

## ARTÍCULOS ORIGINALES

ADOPCIÓN Y ADHERENCIA AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
POSEVENTO OBSTÉTRICO EN ADOLESCENTES DE 14-20 AÑOS*Contraceptive Uptake and Adherence Post Obstetric Event among 14-20 Year-Old Adolescents*Nina Zamberlin<sup>1</sup>, Victoria Keller<sup>2</sup>, María Rosner<sup>3</sup>, Mónica Gogna<sup>4</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: La mayoría de las adolescentes que dan a luz cada año no planifican el embarazo. Otras optan por interrumpirlo, muchas veces en condiciones inseguras. OBJETIVOS: Caracterizar a la población de adolescentes que tienen un evento obstétrico y analizar cómo los diferentes contactos con el sistema de salud en torno al evento obstétrico inciden en la adopción y adherencia a métodos anticonceptivos (MAC). MÉTODOS: Se realizaron encuestas aplicadas a una muestra no representativa de adolescentes de 14 a 20 años, hospitalizadas por un parto o un aborto en instituciones públicas de Pilar (provincia de Buenos Aires), San Juan y Posadas, en tres ocasiones: antes del alta hospitalaria, a los 80 y a los 160 días posevento. RESULTADOS: Sólo 4 de cada 10 adolescentes egresaron de la internación con un MAC. El control posevento fue la instancia de mayor acceso aunque no siempre se obtuvo el método de preferencia. A los 160 días del evento obstétrico, 8 de cada 10 adolescentes usaban un MAC. Las fallas en la calidad y continuidad de uso detectadas indican que una alta proporción está expuesta al riesgo de un embarazo no buscado. CONCLUSIONES: Es fundamental aumentar la cobertura y calidad de la consejería anticonceptiva posaborto y posparto, para muchas la primera oportunidad de tener una discusión cara a cara sobre métodos con personal calificado. Se requiere diversificar la oferta para incluir los métodos de mediano (inyectables) y largo plazo (dispositivo intrauterino e implante subdérmico).

**PALABRAS CLAVE:** Anticoncepción; Adolescencia; Posaborto; Posparto

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: Most teenage girls giving birth every year do not plan their pregnancy. Others choose to interrupt it, often under unsafe conditions. OBJECTIVES: To describe the profile of adolescents who have an obstetric event and analyze how contacts with the health care system around the obstetric event influence contraceptive uptake and adherence. METHODS: Surveys were applied to a non-representative sample of postpartum or postabortion hospitalized teenage girls in public health institutions of Pilar, San Juan and Posadas before hospital discharge and 80 and 160 days after the obstetric event. RESULTS: Only 4 out of 10 adolescents left the hospital with a contraceptive method. Postpartum and postabortion care checkups were the moments of greater accessibility to contraception, though adolescents not always received the method of their choice. One hundred and sixty days after the obstetric event, 8 out of 10 adolescents were using a contraceptive method. Problems identified in the quality and continuity of use suggest a high proportion of them are exposed to unplanned pregnancies. CONCLUSIONS: Increasing the coverage and quality of contraceptive counseling in postabortion and postpartum adolescents is key, since this may be the first opportunity to discuss methods face to face with qualified personnel. A wide range of methods including medium (injectable) and long-acting methods (intrauterine devices and sub-dermal implants) should be offered.

**KEY WORDS:** Contraception; Adolescence; Postabortion; Postpartum

<sup>1</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar, Región Hemisferio Occidental.

<sup>2</sup> Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>3</sup> Unidad de Ministro, Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>4</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia" (categoría estudios colaborativos multicéntricos), otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 24 de mayo de 2017

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 10 de julio de 2017

**CORRESPONDENCIA A:** Nina Zamberlin

**Correo electrónico:** ninazamberlin@yahoo.com.ar

**Registro RENIS N° IS000318**

**INTRODUCCIÓN**

En Argentina la tasa de fecundidad es de 62,6 x 1000 en mujeres de 15 a 19 años y 1,6 x 1000 en las de 10 a 14 años. Del total de nacimientos, 14,7% son de madres adolescentes<sup>1</sup>. Existe evidencia que indica que una alta proporción de los embarazos en la adolescencia no son buscados. Según datos del Sistema Informático Perinatal para 2014, el 67,4% de las adolescentes que dieron a luz ese año no habían buscado el embarazo. Sin embargo, un 80,1% del total no utilizaba ningún método anticonceptivo (MAC)<sup>2</sup>.

Asimismo, la maternidad en la adolescencia es una experiencia que se repite para un número considerable de mujeres. Un quinto de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más<sup>1</sup>.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación

correspondientes a 2015, se registraron 8007 egresos hospitalarios por aborto en adolescentes en instituciones públicas de todo el país<sup>1</sup>. Esta cifra debe considerarse como un indicador indirecto de la ocurrencia del evento, ya que su registro presenta dificultades (hay períodos con jurisdicciones enteras que no informan sus datos y con otras donde la cobertura del sector oficial no es completa). Además, contabiliza sólo la ocupación de cama y no la atención por guardia, lo que deja fuera muchas situaciones de aborto que no presentan complicaciones y no requieren internación. Cabe aclarar que a partir de la creciente utilización del misoprostol, que redundará en una mayor seguridad, la atención de las mujeres que consultan por aborto en curso o aborto incompleto sin complicaciones puede manejarse por guardia sin internación. Esos casos no se registran en las estadísticas de egresos hospitalarios.

Estos datos evidencian que gran parte de las adolescentes que dan a luz cada año no planifican el embarazo, y que otras optan por interrumpirlo, muchas veces en condiciones inseguras. Asimismo, la repitencia del embarazo en la adolescencia revela intervalos intergenésicos inadecuados relacionados con morbilidad y mortalidad neonatal, infantil y materna<sup>3</sup>. Por otro lado, las adolescentes que tienen dos o más hijos en un plazo de cinco años presentan más probabilidades de estar fuera del sistema educativo y de vivir en situaciones de carencia económica<sup>4</sup>.

En este sentido, el acceso a los MAC en adolescentes constituye un tema crucial, máxime en las situaciones de posparto y posaborto. A partir de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003) se ha instalado la anticoncepción en las políticas públicas nacionales y provinciales, con la provisión y distribución de insumos garantizada en todo el país. No obstante, la disponibilidad de MAC no se traduce directamente en accesibilidad, adopción y uso correcto, y operan en esa relación una multiplicidad de factores individuales, socioculturales e institucionales.

Este estudio se propuso identificar, desde la perspectiva de las adolescentes hospitalizadas por parto o aborto, factores institucionales del sistema de salud que inciden en la adopción y adherencia a MAC posevento obstétrico (posparto y posaborto). Desde la lógica del aprovechamiento de oportunidades, el foco se centró en la oferta de información y entrega de MAC en los diferentes contactos con el sistema de salud a partir del evento obstétrico.

Tanto la atención del embarazo y el parto como la de un aborto implican diversos puntos de contacto entre el sistema de salud y la adolescente. En el caso del embarazo que llega a un parto, las instancias básicas de contacto incluyen el control prenatal, el parto, el control del bebé y el control puerperal. Cuando el evento obstétrico es un aborto incompleto o en curso (la muestra no incluyó los abortos no punibles, que se realizan de manera institucional, y se concentró en los abortos en curso o incompletos, que suelen ser producto de abortos inducidos por fuera del sistema de salud o abortos espontáneos), los puntos de contacto son la

atención posaborto, que suele incluir la evacuación uterina, y el control posterior a los siete días. Todas estas instancias constituyen espacios privilegiados para la consejería en anticoncepción y la entrega/colocación de MAC.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo basado en encuestas aplicadas en tres momentos diferentes a una muestra no representativa de adolescentes de 14 a 20 años, que estuvieron internadas por un parto o un aborto en el principal hospital o maternidad del sector público en Pilar, Provincia de Buenos Aires (Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner y Hospital Municipal Juan C. Sanguinetti), San Juan (Hospital Dr. Guillermo Rawson) y Posadas, Misiones (Hospital Dr. Ramón Madariaga y Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga).

La primera encuesta se aplicó antes del alta, y luego se realizaron dos visitas domiciliarias a los 80 y 160 días posevento en promedio. La muestra inicial se estableció en 100 casos por sitio, y se incluyó a todas las adolescentes ingresadas por evento obstétrico hasta completar ese cupo (que se superó levemente, ya que se completaron 312 encuestas). Los criterios de inclusión fueron: que la encuestada tuviera entre 14 y 20 años de edad, que hubiera sido hospitalizada por parto o aborto y que proporcionara su consentimiento informado para participar en el estudio, incluida la autorización para que se la visitara en domicilio. Se excluyó a las mujeres con embarazos producto de violación y a las que habían tenido un nacido muerto, así como a las que se encontraban en la unidad de cuidados intensivos. A su vez, en los seguimientos domiciliarios se excluyó a las adolescentes cuyos bebés habían fallecido en el lapso transcurrido entre el alta y el seguimiento.

Se obtuvo el consentimiento informado de las adolescentes antes de la entrevista inicial. En esa instancia se les solicitó autorización para contactarlas posteriormente en su domicilio. Para resguardar la confidencialidad, el domicilio se registró únicamente en un formulario aislado de la encuesta, y ambos se vincularon mediante un código.

Se desarrollaron seis instrumentos de recolección de datos: uno para cada uno de los tres momentos y para cada tipo de evento, con preguntas cerradas y abiertas. En la encuesta prealta se recogió información sobre el perfil sociodemográfico de las adolescentes y su historia reproductiva, así como la oferta de consejería y MAC durante la internación. Las encuestas domiciliarias se focalizaron en las instancias de contacto con el sistema de salud derivadas del evento obstétrico como oportunidades de acceso y adopción de MAC. En la última encuesta domiciliar se indagó en profundidad sobre el uso actual de MAC y, para las adolescentes que no usaban, cuáles eran los motivos.

El trabajo de campo se inició en el segundo semestre de 2013 y se completó en el primer semestre de 2014. El estudio contó con una coordinación local en cada sitio. El equipo de encuestadoras estuvo compuesto por trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, agentes sanitarias

y médicas. En San Juan y Pilar se montaron dispositivos *ad hoc* de articulación entre el hospital/maternidad y el equipo de encuestadoras, mientras que en Posadas se trabajó desde la "Oficina de referencia y contra-referencia" que lleva adelante una estrategia de seguimiento de mujeres embarazadas y niños/as.

El análisis se orientó a identificar en qué medida se aprovechan los puntos de contacto entre las adolescentes y el sistema de salud para propiciar la adopción y adherencia a los MAC, así como los obstáculos y facilitadores. En donde fue posible, los resultados se analizaron comparativamente en función del sitio y buscando contrastar entre posparto y posaborto, primigestas y multigestas y entre grupos de edad: 14-16 y 17-20.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Huésped.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 312 encuestas prealta, 275 de primer seguimiento domiciliario y 216 de segundo seguimiento domiciliario, distribuidas por jurisdicción y tipo de evento obstétrico. Las pérdidas se dieron en su mayoría por imposibilidad de contactar a la adolescente para las encuestas de seguimiento (domicilio inexacto o impreciso, mudanza, teléfono fuera de servicio) o por decisión del equipo local de no ingresar a ciertos barrios considerados inseguros (ver Tabla 1).

Las adolescentes encuestadas en el momento previo al alta (N=312) tenían en promedio 17,4 años, y un 70% de la muestra se ubicaba en la franja de 17 a 20 años (ver Tabla 2).

Con respecto al nivel educativo, el 75% contaba con secundario incompleto como máximo nivel alcanzado. La mitad de las encuestadas tenía 18 años o más, y sólo el 10% de ellas había completado la educación secundaria. Descontando a las que habían completado el secundario, un 52% no estudiaba al momento de quedar embarazada. Los motivos principales de no escolarización eran que la adolescente no

quería, no le gustaba o le resultaba difícil estudiar (47%), necesitaba o quería trabajar (21%) y tenía que atender a hijos/familia (11%).

La situación de pareja se indagó de distinta manera en cada submuestra. En la encuesta prealta, 9 de cada 10 adolescentes posparto tenían una relación de pareja con el papá de su bebé cuando habían quedado embarazadas, y cerca de la mitad de ellas ya convivía con él en ese momento. En Pilar se registró la mayor proporción de convivencia al momento del embarazo (51%), cifra que era menor en Posadas (40%) y San Juan (35%).

Al momento de la primera visita domiciliaria a las encuestadas posparto (N=217), 81% tenía una relación de pareja con el padre del bebé, 13% la había terminado y 6% decía no haber tenido ninguna relación. De las que estaban en pareja, un 64,5% convivía. La convivencia aumenta a partir de la ocurrencia del embarazo y/o el nacimiento, pasando de 50% a 80%. Este aumento es más marcado en Posadas, donde pasa de 40% a 70%.

En el grupo posaborto, 8 de cada 10 adolescentes tenía una relación de pareja/noviazgo al momento de la interrupción del embarazo. De ellas, un 30% convivía con la pareja.

En lo que respecta a la historia reproductiva, la edad promedio de la menarca era 12,2 años, con iniciación sexual a los 14,9 y primer embarazo a los 16,6. Para las que tenían un segundo embarazo, este ocurría en promedio un año después del primero (17,6 años).

El 21% de las encuestadas (67 casos) había tenido más de un embarazo. Entre ellas había 15 adolescentes con tres o más embarazos. En las multigestas, del conjunto de eventos obstétricos previos al último, un 40% eran abortos.

Siete de cada diez adolescentes dijeron que este embarazo no había sido buscado. La proporción era mayor entre las encuestadas posaborto (80%) que entre las posparto (60%), en las multigestas (70%) que en las primigestas (64%) y en las de 14 a 16 años (78%) que en las de 17 a 20 (59%).

Un tercio del total de encuestadas prealta estaba usando un MAC al momento de quedar embarazada, principalmente preservativos y anticonceptivos orales. De las que no usaban MAC (212), menos de la mitad (46%) señaló que buscaba el embarazo; esta proporción fue 7 veces mayor en el grupo posparto que en el grupo posaborto. Las que no usaban un MAC y no buscaban el embarazo (115) expresaron como motivos principales la imprevisibilidad de las relaciones sexuales (30%), la idea de que no se iban a embarazar (26%) y la oposición del varón a usar preservativo (15%).

En el grupo de las adolescentes que usaban un MAC y habían quedado embarazadas (N=100), un 74% refería

TABLA 1. Total de encuestas prealta por tipo de evento y sitio.

	Posparto	Posaborto	Total
San Juan	62	44	106
Misiones	93	11	104
Pilar	84	18	102
Total	239	73	312
Total de encuestas de primer seguimiento domiciliario por tipo de evento y sitio			
	Posparto	Posaborto	Total
San Juan	58	36	94
Misiones	83	6	89
Pilar	76	16	92
Total	217	58	275
Total de encuestas de segundo seguimiento domiciliario por tipo de evento y sitio			
	Posparto	Posaborto	Total
San Juan	58	36	94
Misiones	83	6	89
Pilar	76	16	92
Total	217	58	275

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2. Distribución de la muestra prealta según tipo de evento y grupo de edad

Edad	Total	Posparto	Posaborto
14-16	91 (29,2%)	66 (27,7%)	25 (34,2%)
17-20	220 (70,8%)	172 (72,3%)	48 (65,8%)
Total	311 (100%)	238 (100%)	73 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

un uso irregular, discontinuo o incorrecto del preservativo o los anticonceptivos orales. El preservativo lo utilizaban sólo a veces y/o no a lo largo de toda la relación (penetración sin preservativo previa a la eyaculación). El mal uso de las pastillas se vinculó con la toma no sistemática, los olvidos y la discontinuidad, a veces asociada a la percepción de efectos secundarios o al temor de experimentarlos, pero también como producto de una voluntad de cambiar de MAC, que se traducía en el abandono del actual sin una adopción simultánea de otro.

La casi totalidad (93%) de las 312 encuestadas prealta manifestó querer adoptar un MAC luego del evento obstétrico. Entre la minoría restante, el principal motivo para no querer fue no estar en pareja y/o estimar que no tendrían relaciones sexuales en el futuro inmediato.

De las que tenían intención de usar un MAC al momento del alta (N=289), un 15% aún no sabía qué MAC deseaba usar. La falta de una elección definida estaba más presente entre las más jóvenes que en las de mayor edad. Comparando por tipo de evento, la proporción sin una preferencia de MAC definida fue tres veces mayor en la muestra posaborto (31%) que en la muestra posparto (10%).

De las que tenían una elección definida (N=245), más de la mitad manifestó querer utilizar la píldora anticonceptiva (56%) y un cuarto elegía el dispositivo intrauterino (DIU). Los métodos menos elegidos fueron la inyección (15%) y el preservativo (6%).

La casi totalidad (98%) de las puérperas encuestadas tuvo al menos un control prenatal (sólo muestra posparto, N=239), y un 58% de ellas dijo que en algún momento se les habló de anticoncepción. Se observaron diferencias notables por jurisdicción: Posadas 80%, Pilar 60%, San Juan 47%. No es posible categorizar esta instancia como oferta de consejería, ya que simplemente se indagó sobre la mención de anticoncepción durante los controles prenatales.

Un 54% de las 312 encuestadas prealta recibió información sobre MAC durante la internación. Este porcentaje alcanzó el 90% en Posadas, mientras que en Pilar y San Juan se ubicó en torno al 40%. Al desagregar por evento obstétrico, en la muestra posparto la oferta de información sobre anticoncepción fue dos veces más frecuente (62%) que en la muestra posaborto (30%), a pesar de que en la atención posaborto hubo internaciones prolongadas: un 25% estuvo internada entre 25 y 48 horas, y un 38% más de 48 horas. La falta de consejería adecuada en las adolescentes con experiencias de aborto se evidenció también en la encuesta domiciliaria. Consultadas acerca de cuándo puede volver a quedar embarazada una mujer luego de un aborto si no usa un MAC, un 60% no sabía, y el resto ubicó la primera ovulación entre los 30 y 100 días posaborto. En ningún caso hubo respuestas que identificaran un plazo de alrededor de 15 días, que es cuando se estima que ocurre la ovulación luego de un aborto.

Respecto de la entrega de un MAC antes del alta, el 43% de las adolescentes encuestadas se habían ido con un MAC de la internación. Hubo marcadas diferencias entre jurisdicciones (Pilar 20%, San Juan 47%, Posadas 60%), pero, en

contraposición a lo ocurrido con la oferta de información, no se observó variación por tipo de evento.

La entrega de MAC previa al alta se limitó exclusivamente a anticonceptivos orales (73%) y preservativos (27%), tanto para la muestra posparto como posaborto.

Entre las adolescentes que no recibieron un MAC antes del alta (57%), sólo al 44% le indicaron dónde podía ir a solicitarlo luego de la externación. El restante 56% manifestó que no le habían indicado dónde obtenerlo.

Luego del egreso hospitalario, la siguiente instancia de contacto con el sistema de salud es el control posevento, realizado por el 90% de las adolescentes que habían tenido un parto y el 70% de las que habían tenido un aborto.

En el control puerperal, el 90% de las adolescentes recibió información sobre MAC, y a un 70% le entregaron un MAC en esa oportunidad, mayoritariamente la píldora anticonceptiva para lactancia (82%) y en segundo lugar preservativos (14%). En esta instancia se agregaron además el inyectable (8%) y el DIU (3%), aunque en proporciones mínimas. Pilar fue la jurisdicción donde se observó mayor variedad en la oferta de MAC y el único sitio que incorporó el DIU en el control puerperal. Allí, la oferta del DIU resultó del dispositivo ad hoc montado específicamente para este estudio, por el cual se referenciaba a las adolescentes posparto hacia un centro de atención primaria con un espacio diferenciado de atención integral para trabajar con una amplia oferta de MAC y facilitar el acceso a los de largo plazo. Por otro lado, Posadas fue la jurisdicción que menos diversidad de MAC presentó a lo largo del estudio.

Cabe destacar que un 20% de las adolescentes que recibieron anticoncepción oral y/o preservativos en el control puerperal hubiera preferido otro MAC, como el DIU o el inyectable.

En el primer seguimiento al grupo posparto (N=217) se indagó también sobre la instancia de control del bebé. Casi todas las adolescentes (90%) llevaron a su bebé a control luego del alta, y un 44% de ellas dijo que en ese momento el equipo de salud le habló de anticoncepción.

En el primer seguimiento al grupo posaborto (N=54), el 70% de las encuestadas realizó un control, en promedio, 24 días posalta, lo que excede en más de una semana el tiempo en el que se estima que ocurre la ovulación luego de un aborto (15 días). A 7 de cada 10 les entregaron un MAC en ese momento, principalmente pastillas (83%), inyectables (17%) y preservativos (17%). En algunos casos se entregaron preservativos además del método hormonal. Cabe señalar que no se registró ninguna colocación de DIU en la muestra posaborto durante el control médico posevento.

Al momento de la primera visita domiciliaria (80 días posevento en promedio), el 75% de las encuestadas había tenido relaciones sexuales luego del evento obstétrico. Seis de cada diez habían vuelto a menstruar, con una proporción obviamente mayor en la muestra posaborto (97%) que en la posparto (49%).

El 80% usaba un MAC, con variaciones entre sitios: Posadas 93%, Pilar 80% y San Juan 68%. Distinguiendo por tipo de



evento, las usuarias de MAC eran 81% en el grupo posparto y 77% en el grupo posaborto.

En general, el 20% que no estaba usando un MAC señaló que no lo hacía por no tener pareja (60%) o por algún tipo de demora en el acceso al MAC en el sistema de salud, como falta de turno o falta de disponibilidad de MAC (27%), entre otros motivos.

Para la mayoría, el tipo de MAC en uso en la primera visita domiciliaria guardaba sintonía con el obtenido prealta: anticoncepción oral (74%) y preservativo (26%). Se sumaban en esta instancia pequeñas proporciones de inyectable (8%) y DIU (3%), este último sólo en adolescentes de la muestra posparto. Por otro lado, se observó que 39% de las usuarias de anticoncepción oral para la lactancia no estaban dando lactancia exclusiva, lo cual incide negativamente en la efectividad de ese método. La proporción fue similar en la segunda visita domiciliaria (36%), momento en que la efectividad se ve aún más comprometida si no se cumple la lactancia exclusiva.

Si bien el MAC usado en la primera visita domiciliaria no era en muchos casos la opción preferida, la gran mayoría (8 de cada 10) no reportó dificultades en su utilización. Un 10% dijo que había tenido dificultades, y un 10% deseaba cambiar de MAC.

Al momento de la segunda encuesta domiciliaria (160 días posevento en promedio), no hubo variación respecto de la primera visita: un 83% de las adolescentes usaba un MAC (desagregado por tipo de evento, un 85% de las que habían tenido un parto y un 75% de las que habían tenido un aborto).

Un cuarto de estas adolescentes cambió de MAC en el período entre visitas domiciliarias. El cambio fue por lo general al método reportado en la intención de uso prealta e implicó menos píldora (64%) y preservativo (19%), y más inyectable (9%) y DIU (12%). El uso de DIU se concentró en Pilar y abarcó únicamente a adolescentes posparto del grupo de mayor edad (17-20).

Ocho de cada diez adolescentes estaban utilizando un MAC cinco meses después del evento obstétrico, pero cuando se indagó en profundidad acerca de la modalidad actual, surgieron situaciones que denotaban una posible exposición al riesgo de embarazo. El 64% de las adolescentes que estaban tomando el anticonceptivo de lactancia ya no amamantaban en forma exclusiva. En segundo lugar, entre las usuarias de anticoncepción oral (regular y de lactancia) se identificaron olvidos en la toma diaria sin acciones específicas para compensarlos. En tercer lugar, un 64% de las usuarias de preservativo dijeron que lo utilizaban de manera irregular (a veces sí y a veces no). Por último, una pequeña proporción de adolescentes había discontinuado el MAC que usaba en la primera visita domiciliaria con la idea de colocarse un DIU, pero no había hecho esto todavía (ver Gráfico 1).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten trazar el perfil de un conjunto de adolescentes que tuvo un embarazo y que,

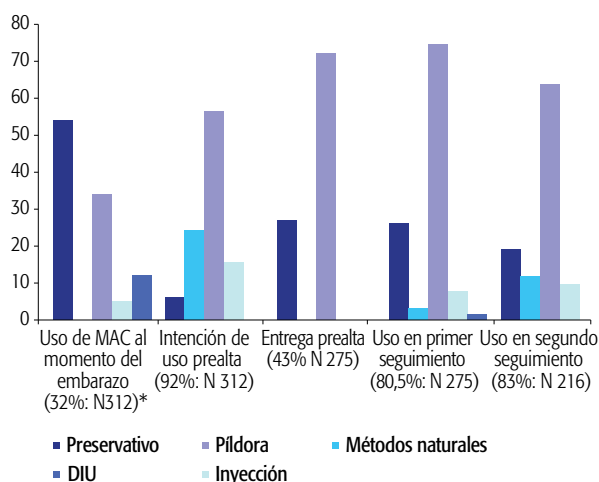
en líneas generales, en particular para la muestra posparto, guarda amplia consonancia con lo reportado por estudios locales similares<sup>5</sup>. Esta investigación suma la mirada sobre las adolescentes posaborto, que no han sido estudiadas en la misma medida que las que tuvieron un parto, y también sobre las de 14 años, que por lo general han quedado excluidas de los estudios existentes, que se basan en muestras a partir de los 15 años.

Un elemento destacable del perfil de esta muestra de adolescentes con un embarazo es la trayectoria educativa. Se trata, en general, de adolescentes con escolaridad truncada en el nivel secundario o con rezago respecto del nivel esperado para su edad. Al momento de la ocurrencia del embarazo, más de la mitad no estaba escolarizada, rasgo que se acentúa entre las de mayor edad. Los principales motivos de abandono se ubican en torno a posiciones de desmotivación o frustración con la escuela.

La gran mayoría de los embarazos se dan en el marco de relaciones de noviazgo/pareja, con una considerable proporción de convivencia, situación que aumenta en el grupo posparto a raíz del embarazo. La consejería y oferta de MAC se debe enmarcar en estos contextos, donde cabe esperar una alta frecuencia de relaciones sexuales.

La mitad de las adolescentes que tuvieron un parto y el 70% de las que tuvieron un aborto no querían quedar embarazadas, pero no utilizaban un MAC para evitarlo, principalmente porque no esperaban tener relaciones sexuales en ese momento o creían que no podían quedar embarazadas. Estos motivos, coincidentes con los de estudios previos<sup>5-8</sup>, revelan vacíos de información, pero también de contextos sociales en los que prima la ausencia de proyectos alternativos a la maternidad, así como de relaciones de género que no propician conductas preventivas eficaces (más de la mitad convivía con su pareja al momento del embarazo).

**GRÁFICO 1.** Distribución según tipo de MAC en momentos estudiados: uso al momento del embarazo, intención de uso prealta, entrega prealta y uso en primer y segundo seguimiento domiciliario, en %.



\* Hay variación de N por la pérdida de casos en los seguimientos. Se designa N y porcentaje correspondiente al que se hace referencia en cada uno de los momentos.

Fuente: Elaboración propia

Al comparar los MAC de elección posevento con los usados anteriormente, se observa una tendencia ya identificada en otras investigaciones: una importante caída en la intención de uso del preservativo y el aumento de la preferencia de MAC de uso femenino de alta efectividad y coito-independientes<sup>5-8</sup>. El análisis diferenciado por tipo de evento muestra que las adolescentes que atraviesan un aborto reciben menos información durante la internación que las púerperas y que el acceso a la anticoncepción posaborto no es oportuno, ya que los controles se realizan en general con posterioridad al momento en que se recupera la fertilidad.

Adicionalmente, las que pasan por un aborto son quienes menos acceden a los métodos de largo plazo. Esto revela una calidad de atención diferencial con mayores déficits en las mujeres posaborto, así como circuitos institucionales focalizados únicamente en las adolescentes madres que podrían vincularse a los prejuicios y discriminación que aún genera la práctica del aborto entre algunos profesionales de salud<sup>9-11</sup>.

Transcurrido un promedio de 80 días posevento, un 80% de las adolescentes está usando un MAC moderno. Este es sin duda un dato alentador. No obstante, al indagar sobre la calidad de la utilización, se observa que en una alta proporción de adolescentes el uso no es correcto ni sistemático, con el consecuente riesgo de embarazo.

Al contrastar el tipo de MAC que las adolescentes quisieran adoptar posevento con el que efectivamente están utilizando al momento del segundo seguimiento, se observa una brecha importante. Resulta evidente que muchas adolescentes no acceden al MAC de su elección, principalmente las que optaron por el DIU.

Muchas adolescentes llegan al embarazo por fracaso en el uso correcto y sostenido del preservativo y los anticonceptivos orales y, luego del parto/aborto, se les vuelven a indicar esos mismos métodos. Sin desestimar la importancia del preservativo por su doble protección, una mayor oferta de DIU, tal como demandan las adolescentes, en el marco de una consejería integral podría garantizar mejores resultados a futuro (máxime si se tiene en cuenta que luego del embarazo aumenta la convivencia con la pareja y, por lo tanto, hay mayor frecuencia de relaciones sexuales).

Los métodos de largo plazo son los grandes ausentes en el recorrido de las adolescentes estudiadas, tanto antes como después del embarazo, incluso en las multigestas. Esta realidad refleja que desde el sistema de salud hay actitudes refractarias a ofrecer y proveer métodos de largo plazo a adolescentes, que seguramente se anclan en nociones desactualizadas sobre el DIU.

Los resultados de este estudio revelan que la anticoncepción no recibe suficiente prioridad y que múltiples puntos de contacto con adolescentes en su recorrido durante el embarazo y la atención del parto o aborto podrían optimizarse para brindar consejería y facilitar el acceso ágil y oportuno al MAC de elección.

Si bien los datos no provienen de una muestra repre-

sentativa, las diferencias observadas entre jurisdicciones son útiles para orientar acciones: en algunos casos resulta prioritario mejorar la accesibilidad oportuna, mientras que en otros se trata fundamentalmente de adecuar la oferta a las expectativas y necesidades de las adolescentes.

Como ya se señaló, la instancia de la internación es una oportunidad perdida, especialmente con las adolescentes posaborto, que necesitan acceso inmediato a anticoncepción y para quienes la adopción en el control posaborto suele ser a destiempo, es decir, posterior al tiempo en que se estima la primera ovulación posaborto. En el marco del posparto, el alta conjunta se ha considerado tradicionalmente un espacio privilegiado para ofrecer consejería en anticoncepción y entregar MAC, pero no se aprovecha a pleno. A esto se suma que los temas cubiertos en el alta conjunta son diversos, y la anticoncepción suele quedar relegada a un segundo plano luego de la lactancia y los controles y cuidados del bebé. Además, no se suele incluir al varón, y la situación físico-emocional vinculada a la reciente maternidad puede no generar las condiciones óptimas para asimilar toda la información. Tal vez el espacio del alta conjunta no sea el más adecuado ni oportuno para realizar una consejería integral en prevención del embarazo desde punto cero, sino que más bien puede ser la oportunidad para reforzar y profundizar conceptos previamente presentados y elaborados. Cabe resaltar aquí el potencial poco aprovechado del control prenatal que, por su alta realización y la periodicidad de las visitas, constituye un espacio más adecuado para informar y orientar en la elección anticipada de un MAC. Experiencias de otros países muestran los buenos resultados que se pueden obtener cuando la consejería se brinda durante los controles prenatales y la elección del MAC es previa al parto<sup>12</sup>.

## RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Garantizando la continuidad en el suministro, ampliando la oferta para incluir los métodos de largo plazo (el DIU y el recientemente incorporado implante subdérmico) y los de mediano plazo (inyectables), incrementando el alcance de la consejería y mejorando su calidad, se favorecería el acceso de las adolescentes a una anticoncepción eficaz. Esto no supone cambios radicales en los programas en ejecución, aunque requiere revisar y modificar actitudes, creencias y prácticas de los/as profesionales. Respecto de la consejería anticonceptiva, sería importante que abordara las cuestiones identificadas como dudas o problemas en las visitas domiciliarias (por ejemplo, la eficacia de la anticoncepción de lactancia si esta no es exclusiva, qué hacer frente al olvido de la toma diaria, etc.). La experiencia obtenida en estas visitas sugiere la necesidad de que, además de proveer información en un lenguaje accesible, se aborden las expectativas, motivaciones y experiencias de las adolescentes respecto de los MAC. Si se incluyera información sobre los métodos de largo plazo, la demanda podría contribuir a consolidar una oferta más diversificada. Por último, las visitas domiciliarias deberían ser consideradas como una alternativa en el caso

de aquellas jóvenes que no realizan los controles posevento, particularmente las adolescentes posaborto, que exhiben mayor vulnerabilidad (hacen controles y adoptan un método en menor proporción que las posparto). La experiencia internacional indica que es una estrategia fructífera para aumentar las habilidades de las adolescentes para prevenir embarazos<sup>13-15</sup>. Debe considerarse también el recurso de las nuevas tecnologías de comunicación, en especial la telefonía celular y los sistemas de mensajes.

#### **RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Las instancias de formación de grado y posgrado deben incluir los derechos sexuales y reproductivos, su especificidad en la población adolescente, los criterios médicos de elegibilidad para el uso de MAC de la Organización Mundial de la Salud y los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación para la atención de adolescentes y para las prestaciones de salud sexual<sup>16-20</sup>. Es fundamental que las autoridades sanitarias y las sociedades científicas promuevan la consejería anticonceptiva posaborto y posparto, que puede ser para muchas adolescentes la primera oportunidad de tener una discusión cara a cara sobre anticoncepción con personal calificado<sup>21</sup>. Asimismo, es clave que se difundan y avalen las recomendaciones nacionales e internacionales

que establecen que el DIU es un método seguro y altamente efectivo para todas las mujeres, incluidas las adolescentes<sup>22,23</sup>.

#### **RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD**

La investigación plantea interrogantes para futuros trabajos. Entre ellos: ¿Qué expectativas y opiniones tienen las adolescentes acerca de las consejerías posevento obstétrico? ¿Qué factores de los equipos de salud funcionan como facilitadores u obstaculizadores de la oferta de consejerías? ¿Cuáles son las opiniones y actitudes de las adolescentes respecto de los métodos de mediano y largo plazo? ¿Cuál es el perfil de los profesionales que ofrecen y brindan métodos de largo plazo? ¿Cómo incide el estatus legal de la interrupción del embarazo en la realización (o no) de la consejería posaborto? ¿Qué criterios la guían y qué mensajes se transmiten? ¿Cómo ha variado la anticoncepción posevento en las localidades estudiadas a partir de la incorporación del implante subdérmico a la canasta de métodos que provee el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable?

#### **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras agradecen la valiosa participación de Sandra Merino, Patricia Villabrille, Margarita Román, Fernando Zingman, Inés Pérez, Mariana Vázquez; e Ignacio Drake en el trabajo de campo y procesamiento de datos

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Zamberlin N, Keller V, Rosner M, Gogna M. 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.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> O Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años - Año 2015. *Boletín N° 155. Dirección de Estadísticas e Información de Salud*. Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
- <sup>2</sup> Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. *Ministerio de Salud de la Nación*: 2016. [Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000890cnt-Atencion-en-espacios-amigables.pdf>] [Último acceso: 27/10/2017].
- <sup>3</sup> Conde-Agudelo A, Belizán JM. Maternal Morbidity and Mortality Associated with Interpregnancy Interval: Cross Sectional Study. *British Medical Journal*. 2000;321(7271):1255-1259.
- <sup>4</sup> Brindis CD, Llewelyn L, Marie K, Blum M, Biggs A, Maternowska C. Meeting the Reproductive Health Care Needs of Adolescents: California's Family Planning Access, Care, and Treatment Program. *J Adolesc Health*. 2003;32(6 Supl.):79-90.
- <sup>5</sup> Gogna M, Fernández S, Zamberlin N. Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas. En: Gogna M (editora). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES; 2005.
- <sup>6</sup> Ferreira Borges Teixeira AM, et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos da Saúde Pública*. 2006;22(7):1385-1396.
- <sup>7</sup> Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, Bankole A, Darabi L. Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy. Nueva York: *Guttmacher Institute*; 2007.
- <sup>8</sup> Binstock G, Gogna M. Entornos del primer y segundo embarazo en la Argentina. En: Cavenaghi S, Cabella W (editoras). *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones N° 3*. Río de Janeiro: FNUAP-ALAP; 2014.
- <sup>9</sup> de Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Chapel Hill, Carolina del Norte: *Ipas*; 2003.
- <sup>10</sup> Reporte de Derechos Humanos: Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva. Rosario. *INSGENAR/CLADEM*; 2003.
- <sup>11</sup> González de León-Aguirre D, Billings D, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública México*. 2008;50(3):258-267.
- <sup>12</sup> Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. Postpartum Contraceptive Use among Adolescent Mothers in Seven States. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(3):278-83.
- <sup>13</sup> Aracena M, et al. Home Visits to Mothers with Children between the Ages 0 to 4 Years: A Mental Health Intervention Strategy in Emerging Countries. *Essential Notes in Psychiatry*. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2001.
- <sup>14</sup> Black MM, Bentley ME, Papas MA, Oberlander S, Teti LO, McNary S, et al. Delaying Second Births among Adolescent Mothers: A Randomized, Controlled Trial of a Home-Based Mentoring Program. *Pediatrics*. 2006;118(4):1087-1099.
- <sup>15</sup> Melnick A, et al. The Influence of Nurse Home Visits, Including Provision of 3 Months of Contraceptives and Contraceptive Counseling, on Perceived Barriers to Contraceptive Use and Contraceptive Use Self-Efficacy. *Women's Health Issues*. 2008;18:471-481.
- <sup>16</sup> Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, SAP. *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Ministerio de Salud de la Nación; 2011. [Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000890cnt-Atencion-en-espacios-amigables.pdf>] [Último acceso: 27/10/2017]
- <sup>17</sup> Ministerio de Salud de la Nación. *Métodos anticonceptivos: Guía para profesionales de la salud* - 2da Edición; 2014 [Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-Guia\\_practica\\_metodos\\_anticonceptivos\\_2014.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-Guia_practica_metodos_anticonceptivos_2014.pdf)] [Último acceso: 27/10/2017]
- <sup>18</sup> Ministerio de Salud de la Nación. *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*; 2014. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>] [Último acceso: 27/10/2017]
- <sup>19</sup> Ministerio de Salud de la Nación. *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación*; 2010. [[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria\\_en\\_SaludSexual\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria_en_SaludSexual_web.pdf)] [Último acceso: 27/10/2017]
- <sup>20</sup> Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal de embarazo* - 2da Edición; 2015. [[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_oc-tubre%202016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_oc-tubre%202016.pdf)] [Último acceso: 27/10/2017]
- <sup>21</sup> Chandra-Mouli V, et al. Contraception for Adolescents in Low and Middle Income Countries: Needs, Barriers, and Access. *Reproductive Health*; 2014. [Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/1>] [Último acceso: 29/09/2017]
- <sup>22</sup> Roberts H, Silva M, Xu S. Post Abortion Contraception and its Effect on Repeat Abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*. 2010;82:260-265.
- <sup>23</sup> Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France. *Journal of Adolescent Health*. 2012;50(4):389-394.