenciada por factores psicológicos, socioeconómicos y culturales específicos.

## Recomendaciones

La información obtenida durante la realización de este estudio permite efectuar las siguientes recomendaciones:

- Realizar futuras investigaciones donde sea posible establecer relaciones entre los determinantes de salud y la planificación del embarazo en las adolescentes de esta población que complementen la descripción realizada y sirvan de insumo a la hora de planificar estrategias de abordaje a través de planes o programas.

Disminuir o evitar la presencia de embarazos no planeados en la población adolescente requiere en el marco de una política estatal de atención primaria diferentes estrategias, alguna de ellas aplicables a la realidad local de Hernando, podrían ser las que se enuncian a continuación:

- Educación sexual integrada al sistema educacional en y con la comunidad haciendo énfasis donde la cobertura de escolaridad sea baja, incorporando la intersectorialidad y el trabajo interinstitucional de la urbanización de Hernando a la hora de implementar e incrementar estrategias de educación y promoción en salud orientadas al tema de salud sexual y reproductiva.
- Servicios o espacios institucionales integrales de salud que brinden atención amigable, accesible y equitativa a través de profesionales formados para atender a este grupo poblacional específico; potenciando el papel social de la participación, con un enfoque de género. Será necesario incorporar los aspectos culturales en la comprensión de la vivencia de la sexualidad y priorizar estrategias que conlleven a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de la población de los/las adolescentes. Debe ofrecerse acceso sin barreras a todos los métodos anticonceptivos.
- La situación de salud del grupo de adolescentes hace necesario un nuevo marco conceptual que vincule los conceptos de derecho, desarrollo y salud, que sienten las bases para la construcción de planes, programas y políticas de salud integrales. La existencia de una infraestructura de servicios accesible y diferenciada para atender adolescentes, también constituye un importante factor que favorece la búsqueda de ayuda. Por otro lado, horarios de atención

diferenciados que permitan a los/las adolescentes acceder a servicios de atención sin trabas de ninguna índole, harían efectiva su accesibilidad.

- Difusión a través de medios masivos de la localidad, de programas de educación sexual y de la existencia de espacios amigables para adolescentes.

La difusión y publicidad de los planes y programas destinados a la población adolescente y joven, para facilitar su seguimiento y continuidad, constituyen un aspecto prioritario ya que al haber información insuficiente, se genera un desaprovechamiento de recursos y escasa o nula utilización de los espacios creados para sectores específicos de la población. Para esto, se plantea, la necesidad de co-diseñar las campañas publicitarias, en conjunto con instancias de participación ciudadana de los adolescentes y jóvenes tales como, Consejos Consultivos, ONGs, etc.

- Fortalecimiento de la capacitación del equipo de salud en atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva integral donde la consejería sea una herramienta priorizada.

Durante mucho tiempo, la atención sanitaria y la educación para la salud dirigida a los adolescentes pusieron el acento en la prevención de enfermedades. Este enfoque toma el concepto de riesgo como factor predisponente de la enfermedad y, a partir de la identificación de las conductas de riesgo de los jóvenes, propone actuar básicamente en prevención.

En cambio, los enfoques que ponen el acento en el concepto de *salud y desarrollo* —al que se suma la perspectiva de los derechos humanos— subrayan la importancia de la inversión en capital humano, en el desarrollo de los factores protectores de la salud y en el fortalecimiento de las capacidades de los adolescentes para tomar decisiones en favor de su propia salud. Antes que en resolver problemas de salud, se pone la atención en todo aquello que favorece la salud y la participación. Se debe priorizar la formación de equipos multidisciplinarios, que aseguren calidad técnica, calidez en el trato y eficiencia en la atención.

- Realizar un trabajo en conjunto y articulado, entre Salud y Educación, para crear espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas, a cargo de profesionales competentes y con metodologías participativas y cercanas a los adolescentes.

- Los adolescentes deben formar parte de la elaboración de programas de salud, puesto que, las experiencias de participación contribuyen a la formación y el desarrollo de valores, actitudes, habilidades y competencias para el ejercicio de la ciudadanía y participación social desde la infancia y a la vez el compromiso asumido es mayor cuanto más se involucre a los jóvenes en la elaboración de propuestas.

En este sentido, la participación es un derecho formativo; es fundamental entonces, que los adolescentes puedan definir las prioridades en cuanto a su salud y su desarrollo, puedan expresar lo que sienten y quieren, que se los escuche con respeto y se los considere seriamente. Los adolescentes, tienen derecho a participar en el diseño, la planificación, la ejecución y el seguimiento de los programas, políticas y servicios vinculados, en sentido amplio, a su salud y su desarrollo. También tienen derecho a organizarse, decidir y tener iniciativas respecto de su salud y la de sus pares.

- La participación de los adolescentes —así como la de sus padres, aquellos que trabajan con la comunidad, los pares que cumplen el rol de educadores y otros actores— en el diseño y la implementación de programas de educación para la salud ayudan a asegurar que las necesidades y los intereses de todos los actores involucrados se satisfagan de un modo cultural y socialmente apropiado, y a la vez potencia la educación para la salud basada en habilidades.

Los participantes que ven incorporados sus intereses estarán más propensos a comprometerse y a sentirse parte del programa, lo cual refuerza su efectividad y sustentabilidad.<sup>XIII</sup>

- Redefinir el rol del adulto frente a los adolescentes, sobre todo el de aquellos profesionales que trabajen con población adolescente en la comunidad y de sus padres y docentes.

Al respecto, autores como Krauskopf y Vargas<sup>142</sup> manifiestan que es necesario un nuevo rol adulto, que esté abierto a escuchar, que estimule la participación

---

<sup>XIII</sup> Adaptado de WHO-UNICEF: Skills for Health: Skills-based Health Education including Life Skills: An Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School, p. 13, 15, 25 y 28-30.

adolescente, que la acompañe. Es fundamental una nueva cultura, que promueva la interacción y el diálogo entre adultos y adolescentes, con una nueva forma de vincularse; adultos que comprendan que los adolescentes son sujetos de derechos, vale decir, que tienen la capacidad de exigir que éstos se cumplan y de ejercerlos con responsabilidad.

-Tener presente la existencia de la ley 26 150 (Educación Sexual Integral), a la hora de planificar estrategias para trabajar con los/las adolescentes específicamente en la transposición didáctica de los contenidos referidos a cuidados sexuales y reproductivos en adolescentes; en esto de articular propuestas entre salud y educación.

En relación a ello, la OMS-OPS incentiva la creación de escuelas promotoras de salud, las cuales se esfuerzan por combinar un entorno saludable, educación para la salud basada en habilidades y servicios de salud escolares con proyectos y extensión comunitaria y escolar, programas de promoción de salud para funcionarios, programas de seguridad alimenticia y nutritiva, educación física y recreación, salud sexual y reproductiva, y la promoción de salud mental, con oportunidades de asesoramiento y apoyo social.

-Ampliar la inclusión y permanencia de la población adolescente en los programas de planificación familiar, sobre todo en grupos con mayor grado de vulnerabilidad, potenciando la captación activa de los mismos.

Los programas para ser efectivos, deben incluir no sólo a la población adolescente, sino tener en cuenta su entorno: la familia, la comunidad, la escuela, los amigos, las redes que preexisten y en las cuales ellos se desenvuelven. Deben centrarse menos en conductas problemáticas y más en los factores protectores (disminución del embarazo, etc.) y en vez de intervenir cuando ya los problemas están arraigados, deben hacer foco en la promoción de salud, la creación de hábitos saludables y de autocuidado y la prevención de enfermedades, la formación de habilidades para la vida y la construcción autónoma de proyectos de vida.

Bajo este marco, mejorar el acceso a los servicios de salud, incrementar el papel de la escuela, en la salud adolescente, apoyar la transición a la vida adulta, promover mayor participación juvenil son algunos de los grandes desafíos actuales en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes.

Los y las adolescentes deben recibir una educación sexual sólida, basada en



firmer principios y valores que le permitan por sí mismo definir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, además, se le debe proporcionar las vías y los procedimientos que le ayuden a enfrentar las disímiles situaciones de la vida cotidiana en relación a la prevención del embarazo y los riesgos del aborto.

---

## **Bibliografía**

- 1** Magnelli, A. *Obstetricia y Ginecología contemporánea*. Edit. Arte. 1ª ed. Caracas, Venezuela. 2001; 37: 593-606.
- 2** Ministerio de salud y desarrollo social. *Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela*. [En línea] 2003 [Diciembre 2007]; Tomo 1 Disponible: [http://www.opsoms.org.ve/bvs/textelectronicos/adolesc/Libro\\_adole\\_OPSI.pdf](http://www.opsoms.org.ve/bvs/textelectronicos/adolesc/Libro_adole_OPSI.pdf).
- 3** Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial 2004*. Nueva York: UNFPA; 2004.
- 4** Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. *Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década*. *Salud Pública Mex* 2003; 45(1):132-139.
- 5** *Los jóvenes de hoy: un recurso latente para el desarrollo*. Argentina: Banco Mundial/ Social Development (LCSSO); 2008. Análisis social: 38825.
- 6** Díaz A, Sanhueza P, Yaksic, N. *Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas*. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2002; 7 (67): 481-7.
- 7** Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores Básicos*. Argentina: Ministerio de Salud / OPS, 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/histories/pdf/indicadores-básicos-2012.pdf>
- 8** UNICEF. *Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población*. [art en pdf]. Argentina: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Publicado en: <http://www.unicef.org.ar/>, Julio de 2013.
- 9** *Estadísticas vitales. Información básica año 2011*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: DEIS; 2012. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>
- 10** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina 2005. Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política*. América Latina: CEPAL; 2005.
- 11** Pantelides EA. *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. En CELADE y Centre de Recherche Populations et Sociétés,

---

Université de Paris X-Nanterre, La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución? Santiago de Chile: CEPAL y UPX; 2004. p. 167-187.

**12** Meacham D. Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000. *Rev Muj Sal.* 1996; 1(4):31-54.

**13** Issler J. Embarazo en la Adolescencia. *Rev. de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina* 2001; 107: 11-23.

**14** Coll A. Embarazo en la adolescencia. *Clínicas Perinatológicas Argentinas. Rev. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER)* 1997; 4: 23-55.

**15** González F, Brito M, Maneiro P. El embarazo en adolescentes: Un problema de alto riesgo obstétrico. *Revista Obstetricia Ginecología Venezuela* 2000. p. 57.

**16** Tapia A, Saldaña L, Villaseñor M. Guía para la elaboración de programas educativos de salud integral para el embarazo en la adolescencia. Guadalajara: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Instituto Mexicano del Seguro Social SEP. CONACYT / SIMORELOS Universidad de Guadalajara; 2002. ISBN 970-93010-0-4.

**17** Echeolanea C, Miravet M, Paviolo MA, Vilchez N. Cómo se atiende a las embarazadas en los servicios de salud. El caso de los centros de salud de la ciudad de Córdoba En: Rovere M, Luppi I, Muruaga M, editores. *Evaluación de Tecnologías en Atención Primaria. Articulación Universidad-Servicios por el Derecho a la Salud Argentina* 1ª ed. Rosario: ALAMEVI; 2011.p. 73-118.

**18** Vargas E, Barrera. Adolescencia relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología* 2002; 11: 115-134

**19** Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC: OPS; 2005.

**20** Monterrosa A. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1998; 49:225-30.

**21** Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington, DC: OPS; 1988:1-15. Cuaderno Técnico N°12.

- 
- 22** Cortés Alfaro A, del Pino Chivás A, Sánchez Rodríguez M, Alfonso Valiente A, Fuente Abreu J. Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos en Ciudad Habana. *Rev. Cub. Obstet. Ginecol.* 1999; 25 (1): 34-8.
- 23** Pantelides E, Binstock G. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI Conicet-Cenep. *Revista Argentina de Sociología [revista en Internet]* 2007 [fecha de acceso 24 de Agosto 2010]; 5 (9): 24-43 URL disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20fecundidad%20adolescente%20en%20la%20Argentina%20%20al%20comienzo%20del%20Siglo%20%20XXI.pdf>
- 24** CEPAL - Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. En: *Panorama Social de América Latina 2005*. Santiago de Chile: CEPAL. LC/G.2288-P.
- 25** Silver TJ. El embarazo en la adolescencia en EUA. EUA: OPS; 1999. *Pub Científica* 461.
- 26** Geldstein RN, Pantelides EA. Riesgo reproductivo en la adolescencia: Desigualdad social y asimetría de género. Buenos Aires: Cuadernos de UNICEF N° 8; 2001. ISBN 987-9286-08-1.
- 27** Ministerio de Salud de la Nación, CONAPRIS, CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina: CONAPRIS / CEDES; 2003.
- 28** Ministerio de Salud de la Nación-OMS-OPS. Indicadores básicos. Argentina: Ministerio de salud / OPS; 2003.
- 29** Informe de Naciones Unidas sobre la Población Mundial. UNFPA; 2005. ISBN 0-89714-752-9 S/8.000/2005 No. de venta S.05.III.H.1.
- 30** Weller S. Salud Reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998. Artículo publicado en Oliveira, M.C. (org.); *Cultura Adolescência Saúde: Argentina, Brasil e México*, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, Campinas 2000; 4:7-12.
- 31** Gogna M, Adaszko A, Alonso V, Portnoy F, Fernández, S, & Zamberlin N. El embarazo en la adolescencia diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe de un Equipo de Trabajo CEDES / Ministerio de Salud /

---

CONAPRIS. Buenos Aires: CEDES / Ministerio de Salud / CONAPRIS; 2004. ISBN 987-21844-2-9

**32** Stern C, García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente en Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación, Stern y Figueroa (Comp.) México: El Colegio de México; 2001.

**33** Pantelides A. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, mimeo, Ponencia presentada al Seminario: La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?; Santiago de Chile; 9-11 de junio de 2003. Chile: CELADE.

**34** Meacham D. Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000. Revista Mujer Salud. RSMLAC Santiago Chile. 1996; 4: 31-54

**35** Secretaria de Salud. Prevención del embarazo no planeado en adolescentes. 2ª ed.. México: Secretaría de salud; 2002. ISBN 970-721-104-0

**36** Ipas. Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo. Temas en el tratamiento del aborto 4. México: IPAS; 1999. 306.7,R12

**37** Tomassini TL, Winograd RH, Nigro E, De Salerno Y, Parada O. Adolescencia: Análisis de indicadores de atención del embarazo, parto y recién nacido en la población asistida en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, de Buenos Aires, 1978-1996. O. G. L. A. 1997; 55(5-6): 263-274.

**38** Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. Volumen 87, junio 2009; 405-484

**39** Carreón J, Mendoza H, Pérez C, Gil I, Soler E, González R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6 (3): 70-73.

**40** Ortigosa Corona E, Padilla Jasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Rev Ginecol Obstet Méx 2002; 70(1):28-3

**41** Instituto Nacional de Estadística y Censos. Informe del Censo Nacional 2006. Argentina: INDEC; 2006.

**42** Ministerio de Salud de la Nación, CONAPRIS, CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación/CONAPRIS/CEDES; 2003.

- 
- 43** Lawrence B. Finer, Ph.D. Guttmacher Institute 125 Maiden Lane, New York; 1994.
- 44** Duschatzky S, Corea C. Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires: Paidós; 2002.
- 45** Climent GI. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Rev. argent. sociol. [en línea] 2009 [fecha de acceso 30 de abril 2012]; 7(13). URL disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-32482009000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482009000200004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1669-3248.
- 46** Wang L. La dimensión cultural de la maternidad de las jóvenes que asisten a un hospital municipal de Buenos Aires, ponencia presentada en el VII Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; Mayo, 2004.
- 47** Marcus J. Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. Rev. argent. sociol. 2006; 4(7): 99 -118.
- 48** Piñero L. Embarazo adolescente. La experiencia de los sectores populares de la ciudad de Santa Rosa. La Pampa: Facultad de Cs Hs. Universidad Nacional de La Pampa, La Pampa; 1990.
- 49** Puyana Villamizar Y, Mosquera Rosero C. Traer "hijos o hijas al mundo": significados culturales de la paternidad y la maternidad. Rev. latinoam.cienc.soc.niñez juv [revista en Internet]. 2005 Julio [fecha de consulta 01 de julio 2012]; 3 (2): 111-140. URL disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2005000200005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2005000200005&lng=en).
- 50** Oizerovich S, Daldevich D, Schulman A, Vázquez S, Santos H. Investigación exploratoria sobre características de crecimiento, desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente. Informe de un Equipo de Trabajo de la SAGIJ. Buenos Aires: SAGIJ; 2003.
- 51** Máiquez ML. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. 2004. Journal: Psicothema. 2004; 16 (2).
- 52** Barrientos J. ¿Nueva normatividad del comportamiento sexual juvenil en Chile? Última Década. 2006; 24, 85-101.

- 
- 53** Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México en *Gaceta Médica de México* 2003; 139 Supl 1:S23-S28.
- 54** Moore K, Miller B, Sugland B, Morrison D, Gleit D, Blumenthal C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. *Publicaciones electrónicas de PAHO*; 2000.
- 55** Silber T, Munist M, Madaleno M, Romero. Embarazo en la adolescencia. En Silber T, Munist M, Madaleno M Suarez-Ojeda E (eds). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, EUA: Publicaciones OPS, 1992:473-81.
- 56** Peláez MJ. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1997; 23(1):13-7.
- 57** Buil Rada C, Lete Lasa I, Rahola R, Lozano JI. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Aspectos Básicos y Clínicos*. Sociedad Española de Contracepción. España. 2001; 26: 819-20.
- 58** Reeder S, Martin L, Koniak D (eds.). *Enfermería Materno-Infantil*. 17 ediciones, EUA: Interamericana McGraw-Hill 1995; 923-48.
- 59** Canava GE, Cerquera GI, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Inves Educ Enferm* 2006; 24 (1):26-35.
- 60** De la Cuesta C. Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia. *J Transcultural Nursing* 2001; 12(3):180-92.
- 61** Tristán F. “Madres sin haber dejado de ser niñas”. En revista *Chacarera-Red Rural*. Lima. 1996; (20): 49-51.
- 62** Langer A, Espinosa H. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Pan Am J Public Health*. 2002; 11(3):194.
- 63** Sáez GI. *Sexualidad en la Adolescencia*. 2ª ed. Caracas: OPS/UNICEF; 1992. Secretaria de Salud. *Prevención del embarazo no planeado en adolescentes*. 2ª ed. México: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
- 64** Macías R. La familia. En: *Antología de la sexualidad humana*. México, D.F: Consejo Nacional de Población; 1994. p.165-200.
- 65** González A, Castellanos B. *Sexualidad y Géneros: Una re conceptualización educativa en los umbrales del tercer milenio, tomo I*. Santafé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 1996.

- 
- 66** Silber JT. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. Washington, DC: PALTEX; 2005.
- 67** Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, 2001; 107: 11-23.
- 68** Zubarew T. Salud y desarrollo del adolescente: sexualidad del adolescente. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2004.
- 69** Fuentes ME, Lobos L. Adolescente Embarazada. UNAM; 1994.
- 70** Menkes C, Suárez L, Núñez L. Embarazo y fecundidad adolescente en México, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Balances y Perspectivas de la Demografía Nacional ante el Nuevo México. México: Sociedad Mexicana de Demografía, Publicación Electrónica; 2000.
- 71** INJUV. Cuarta encuesta nacional de la juventud. Información nacional sobre juventud Chile. Chile: INJUV/Gobierno Nacional de Chile; 2003.
- 72** González T, Isabel M, Aguirre C. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. chil. pediatr 2005; 76 (6): 573-579.
- 73** Fernández FL, Bustos ML, González WL, Palma AD, Villagrán AJ, Muñoz N S. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev. méd. Chile [en línea]. 2000 Junio [fecha de acceso 12 de febrero 2011]; 128(6): 574-583. URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000600002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000600002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000600002>.
- 74** Gogna M, Adaszko A, Alonso V, Portnoy F, Fernández, S, & Zamberlin N. El embarazo en la adolescencia diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe de un Equipo de Trabajo CEDES / Ministerio de Salud / CONAPRIS. Buenos Aires: CEDES / Ministerio de Salud / CONAPRIS; 2004.
- 75** Palma I. et al. El futuro de la educación sexual en Chile. En: Ortega, X.; Gaete, J. (eds.), Educación sexual. Experiencias y desafíos. Santiago: Ediciones PAESMI, 1991, pp. 137-148.
- 76** Flórez, CE & Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. En: Estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá DC: DNP-MERP; 2007. p. 1-117.



- 
- 77** Vásquez M, Argote L. La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. *Rev Colom Med.* 2005; 36(3s1):33-42.
- 78** López G. Embarazo en adolescentes. *Revista Pro-familia*, 2000; 8(19): 54.
- 79** Orr DP, Cols. Premature sexual activity as an indicator of psychosocial risk. *Pediatrics* N°87; 1991.
- 80** Mayen Hernández B. Un acercamiento al embarazo en la adolescencia, de la visión médica a los estudios de género. México: Afluentes/MEXFAM/INSAD; 2002.
- 81** Jeejeeboy S, Bott S. Non-Consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries. New Delhi: Population Council; 2003. Disponible en: [www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf)
- 82** The Alan Guttmacher Instituto, 1994, Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana. Nueva York: El Instituto Alan Guttmacher; 1994.
- 83** BENFAM. Brasil—Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde, 1996. Brasilia: BENFAM, 1997.
- 84** Organización Panamericana de la Salud. La investigación psicológica para la salud reproductiva. Informe de la Organización Panamericana de la Salud: OPS; 2002. p. 18-31.
- 85** Molina R, González E, Sandoval J. Embarazo en adolescentes producto de una agresión sexual: alto riesgo obstétrico y perinatal. En: *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescente*; 1995.
- 86** Frederic B. De la represión a la psicopedagogía sexual. Barcelona: Ed. Nova Terra. Colección Noves Actituds; 1976. p. 116.
- 87** Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009* N° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD005215. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 88** Marfan J, Córdoba C. La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. Documento presentado al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM); 2006. Disponible en: <http://www.reduc.cl/reduc/marfan.pdf>

- 
- 89** Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y educación previa. Rev SOGIA 2004; 11(3): 79-83.
- 90** González MI. Sexualidad Adolescente. Ser Joven. Medwave [en línea]. Noviembre 2007 [fecha de acceso julio 2011]; 7(10)URL disponible en:<http://www.medwave.cl/publicaciones/pediatriciadiaria/1.act>
- 91** Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev. Cubana Salud Pública [en internet]. 2006 [fecha de consulta 21 julio 2011]
- 92** MINEDUC, UNFPA, Adimark . Resultado de estudio Educación en Sexualidad. Santiago de Chile: MINEDUC; 2004.
- 93** Olavarría D. Valdés. Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno. Chile: Gobierno de Chile/Ministerio de Educación y FLACSO; 2006.
- 94** Menkes Bancet C, Suárez López L. Sexualidad y Embarazo Adolescente en México. Rev. Papeles de Población 2003; 9(35):2-32.
- 95** CEPAL. Investigación llevada a cabo en el año 2002 por la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Analisis de los últimos tres censos en la República de Chile. CEPAL; 2002.
- 96** Pantelides E, Geldstein R. Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. En: Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina AEPA / Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES / Centro de Estudios de Población CENEP; 1998. p.45-53.
- 97** Bagnati E, Galimberti D, De la Parra I. Nivel de educación sexual en adolescentes madres que concurren a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires [en Internet]; 2005 [Fecha de acceso 15 de abril de 2011] URL disponible en [www.celsam.org.ar](http://www.celsam.org.ar)
- 98** Buil Rada, C, Lete Lasa I, Rahola R, Lozano JI. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Aspectos Básicos y Clínicos. España: Sociedad Española de Contracepción; 2001.
- 99** OPS/OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. ISBN 92 75 32422 0.

- 
- 100** Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Hernández García P, Velasco Boza A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet] 2007 Abril [fecha de acceso 29 de diciembre de 2010]; 18 (1). URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100006&lng=es).
- 101** Gobierno de Chile, Ministerio de Educación y Adimark, 2004. "Estudio Educación en Sexualidad". Chile: Investigación de Mercado y Opinión Pública.
- 102** Llopis A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil C, Lete I, Ros R, De Pablo JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Editorial Wyeth-Lederle; 2001.p.705-32.
- 103** García J, Figueroa JG. *Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México*. Journal Salud Pública de México 1992; 34(4).
- 104** Faneit P, Rivera C, González M, Faneite J, Gómez R, Álvarez L, et al. Estudio nutricional de la embarazada y su neonato. Rev Obstet Ginecol Venez [en línea] 2003 Junio [fecha de acceso 12 de febrero 2011]; 63(2): 67-74. URL disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322003000200002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200002&lng=es).
- 105** Peña E, Sánchez A, Liseti Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Centro de Investigaciones en Nutrición. Universidad de Carabobo. Valencia –Venezuela. 2008; 53 (2).
- 106** Fernández S, Sáez Pomares M. Pubertad y adolescentes. Parte 5: Sexología Problemas de salud en la consulta de Atención Primaria. España: Harcourt Brace; 2005.
- 107** Alatorre J, Atkin L. De abuela a madre, de madre a hijos: repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza. En: Schmukler B. Coord. Familias y relaciones de género: cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. México: Edamex; 1998. p. 352-371.
- 108** I. Lete Lasa JL, Lozano PC, Martínez Arévalo JJ, Parrilla P. Embarazo en la adolescencia en Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Aspectos básicos y clínicos. Sociedad Española de Contracepción. España; 2001 (269); 822-865.

- 
- 109** Fernández LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2004 [fecha de acceso 12 de diciembre de 2013];30(2): URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin02204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm)
- 110** Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda En: Manual de Medicina de la Adolescencia. EEUU: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, 1992:473-518.
- 111** Geronimus AT, Korenman S. The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered, en Quarterly Journal of Economics 1992; 107 (4):1187-1214.
- 112** González A, Molina E, Temístocles G. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Chile: Rev. chil. obstet. Ginecol 2007. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262007000600004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262007000600004&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262007000600004.
- 113** Kahn JR, Anderson KE. Intergenerational patterns of teenage fertility. Demography 1992; 29:39-57.
- 114** Anderson DL, Tsuya NO, Bean LL, Mineau GP. Intergenerational Transmission of Relative Fertility and Life Course Patterns. Demography 1987; 24(4): 467-480.
- 115** Thornton A; Camburn D. The influence of the family on premarital sexual attitudes and behavior. Source: DEMOGRAPHY 1987; 24(3):323-40.
- 116** Alatorre Rico J, Atkin L. El embarazo adolescente y la pobreza. En Paloma Bonfil y Vania Salles eds. Mujeres pobres: salud y trabajo. México: Gimtrap; 1998. p. 13-30.
- 117** Climent GI, y Cols. Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos. En: Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA) / Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Centro de Estudios de Población (CENEP); 1998. p. 14-31.
- 118** Pons E, Deligeoroglu E, Horejsi J. Which are the main gynecological problems among children and adolescents in developed and developing countries? Trabajo presentado en el XIX Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología, Cape Town, Sudáfrica; 2009.

- 
- 119** UNICEF. Demasiado grandes para jugar y demasiado jóvenes para ser madres, UNICEF, 1994, pp. 1-4.
- 120** Climent G. Maternidad adolescente: ¿Una situación conflictiva? Perspectiva de las madres. En Compact Disk editado por el XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) Antigua, Guatemala 2001.
- 121** Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Informe del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG. Perú: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog); 2011. ISBN: 978-612-45897-6-8
- 122** UNFPA. Análisis de situación del embarazo adolescente en la región andina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México D.F. México: UNFPA; 2007.
- 123** UNFPA Bolivia 2007b. El embarazo adolescente como problema de salud pública en el área andina. Presentación realizada en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina. Santa Cruz, Bolivia; 30 de marzo de 2007.
- 124** Organización Panamericana de la Salud. La investigación psicológica para la salud reproductiva. Informe de la Organización Panamericana de la Salud: OPS; 2002. p. 18-31.
- 125** Gogna, M, Santos A, Zamberlin N. Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Informe del Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: CEDES; 2001. ISBN: 950-9572-19-5
- 126** Stern, C. Pubertad y embarazo: Aspectos sociodemográficos y culturales. En Calzada, R. y Dorantes, L.M. Editores. Fisiopatología de la pubertad y embarazo-anticoncepción en adolescentes. México: simposio Laboratorio Serono; 1997: 465-475
- 127** Vargas E, & Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. Revista Colombiana de Psicología 2002; 11, 115-134.
- 128** Ávila Gálvez E, Cid Santana M, García Imia I, Lorenzo González A, Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. Rev. Cubana Pediatr [revista en Internet] 2002 Diciembre [fecha de acceso 29 de abril

- 
- 2012]; 74(4). URL disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es).
- 129** Peláez M J. Adolescente embarazada: características y riesgos. En: obstetricia y ginecología infanto-juvenil: su importancia. La Habana: SOCUDEF; 1996. p. 61-3.
- 130** González A, Castellanos B. Sexualidad y Géneros: Una re conceptualización educativa en los umbrales del tercer milenio, tomo I. Santafé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 1996.
- 131** Silber JT. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. Washington, DC: PALTEX; 2005.
- 132** Peláez Mendoza J. Adolescente Embarazada. Características y Riesgos. Rev Cubana Obstet-Ginecol Infanto-Juvenil. SOCUDEF; 1996.
- 133** Porras Fernández E, Romero González P, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. Gac Méd Espirituana 2007; 9(1):23-31.
- 134** UNFPA. La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y objetivos del desarrollo del milenio. Venezuela: UNFPA; 2005.
- 135** Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales 2003. Instituto Nacional de la Juventud. Chile: INJUV; 2003.
- 136** Marfan J, Córdoba C. La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. Documento presentado al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM); 2006. Disponible en: <http://www.reduc.cl/reduc/marfan.pdf>
- 137** Arés P. Psicología de familia una aproximación a su estudio. Ciudad de la Habana: Félix Varela; 2002.
- 138** Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Gómez R, Álvarez L, Faneite J. Recién nacido de bajo peso. Evaluación. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002; 62(2):5-10.
- 139** Peña E, Sánchez A, Liseti Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Centro de Investigaciones en Nutrición. Universidad de Carabobo. Valencia –Venezuela. 2008; 5 (2).

---

**140** Fernández L S; Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente / Characterization of the pregnant adolescent. Rev Cubana Obstet y Ginecol.2006; 30(2).120-2.

**141** PNSIA. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad, 2010.p. 29-98.

**142** Krauskopf, Dina y Vargas, Ginet: Proyectos de participación con adolescentes en América Latina y el Caribe: sistematización de experiencias, Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, Ciudad de Panamá, 2003.

---

## Anexo N° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me encuentro llevando a cabo un trabajo de investigación denominado: *“Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010”*.

Para ello realizaré entrevistas con adolescentes que asistieron al control prenatal del Hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el año 2010, acerca de su embarazo y su salud sexual y reproductiva.

El propósito de este estudio es recoger información para elaborar mi tesis de maestría y contribuir a desarrollar servicios y programas educacionales en relación a la prevención del embarazo no planificado en adolescentes de la comunidad.

Me gustaría conseguir tu permiso para hablar hoy acerca de tus ideas y experiencias relacionadas a tu salud reproductiva, tu sexualidad y a tu embarazo. Dejo en vos la decisión de contestar las preguntas que quieras. No se te cobrará por tu participación ni se te dará dinero, sin importar si aceptas o no participar en la entrevista. Podes poner fin a la entrevista en cualquier momento.

La información que se obtenga es absolutamente confidencial. Los resultados de las mediciones y encuestas estarán a disposición de cada persona que participe y su familia.

También quiero asegurarte que su participación no afectará los servicios que vos y tu familia recibe del Hospital Pascual A. Tirro; ante cualquier duda pueden consultarme.

Si decidís participar en esta entrevista, por favor firma esta página. Tu nombre no será usado en ningún informe, pero tu experiencia, tus ideas y sugerencias me ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de los adolescentes como vos en relación a la planificación familiar y la mejor manera de evitar embarazos no deseados.

Si no deseas participar, gracias por tu tiempo.



---

\_\_\_\_\_ Sí, acepto la entrevista

\_\_\_\_\_ No, no acepto la entrevista

A partir de esta comunicación, queremos solicitarle su consentimiento para que.....DNI:..... participe en forma voluntaria en esta investigación.

**Firma del Responsable Legal.....**

**DNI.....**

**Aclaración.....**

**Vínculo con la menor:.....**

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me encuentro llevando a cabo un trabajo de investigación denominado: *“Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010”*.

Para ello realizaré entrevistas con madres de adolescentes entrevistadas que asistieron al control prenatal del Hospital Pascual A. Tirro de la ciudad de Hernando durante el año 2010, acerca de su embarazo y su salud sexual y reproductiva.

El propósito de este estudio es recoger información para elaborar mi tesis de maestría y me ayude a desarrollar servicios y programas educativos en relación a la prevención del embarazo no planificado en adolescentes de la comunidad.

Me gustaría conseguir su permiso para hablar hoy acerca de sus ideas y experiencias relacionadas a su primer embarazo y su salud reproductiva durante su adolescencia. Dejo en Ud. la decisión de contestar las preguntas que quiera. No se le cobrará por su participación ni se le dará dinero, sin importar si acepta o no participar en la entrevista. Puede poner fin a la entrevista en cualquier momento. Todo lo que Ud. diga será privado y confidencial.

También quiero asegurarle que su participación no afectará los servicios que Uds. reciben del Hospital Pascual A. Tirro; ante cualquier duda pueden consultarme.

Si decide participar en esta entrevista, por favor firme esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero su experiencia, sus ideas y sugerencias me ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de los adolescentes como su hija en relación a su planificación familiar y la mejor manera de evitar embarazos no deseados.

Si no desea participar, gracias por su tiempo.

\_\_\_\_\_ Sí, acepto la entrevista

\_\_\_\_\_ No, no acepto la entrevista

---

A partir de esta comunicación, queremos solicitarle su consentimiento para participar de en forma voluntaria en esta investigación.

**Apellido y Nombre:**.....

**DNI:**.....

**Firma:**.....

**Aclaración:**.....

---

## **Anexo n° 2**

Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010

Encuesta N° .....

### **1. Edad de la adolescente en el momento de la encuesta:**

1. Adolescencia temprana (10-14 años)
2. Adolescencia Tardía:(15-19 años)

### **2. ¿Planificaste tener este hijo antes de quedar embarazada?**

1. Si, fue Planificado
0. No fue Planificado

### **3. Nivel de instrucción de la entrevistada:**

0. Sin Estudios
1. Primario incompleto
2. Primario completo - Secundario incompleto.
3. Secundario completo - Terciario/universitario incompleto.
4. Terciario/universitario completo.

### **4. Continúas tus estudios:** 1. Si                      0. No

En caso de que la respuesta sea NO seguir con la pregunta 4, si la respuesta es SI pasar a la 5

### **5.Último grado/ año escolar que completaste exitosamente, antes de interrumpir tu escolaridad:**

1. Menos de 12 años (de Jardín a tercer año)
2. 12 años (cuarto año)
3. Más de 12 años (quinto o sexto año)

---

## **6. Tipo de educación sexual recibida:**

1. Formal (En la escuela)
2. Informal (en mi familia, de mis amistades, otras personas)
3. Ambas (Formal e Informal)
4. Ninguna
7. Ns/Nc

## **7. Conocimientos sobre Educación Sexual**

### **1. ¿Cuál crees que es la edad aceptable para el inicio de las relaciones sexuales?**

1. Menos de 12 años
2. 12-16 años
3. 17 años en adelante
7. NS/NC

### **2. Los órganos que forman el aparato reproductor femenino son:**

1. Vagina- intestino-ovarios.
2. Vagina- Mama- Riñón.
3. Vagina-Útero-Ovarios-Trompas.
7. Ns/Nc

### **3. Los métodos anticonceptivos son:**

1. Preservativo-Pastillas- DIU- Abstinencias periódicas- Ligadura de Trompas
2. Preservativo –Píldora del día después - Pastillas
3. pastillas-relaciones sexuales durante la menstruación-ducha vaginal
7. Ns/Nc

### **4. Los métodos anticonceptivos sirven para:**

1. prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer

- 
2. evitar el embarazo
  3. evitar los dolores de la menstruación
  4. ayudar a quedar embarazada
  7. Ns/Nc

**5. En qué día del ciclo menstrual puedes quedar embarazada:**

1. desde el día 0 a 10.
2. desde el día 11 a 18.
3. desde el día 19 a 30.
7. Ns/Nc

**6. Las enfermedades de Transmisión Sexual son:**

1. HTA- Gonorrea- Diabetes
2. Sífilis-SIDA-Hepatitis B-Gonorrea
3. Chagas-TBC- SIDA
7. Ns/Nc

**7. Las enfermedades de Transmisión Sexual se pueden prevenir con:**

1. Preservativos
2. Pastillas
3. DIU
4. Sexo oral
7. Ns/Nc

**8. El preservativo se debe colocar:**

1. Durante la relación sexual.
2. Antes de iniciar la relación sexual.
3. Al finalizar la relación sexual
7. Ns/Nc

**8. Edad de la primera relación sexual.**

1. Menos de 12 años
2. 12 años

- 
3. 13 años
  4. 14 años
  5. 15 años
  6. Más de 15 años

**9. ¿Cuántas parejas tuviste en el último año?**

1. Una
2. dos
3. tres
4. cuatro
5. más de cuatro
7. Ns/Nc

**10. ¿Porque se produjo el embarazo?**

1. Falló el MAC o no uso MAC
2. Abuso Sexual
3. Violación
7. Ns/Nc

**11. ¿Cuál es el método anticonceptivo que utilizaban?**

1. Pastillas o inyectables
2. Preservativos
3. Natural
4. Combinados
5. Ninguno
7. Ns/Nc

**12. Al momento de quedar embarazada había otros embarazos en tu entorno?**

1. Si en la familia
2. Sí amigas o conocidas
3. Si en la familia, amigas o conocidas
4. No
5. Ns/nc

**13. ¿Al momento de quedar embarazada estabas en pareja estable?**

1. Si
0. No

---

**14. Actualmente tu estado civil es?**

1. Soltera.
2. En unión estable.
3. Casada.
4. Separada.
5. Viuda.

**15. ¿Pertenece al Programa de Planificación Familiar del Hospital?**

1. Estoy dentro del programa
0. No estoy dentro del programa

**16. ¿Cuántos años tenías cuando menstruaste por primera vez?**

Edad:.....

**17. ¿Actualmente estás trabajando?**

1. Si trabajo
0. No trabajo



---

### **Anexo N°3**

Encuesta N°.....

Encuesta realizada a las madres de las adolescentes que constituyen la población en estudio.

#### **1. ¿Antes de quedar embarazada de su primer hij@ usted planificó tener un hij@?**

1. Si, fue Planificado
0. No fue Planificado
8. Ns/Nc

#### **2. ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de su primer hij@?**

1. Menos de 15 años.
2. 15 años
3. 16 años
4. 17 años
5. 18 años
6. 19 años
7. Más de 19 años
8. Ns/Nc

#### **3. Nivel de instrucción de la madre de la adolescente:**

1. Sin estudios
2. Primario incompleto.
3. Primario completo - Secundario incompleto
4. Secundario completo - Terciario/universitario incompleto
5. Terciario/universitario completo
8. Ns/Nc

---

**4. Alguna vez habló sobre temas relacionados a la Sexualidad con su hija, antes de que ella quedara embarazada?**

1. Si

0. No

8. Ns/Nc

---

## Anexo N° 4

### TABLAS

**Tabla N°1:** Frecuencias de embarazadas por etapas de la adolescencia.

(n=41)

<b>Etapas</b>	<b>Edad</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Adolescencia Temprana</i>	0 a 14	4	10%
<i>Adolescencia Tardía</i>	15 a 19	37	90%
	<b>Total</b>	100	100%

**Tabla N°2:** Frecuencias de embarazos no planificados y planificados en las adolescentes encuestadas. (n=41)

<b>Planificado</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>No</i>	33	80%
<i>Sí</i>	8	20%
<i>Total</i>	41	100%

Del total de adolescentes embarazadas que constituyen la muestra, el 80 % de las entrevistadas expresa no haber planificado su embarazo y el 20 % si lo planificó.

**Tabla N°3:** Nivel de Instrucción de las adolescentes embarazadas. (n=41)

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Sin estudios</i>	3	7%
<i>Primario incompleto</i>	16	39%
<i>Primario comp – Sec incompleto</i>	15	37%
<i>Secund Comp – Terc/univ incompleto</i>	7	17%
<i>Terciario/universitario completo</i>	0	0%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°4:** Continuidad o abandono escolar de las adolescentes embarazadas. (n=41)

<b>Continua/Abandonó</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	36	88%
<i>Si</i>	5	12%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N° 5:** Cantidad de años que la adolescente embarazada, completa exitosamente antes de interrumpir tu escolaridad. (n=41)

<b>Cantidad de años cursados exitosamente</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Sin estudios</i>	3	7%
<i>Menos de 12 años (de Jardín a Tercer Año)</i>	22	54%
<i>12 años (cuarto año)</i>	3	7%
<i>Más de 12 años (quinto año)</i>	8	20%
<i>Continúa con los estudios</i>	5	12%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°6:** Tipo de educación sexual recibida. (n=41)

<b>Tipo de educación sexual recibida</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Formal (en la escuela)</i>	9	22%
<i>Informal (en mi familia, de mis amistades, otras personas)</i>	4	10%
<i>Ninguna</i>	25	61%
<i>Si en familia, amigas o conocidas</i>	0	0%
<i>NS/NC</i>	3	7%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N° 7:** Conocimientos sobre educación sexual de la adolescente.  
(n=41)

<b>Conocimientos sobre educación sexual</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Malo</i>	25	61%
<i>Bueno</i>	4	10%
<i>Regular</i>	12	29%
<i>Total</i>	41	100%

**1- Tabla N°8:** Edad aceptable para el inicio de las relaciones sexuales.  
(n=41)

<b>Edad aceptable para el inicio de las relaciones sexuales</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Menos de 12 años</i>	0	0%
<i>12-16 años</i>	23	56%
<i>17 años en adelante</i>	11	27%
<i>NS/NC</i>	7	17%
<i>Total</i>	41	100%

**2- Tabla N°9:** Órganos que forman el aparato reproductor femenino. (n=41)

<b>Órganos que forman el aparato reproductor femenino</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Vagina-intestino-ovarios</i>	3	7 %
<i>Vagina-mama-Riñón</i>	9	22 %
<i>Vagina-Útero-Ovarios-Trompas</i>	23	56 %
<i>NS/NC</i>	6	15 %
<i>Total</i>	41	100 %

**3- Tabla N°10:** Utilidad de los métodos anticonceptivos. (n=41)

<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Preservativo –Pastillas –DIU – Abstinencia periódica –Ligadura de trompas</i>	18	44%
<i>Preservativo – Píldora del día después – Pastillas</i>	15	37%
<i>Pastillas – relaciones sexuales durante la menstruación – ducha vaginal</i>	6	15%
<i>NS/NC</i>	2	5%
<i>Total</i>	41	100%

**4-Tabla N°11:** En qué día del ciclo menstrual puedes quedar embarazada. (n=41)

<b>En qué día del ciclo menstrual puedes quedar embarazada</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Desde el día 0 al 10</i>	4	10%
<i>Desde el día 11 a 18</i>	12	29%
<i>Desde el día 19 a 30</i>	8	20%
<i>NS/NC</i>	17	41%
<i>Total</i>	41	100%

**5-Tabla N°12:** Enfermedades de transmisión sexual. (n=41)

<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>HTA-Gonorrea- Diabetes</i>	0	0%
<i>Sífilis- SIDA-Hepatitis B- Gonorrea</i>	15	37%
<i>Chagas-TBC-SIDA</i>	18	44%
<i>NS/NC</i>	8	19 %
<i>Total</i>	41	100%

**6-Tabla N°13:** Las enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir con: (n=41)

<b>Las enfermedades de Transmisión Sexual se pueden prevenir con</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Preservativos</i>	29	71%
<i>Pastillas</i>	0	0%
<i>DIU</i>	0	0%
<i>Sexo Oral</i>	9	22%
<i>NS/NC</i>	3	7%
<i>Total</i>	41	100%

**7-Tabla N°14:** El preservativo se debe colocar. (n=41)

<b>El preservativo se debe colocar</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Durante la relación sexual</i>	25	61%
<i>Antes de iniciar la relación sexual</i>	15	37%
<i>Al finalizar la relación sexual</i>	0	0%
<i>NS/NC</i>	1	2%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°15:** Edad de la primera relación sexual de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Edad de la primera relación sexual</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Menos de 12</i>	0	0%
<i>doce</i>	7	17%
<i>trece</i>	7	17%
<i>catorce</i>	8	20%
<i>quince</i>	17	41%
<i>Más de 15</i>	2	5%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°16:** Cantidad de parejas en el último año de la adolescente embarazada encuestada. (n=41)

<b>Cantidad de parejas en el último año</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>una</i>	25	61%
<i>dos</i>	8	20%
<i>tres</i>	4	10%
<i>cuatro</i>	2	5%
<i>Más de 4</i>	0	0%
<i>NS/NC</i>	2	5%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N° 17:** Motivos por los que las adolescentes encuestadas quedaron embarazadas. (n=41)

<b>Motivos por los que quedaron embarazadas</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Fallo MAC o no usó MAC</i>	39	96%
<i>Abuso sexual</i>	1	2%
<i>Violación</i>	1	2%
<i>NS/NC</i>	0	0%
<i>Total</i>	41	100%



**Tabla N° 18:** Tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes embarazadas encuestadas. (n=41)

<b>Métodos anticonceptivos utilizados</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Pastillas o inyectables</i>	5	12%
<i>Preservativos</i>	9	22%
<i>Natural</i>	0	0%
<i>Combinados</i>	1	2%
<i>Ninguno</i>	26	63%
<i>NS/NC</i>	0	0%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°19:** Presencia de otros embarazos en el entorno de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Presencia de otros embarazos en el entorno</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Si en la familia</i>	10	24%
<i>Sí amigas o conocidas</i>	21	51%
<i>Si en la familia, amigas o conocidas</i>	5	12%
<i>NO</i>	5	12%
<i>NS/NC</i>	0	0%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°20:** Cantidad de adolescentes embarazadas con pareja estable al momento de quedar embarazada. (n=41)

<b>Pareja estable</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	14	34%
<i>Si</i>	27	66%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°21:** Estado civil actual de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Estado civil actual</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>Soltera</i>	23	56%
<i>Unión Estable</i>	17	42%
<i>Casada</i>	1	2%
<i>Separada</i>	0	0%
<i>Viuda</i>	0	0%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N° 22:** Pertenencia o no al programa de planificación familiar del Hospital Pascual Tirro de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Pertenencia o no al programa de planificación familiar</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>No estoy dentro del programa</i>	34	83%
<i>Estoy dentro del programa</i>	7	17%
<i>Total</i>	41	100%

**Tabla N°23:** Edad de la menarca de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Edad de la menarca</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>10 años</i>	3	7%
<i>11 años</i>	8	20%
<i>12 años</i>	7	17%
<i>13 años</i>	14	34%
<i>14 años</i>	9	22%
<b>Total</b>	41	100%

**Tabla N°24:** Situación laboral actual de la adolescente embarazada. (n=41)

<b>Situación laboral actual</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>%</b>
<i>No trabajo</i>	30	73%
<i>Si trabajo</i>	11	27%
<i>Total</i>	41	100%