

Contextos familiares de las maternidades en la adolescencia

Mónica Gogna (IIEGE/CONICET) - Georgina Binstock (Cenep/CONICET)

Palabras clave: adolescencia, maternidad, anticoncepción

Introducción

La edad y el contexto social y familiar en que ocurre la concepción y el nacimiento de un hijo es importante a la hora de considerar las consecuencias que puede acarrear la maternidad durante la adolescencia.

En este sentido, no es lo mismo ser madre a los 15 años, cuando todavía se es casi una niña y difícilmente pueda tenerse conciencia de las implicancias de tener y criar un hijo, que a los 19 años, cuando la maduración y la posibilidad de entablar una relación de pareja más estable son mayores.

De igual importancia es el contexto educativo y laboral en el que ocurre la maternidad con las implicancias que ello puede tener en la transición a la adultez de las adolescentes.

La ponencia aborda y describe los distintos contextos en torno a la situación de pareja, planificación del embarazo, composición del hogar de residencia y apoyo de la familia de origen de las adolescentes que se convierten en madres.

El análisis se basa en datos primarios y secundarios. En relación a los datos secundarios se basa en datos censales del año 2010 y de estadísticas vitales sobre nacimientos de madres adolescentes en el país. En cuanto a los datos primarios se utilizan datos cuantitativos y cualitativos recolectados por las autoras en 4 provincias argentinas: Chaco, Misiones, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires.

La metodología del estudio

El componente cuantitativo consistió en la aplicación de una encuesta una muestra no probabilística de adolescentes (18 y 19 años) y mujeres jóvenes (20-24 años) dividida en tres cuotas (adolescentes y jóvenes que no tuvieron hijos antes de los 20 años, que tuvieron un hijo en la adolescencia y que tuvieron más de uno en esa etapa del ciclo vital) en las ciudades de Resistencia, Santiago del Estero y Posadas y en las regiones sanitarias V y VII de la provincia de Buenos Aires¹. La encuesta (a la que en adelante

¹ Las provincias seleccionadas tienen algunas de las tasas de fecundidad adolescente más altas del país y la mayor proporción de jóvenes entre 15 y 19 años que han tenido más de un hijo. La provincia de Buenos

nos referiremos por su sigla -ERATJO 2012) consideró una amplia gama de dimensiones, incluyendo el contexto de crianza y la trayectoria educativa y la laboral. Asimismo indagó acerca de la edad de la menarca, la edad a la que las adolescentes comenzaron a salir con varones, el contexto y las circunstancias de la iniciación sexual y las características del compañero. Con respecto a la historia reproductiva, se consignaron cada uno de los embarazos indicando la edad de la entrevistada y la co-residencia o no con el padre al momento del embarazo y del nacimiento; y se indagó acerca de los abortos que hubiera tenido (espontáneos o provocados). Para cada embarazo ocurrido antes de los 20 años se incluyó un conjunto de preguntas que permitían recomponer el contexto familiar, de pareja, educativo y laboral, tanto al momento del embarazo como a partir del nacimiento. También se recogió información acerca de los controles prenatales, el lugar en que ocurrió el parto, la lactancia y el apoyo material y afectivo de los padres.

De las 1.571 mujeres encuestadas, el 97,5% fueron argentinas. El 66% se crió con ambos padres, un 22% con la madre y alrededor de un 10% con ninguno de sus padres (mayoritariamente con abuelos). Dos de cada tres indicaron que el clima y el trato en sus hogares eran buenos. En conjunto, entre el 51% y el 61% de los padres y las madres de las encuestadas no superaron el ciclo primario de escolaridad. En cuanto al nivel educativo de las mujeres al momento de la encuesta, alrededor del 32% había completado al menos el nivel medio, el 44% tenía el nivel secundario incompleto, el 15% el primario completo y el 8% restante no había terminado el nivel primario. El 30% indicó haber repetido al menos un grado durante el ciclo primario, y un 22% al menos un año durante el secundario. Del total de entrevistadas, el 61% (969 casos) tuvo al menos un embarazo durante la adolescencia, y el 23% al menos dos (365 mujeres). El resto (237 casos) no tuvo hijos durante esta etapa del ciclo vital

El componente cualitativo consistió en la realización de 40 entrevistas semi-estructuradas con adolescentes y jóvenes del mismo grupo de edad y con las mismas características respecto de la maternidad en la adolescencia: 11 jóvenes no fueron madres en la adolescencia (se incluyen dos casos de adolescentes que tenían 19 años al momento de la entrevista y no habían tenido hijos ni estaban embarazadas), 17 tuvieron un hijo durante la adolescencia y 12 tuvieron más de un hijo antes de cumplir los 20

Aires resulta de interés por ser la jurisdicción con el mayor volumen de madres adolescentes, tanto primíparas como multíparas. Las regiones sanitarias V y VII fueron seleccionadas atendiendo a su nivel de fecundidad adolescente y al interés del programa provincial de Salud Reproductiva.

años. Las entrevistas tuvieron por objetivo producir conocimiento acerca del modo en que la educación y otros recursos familiares se convierten en “factores protectores” de un embarazo temprano; establecer conexiones entre la vivencia de la sexualidad, la anticoncepción y la maternidad desde el punto de vista de las jóvenes y conocer las percepciones de las jóvenes acerca de la manera en que la experiencia de la maternidad ha influenciado sus vidas hasta el presente. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado, transcritas y analizadas. El análisis siguió las pautas habituales: en primer lugar, cada entrevista fue tratada como una unidad y posteriormente se realizó un análisis comparativo al interior de cada “subconjunto” (no madres, un hijo, más de un hijo) y entre “subconjuntos” con el objetivo de identificar patrones y diferencias. Como veremos a lo largo del texto, el material recogido en las entrevistas permite iluminar algunos de los resultados de la encuesta y da pistas respecto de dimensiones que no son captadas con un instrumento cuantitativo pero que resultan relevantes a los fines de comprender más adecuadamente la problemática de las adolescentes, sus parejas y sus familias.

Las adolescentes y jóvenes que participaron del estudio fueron reclutadas en centros de salud y hospitales cuando concurrían a realizar consultas propias o acompañando a un familiar. Como es de rigor, se aplicó un consentimiento informado.

Los contextos de los embarazos

Según la ERATJO 2012, la mayoría de las adolescentes madres quedó embarazada por primera vez durante una relación de noviazgo (73%), y un 21% en el marco de una convivencia. De estas últimas, solo una minoría estaban casadas, consistentemente con los patrones de formación de pareja que se han estado observando durante las últimas décadas, en los que prevalece la unión libre por sobre la legal. Para el 5% restante el embarazo fue el resultado de una relación sexual ocasional con un amigo o conocido². Sea que el embarazo ocurriera en el marco de un noviazgo o de una relación de convivencia, no se trataba de relaciones prolongadas. En el caso de los noviazgos, más de un tercio llevaba un máximo de tres meses de relación al momento de la ocurrencia del embarazo, y casi un 20% adicional entre cuatro y ocho meses.

La duración de la relación de quienes se encontraban conviviendo era similar: alrededor de un tercio llevaba conviviendo un máximo de tres meses y el 20% adicional entre

² Se excluyeron 5 casos que indicaron que su embarazo era producto de una relación forzada.

cuatro y ocho meses. La mitad restante había convivido al menos nueve meses antes de quedar embarazada. A ello debe sumársele el tiempo de noviazgo, que no suele ser prolongado. Cabe notar que alrededor de la mitad de las adolescentes madres quedó embarazada de su primera pareja sexual.

Carecemos de similar información para las adolescentes que son madres y tienen entre 10 y 14 años. Para conocer su situación de pareja sólo contamos con la información provista por las estadísticas vitales. Ella indican que casi la mitad de las madres menores de 15 años cohabitaba con su pareja al nacimiento y que, comparadas con las adolescentes de 15-19 años (y con las madres adultas), sus parejas tienen menor nivel de instrucción y menor cobertura de salud (Pantelides, Fernández y Marconi, 2014).

Acerca de la “deseabilidad” del embarazo

Los datos de la ERATJO 2012 indican que, en relación al primer embarazo, 4 de cada 10 mujeres no querían quedar embarazadas en el momento en que eso ocurrió. A ello se suma un quinto de mujeres que indicó que hubiese preferido esperar. En conjunto, la mayoría de los embarazos (60%) no fueron planeados ni inicialmente deseados. Con respecto al segundo embarazo, más de la mitad de las adolescentes no quería quedar embarazada nuevamente o prefería esperar (Binstock y Gogna, 2014).

Nuestros datos confirman la tendencia detectada en un estudio pionero, auspiciado por el Ministerio de Salud de la Nación, que mostró que la proporción que había querido o buscado embarazarse era mayor entre las adolescentes más grandes (18-19 años), las que no estaban estudiando –sea que hubieran terminado o no el secundario– y entre las que convivían con su pareja (Gogna et al, 2008). De acuerdo a la ERATJO 2012, las adolescentes que ya convivían en pareja al momento de quedar embarazadas reportaron haberlo planificado con mucha más frecuencia que aquellas que no lo hacían (65% frente al 26%). Y entre quienes estaban de novias, la proporción de quienes planearon el embarazo aumentaba conforme a la duración del noviazgo: desde el 16% entre aquellas cuya relación no superaba los tres meses al momento del embarazo hasta alrededor del 35% entre las que sobrepasaban esa duración (Binstock y Gogna, 2014)

Los relatos recogidos en las entrevistas semi-estructuradas son centrales para acercarse a la “deseabilidad del embarazo”, materia difícil de “asir” e interpretar.

Independientemente del momento del ciclo vital en que éste ocurra, la cuestión de la “planificación” (o no) del embarazo lleva “a introducirse en el complejo tema del deseo de ser madre, que no puede ser analizado exclusivamente desde la vertiente socio-

cultural, visualizándolo como un mandato de género” (Greco,2005). Es preciso, señala esta autora, considerar también los aspectos socio-psicológicos involucrados. Aunque este último no es el foco de nuestro análisis, las historias recopiladas muestran una gama de situaciones y procesos que evidencian los límites difusos y cambiantes de la dicotomía buscado/no buscado. Así, por ejemplo, las entrevistas ilustra cómo una gestación no buscada puede ser aceptada con alegría o que, desde la perspectiva de las jóvenes, un embarazo puede ser “medio buscado”. Es el caso de Maite que se embarazó para cumplir con el deseo de su actual pareja, con quien vive, junto a un hijo que tuvo a los 18 años de una relación anterior. Otros embarazos, simplemente “han ocurrido”, lo que da la idea de un acontecimiento en cierto modo al margen de la propia voluntad pero sin la connotación negativa de lo no buscado o no querido. Es el caso de Yamila (18 años, un hijo) que se cuidaba con preservativo. ¿Su reacción al enterarse del embarazo? “fue raro. No me sentía mal pero no era el momento. Tampoco me puse mal”.

Embarazos buscados

Veamos ahora algunas casos de entrevistadas que reportaron que sus embarazos habían sido buscados. ¿En qué contexto se produjeron? ¿Cuáles fueron las motivaciones explicitadas?

Hilda (19 años, Misiones) dejó la escuela en quinto grado por problemas económicos y de salud de su madre, quien siempre le aconsejó “cuidarse”: “usar preservativo para no contagiarse enfermedades y para no tener embarazos indeseados”. Al momento de la entrevista, Hilda cursaba un embarazo de siete meses. Convivía desde hacía dos años con Juan (26 años, albañil), padre de su futuro hijo, con quien se inició sexualmente. El embarazo fue planeado. “Me encantan los chicos. Me parecía que ya era hora de formar una familia” y “él también quería tener”, declaró la joven. Al preguntarle a qué edad le hubiera parecido que era muy joven para ser madre respondió 16, 17 años.

Otra entrevistada que indicó que su embarazo fue buscado es Romina (19 años, Chaco, primaria completa, dejó la escuela para ayudar económicamente a su familia). Ella vive con sus padres, su pareja y su bebé de tres meses. Si bien se había cuidado en su iniciación sexual (a los 16, con un chico de 22) y con su siguiente novio, cuando comenzó a salir con Damián, el padre de su bebé, dejó los anticonceptivos. “Quería

tener un bebé y varón. Sentía que quería ser madre, ser ama de casa. Él también tenía ganas de ser papá”.

Similar motivación reportó Carolina (19 años, parto a los 17 y embarazada al momento de la entrevista, Santiago del Estero) quien dejó la escuela en primero de polimodal, cuando nació su primer hijo. Respecto del primer embarazo afirmó: “Sentía la necesidad de tener... y él estaba de acuerdo. Yo quería, nosotros queríamos tener esa experiencia de cómo es tener un hijo”. Al comienzo, la pareja convivió en casa de los padres de Carolina y hace dos años tienen vivienda propia. Entre uno y otro embarazo Carolina se cuidó con anticonceptivos orales. Respecto del segundo embarazo aclaró: “Yo me he quedado embarazada ahora porque él me ha pedido. Tenía ganas de tener otro para que se críen juntitos, que no tengan mucha diferencia de edad”. En otro caso, el de Audelina (23 años, boliviana, entrevistada en el GBA), el segundo embarazo –a los 19 años- fue buscado porque querían “tener un varón”.

En nuestra muestra, los pocos casos de embarazos “deseados” se dieron en el marco de noviazgos o convivencias y aparecen en los relatos como proyectos compartidos o relaciones en las que algún miembro de la pareja accede al deseo del otro. Se trata de situaciones ya reportadas en la literatura (Pantelides, 2004; Zamberlin, 2005). Al respecto, Pantelides (2004) afirma que la visión que considera al embarazo en la adolescencia como un problema ignora que muchas madres adolescentes están en uniones estables y tener hijos es lo esperado y deseado. Lo mismo afirma Zamberlin en base a información obtenida en grupos focales con adolescentes varones y mujeres: la situación habitual era la de parejas convivientes o que habían mantenido una relación de noviazgo durante un plazo que ambos consideraban suficiente para formar una familia (Zamberlin, 2005). Esta autora refiere también situaciones de búsqueda de embarazo que se enmarcan en circunstancias de vida particulares: la soledad resultante de la muerte de un ser querido o la pérdida (espontánea o inducida) de un embarazo anterior que renueva el deseo de quedar embarazada o impulsa inconscientemente a probar la fertilidad. Este tipo de hallazgos, independientemente de su frecuencia estadística, evidencian la utilidad de usar técnicas cualitativas (entrevista, grupo focal) para aproximarse a una temática compleja. Tanto en el estudio sobre el que se basa este artículo como en otro anterior, que centró la atención en la maternidad precoz, encontramos este tipo de situaciones. En ocasiones, la propia entrevistada explicita que se trató de un embarazo buscado pero en otras esto no necesariamente ocurre. Esto no es sorprendente, ya según el aporte del psicoanálisis en relación al tema que nos ocupa, el

deseo de ser madre “se construye siempre en virtud, y a expensas de una porción de saber no consciente” (Greco, 2005).

Uno de esos casos es el de Guadalupe (18 años), quien dejó la escuela en primero de polimodal porque sus compañeros le hacían *bulling*. Ella lo atribuye a que su padre, que es trabajador rural, tiene Chagas y su hermano es discapacitado. Al momento de la entrevista tenía un embarazo de 28 semanas. Era su segundo embarazo, ya que el primero lo perdió espontáneamente. Eso la puso muy mal (“me he quedado re bajoneada, empezado a tomar, empezado mala vida y todo eso”). Dice que “se mejoró” cuando conoció a su actual pareja. A los cuatro meses de comenzar a salir, quedó embarazada. Ellos no se cuidaban.

Embarazos no buscados

Tanto los datos del Sistema Informático Perinatal como nuestros propios datos (encuesta y entrevistas) muestran que la gran mayoría de los embarazos (sean de primer orden o de segundo y más) fueron involuntarios. En general, las entrevistadas indicaron que recibir la noticia del embarazo las había impactado y/o generado un cúmulo de emociones, mayormente negativas (temor, angustia, vergüenza, desconcierto). Solo unas pocas señalaron que si bien no habían buscado el embarazo, la reacción fue positiva (“nos pusimos contentos”, “si llega, bienvenido sea”, “fue un regalo de cumpleaños”) mostrando una “zona gris” en la que la postergación del embarazo tenía un valor relativo para la joven y su pareja.

¿En qué contextos y circunstancias se produjeron estos embarazos no buscados? ¿Qué les sucede a las y los adolescentes con el uso de los métodos anticonceptivos?

En la encuesta se les preguntó a quienes indicaron no haber buscado el embarazo (40%) o haber preferido esperar (20%), con qué frecuencia utilizaban anticoncepción durante sus relaciones sexuales en esa época (siempre o casi siempre, a veces o casi nunca). Solo el 18% indicó que *siempre* se cuidaba para la época que tuvo su primer embarazo, mientras que en el otro extremo, el 36% reconoció que rara vez utilizaba algún método anticonceptivo. El preservativo fue el método más frecuentemente utilizado (71%), seguido por la píldora, aunque con mucha menor presencia (13%). De cualquier manera, por la alta incidencia de embarazos no planificados es evidente que el uso de estos métodos no fue sistemático ni adecuado.

Lo mismo ocurrió al indagar en la encuesta sobre la situación al segundo embarazo. Entre quienes manifestaron no haberlo buscado o planeado, se duplicó el porcentaje que

indicó que se cuidaba *siempre* (37%). El 45% lo hacía *a veces* y el 18% *casi nunca*. Esta vez, el “fracaso” en el uso de los métodos resulta más preocupante si se tiene en cuenta que el preservativo fue en buena medida suplantado por la píldora anticonceptiva (similar proporción de entrevistadas -40%- se cuidaba con cada uno de éstos métodos), método que tiene aproximadamente el doble de eficacia que el preservativo (AMADA, s.f.).

Las historias recogidas en las entrevistas permiten acercarnos a la complejidad inherente al cuidado anticonceptivo entre adolescentes que viven en condiciones de pobreza.

Desconocemos en qué medida estas dificultades son similares a las que enfrentan las y los adolescentes que viven en condiciones socioeconómicas más ventajosas pues ellos raramente han sido foco de investigación.

El análisis del material cualitativo permite afirmar que la gran mayoría de las adolescentes entrevistadas tenía la voluntad de postergar el embarazo hasta tener mayor edad o haber alcanzado una determinada meta (completar la escolaridad, tener una casa, tener una mejor situación económica). Cuando se les preguntaba por la edad ideal para ser madres, la mayoría mencionó que en torno a los 23 años. También las entrevistadas manifestaban espontáneamente que quería dejar transcurrir un lapso prologando de tiempo (alrededor de 5 años) para tener su próximo hijo.

En segundo lugar, observamos que las entrevistadas conocían los métodos anticonceptivos y, en general, habían tenido experiencia con más de uno. El esquema más habitual fue pasar del preservativo en las primeras relaciones a la píldora o el inyectable. El conocimiento de la anticoncepción hormonal de emergencia, como veremos luego, no estaba muy difundido.

Tercero, obstáculos de diverso orden dificultan alcanzar el objetivo de postergar la maternidad. Resulta evidente que, como lo describen Berquó et. al (2000) en una investigación sobre el comportamiento sexual de la población brasilera, la contracepción y la protección de las ITS (que en nuestro estudio fue reportada como preocupación por un pequeño número de entrevistadas) son “parte del aprendizaje gradual de las reglas sociales que organizan el relacionamiento afectivo-sexual entre varones y mujeres. Estas reglas contrastan con una acepción muy difundida de la sexualidad como algo natural, espontáneo, no racional o pasible de control”, tal como lo evidencia el siguiente testimonio:

“Si yo le decía, él se cuidaba. Sino, no”.

(¿Y de qué dependía que vos le dijeras?)

“De que en ese momento pensara. Y... porque a veces pensaba (se ríe) que podía quedar embarazada... otras veces no... Como cualquier adolescente” (Luz 22 años, parto a los 18, Santiago del Estero).

Otras evidencias también ilustran cómo la determinación y la disciplina que se requieren no son demasiado compatibles con el dominio de los “primeros pasos” sexuales (op. cit).

“No habrá pasado muchas veces que no nos cuidamos” (Mariela, Chaco, secundaria completa, parto a los 19 años)

“Frecuentemente nos cuidábamos, pero había ocasiones que nos encontrábamos y no había con qué cuidarse, y ahí quedé embarazada!”.

(¿Tenías que insistirle con el preservativo?)

“No! Era mutuo, porque obvio que..., yo tenía 16 y él tenía 17, que no queríamos tener hijos. Y bueno, en una de esas, teníamos ganas como dice él, y pasó...” (Natalia, 9º de EGB, Santiago del Estero, parto a los 16)

Según el mencionado estudio brasileño, la familiaridad y el manejo de los métodos requieren tiempo, exigen acuerdo entre los integrantes de la pareja, autoconfianza y apoyo social.

En los relatos de nuestras entrevistadas emerge un entretendido de factores. Por una parte, el deseo, el afecto, la necesidad de experimentar, el desigual poder entre los géneros y la valoración social de la maternidad/paternidad. Por otra, los problemas de accesibilidad (geográfica, económica, cultural) a los métodos anticonceptivos, los efectos secundarios experimentados o imaginados y las creencias populares acerca de los métodos (modos de uso, eficacia, efecto sobre la fertilidad futura, etc.). Como bien lo sintetizó una entrevistada que tuvo dos hijos en la adolescencia y usó diversos métodos, “cuidarse es un poco complicado”.

En esta sección analizaremos los contextos y circunstancias en los que las adolescentes entrevistadas se embarazaron involuntariamente (tipo y duración de la relación, escolaridad, uso de métodos, etc.).

Describiremos “casos típicos” con el propósito de contribuir a comprender la coexistencia de diferentes “lógicas”. Desde la perspectiva de las adolescentes puede existir una jerarquía de riesgos y prioridades en la que el embarazo no necesariamente ocupa el lugar más destacado. Es nuestra intención que estos relatos sean un insumo para mejorar el abordaje que hace la ESI de las relaciones de género y la contracepción y para adecuar la oferta de métodos a las necesidades y posibilidades concretas de las y

los adolescentes. Esto no significa desconocer que “solamente en un contexto social que ofrezca a las y los jóvenes perspectivas de progreso que compitan exitosamente con los beneficios subjetivos de tener hijos, incluidos los afectivos, ellos y ellas se sentirán impulsados a modificar las conductas que los llevan a un embarazo, como ya lo han hecho los jóvenes de otras sociedades y los más privilegiados de aquella a la que pertenecen” (Pantelides, 2004).

El uso de los métodos anticonceptivos

Es sabido que muchos embarazos se producen por mal uso o uso asistemático del preservativo y de la píldora, los métodos más usados por los y las adolescentes (Zamberlin et al, 2017). En nuestro estudio la mayoría de las adolescentes que quedó embarazada “usando un método” se cuidaba con preservativo. Fue el caso de caso de Yamila (18 años) que tiene un bebé de 7 meses. Cuando quedó embarazada hacía dos meses que estaba saliendo con Víctor (21 años) y se cuidaban con preservativo. Ella no sabe qué fue lo que ocurrió. Al conocer la noticia dejó la escuela (estaba cursando cuarto año) y se fue a vivir con él.

Si bien el material cualitativo no permite generalizar resultados, encontramos un par de casos de embarazos usando preservativo en parejas en las que los varones habían manifestado el deseo de paternidad.

Daiana (18), en pareja con Quique (24) tiene un bebé de ocho meses. Siempre había pensado ser madre cuando fuera “más grande”. Ellos se cuidaban con preservativo. Se enteró a los 4 meses de embarazo porque tuvo una pérdida y la noticia la dejó perpleja: “no podía entender; tenía una panza así y no podía creer.” Al preguntarle por la reacción de Quique respondió: “Él reaccionó bien. Quería tener un hijo. Un varón, un varón, un varón. Él siempre quiso tener un bebe”. El caso de Daiana guarda algunas similitudes con el de Cynthia (18), en pareja con Diego (22 años), quien tuvo un hijo a los 17 en el marco de una convivencia. Si bien usaban preservativo, él había manifestado su deseo de ser padre. Estos relatos sugieren que uno de los factores detrás del uso asistemático del preservativo podría ser que la paternidad es deseada por algunos varones o que al menos no es considerada un problema. Recogimos también testimonios de adolescentes que reportaron que algunos de los varones con los que tuvieron relaciones se cuidaban “siempre”. En general mencionaron que eran mayores que ellas y que ya tenían hijos. Así, Luz reporta que se inició sexualmente a los 16 años con un joven de 24 años que ya

tenía un hijo. Él se cuidaba siempre y le decía “vos termina tu secundaria, estudia, tengamos una casa, y recién ahí” (tengamos un hijo).

Un segundo grupo de adolescentes quedó embarazada cuidándose con anticonceptivos orales. Al explorar lo sucedido encontramos tanto “olvidos” en la toma diaria como casos en los que se había dejado el método por falta de accesibilidad o por los efectos secundarios.

El siguiente caso ilustra la problemática del “olvido” de la toma del anticonceptivo oral y pone en evidencia la vulnerabilidad de la adolescente en un escenario en el que, como también muestra la encuesta, la información acerca de la anticoncepción hormonal de emergencia es muy escasa y, en general, está circunscripta a las adolescentes mayores o de mejor nivel educativo, quienes obtuvieron este conocimiento básicamente a través de internet.

María 18 (Santiago del Estero) es “madre soltera”. Su novio (24 años) “se borró” cuando ella quedó embarazada (“él quería que abortara”). Estuvieron un año de novios. En las primeras relaciones usaron preservativo y luego ella empezó a tomar anticonceptivos orales. Hacía cuatro o cinco meses que los tomaba cuando quedó embarazada. Reporta que las conseguía en el hospital y que no le traían problemas pero que una vez se olvidó de tomarla. Dejó la escuela en segundo año por el embarazo y planea volver al trabajo que tenía en servicio doméstico (le dijeron que puede ir con su hijo o quizás se lo cuide la madre).

A diferencia de María, otras entrevistadas reportaron que la píldora anticonceptiva les traía diverso tipo de malestares o inconvenientes. De hecho, varias quedaron embarazadas cuando dejaron las pastillas por sus efectos secundarios y no las reemplazaron por otro método. Es el caso de Guadalupe (Santiago del Estero) quien al momento de la entrevista tenía 18 años y un embarazo de 28 semanas. Al embarazo, ya estaba fuera de la escuela. Hacía más o menos cuatro meses que salía con Juan (20 años) y no se cuidaban. Ella había dejado las pastillas –que inicialmente comenzó a tomar para regularizar sus ciclos- por los efectos adversos (“me hace salir sarpullido, me engorda, me hincha”). No le “avisó” a su novio que había dejado de cuidarse (“porque... digamos que casi no nos veíamos y después se me olvidaba”) y él tampoco le preguntó si era necesario que se cuidara. Planeaban irse a vivir juntos antes del nacimiento.

El caso de Paola fue diferente. Le contó a su pareja que iba a dejar las pastillas porque le hacían mal y decidieron utilizar preservativo pero el cuidado no fue sistemático (“alguna vez no...”) y tuvo un segundo embarazo no buscado.

En unos pocos casos, las entrevistadas atribuyeron sus embarazos a *fallas del método* (píldoras de lactancia en un caso y DIU en otros). Respecto de la minipíldora, ambas entrevistadas responsabilizaron a los profesionales de salud por el error de información que derivó en embarazos no buscados. Ante estas malas experiencias ellas terminaron resolviendo la cuestión de la anticoncepción de forma privada.

Daniela (18 años, dos hijos). El primer embarazo se produjo cuando se cuidaba con preservativo y el segundo con “las píldoras de amamantar”.

“No estaba buscando. (El médico) no me dijo que a los seis meses tenía que cambiarlas. Lo tomé muy mal. Ni económicamente ni nada. No quería tener porque no pase necesidad ella (su hija mayor)”.

Al momento de la entrevista Daniela tenía puesto un DIU. Manifestó “me siento más tranquila. Me lo puse en una clínica”.

Florencia (GBA, 19 años, tres hijas). Tuvo su primera hija a los 15. A los pocos meses del parto comenzó a salir con Sebastián (22 años), su actual pareja y padre de sus otras dos hijas. En esa época se estaba cuidando con los anticonceptivos para lactancia.

“Pero no me dijeron que las tenía que tomar por seis meses. Las tomé un año y tres meses. Esas pastillas ya no hacen efecto”.

De su segundo embarazo (parto a los 17 años) nacieron mellizas. Al momento de la entrevista (dos años después) se cuidaba con el inyectable, que compraba en la farmacia ya que también tuvo una mala experiencia con el DIU. “Yo tengo una suerte...el DIU se me salió. Lo rechazó mi cuerpo”³.

A pesar de que nuestra muestra no es representativa, puede ser útil conocer las distintas dificultades que encontraron las usuarias de DIU así como los preconceptos acerca del mismo. Cathy (madre a los 14 y a los 17) se colocó “la T”, realizó los primeros controles pero luego pido que se la sacaran. Argumentó que “le estaba dando infecciones” y que “se sentía incómoda”. Como Florencia, Cathy eligió luego el inyectable.

³ La evidencia respecto del mayor riesgo de expulsión del DIU en mujeres menores de 25 años es mixta y limitada (Jatlaoui et al, 2017). Informantes clave consultados acerca de las malas experiencias reportadas indicaron que no debe descartarse la inexperiencia en la colocación como potencial causa de fallo del método.

Analía (21 años, primaria completa, Santiago del Estero) se puso un DIU a los 18 años, después de su primer parto. Pensó que era más seguro ya que quería seguir estudiando (“para tener un trabajo, para estudiar algo que me sirva”). A raíz de un intenso sangrado le hicieron una ecografía y vieron que el DIU “se había corrido”. Le ofrecieron cambiárselo pero ella prefirió volver a las pastillas, que retiraba mensualmente del centro de salud. Empezó a tomarlas pero quedó embarazada (lo atribuye a olvidos en la toma diaria). Al preguntarle como pensaba cuidarse luego del nacimiento indicó que pensaba volver a ponerse el DIU ya que no quería tener más hijos. Ella y su pareja (24 años, primaria completa) estuvieron de acuerdo en tener un segundo hijo “y después esforzarnos para tratar de tener lo de nosotros”.

Con respecto a las nociones que circulan en torno al DIU, escuchemos las razones por las cuales algunas adolescentes a las que se les ofreció el método no lo aceptaron. Aldana (18 años) tuvo una hija a los 16. Después del parto le ofrecieron colocarle el DIU pero ella sentía “que no es seguro”, ya que conocía chicas que “igual quedaron embarazadas”. Ella y su pareja continuaron usando preservativo porque las pastillas le traían inconvenientes. Al momento de la entrevista, cursaba el quinto mes de su segundo embarazo no buscado. Paola, por su parte, rechazó el ofrecimiento del DIU debido a ciertas creencias que circulan en su entorno y, en particular, a la opinión negativa de su pareja (“Yo no me había hecho poner porque mi marido me decía que te seca... Que no te agarra hambre dicen algunos (...) Que te cae mal, que te seca... Así dicen...”). Otras dos entrevistadas que no tuvieron hijos en la adolescencia también manifestaron desconfianza respecto del DIU aunque sin fundamentar el motivo (“a mí el DIU mucho no me gusta”).

A lo largo de las entrevistas se registraron también comentarios acerca de posibles efectos de los métodos anticonceptivos sobre la fertilidad futura. Desconocemos cuán extendidas estén estas creencias y en qué medida pueden afectar la disponibilidad de algunas adolescentes o jóvenes a usar métodos. De todas maneras, es útil tener en cuenta estas opiniones para despejar posibles inquietudes de este tipo en la ESI y en la consejería anticonceptiva. Flavia (19 años, secundaria, sin hijos) dice que muchas chicas no se cuidan porque no conocen métodos o “tienen miedo que les va a pasar algo, que si tienen mucho anticonceptivo en el cuerpo, les va a costar tener un hijo”. La afirmación está en sintonía con un caso que reporta Analía: tiene una conocida que ya tiene 24 años y “tiene que hacerse un tratamiento para poder tener hijos porque ya son muchos años que se cuida ella (con inyecciones)”. En un solo caso (una joven de nacionalidad

boliviana que tuvo dos hijos en la adolescencia) encontramos una opinión claramente contraria al uso de anticonceptivos modernos: “tomar medicamentos trae problemas”. Los relatos de las adolescentes también pusieron de relieve la existencia de barreras en la accesibilidad a los servicios y a las prestaciones. Es el caso de Soledad (18 años, dos hijos) en pareja con Pablo (25 años). Ninguno de sus embarazos fue buscado. Respecto del primero dice: “Fue sin querer. Me había quedado sin pastillas y no fui a buscar”. No es la única que experimentó dificultades para acceder a las pastillas. Maite (21 años, GBA) relató “me tomé la cajita que me dieron y no tomé más. Sí, tengo que ir al ginecólogo pero todavía no fui, porque ando de un lado para el otro”. Estos testimonios muestran la necesidad de promover y proveer métodos de mediana y larga duración pues el tener que ir a buscar pastillas todos los meses es complicado para algunas usuarias, más allá del tema de los olvidos en la toma diaria.

Otro obstáculo identificado en el trabajo de campo fueron los problemas con la continuidad del suministro⁴ y los criterios de entrega de los anticonceptivos orales. Algunas adolescentes recibían pastillas para solo un mes y otras para seis meses. Algunas viajaban cuatro horas cada mes entre el lugar donde residían y la capital de la provincia (donde obtenían los métodos). Adolescentes entrevistadas en el posparto indicaron que se les habían terminado las pastillas pero que no tenían tiempo de ir a buscarlas debido al tiempo que insumían el cuidado del bebé (y en ocasiones de otros hijos) y las tareas domésticas, las que se dificultan en contextos en los que se carece de servicios básicos. Es también un problema de accesibilidad lo que ocasiona el segundo embarazo no deseado de Soledad. El testimonio trasunta el aislamiento en el que puede transcurrir la vida de una adolescente. “Nos habíamos mudado y como yo no conocía nada, nadie, dónde estaba el hospital, la salita, me fui quedando y quedé embarazada de él”.

Pero también las adolescentes que acceden a los servicios de salud pueden encontrar obstáculos que dificultan el acceso y uso de métodos.

Después del parto Yamila (18 años) quiso usar el inyectable para estar más segura pero, al momento de la entrevista no había accedido al método a pesar de que habían pasado ya siete meses. Expresa su demanda insatisfecha en los siguientes términos:

“Fui ahí y no me dijo nada de los anticonceptivos. Me mandaron a hacer un montón de estudios (ecografía, análisis de sangre). No fui porque yo no tengo tiempo para hacerme”.

⁴ Durante el trabajo de campo los responsables de las áreas locales de Adolescencia y/o Maternidad e Infancia-Salud Reproductiva reportaron interrupción de la provisión o falta de algunos métodos.

Al momento de la entrevista sus prioridades eran la atención de su hijo (esa semana tenía dos turnos programados en el Hospital Garrahan) y las tareas domésticas (“cuando tengo tiempo hago las cosas de la casa”). Otra entrevistada que se colocó el DIU también aludió a la dificultad que implica la realización de los estudios previos (“te tranca, no podés porque tenés que trabajar”).

Otro caso de demanda insatisfecha fue el de una adolescente que dejó las pastillas porque le caía “muy mal al estómago” y no consiguió que le prescribieran otro método. “Me he ido a la Unidad de Primeros Auxilios pero inyecciones me decían que no eran seguras, que no eran seguras”. No podemos saber si el profesional no acordaba con la entrega de ese método, si el método no estaba disponible o si se trató de un malentendido. En cualquier caso, la adolescente concurrió a un centro de salud y no recibió la cobertura anticonceptiva a la que tenía derecho.

Estas historias nos hablan, en primera persona, de las dificultades de accesibilidad y hacen más comprensible la aparente inconsistencia entre no querer tener hijos y usar métodos de manera asistemática.

Acerca del aborto

A quienes reportaron embarazos no buscados, les preguntamos en la encuesta si en algún momento habían considerado la posibilidad de interrumpirlo. Una proporción no desdeñable reportó que había considerado interrumpir el embarazo: 20% para el primer embarazo y 15% para el segundo. También abordamos la problemática en las entrevistas, las que nos dieron información acerca del contexto en el que se había considerado la posibilidad y acerca de los motivos por los cuales finalmente la interrupción del embarazo no se había producido⁵.

Algunas entrevistadas contaron que al conocer la noticia del embarazo habían pensado en abortar y otras que fueron sus parejas o sus padres quienes sugirieron esta alternativa. Las razones por las que finalmente no se concretó el aborto fueron de diversa naturaleza. Algunas adolescentes aludieron al temor que suscita decidir un procedimiento que, dadas las condiciones en las que se realiza, entraña riesgo para la vida. En otros relatos, se advierte con claridad la influencia de “otros significativos” que disuaden a la adolescente de llevar adelante su objetivo. En tercer lugar, algunas

⁵ Las entrevistadas reportaron sólo abortos espontáneos. Es posible que, dadas las restricciones legales y el estigma que pesan sobre la interrupción del embarazo, algunas entrevistadas hayan realizado abortos inducidos que no fueron mencionados.

decisiones se fundaron en convicciones religiosas o en una visión –compartida también por adolescentes que no habían tenido hijos- que iguala al feto con un bebé/víctima inocente. Estos motivos son muy similares a los expresados en entrevistas realizadas con adolescentes que habían sido madres antes de los 15 años (Binstock y Gogna, 2017), quienes hubieran calificado para una interrupción legal de embarazo, ya fuera por la causal violación (dos de los veinte casos analizados en ese estudio) o por la causal salud⁶, a la que no accedieron.

Natalia quedó embarazada a los 16 años y se dio cuenta enseguida porque tenía ciclos muy regulares. Sus palabras resumen los sentimientos experimentados por muchas entrevistadas frente a la noticia de un embarazo no buscado

“Me di cuenta y no le conté a nadie, a nadie, a nadie porque estaba asustada, no sabía qué decir... y ni él sabía, o sea ni el chico que estaba conmigo, no me animaba a contarle tampoco, de la vergüenza, el miedo, no sé, tantas cosas que me pasaban por la cabeza en ese momento...”

Natalia vivía con su papá y sus tres hermanos ya los padres se separaron cuando ella tenía cuatro años y la madre se había ido a vivir a otra ciudad. Ella ofició de “madre” de sus hermanos. El padre se dio cuenta de que estaba embarazada y fue la primera persona con quien ella pudo hablar de lo que le sucedía. El testimonio sugiere que él la hubiera ayudado para que abortara

“El me ha dicho ‘m’hija, por qué no me has contado, (...) así te hubiese ayudado. Ya es tarde, ya de cuánto está?’ ... Y ya estaba por entrar al cuarto mes (se ríe)...”

No obstante ella no estaba dispuesta a interrumpir el embarazo. Al preguntarle si lo había considerado, la negativa fue enfática

“Nooo... Yo tengo tres hijos y jamás en la vida se me cruzó... nunca... Y digo, ‘me ha gustado, me la banco, y aquí estoy, con los tres chicos’... Nunca, nunca pensé en sacármelo. Mi hermana una vez quedó embarazada y ella se sacó el bebé, de un mes y medio... Yo no iba a tener corazón ni valor para sacármelo”

Su postura es similar a la de María, quien tuvo un hijo a los 18 años de una relación con un varón seis años mayor. Él quiso que abortara pero María, que asiste a la iglesia evangélica, afirmó:

⁶ El embarazo y el parto antes de los 15 años son causa de mayor morbilidad perinatal y materna (ASUMEN, sf.).

“Yo tirar un hijo, le digo, no!. Compañeras me decían que me lo saque no ha faltado...No tiene la culpa. Culpa mía, de él, pero la criatura no tiene la culpa”

Luz quedó embarazada cuando estaba cursando el último año del secundario. Hacía seis meses que salía con Miguel. Ella sospechaba que estaba embarazada pero fue la madre la que se dio cuenta y la llevó a hacerse el análisis. Dice que en la casa no lo tomaron “nada bien”

“Mi mamá me retaba (...). Hasta me ha dicho que puedo ir a un médico...”

(Entrevistadora: ¿Para abortar?)

“Claro... no para abortar, ‘por ahí es tan poquito el tiempo que tienes de embarazo’ me dice ella... porque ella me controlaba todas las fechas, de mi menstruación, y como no me venía...”

Miguel, en cambio, desde un principio quería tener hijos con ella, “aún antes de saber cómo iba a ir la relación”. Su deseo de paternidad parece haber sido lo que inclinó la balanza en favor de la continuidad del embarazo.

Algo similar ocurrió en el segundo embarazo no buscado de Soledad (18 años), quien manifiesta que no había querido continuar con la gestación.

(Entrevistadora: ¿Cuál fue la reacción de tu pareja?)

“Él me decía que sí, yo le decía que no. Él quería otro. Yo le decía vamos a esperar que Alejandro sea más grande. Ahí ya me di por vencida. Ya está!”

Algo similar le sucedió a Audelina, quien tuvo un embarazo no deseado a los 17 años (y luego otro que reportó como buscado a los 19 años). Al primer embarazo ella estaba estudiando (cursaba tercer año) y trabajando. Su pareja, cinco años mayor, se puso “contento con la noticia” y finalmente se terminó imponiendo su opinión, aunque también influyó el hecho de que Audelina tenía clara conciencia del riesgo que implica un aborto en condiciones precarias.

“Él quiso y yo no quería. Por lo menos que él termine los estudios. No estaba preparada yo. Era muy chica. Sacarlo es muy arriesgado”

Atípica en nuestra muestra fue la reacción del marido de Daniela (18 años, dos embarazos no buscados). Cuando ella quedó embarazada tomando la minipíldora él le dijo: “decidilo vos, es tu cuerpo”. Ella averiguó para “interrumpirlo” pero finalmente pesó más la opinión de su madre, quien argumentó que si había podido con una iba a poder con dos y que contaría con la ayuda y el apoyo de sus padres.

Una única entrevistada (de origen rural, con primaria completa y cuatro hijos) se refirió a sus intentos de aborto

“Una vez me quería hacer la del perezil, ponerme sonda, pero no me animé. Nomás tomé yuyos. Y unas pastillas”

Su historia ilustra las vulneraciones de derechos que sufren muchas adolescentes y jóvenes pobres pero también la resiliencia. Asimismo destaca la importancia de que los profesionales de salud establezcan relaciones empáticas con las usuarias. Cecilia fue presionada a iniciarse sexualmente a los 14 años en el contexto de una salida a bailar. “Yo no sabía cómo cuidarme. No tenía conocimiento de cuándo, cómo, en qué momento. Por eso tuve tres (hijos)”. Al momento de la entrevista hacía cuatro meses que se había colocado el DIU

“Una enfermera que iba casa por casa me llevó a ponerme el DIU. Como que me inspiró confianza y me puse”

A modo de conclusiones

Este trabajo examina los distintos contextos en los que ocurre un embarazo temprano, a partir de la síntesis de resultados de una encuesta realizada en cuatro provincias, y de entrevistas en profundidad a adolescentes y jóvenes.

Los resultados que surgen de la encuesta indican que la mayoría de los embarazos que ocurren durante la adolescencia no son planeados lo que revela un uso no sistemático ni adecuado de anticoncepción. Un dato preocupante es que la proporción de embarazos no planificados es similar para el primer y para el segundo embarazo, lo que denota oportunidades perdidas de lograr una buena consejería y provisión de anticoncepción eficaz durante la asistencia de la adolescente en los cuidados pre y post natales.

El primer embarazo ocurre mayoritariamente en el contexto de relaciones de noviazgo (80%) –en general relaciones de corta duración, y en menor medida, de uniones consensuales (20%). Una vez ocurrido el embarazo, una proporción no desdeñable de quienes no convivían (6 de cada 10) pasa a convivir con su pareja ya sea solos o en el hogar familiar.

Asimismo, el embarazo en la adolescencia ocurre, en algo más de la mitad de los casos, cuando las jóvenes ya están fuera del sistema educativo. Y, de estar estudiando son pocas las que logran permanecer y completar los estudios.

El material cualitativo permitió ampliar la comprensión de las circunstancias en las que ocurren tanto los embarazos reportados como buscados como aquellos inoportunos o involuntarios. En ambos casos, los varones juegan un rol que aún no ha sido suficientemente estudiado y que, a nuestro juicio, debería ser explorado más

sistemáticamente. Ello contribuiría a “visibilizar” la temática de la paternidad en la adolescencia y generar abordajes específicos para la población masculina.

Resultó evidente que, especialmente para aquellas adolescentes que ya habían dejado la escuela al momento del embarazo, la maternidad –aunque no buscada- deviene en una alternativa aceptable o a la que la adolescente se “resigna” rápidamente. El aborto no aparece en estos relatos como una opción realista frente a un embarazo no buscado. Por una parte, las adolescentes de sectores vulnerables son conscientes del riesgo que interrumpir un embarazo conlleva para su vida y su salud. Por otra parte, la aceptación social del embarazo por parte de la pareja y el entorno familiar también incide sobre la posibilidad de llevar adelante una decisión que resulta difícil de tomar por la falta de recursos y, en algunos casos, por la condena religiosa o moral que pesa sobre ella.

Uno de los principales hallazgos del componente cualitativo son los obstáculos que han enfrentado las adolescentes en el acceso y uso de los métodos anticonceptivos. La voluntad de postergar o espaciar la maternidad se evidencia en los intentos por reemplazar métodos de control masculino por métodos de control femenino y/o por substituir métodos que presentan dificultades de uso (olvido o efectos secundarios en el caso de la píldora) por otros que brinden mayor comodidad y efectividad (inyectable, DIU). Dado el momento en el que realizamos el trabajo de campo (2012) y la edad de las entrevistadas (18-24 años), ninguna de ellas había tenido experiencia con el implante subdérmico, que se sumó a la canasta de métodos ofrecidos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a posteriori y, en principio, para adolescentes que ya habían tenido un hijo o habían tenido un aborto.

Las evidencias sugieren la necesidad de un abordaje integral para la prevención del embarazo no buscado. El programa de educación sexual integral es una herramienta fundamental para que las y los adolescentes puedan ejercer más plenamente sus derechos sexuales y reproductivos, incluidos el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente. En lo que hace al acceso a la anticoncepción es importante fortalecer y diversificar los espacios de consejería (escuela, efectores de salud, centros barriales, etc.). Asimismo resulta clave garantizar la disponibilidad de métodos de mediana y larga duración (inyectables, DIU, implante subdérmico) y de la anticoncepción hormonal de emergencia. Esto requiere la sensibilización y capacitación de equipos de salud y el armado de redes ya que algunos profesionales no están actualizados respecto de los criterios de elegibilidad, carecen de

experiencia o tienen temor de contraindicaciones o problemas con la colocación del DIU, etc.

Promover y fortalecer estas políticas públicas no deben hacernos olvidar que para modificar las conductas que llevan a un embarazo se requiere –como bien puntualiza Pantelides (2004)- de un contexto social que ofrezca a las y los jóvenes perspectivas de futuro y de proyectos que incentiven a postergar la maternidad/paternidad.

Bibliografía

AMADA, s.f. Eficacia de los métodos anticonceptivos

<http://www.amada.org.ar/images/eficacia.pdf>

ASUMEN (Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño). S.f. *Llegar tarde en los embarazos tempranos: una emergencia social* [Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/ASUMEN_Embarazo_temprano_enero_2012.pdf]

Berquó, E. et al, 2000. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*.

Brazil. Ministério da Saúde.

Binstock, G. y Gogna, M. (2014) Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En: Cavenaghi, S. y Cabella, W., editoras. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Serie e-Investigaciones. N° 3. Río de Janeiro: FNUAP - ALAP; p 167-185.

Binstock, G. y Gogna, M. (2017). Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años. UNICEF Argentina.

Greco, A. (2008). *Las voces acalladas en la maternidad: Los controles prenatales ausentes o inadecuados en la perspectiva de las mujeres de sectores populares*. Buenos Aires: CEDES/ FLACSO (Colección Tesis).

Pantelides, E. A. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En CELADE y Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?*. CELADE-UPX, Santiago de Chile, pp. 167-182.

Pantelides, E. A. Fernández, M. y Marconi, E. (2014). *Maternidad temprana en la Argentina. Las madres menores de 15 años*. Trabajo aceptado para su presentación en las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, Argentina- 16 al 18 de septiembre. Buenos Aires: CENEP- Ministerio de Salud.

Tara C. Jatlaoui, T., H. Riley and K. Curtis, “The safety of intrauterine devices among young women:

a systematic review” en: *Contraception* 95 (2017) 17-39. Elsevier.

Zamberlin, 2005. “Percepciones y conductas de las/os adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad” en: Gogna, M (comp.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES-UNICEF. Buenos Aires. pp:285-316

Zamberlin N. , Keller, V. , Rosner, M. y M. Gogna. “Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes de 14-20 años”. *Rev Argent Salud Pública*. 2017; Sep; 8(32):26-33.