

Estudio colaborativo multicéntrico: el embarazo en la adolescencia. diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud en la argentina.

M. Gogna, S. Fernández y N. Zamberlin.

Cita:

M. Gogna, S. Fernández y N. Zamberlin (2005). *Estudio colaborativo multicéntrico: el embarazo en la adolescencia. diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud en la argentina. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Tandil.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/viii Jornadas a e p a /19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eY7r/60z>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO: EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA. DIAGNÓSTICO PARA REORIENTAR LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD EN LA ARGENTINA.

*Mónica Gogna
Silvia Fernández
Nina Zamberlin¹*

*Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
Sánchez de Bustamante 27 - Ciudad de Buenos Aires
monicag@cedes.org
Tel/Fax: 4865-1704/1707*

RESUMEN

Este artículo presenta resultados de una investigación sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia, realizada por un equipo multidisciplinario, con el auspicio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación) en 2003/2004. Sobre la base de una encuesta a puérperas de 15 a 19 años, analizamos información sobre las historias reproductivas de las jóvenes, su inserción escolar y situación vital al momento del embarazo de su primer hijo nacido vivo, la atención del embarazo reciente y la intención de uso de métodos anticonceptivos a futuro. Esta información se ha complementado con algunos de los hallazgos de los grupos focales realizados con adolescentes varones y mujeres. Los resultados de la investigación muestran un cuadro de situación muy diferente a ciertos estereotipos -aún vigentes en la sociedad en su conjunto y en las instituciones de salud y de educación- acerca del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

1. Introducción

Este artículo presenta resultados de una investigación sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia, realizada por un equipo multidisciplinario, con el auspicio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación) entre agosto de 2003 y julio de 2004.

¹ Agradecemos a Georgina Binstock su colaboración en el diseño de la encuesta y la realización y análisis de tabulados especiales. La edición del artículo estuvo a cargo de Inés Ibarlucía.

Presentaremos algunos resultados de una encuesta a adolescentes puérperas aplicada en siete jurisdicciones del país. Los sitios fueron seleccionados teniendo en cuenta los niveles de fecundidad adolescente, la evolución de estas tasas en la última década y otros indicadores claves de salud reproductiva (Tabla 1). En el estudio están representadas las provincias más pobres de las regiones noroeste y noreste. Se incluyó también el principal aglomerado urbano del país (el área metropolitana de Buenos Aires) y la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe). El foco de este análisis serán las historias reproductivas de las jóvenes y la atención de su último embarazo. La información cuantitativa se complementa con algunos de los hallazgos de los grupos focales con adolescentes, realizados en tres de los sitios.

Es nuestro propósito contribuir al cuestionamiento de las visiones “estereotipadas” (adultocéntricas, sexistas y/o clasistas) de esta problemática y proveer información útil para el mejoramiento de las actividades de prevención del embarazo no planeado y de la atención del embarazo y el parto en los hospitales públicos de las provincias en situaciones más desventajosas.

Tabla 1. Indicadores seleccionados de las provincias incluidas en el estudio*

	Tasa de fecundidad adolescente (15-19) (2002)**	Proporción de nacidos vivos de mujeres 15-19 (2002)	Tasa de mortalidad materna (2002)	Egresos por aborto (15-19) sobre el total de egresos por aborto (2000)	Tasa de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años*** (2000)	Tasa de mortalidad infantil total (2002)***
Total país	59.70	14.1%	4.6	13.9%	20.1	16.8
Misiones	86.63	19.1%	4.6	15.6%	...	22.3
Chaco	113.9	22.8%	7.8	21.6%	...	26.7
Tucumán	72.57	15.4%	5.3	12.6%	22.8	22.3
Catamarca	100.8	19.2%	6.2	10.2%	22.6	20.6
Salta	75.38	15.5%	6.9	14.9%	22.4	18.9

* Información no disponible para el Gran Buenos Aires.

** Estimación propia sobre la base de Estadísticas Vitales, Información Básica 2002 y Población según edad y sexo del Censo 2001

*** Por 1.000 nacidos vivos

,,, Tasas sin calcular porque el peso porcentual de la categoría ignorado es igual o mayor al 25%

Fuente: Ministerio de Salud, 2003. Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2002. Ministerio de Salud, 2002. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico total país y división político territorial - Año 2000. Ministerio de Salud, 2002. Defunciones de menores de cinco años - Indicadores seleccionados. Argentina 2000

2. Características de las adolescentes madres, historia y comportamiento reproductivo

2.1. Acerca de la encuesta a puérperas (15 a 19 años)

A continuación presentaremos el perfil sociodemográfico y la historia reproductiva de las jóvenes madres a quienes interrogamos acerca de la atención de su último embarazo y sus “intenciones reproductivas”. La fuente es una encuesta que desarrollamos y aplicamos -previo consentimiento informado- a las puérperas de 15 a 19 años internadas a lo largo de un período de dos meses en las principales maternidades de siete jurisdicciones con elevadas tasas de fecundidad adolescente. El objetivo de la misma fue producir información sobre el perfil sociodemográfico, la historia reproductiva, la atención del embarazo y el conocimiento e intención de uso de

métodos anticonceptivos de las adolescentes, con miras a readecuar las acciones de prevención y atención que están siendo diseñadas y/o implementadas desde el programa de salud reproductiva.

Sobre un total de 1881 partos de adolescentes de 15 a 19 años ocurridos durante el período en estudio, fueron entrevistadas 1645 jóvenes. De las 236 que no fueron entrevistadas, 183 casos correspondieron a los criterios de exclusión pre-establecidos (el recién nacido o la joven se encontraban en cuidados intensivos, mortinato, jóvenes con alguna patología mental); 45 fueron pérdidas (jóvenes que se fueron de alta antes de poder ser contactadas por la entrevistadora) y 8 no aceptaron participar de la encuesta.

La edad promedio de las encuestadas es 17.5 años. El 56.7% de la muestra se concentró en los 18 y 19 años de edad. Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado, 14.2% tiene primaria incompleta; 21.6%, primaria completa; 51.6%, secundaria incompleta y 12.5% tiene secundaria completa o más. Como proxy de condiciones de vida, cabe destacar que el 55.4% vive en condiciones de hacinamiento (3 personas o más por cuarto), y dentro de este grupo 22% lo hace en condiciones de hacinamiento crítico (4 personas o más por cuarto). La mayoría de las madres adolescentes encuestadas tiene pareja y convive con ella. El 65.7% convive con su pareja, ya sea en hogares nucleares o con otros familiares y/o no familiares. Sólo el 30.9% no vive con una pareja. El 73.5% de las encuestadas eran primíparas; 22% tenía 2 hijos y el 4% restante, 3 o más.

2.2. La iniciación sexual

La edad de iniciación sexual de las puérperas encuestadas es, en promedio, los 15 años, con escasas variaciones entre los sitios. La proporción que se inició antes de los 14 años es del 11.9%, con una variación del 4.9% (Salta) al 19.4% (Rosario). Hacia los 16 años, alrededor de dos tercios ya había tenido su primera relación sexual.

La gran mayoría de las encuestadas (86.1%) reporta haberse iniciado sexualmente con el novio, 8.5% con un amigo o conocido y 3.8% con el marido o pareja conviviente, con pocas diferencias entre los sitios.

El 0.5% de las adolescentes (N = 9) manifiesta explícitamente que su iniciación sexual fue forzada. Dado que una encuesta no es un buen instrumento para captar información sobre violencia sexual y que el contexto en el cual ésta se aplicó pudo haber incidido negativamente sobre la disponibilidad de las jóvenes para reportar una situación de características traumáticas, el dato cobra relevancia como “punta del iceberg” de un fenómeno silenciado pero presumiblemente más extendido que lo que la cifra indica.

Como se observa en la Tabla 2, alrededor del 60% del total de las adolescentes refiere haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Esta proporción varía del 45.4% (Tucumán) al 69.6% (GBA) entre los sitios. Como es sabido, el uso de métodos anticonceptivos es mayor entre las jóvenes con mayor nivel de instrucción. En efecto, utilizaron un método anticonceptivo en la iniciación sexual el 50.9% de las jóvenes con primaria completa, el 63.7% de quienes tienen secundaria incompleta y el 70.7% de las que completaron la secundaria².

² Al igual que en otros estudios, el nivel educativo corresponde al alcanzado al momento de la encuesta y no al momento de la primera relación sexual. Esto no constituye una limitación entre aquellas con baja educación (primaria completa o menos) dado que se inician en promedio entre los 14.4 y 14.8 años – seguramente luego de haber abandonado los estudios. Entre las que avanzaron al nivel secundario, en cambio, si bien la edad promedio de iniciación es superior entre quienes completaron la secundaria (16 años) que entre quienes no lo hicieron (15.1 años), no es posible distinguir si, entre estas últimas, la iniciación ocurrió mientras aún asistían a la escuela. Aún así, los resultados sugieren claramente la importancia de la educación para la adopción de conductas preventivas del embarazo en la iniciación sexual.

Tabla 2. Proporción de adolescentes puérperas que utilizó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según nivel educativo, por sitio.

Nivel educativo	Total	Sitio							
		GBA	La Plata	Cata-marca	Chaco	Rosario	Misio-nes	Salta	Tucu-mán
Total	60.1	69.6	66.9	55.4	57.0	63.2	66.7	50.2	45.4
Prim. Inc. y menos.	51.3	56.1	72.7	45.5	60.0	53.3	58.1	60.0	34.9
Prim. Comp.	50.9	62.9	33.3	60.0	52.3	53.8	66.7	38.2	50.0
Sec. Inc.	63.7	70.7	71.1	53.3	56.5	69.1	69.1	50.5	47.3
Sec. Comp. y más	70.7	78.9	72.7	69.2	63.2	80.0	73.3	61.9	37.5

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

Nota: Se excluyen 9 casos cuya iniciación sexual fue por violación.

El análisis estadístico muestra que el “salto cualitativo” se observa entre quienes han accedido a la escuela secundaria y quienes no (Tabla 3). La probabilidad de utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual también es significativamente superior entre las jóvenes que poseen cobertura de salud, viven en viviendas con baño con arrastre de agua, y se iniciaron con un varón de entre 17 y 21 años (comparado con aquellas que se iniciaron con varones de 16 años o menos o con adultos de 22 años o más).

Tabla 3. Probabilidad* de utilización de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual según nivel educativo y tipo de baño en la vivienda.

Nivel educativo	Total	Vivienda	
		Sin baño con arrastre de agua/ con letrina	Con baño con arrastre de agua
Total		0.59	0.64
Prim. Incompleta o menos	0.55	0.53	0.58
Primaria Completa	0.57	0.55	0.59
Secundaria Incompleta	0.62	0.60	0.65
Sec. Completa y más	0.71	0.69	0.73

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

(*) Controla por localidad, cobertura de salud, edad de iniciación sexual, edad del varón con quien se inició sexualmente.

Nota: Se excluyen 9 casos cuya iniciación sexual fue por violación.

Consistente con la literatura, el porcentaje de utilización de métodos es mayor a medida que aumenta la edad de iniciación: utilizaron un método el 55.6% de las que se iniciaron entre los 12 y 13 años pero el 62% de las que lo hicieron entre los 16 y 17 años. (El 58.7% del pequeño grupo que se inició entre los 18 y 19 años “se cuidó” en la iniciación).

Como era previsible, la menor prevalencia de utilización de un método anticonceptivo en la iniciación se da en las jurisdicciones más pobres, independientemente de la edad de inicio de relaciones sexuales.

Las razones por las cuales las adolescentes no usaron un método anticonceptivo en la iniciación sexual (Tabla 4) son similares a la referidas por las encuestas de Demografía y Salud (DHS) que se aplican en otros países de la región. El motivo más mencionado fue “no esperaba tener relaciones en ese momento” (36.6%) seguido de “pensaba que no se iba a embarazar” (17.7%). En tercer lugar, aparece la falta de conocimiento de los métodos (12%) y en cuarto lugar el deseo de tener un hijo (9.5%). También hay un porcentaje que responde explícitamente que ella y/o su pareja no querían cuidarse (7.4%). La distribución de motivos por sitio presenta algunos diferenciales que deberían tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones. Así, por ejemplo, el desconocimiento de métodos anticonceptivos es el segundo motivo mencionado en algunas de las jurisdicciones más pobres, con porcentajes del orden del 20%. En otros sitios, el deseo de tener un hijo es el segundo motivo más mencionado.

Tabla 4. Motivos de no utilización de métodos anticonceptivos

	En la iniciación sexual * %
No esperaba tener relaciones en ese momento	36.6
Pensaba que no se iba a embarazar	17.7
Problemas de acceso a los MAC	2.8
Quería tener un hijo	9.5
No querían cuidarse	7.4
No conocía los métodos	12.0
Otros motivos	3.8
No sabe	10.5
Total	100.0
	(N = 650)

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

*Se excluyen 9 casos cuya iniciación sexual fue por violación.

Con respecto al método utilizado en la iniciación sexual, nuestros hallazgos son consistentes con los de otros estudios sobre población adolescente (Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides, E. A., 1996; Weller, S., 1999; Geldstein y Schuffer, 2002) el preservativo es el método por excelencia: 8 de cada 10 adolescentes que “se cuidaron” en la iniciación lo utilizaron. El segundo método más utilizado también es un método de control masculino: el coito interrumpido (8.6%). En tercer lugar, se ubican las pastillas anticonceptivas (7%). Cabe resaltar que en las jurisdicciones más pobres se observa un peso mayor de uso de métodos de menor eficacia (básicamente coito interrumpido) a expensas, en general, del uso del preservativo, cuyo rango de variación es del 64.8% (Tucumán) al 93.2% (GBA).

2.3. El comportamiento anticonceptivo pos-iniciación

La encuesta también indagó la percepción que las entrevistadas tenían de su comportamiento anticonceptivo entre la iniciación sexual y el primer embarazo- período que en promedio es de un año y medio. Las respuestas indican que un tercio de las encuestadas no ha utilizado ningún método durante ese período, 4 de cada 10 reportan haberse cuidado siempre o la mayoría de las veces, y 2 de cada 10 declaran haberse cuidado de manera “intermitente” (a veces sí, a veces no). El promedio engloba situaciones muy diversas. El rango de variación de “cuidarse siempre o la mayoría de las veces” va de un tercio de las encuestadas en Tucumán y Catamarca más de la mitad en GBA (54.6%). El método más mencionado por quienes se cuidaron siempre o la mayoría de las veces es el preservativo (70%), seguido de la píldora anticonceptiva (22.2%). En tercer lugar se ubica el “coito interrumpido” (14.5%).

Finalmente, se preguntó a las adolescentes si estaban utilizando un método cuando quedaron embarazadas de su último hijo. La gran mayoría (81.5%) respondió que no. Como es sabido, el no usar un método no es necesariamente sinónimo de querer embarazarse.

Entre las adolescentes que no utilizaban un método al momento del último embarazo (N = 1337), 43.7% manifestaron como motivo que **querían** tener un hijo (51.7% reportó otros motivos: no pensaba que se iba a embarazar, no esperaba tener relaciones en ese momento, problemas de acceso, desconocimiento o falta de deseo de cuidarse y otros motivos y 4.6% declaró no saber por qué no se cuidó). La proporción de jóvenes que querían embarazarse es mayor entre las de 18-19 años (48.2%) que entre las de 15-17 (38%); es del 50% entre las que **no** estaban estudiando, independientemente de que hubieran terminado o no el secundario y de 38% entre las que **sí** estaban estudiando. También era mayor entre las que convivían con una pareja (58%) que entre las que no convivían con su pareja (33%). Es interesante también destacar que la proporción de jóvenes que manifestaron querer tener un hijo varía del 28.6% al 59.2% entre las jurisdicciones.

Las adolescentes que no manifestaron que querían tener un hijo como motivo de no uso de un método representan el 65% de la muestra. Para este grupo podemos inferir, entonces, que el último embarazo no fue buscado o planeado. Para contextualizar estos datos, puede tenerse en cuenta que una encuesta realizada hace una década entre mujeres en edad fértil del GBA arrojó resultados muy similares. El 60% de las encuestadas declararon que no había planeado tener su último hijo (López, E., 1993, p. 4). Además, “solo el 40% de las mujeres que no querían embarazarse se estaban cuidando (con píldoras, condones, inyecciones, DIU y ritmo, en orden decreciente)” (op. cit). De acuerdo con nuestros datos, el 29% de las encuestadas que no estaban buscando el embarazo usaron un método anticonceptivo. Como resulta obvio y preocupante, el uso de un método anticonceptivo fue ineficaz en la totalidad de estos casos.

2.4. Conocimiento de métodos anticonceptivos y fuentes de información

Aún cuando no existe una relación lineal entre conocimiento y uso de métodos, resulta útil saber -a los fines de instrumentar programas e intervenciones- cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos por las adolescentes entrevistadas. En orden decreciente los métodos más mencionados fueron: la píldora (91.2%), el preservativo (89.7%) y el DIU (59.4%). Le siguen los métodos inyectables (39%), el retiro (27.4%) y los métodos naturales (13.2%). En menor proporción, se mencionan: la ligadura de trompas (6.1%), las cremas/ óvulos/ diafragma (4.6%), el preservativo femenino (3.6%), los “yuyos” (3.3%) y la vasectomía (1.1%)³.

Tanto el preservativo como la píldora son conocidos en una proporción bastante similar en todos los sitios. Otros métodos, en cambio, presentan un rango de variación importante. Sólo el 29.9% de las entrevistadas conocen el DIU en Tucumán cuando en otros sitios éste es mencionado por más del 70% (La Plata: 74.4%, GBA: 70.7%, Chaco: 71.1%). Los inyectables son mencionados en mayor proporción en Catamarca (64.9%) y Tucumán (57.9%). El mayor rango de variación lo presenta el coito interrumpido: 6.5% en Rosario frente al 81%

³ Tanto en lo referente al conocimiento de métodos anticonceptivos como a las fuentes de información de los mismos, los porcentajes presentados no suman 100% debido a que ambas preguntas admitían respuestas múltiples. Se obtuvo un promedio de 3.42 menciones sobre métodos anticonceptivos conocidos y 1.59 de fuentes de información, por entrevistada.

en Salta, donde es el tercer método más conocido luego de las píldoras y el preservativo⁴. Salta es, además, el sitio donde una mayor proporción de entrevistadas mencionó los métodos naturales (44.4%). La ligadura de trompas (en general, mucho más conocida que la vasectomía) fue reportada por el 17.6% de las entrevistadas en Catamarca y 12.8% en Chaco. Los “yuyos/ hierbas o remedios caseros” son más conocidos, en relación con el promedio, en los sitios del noreste: 14.2% en Misiones y 12.3% en Chaco.

¿Cuáles son las fuentes a través de las cuales las encuestadas han obtenido información acerca de los métodos anticonceptivos? Las fuentes más mencionadas, en orden de importancia, son: el centro de salud u hospital (40.4%), la escuela (38.4%), las amigas, vecinas y/o hermanas (35.2%) y la madre (24.7%). Menos del 10% de las menciones corresponden al marido o compañero (7.5%) y los medios de comunicación y los materiales educativos (5.9%). Estos datos son similares a los registrados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1994⁵. Según esta fuente un 58.7% de las jóvenes de 15 a 19 años que estuvieron embarazadas señalaron al centro de salud u hospital como referente en la indicación o recomendación de métodos anticonceptivos. Mientras que el sector salud es mencionado como informante con un similar peso en todos los sitios, la escuela presenta mayor variabilidad de menciones: 69.8% en Misiones frente a 18% en Tucumán. También en el GBA la escuela (48.4%) supera en número de menciones al hospital o centro de salud (34.3%). En Salta y Catamarca, las amigas, vecinas y hermanas parecen jugar un importante papel como “informantes” entre las adolescentes.

2.5. Situación de pareja, educativa y laboral al momento del primer embarazo

El 35% de las entrevistadas declaró que el padre de su primer hijo tenía entre 15 y 19 años al momento del nacimiento de ese bebé y el 45% entre 20 y 24 años. Estos datos están indicando que los compañeros con quienes las adolescentes han tenido su primer hijo tienen edades que se encuentran dentro de lo socialmente esperado en nuestra sociedad, donde los varones o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la superan en pocos años. A los fines comparativos, puede tenerse presente que en un trabajo realizado en base a datos de estadísticas vitales de 1985, un 53.4% de los padres de los hijos de mujeres menores de 20 años tenía entre 20 y 24 años (Pantelides, 1995) y que en Rosario (1990) el 52.7% de las parejas de las madres menores de 20 años tenían entre 20 y 24 años (Añaños, 1993).

En nuestra encuesta, sólo un 5% de las entrevistadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del mismo⁶. Si bien este grupo de edad representa una pequeña proporción en relación al resto, el dato puede estar indicando posibles situaciones de violación o abuso sexual.

En cuanto al vínculo con el padre del primer hijo, se observa que un 40.6% de las entrevistadas convivía con él al momento de quedar embarazada y un 55.4% tenía una relación de pareja aunque no convivían. Es decir que prácticamente la totalidad (96%) de los embarazos del primer hijo nacido vivo ocurrieron en contexto de una relación de pareja.

Al preguntárseles cuál era el vínculo con el padre de su primer hijo al momento de realización de la encuesta, el 62% de las entrevistadas manifestó convivir con él, lo que indica que las convivencias aumentaron más del 50%. Este dato puede sugerir que un importante número de matrimonios o uniones posiblemente no se hubieran realizado de no haber mediado una situación de embarazo, o por lo menos que el embarazo pudo haber adelantado la decisión de concretar la unión, situación que plantea el interrogante sobre la durabilidad de esas uniones. En ese sentido, es interesante destacar que en el grupo de adolescentes que acababan de tener su

⁴ Las marcadas diferencias en la proporción de jóvenes que mencionan el coito interrumpido resulta llamativa. A pesar de que en la capacitación se advirtió a las encuestadoras que este método podía recibir diferentes denominaciones (“él me cuida”; “terminar afuera”) el dato abre un interrogante respecto de en qué medida se trata de desconocimiento y en qué medida la diferencia puede ser atribuida a dificultades en la comunicación entre encuestadas y encuestadoras motivadas por vergüenza o pudor.

⁵ En la onda de mayo de 1994 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) se aplicó, en siete aglomerados, un módulo especial que tenía por propósito producir información para el Monitoreo de las Metas Sociales (Díaz Muñoz, Dinardi y Giusti, 1996). Cabe notar que las adolescentes encuestadas en nuestro estudio pertenecen a un sector socioeconómico más bajo que las captadas por la EPH, que incluyó hogares con y sin necesidades básicas insatisfechas. Un indicador de ello es que el 28.4% de las madres adolescentes captadas por la EPH habían tenido su último parto en un establecimiento privado.

⁶ Misiones es el único sitio donde la proporción de padres de 30 años o más (13.4%) es significativamente superior al total de la muestra.

segundo o tercer hijo la proporción que seguía conviviendo con el padre de su primer bebé era del 68%, dato que señala que esas uniones han permanecido en el tiempo en el grupo de adolescentes multíparas.

Otro aspecto que indagamos fue la inserción escolar de las adolescentes al momento del embarazo de su primer hijo/a nacido vivo. Excluyendo a las jóvenes que completaron el secundario (N=60) y a aquellas que nunca asistieron a la escuela (N=9), se observa que el 44.2% de las encuestadas había dejado ya la escuela al momento de su primer embarazo, proporción que varía entre el 28.2% (Catamarca) y el 68% (Tucumán) entre los sitios.

Como lo muestra la Tabla 5, la no asistencia a la escuela se relaciona con una baja capacidad de retención de la institución escolar, problemas económicos y de acceso y las responsabilidades domésticas. La estructura de motivos presenta diferencias entre sitios: los problemas económicos y de accesibilidad, por ejemplo, oscilan entre el 16.1% (Tucumán) y el 46.8% (Chaco). En algunos sitios (Misiones y Chaco), el porcentaje que manifiesta que dejó la escuela para ocuparse de su familia duplica o triplica el promedio.

Tabla 5. Motivo principal de no asistencia a la escuela al embarazo del 1er. hijo nacido vivo

	N	%
No quería estudiar más / le resultaba difícil	386	55.5
Problemas económicos	184	26.4
Quería / debía atender a su familia	53	7.6
Otros motivos	39	5.6
Problemas de acceso	21	3.0
No sabe	4	0.6
Sin datos	9	1.3
Total	696	100.0

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

Nota: se excluyen 60 casos que ya habían completado el secundario y 9 casos que nunca asistieron a la escuela.

Alrededor de un tercio de las encuestadas no estudiaban ni trabajaban al momento de quedar embarazadas de su primer hijo/a, elevándose el porcentaje al 50% en la provincia de Tucumán, provincia con críticos indicadores de pobreza. Estos datos sugieren que en un contexto de pobreza en el cual las expectativas de presente y futuro son restringidas la maternidad puede significar la posibilidad de un proyecto de vida propio.

2.5.1. Desgranamiento escolar durante el embarazo

Más de la mitad de las adolescentes puérperas que estudiaban al momento de quedar embarazadas de su primer hijo nacido vivo abandonaron la escuela antes del séptimo mes de embarazo. Sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el 7° mes. Dado este importante desgranamiento, es útil conocer los motivos declarados por las adolescentes para abandonar la escuela durante su embarazo. Al indagar en la estructura de motivos, se observa que el sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o el temor a ser discriminada ocupa un lugar de peso entre los motivos mencionados (28%), con una variación que va del 16.4% (GBA) al 50% (Tucumán). Otra es la perspectiva que arrojan los testimonios recogidos en los grupos focales. En ellos, la escuela pública aparece como un ámbito que, a pesar de no contar con la infraestructura apropiada, es flexible y se adapta a las necesidades de las jóvenes embarazadas y madres

ya sea permitiendo la presencia de bebés y niños pequeños en las aulas o posibilitando que las madres se retiren a amamantar a sus bebés y luego regresen a clase. A su vez, las jóvenes aprecian las manifestaciones de interés de los docentes por su salud durante el embarazo o por el bienestar de ellas y de sus hijos. Estos hallazgos están señalando que las respuestas que ofrece la escuela a las adolescentes embarazadas no son homogéneas, muchas escuelas funcionan como ámbitos de contención y promoción de los derechos de las adolescentes embarazadas y madres, y otras, en cambio, mantienen aún hoy una política expulsiva frente a estas situaciones (un 5% de las entrevistadas manifestó que no continuó estudiando al momento de quedar embarazada porque su escuela no aceptaba adolescentes embarazadas).

El segundo motivo más mencionado es el de no querer estudiar o no gustarle estudiar (15.8%). En tercer lugar, se encuentra la indicación de hacer reposo (14.5%) y en cuarto lugar “otros motivos de salud” (9.9%) (por ejemplo, en la escuela había alguna enfermedad infectocontagiosa, la joven reporta que prefirió no ir a la escuela porque tenía que caminar mucho o hacía mucho frío, etc.). En quinto lugar figuran los problemas económicos (7.7%), cifra que se duplica en dos de los sitios más pobres. Estos datos indican que, en lo que hace al desgranamiento escolar de las adolescentes embarazadas, hay una responsabilidad que es propia de la escuela (crear un ámbito no discriminatorio, motivar a las jóvenes) pero también responsabilidades que la exceden. Es posible pensar que parte del escaso atractivo que la escuela tiene para muchas de las adolescentes se vincula directamente con la falta de perspectivas y de oportunidades laborales del contexto socio-económico.

En el caso de las múltiparas, indagamos si las jóvenes continuaron estudiando luego del nacimiento de su primer hijo/a. La mayoría de ellas (76%) reportó no haber continuado la escuela. Entre las razones, algo más del 40% mencionó que deseaba/tenía que atender a su familia, 28% que no quería estudiar y 20% que no había retomado la escuela por motivos económicos. El hecho de que cerca del 30% de las jóvenes manifieste que no quiere estudiar es un dato que merece atención y que invita a reflexionar acerca de las razones por las cuales estas adolescentes no consideran atractivo retomar sus estudios.

2.6. Historias reproductivas: embarazos, partos y abortos

El 70.8% de las encuestadas reporta haber tenido un solo embarazo, con una variación del 64.8% (La Plata) al 78.3% (Misiones) entre jurisdicciones. Las adolescentes con dos embarazos son en promedio el 23.6% de la muestra (rango: 20,8% en Misiones-26.9% en Tucumán). En promedio, el 5.7% de las jóvenes ha tenido tres o más embarazos. Los sitios donde esta proporción es más elevada son La Plata (9.6%), Catamarca (8.1%), Chaco (7.5%) y Tucumán (7%).

La edad promedio al primer embarazo es 16.6 años, con mínimas variaciones entre los sitios. Para las 481 mujeres que tuvieron un segundo embarazo la edad promedio a este segundo embarazo fue 17.5 años, para las 93 mujeres que tuvieron tres 17.9 años, y para las 19 que tuvieron cuatro embarazos la edad promedio fue 18.7. La única encuestada que tuvo un quinto embarazo tenía 18 años al momento del mismo.

Con respecto al primer embarazo, el 24.4% de ellos corresponden al tramo de edad 14-15 años, cifra que se eleva al tercio en Rosario y Tucumán. El 43.9% ocurrieron entre los 16 y 17 años y entre los 18 y 19 años se produjeron el 30% de los primeros embarazos.

La historia reproductiva ofrece también información acerca de la ocurrencia de la cesárea y el aborto en nuestra población. El porcentaje de cesáreas en el primer embarazo fue en promedio del 16.7%, lo que se asemeja bastante a la proporción considerada aceptable por la Organización Mundial de la Salud (15%). Sin embargo, existen marcadas disparidades entre los sitios, resultando llamativos los datos de Tucumán y Catamarca (28.8% y 25.7% respectivamente). Por otra parte, el 4.4% de las adolescentes entrevistadas tuvieron al menos un aborto⁷. De los 79 abortos reportados, el 62% corresponden al primer embarazo, 29.1% al segundo y el resto a un tercer o cuarto embarazo (7.6% y 1.3% respectivamente).

Los testimonios de los grupos focales muestran que, frecuentemente, las jóvenes contemplan la posibilidad de interrumpir el embarazo y realizan diversos intentos para abortar. Esto aparece más relacionado

⁷ Dada la ilegalidad del aborto y la circunstancia en la que fue aplicada la encuesta se optó por no indagar si fueron abortos espontáneos o provocados.

con la posibilidad de evitar el malestar familiar que podría ocasionar el embarazo que con un rechazo directo a la maternidad. Los métodos más comunes con los que se intenta abortar son de baja eficacia e incluyen la aplicación de inyecciones que se adquieren en farmacias o la ingesta de preparaciones caseras con determinadas hierbas conocidas popularmente por su supuesto efecto abortivo. En algunos casos en los que el aborto se contempla como una posibilidad, las maniobras no llegan a concretarse por temor a las consecuencias que puede generar para la salud y la vida de la joven embarazada.

3. La atención del último embarazo y el parto

A continuación presentaremos información acerca de la atención del embarazo recogida por nuestra encuesta. La misma será comparada con la escasa información pública disponible acerca de la atención del embarazo de las adolescentes (Díaz Muñoz, Dinardi y Giusti, 1996). La misma fue relevada por un módulo especial, aplicado en la onda de mayo de 1994 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en siete aglomerados, con el fin de producir información para el Monitoreo de las Metas Sociales. Cabe consignar que diversos indicadores (por ejemplo, los datos de cobertura de salud) sugieren que las adolescentes que encuestamos en los hospitales públicos pertenecen a un sector socioeconómico más bajo que las captadas por la EPH. Este hecho debe ser tenido en cuenta a la hora de elaborar conclusiones acerca de las diferencias entre los datos de ambas fuentes y de hacer interpretaciones acerca de los posibles cambios ocurridos a lo largo de la década.

La mayoría de las encuestadas (96.5%) había realizado algún control prenatal. La proporción que no realizó ningún control es 3.5% (con variaciones del 1.6% en Chaco al 6.8% en Catamarca). Esta cifra es menor que la registrada por la EPH '94 (4.3%). Cerca de un 40% de las jóvenes que no realizaron controles prenatales (lo que representa el 3.5% del total de las encuestadas) refirió como motivo la falta de accesibilidad a los servicios (distancia, carecer de dinero para el transporte, falta de tiempo). Una de cada cuatro respondió que no le pareció importante o que no quiso controlar su embarazo (25.9%). Las encuestadas que realizaron un solo control prenatal (2.6%) manifiestan motivos similares a las que no hicieron control alguno.

En cuanto al número de controles prenatales⁸, la mayoría de las jóvenes (68.6%) hizo 5 o más consultas, proporción similar a la registrada en 1994 (70.7%). La realización de 5 o más controles es más frecuente entre las adolescentes que residen en los grandes centros urbanos (78.6% en GBA y 81.2% en Rosario).

El control prenatal es mucho más frecuente entre las primíparas que entre las múltiparas. Entre las primeras la proporción que tuvo al menos cinco controles durante el embarazo (75%) supera ampliamente a la correspondiente a las múltiparas (52.3%), diferencia que se registra también en cada una de las jurisdicciones estudiadas. Este dato nos llevó a interrogarnos acerca de qué factores están asociados con realizar un número adecuado de controles prenatales. Para ello efectuamos análisis logísticos multivariados⁹ a fin de predecir la probabilidad de unas y otras de realizar al menos 5 controles durante el embarazo. Los resultados de estos análisis refuerzan muchos de los hallazgos ya mencionados, si bien en este caso debe considerarse la multiplicidad de aspectos controlados.

La realización de controles prenatales no parece estar fuertemente asociada a tener servicios de cobertura de salud, particularmente entre las múltiparas. Entre las primíparas, en cambio, se observa una asociación positiva –pero marginalmente significativa– que indica que quienes tienen obra social o algún servicio de mutual o privado tienen probabilidades más elevadas de realizar al menos cinco controles prenatales.

⁸ La bibliografía pediátrica y obstétrica recomienda un número mínimo de cinco controles durante el embarazo.

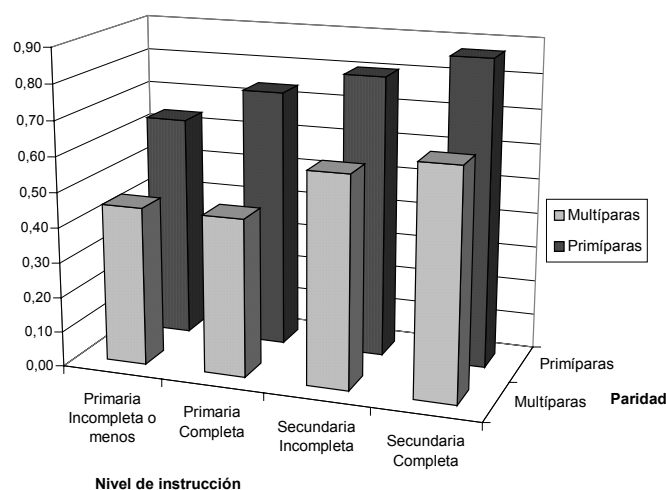
⁹ Las variables consideradas para este análisis incluyen la localidad de residencia de la adolescente, si tiene cobertura de salud privada u obra social, el tipo de baño que posee la vivienda y el nivel de instrucción. También se incluye un conjunto de variables referidas al cuidado reproductivo: si utilizó métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, la utilización de métodos anticonceptivos posterior a la iniciación sexual, y la utilización de MAC (y motivo de no uso) al momento del embarazo. Para el caso de las primíparas contamos con información adicional que también se incluye en el análisis, referida a la situación educativa y conyugal al momento del embarazo. Para ellas, entonces, analizamos si estaba asistiendo a la escuela al momento del embarazo (además de su nivel de instrucción) y la relación con el padre del bebé al momento del embarazo (si era su pareja conviviente, si era su novio y no convivía con él, o si era una relación ocasional o informal).

Como es de esperar, se observa una fuerte relación entre vivir en situación de extrema pobreza –medido a través del tipo de baño de la vivienda- y la realización de controles de embarazo. Sin embargo, dicha relación se observa únicamente en el caso de las adolescentes primíparas¹⁰. La probabilidad de realizar un número adecuado de controles prenatales aumenta en un 70% entre las adolescentes que habitan en hogares con baño con arrastre de agua (comparado con quienes habitan en hogares sin baño o con letrina).

Los resultados también indican una fuerte y positiva asociación entre educación y la probabilidad de realizar al menos 5 controles prenatales. Los Gráficos 1 y 2 muestran dichas probabilidades, que son estimadas neto del efecto de los otros aspectos considerados en cada modelo.

Más aún, para el caso de las primíparas, aún controlando por su nivel de instrucción, quienes asisten a la escuela al momento de embarazarse aumentan la probabilidad de realizarse controles en un 34%. En conjunto estos resultados indican la importancia que tiene prolongar la educación en relación con la adopción de conductas preventivas tales como los controles de embarazo. Es posible que la permanencia en la escuela permita que docentes, directivos y pares incentiven y concienticen a estudiantes embarazadas a controlar su salud y la de su futuro bebé.

Gráfico 1. Probabilidad ajustada* de realizar 5 o más controles prenatales según nivel educativo y paridad.



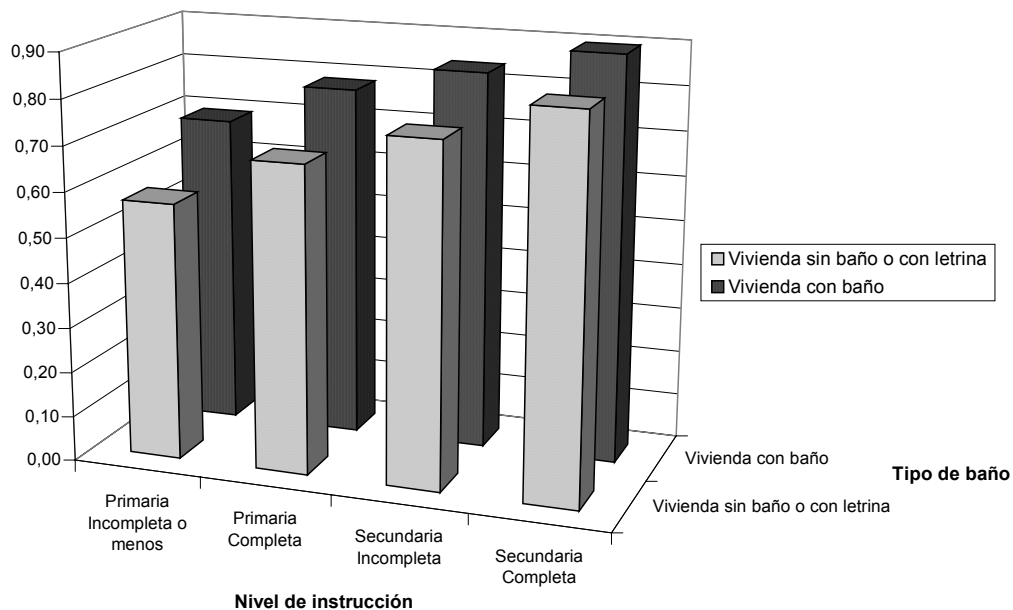
(*) Controla por localidad de residencia, tipo de cobertura de salud, tipo de baño en el hogar, uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos pos-iniciación sexual, uso y motivos de no uso de métodos anticonceptivos al momento del embarazo.

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

¹⁰ Entre las multiparas, si bien también dicha relación es positiva no es estadísticamente significativa.

Tanto la educación como la situación de pobreza tienen un fuerte efecto independiente en el cuidado prenatal, particularmente para las primíparas. En efecto, el Gráfico 2 muestra la probabilidad de realizar 5 o más controles prenatales según la educación y las condiciones de la vivienda. En este caso se puede observar que, a igual nivel educativo, las adolescentes que habitan en hogares más pobres tienen probabilidades más bajas de realizar dichos controles.

Gráfico 2. Primíparas: Probabilidad ajustada* de realizar 5 o más controles prenatales según nivel educativo y tipo de baño en la vivienda.



(*) Controla por localidad de residencia, tipo de cobertura de salud, uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos pos-iniciación sexual, uso y motivos de no uso de métodos anticonceptivos al momento del embarazo.

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

En cuanto al *timing* de los controles prenatales, el 56.4% de las jóvenes que realizaron al menos uno, los iniciaron durante el primer trimestre. El 37.4%, lo hizo en el segundo trimestre y el 5.5% consultó por primera vez a partir del séptimo mes de embarazo. Es posible que las dudas, el temor a hacer público el embarazo, y los intentos de abortar reportados en los grupos focales contribuyan para que el inicio del control prenatal se demore. Es importante notar que la proporción de captación temprana es mayor entre las primíparas (60%) que entre las multiparas (45.6%). En términos generales, los datos de nuestra encuesta son menos auspiciosos que los de 1994 (67.6% controló el embarazo en el primer trimestre; 27% en el segundo y el 5.4% en el primero). Esto no es sorprendente ya que, como vimos, las adolescentes captadas por nuestra encuesta parecen pertenecer a

estratos socioeconómicos más bajos que las incluidas en la EPH. Cabe resaltar, además, que el rango de variación de la captación temprana del embarazo fluctúa en 2004 entre el 31.8% (Salta) y el 72.5% (Catamarca).

Las adolescentes que realizaron más de un control prenatal en general concurren a la consulta acompañadas (75.1%). El 60.9% fue acompañada por su pareja, el 39.4% por la madre y el 25% por una amiga o una parienta. Esta alta proporción de adolescentes que reporta haber ido acompañada por su pareja cuestiona el estereotipo acerca del escaso acompañamiento del varón. Cabe destacar que en los testimonios de los grupos focales con padres, los varones mostraron interés y voluntad por acompañar a sus parejas a las consultas de control prenatal como una forma de protegerlas y cuidarlas y también por la posibilidad de evacuar dudas con los profesionales e informarse sobre el progreso del embarazo. La frecuencia de acompañamiento al control en general depende de la situación laboral del varón y su disponibilidad de tiempo. Algunos profesionales de los centros de salud fomentan activamente la participación del varón en la atención del embarazo. Esto es valorado positivamente por los futuros padres que aprecian la información que reciben y se sienten protagonistas del embarazo a la par de sus parejas.

Los controles de embarazo fueron realizados mayoritariamente en centros de salud (67.6%) y en menor proporción en el hospital público (28.3%); sólo una minoría (3.6%) se controló en instituciones privadas o de obra social.

Con respecto a la satisfacción con la calidad de la atención prenatal, el 30.3% de las jóvenes la consideró excelente, el 62.1% buena y el 7% regular, mala o muy mala. Entre estas últimas, los motivos de insatisfacción más mencionados fueron: la atención médica (41.1%), los problemas vinculados con la consulta -no ser atendidas siempre por el mismo profesional, explicaciones insuficientes, etc.- (40.2%) y el trato recibido (26.2%).

En cuanto a las prácticas realizadas en las consultas de control prenatal, la Tabla 6 indica una mayor frecuencia de aquellas “más rutinizadas” y una menor cobertura de prácticas preventivas. Un tercio de las adolescentes que asistieron a controles prenatales recibió información sobre métodos anticonceptivos. Este ranking de prácticas muestra el escaso predominio de la consejería tanto anticonceptiva como para la lactancia frente al resto de las prácticas realizadas. La situación se complejiza si se tiene en cuenta que sólo un 8.1% de las puérperas encuestadas asistió a alguna charla de preparación para el parto. Mayoritariamente, quienes no asistieron a cursos de preparación para el parto (63.3%) reportaron que no existían tales actividades o que ellas no habían recibido ningún tipo de información al respecto.

Tabla 6. Cobertura de las prácticas realizadas durante las consultas de control de embarazo

	N	%
Le tomaron la presión arterial	1525	99.3
La pesaron	1520	99.0
Le midieron la panza	1504	97.9
Le escucharon los latidos del bebé	1481	96.4
Le hicieron alguna ecografía	1479	96.3
Le aplicaron una vacuna	1376	89.6
Le dieron hierro	1070	69.7
Le hicieron el test del VIH/ Sida	1063	69.2
Le revisaron las mamas	688	44.8
Le enseñaron a preparar las mamas para lactancia	592	38.5
Le hicieron el PAP	554	36.1
Le hablaron de planificación familiar	493	32.1
Total	1536	100.0

Fuente: Estudio Colaborativo Multicéntrico El Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, CEDES / CONAPRIS, 2003-2004.

En el posparto inmediato el 58.4% de las jóvenes recibieron información sobre cómo amamantar al bebé y 54.5% sobre los cuidados del bebé (limpieza del cordón umbilical, baños, etc.). El 30% de las encuestadas no había recibido ningún tipo de consejo sobre lactancia, puericultura o planificación familiar por parte del personal de salud al momento de ser encuestada. Al cruzar las variables “información recibida” y “tiempo de internación al momento de la encuesta” se observa que la proporción de puérperas que recibió algún tipo de información varía levemente entre las pacientes que habían estado internadas menos de 24 horas (67.7%) y las que habían estado internadas más de 24 horas (75.4%) al momento de la encuesta.

4. Intención de utilizar métodos anticonceptivos a futuro

Casi la totalidad de las encuestadas (94.7%) declara tener intención de usar métodos anticonceptivos a futuro. Los métodos que quieren usar son, en orden de importancia, los anticonceptivos orales (44.7%), el DIU (36%), los inyectables (9.1%) y el preservativo (7.4%). Se observa cierta variabilidad entre los sitios en términos de preferencia de métodos, lo cual probablemente se relacione con la oferta disponible en cada uno de ellos. El preservativo, por ejemplo, presenta un rango de variación que va del 1.5% (Catamarca) al 13.5% (GBA). Dado que éste fue el método más usado por las adolescentes desde el inicio de sus relaciones sexuales, este “cambio de preferencia” parece indicar que luego del parto lo que aparece como prioridad para la adolescente es el cuidado anticonceptivo eficaz y de control femenino más que la “doble protección”.

5. Conclusiones

El análisis de los resultados de la encuesta a púérperas muestra un cuadro de situación muy diferente de ciertos estereotipos -aún vigentes en la sociedad en su conjunto y en las instituciones de salud y de educación- acerca del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

Las adolescentes que tienen hijos, en promedio, se inician sexualmente a los 15 años, con su novio y usan preservativo en esa primera relación. Luego, “se cuidan” de forma intermitente o no se cuidan a pesar de no desear explícitamente embarazarse, al igual que una alta proporción de mujeres y varones adultos. Tienen un conocimiento aceptable de los métodos, provisto por el centro de salud/hospital, la escuela y/o sus madres y pares. Estas jóvenes tienen un primer embarazo a los 16 años y medio. Para entonces, cuatro de cada 10 ya no asistían a la escuela. El 35% de las jóvenes encuestadas manifiestan que querían tener ese hijo. Este es un dato importante a considerar a la hora de plantear estrategias de intervención destinadas a prevenir el embarazo en la adolescencia.

El hecho de que un 5% de las adolescentes encuestadas declare que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del bebé, sugiere que algunos embarazos son producto de situaciones de coerción sexual o violación. Resulta necesario, por tanto, sensibilizar a los profesionales de la salud respecto de la incidencia y las consecuencias de la violencia sexual y fortalecer o crear, según los sitios, redes de asistencia y contención de las jóvenes víctimas de abuso sexual.

La mayoría de las encuestadas reportaron un número adecuado de consultas. Aquellas que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo uno tienen un nivel educativo menor que las que realizaron dos o más controles. Esto señala la urgente necesidad de realizar actividades de promoción de la salud a nivel comunitario, tanto respecto de los cuidados durante el embarazo cuanto de la adecuada utilización de métodos anticonceptivos –visto los altos porcentajes de “falta de métodos” reportada. Respecto de la atención del embarazo y el parto, resulta prioritario implementar cursos de preparación para el parto para las adolescentes.

Casi la totalidad de las encuestadas declara tener intenciones de uso futuro de métodos anticonceptivos (orales y DIU). Por tanto el sector salud debería maximizar toda oportunidad de contacto con las jóvenes (consulta de puerperio, control del niño sano) para ofrecer información y métodos anticonceptivos. Asimismo es necesario que los equipos de salud mejoren sus habilidades en consejería anticonceptiva en los habituales contactos de control del embarazo y en la internación por complicaciones de abortos inseguros.

Finalmente, el desgranamiento escolar durante el embarazo apunta a la necesidad de trabajar con la escuela y con la comunidad para disminuir prejuicios y facilitar la continuidad de los estudios a las adolescentes embarazadas. De manera más general, los datos señalan que es importante que el sector educación identifique sus responsabilidades en el complejo proceso socioeconómico que lleva a que altas proporciones de adolescentes estén fuera del sistema escolar a los 16 años y medio (promedio de edad al primer embarazo) y desarrolle acciones tendientes a mejorar la retención escolar.

Fortalecer la coordinación de acciones entre el sector salud, el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil también redundaría positivamente en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las adolescentes pobres.

Referencias bibliográficas

- Añaños, M.C. (1993): *Composición y Comportamientos de unión en madres adolescentes. Rosario 1980-1991*, ponencia presentada en el Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES-CENEP, 1 y 2 de noviembre de 1993, Buenos Aires.
- Díaz Muñoz, A.R., Dinardi, G. y Giusti, A. (1996): *Comportamiento Reproductivo de las adolescentes*, en Infancia y Condiciones de Vida. Encuesta Especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales, INDEC, . Buenos Aires.
- Geldstein, R. y Schuffer, M. (2002): *Iniciación sexual y después...Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires*, CENEP, Buenos Aires.
- Giusti, A. y Pantelides, E.A. (1991): *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Serie 8, Nro. 11, Buenos Aires.
- López, E. (1993): *Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido*, ponencia presentada en el Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES – CENEP, 1 y 2 de noviembre de 1993, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2002*, Dirección de Estadística e Información de Salud, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2002): *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico total país y división político territorial - Año 2000*, Dirección de Estadística e Información de Salud, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2002): *Defunciones de menores de cinco años - Indicadores seleccionados. Argentina 2000*, Dirección de Estadística e Información de Salud, Buenos Aires.
- Pantelides, E.A. (1995): *La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina*, UNICEF, Buenos Aires.
- Pantelides, E.A. (1996): *La fecundidad adolescente y sus consecuencias. Clase social, género y conducta sexual adolescente*, en Salud Reproductiva: Nuevos Desafíos. I Curso Salud Reproductiva y Sociedad, Universidad Peruana Cayetano Heredia-IEPO-PROSAR, Lima.
- Pantelides, E.A. y Cerrutti, M. (1992): *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Cuadernos del CENEP N° 47, Buenos Aires.
- Weller, S. (1999): *Salud Reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998*, en Oliveira, M. (Org.) Cultura, adolescência, saúde, Consorcio latinoamericano de programas em saúde reprodutiva e sexualidade, San Pablo.