

Características de embarazadas asistidas en centros de salud de Salta – Capital, Argentina

Characteristics of pregnant women assisted in health centers of Salta city, Argentina

Nelly Beatriz Contreras¹, Meri Mayorga², María Florencia Borelli³, Sara María de la Vega⁴,
María Inmaculada Passamai⁵

Correspondencia: María Florencia Borelli, Facultad de Ciencias de la Salud e Instituto de Investigaciones en Evaluación Nutricional de Poblaciones (IENPo). Universidad Nacional de Salta. Avenida Bolivia 5150, Campo Castañares. Argentina. Código Postal 4400. Teléfono (+549) 387 4258637, Fax (+549) 387 4255456. Correo electrónico: mflorelli@yahoo.com.ar

Instituciones donde se realizó la investigación: Facultad de Ciencias de la Salud e Instituto de Investigaciones en Evaluación Nutricional de Poblaciones (IENPo). Universidad Nacional de Salta. Argentina.

Fecha de recepción: 10 de Abril de 2017. **Fecha de aceptación:** 12 de Diciembre de 2017.

Resumen

Introducción: El embarazo es un proceso fisiológico de vulnerabilidad. El control prenatal debe ser integral, que tenga en cuenta necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las embarazadas y no limitarse al cuidado biológico. Son escasos los antecedentes locales que describan variables psicosociales y ambientales que pueden afectar el período de gestación. **Objetivo:** describir características bio-psico-sociales, demográficas y ambientales de embarazadas asistidas en centros de salud dependientes del primer nivel de atención de Salta-Capital. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en 302 embarazadas atendidas en centros de salud. Se incluyó una muestra no probabilística de casos consecutivos. Se realizaron el proceso de consentimiento informado, las entrevistas, y la revisión de historias clínicas entre 2013 y 2016. **Resultados:** El 17% cursaban primer trimestre, siendo adolescentes un 23,2%. El porcentaje de bajo peso, sobrepeso/obesidad y edades en riesgo fue de 11,3%, 27%, y 31,8%, respectivamente. El 61,22% de embarazadas adolescentes y el 43,75% de embarazadas mayores a 35 años tenían un nivel educativo inadecuado según su edad. El 67,5% no trabajaba y el 56,9% no realizaba actividades recreativas. El 59% planificó el embarazo. El 17,6% cursaba sin pareja el embarazo, con apoyo emocional, instrumental y cognitivo de familiares, amigos/vecinos e instituciones de salud. El 45% estuvo expuesta a contaminantes ambientales y el 25% no contaban con red de agua domiciliaria. **Conclusiones:** Las condiciones socio-sanitarias y ambientales, el apoyo del entorno familiar, social y de redes formales comunitarias son determinantes de la salud de individuos y de embarazadas, por lo que deberían detectarse y estudiarse en forma precoz.

Palabras claves: Mujeres embarazadas; atención prenatal; centros de salud; factores de riesgo.

Abstract

Introduction: Pregnancy is a physiological process of vulnerability. Prenatal control must be comprehensive, considering intellectual, emotional, social and cultural needs of pregnant women and not limited to biological care. There are few local antecedents that describe psychosocial and environmental variables that may affect the gestation period. **Objective:** To describe the psycho-social, demographic and environmental characteristics of pregnant women attending health care centers dependent on the primary health care level of Salta city. **Methodology:** a cross-sectional, descriptive study was conducted/performed with 302 pregnant women attended in healthcare centers. A non-probabilistic sample of consecutive cases was included. The informed consent process, interviews, and review of medical records were carried out between 2013 and 2016. **Results:** 17% were in the first trimester, 23.2% were adolescents. The percentage of underweight, overweight/obese, extreme ages was 11.3%, 27%, and 31.8%, respectively. 61.22% of pregnant adolescents and 43.75% of pregnant women over 35 had an inadequate education level according to their age. 67.5% did not work and 56.9% did not engage in recreational activities. 59% planned their pregnancy. 17.6% lived without a partner, with emotional, instrumental and cognitive support from their family, friends / neighbors and health institutions. 45% were exposed to environmental pollutants and 25% did not have home water supply network. **Conclusions:** Socio-sanitary and environmental conditions, support from the family, social environment and formal community networks are determinants of the health of individuals and pregnant women, so they should be detected and studied early.

Key words: Pregnant women; prenatal care; health centers; risk factors.

Citación: Contreras NB, Mayorga M, Borelli MF, De la Vega SM, Passamai MI. Características de embarazadas asistidas en centros de salud de Salta – Capital, Argentina. Rev. Fac. Cienc. Salud UDES. 2018;5(1): 14-18. <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v5i1.102>

¹ Licenciada En Nutrición, Especialista en Salud Pública. Profesora Universitaria en Nutrición, Profesora Adjunta, Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.

² Licenciada en Nutrición, Especialista en Administración de Servicios y Empresas de Alimentación. Profesora Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.

³ Licenciada en Nutrición, Máster en Nutrición Humana. Profesora Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional De Salta

⁴ Bioquímica. Especialista en Salud Pública. Jefa de trabajos prácticos, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.

⁵ Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Profesora Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina

Introducción

El embarazo es un proceso fisiológico vulnerable desde lo biológico, psicológico y social para la mujer. Los factores de riesgo durante la gestación aumentarían la probabilidad que la gestante pueda presentar síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, diabetes, hipertensión y depresión entre otras enfermedades (1).

En 2011 el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) propone la atención de la madre y el recién nacido en un marco de atención continua, profundizando el enfoque de derecho y la atención integral de la mujer a lo largo de su edad reproductiva (2).

En Argentina en 2013, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DiNaMI) (3), manifestó que el control prenatal debe ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades emocionales, intelectuales, culturales y sociales de las embarazadas, sus hijos y sus familias, y no solamente el mero cuidado biológico.

De a poco los equipos de salud de atención primaria están considerando un enfoque centrado en la familia en la atención prenatal, incorporando información inherente a aspectos relacionales, mecanismos de afrontamiento frente a la enfermedad, estrés familiar y presencia de redes de apoyo con que cuenta la gestante (4).

Salta, provincia ubicada en el noroeste de la República Argentina, organiza su sistema de salud en cuatro regiones sanitarias (Norte, Sur, Centro y Oeste), con redes de atención de diferente complejidad. La ciudad de Salta Capital conforma la región sanitaria Centro, y se dividía hasta 2016 en 5 nodos, con 52 centros de salud y 2 puestos sanitarios, dependientes de la Dirección General de Primer Nivel de Atención (DGPNA) del Ministerio de Salud Pública (MSP) (5, 6). Las embarazadas ingresan al sistema de salud por medio de este nivel de atención, en forma ambulatoria y programada para ser asistidas por el equipo de salud.

Algunas características de las gestantes están condensadas en bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) disponible en el Hospital Público Materno Infantil, donde se asisten la mayoría de los partos del sistema público de salud, con escasa difusión de las mismas. En 2014 se publicó un estudio referente a dicha caracterización en comparación con poblaciones del interior de la provincia (5). Otros antecedentes que abordaron características maternas lo hicieron en relación con el recién nacido (7), estudiando variables biológicas y sociales de la madre (8, 9), estado nutricional pregestacional y resultado del embarazo (10), y características biológicas, sociales y seguridad alimentaria de la embarazada (11). Los aspectos psicosociales durante la gestación se abordaron tanto en mujeres adultas como adolescentes, no siendo aspectos estudiados en Salta. (12-15).

Tampoco es frecuente encontrar información referida a la exposición a contaminantes ambientales de gestantes, un estudio reciente en la zona del gran Buenos Aires aborda esta problemática en mujeres embarazadas y sus hijos (16).

Ante los escasos antecedentes locales publicados que describan variables psicosociales y ambientales, y no sólo las biológicas preconcepcionales y concepcionales, este grupo de investigación tuvo por objetivo estudiar y describir la presencia de características biológicas, demográficas, psicosociales y ambientales presentes en gestantes controladas en Centros de Salud dependientes de la DGPNA de Salta-Capital.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal, de tipo descriptivo.

Población de estudio

Se entrevistaron a embarazadas que asistieron a consulta en 8 Centros de Salud, correspondientes a 4 de los 5 nodos (Área Operativa XLV Salta Capital, DGPNA), y que aceptaron participar, previa firma de consentimiento informado. En cada centro se permaneció durante 3 semanas, entre los años 2013 a 2016. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Se capturaron 332 embarazadas, con una tasa de respuesta al estudio del 91%; excluyendo a aquellas gestantes que no aceptaron participar del estudio, las que cursaban embarazos gemelares, y aquellas con diagnóstico de diabetes gestacional, preeclampsia o eclampsia. El grupo incluido en el estudio quedó constituido por 302 embarazadas.

Procedimiento

Los datos se recolectaron de fuentes secundarias (historias clínicas/carné prenatal), y primaria de entrevistas a las mujeres en el momento en que asistieron a su control prenatal. Los formularios de entrevistas se confeccionaron especialmente para esta investigación, indagando sobre características biológicas, demográficas, psicosociales y ambientales. Las dimensiones y sus variables estudiadas se presentan a continuación:

1.- Dimensión Biológica: Trimestre de gestación, estado nutricional por antropometría (IMC/Edad gestacional para embarazadas \geq a 19 años utilizando gráficas de Calvo y cols. (3), e IMC/edad según OMS para adolescentes).

2.- Dimensión Demográfica: grupo de edad (\leq 19 años: adolescentes, 20 a 34 años: adultas, \geq 35 años: añosas), situación laboral (tipo de trabajo, horas trabajadas), horas destinadas a tareas domésticas y recreativas, nivel de educación según años cursados en el máximo nivel alcanzado del sistema educativo formal del país de acuerdo con la edad de la embarazada (adecuado e inadecuado), situación conyugal de pareja (convivencia con la pareja, compañero o

no, sin tener en cuenta si la mujer está unida con el padre biológico del niño) (17); tipo de familia con quien vive.

3.- Dimensión Psicosocial: Planificación del embarazo, emociones actuales relacionadas al embarazo, presencia y tipo de apoyo social percibido, fuente de apoyo percibido (núcleo familiar de primer y segundo grado, redes informales: vecinos/amigos y redes formales: instituciones). El apoyo social percibido de redes formales e informales se dicotomizó en apoyo percibido y no percibido. El tipo de apoyo en el presente estudios se consideró como:

- a) Apoyo Emocional: sentirse estimada, aceptada, querida y tomada en cuenta, sentir confianza en que la pueden ayudar.
- b) Apoyo Instrumental: se refiere a brindar ayuda financiera, recursos materiales, ayuda en tareas y servicios.
- c) Apoyo cognitivo: información o conocimientos que ayudan a las personas a definir, entender y poder enfrentarse a problemas (13, 18).

4.- Dimensión Ambiental: exposición a contaminantes: tipos y servicios (agua potable domiciliaria y disposición de excretas).

Análisis estadístico

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos usando el programa SPSS v.15 y se realizó análisis univariado, presentando la información por medio de frecuencias absolutas y relativas, medidas de resumen y de dispersión, utilizando presentación textual, tabular o gráfica.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta y la DPGNA de MSP de la Provincia de Salta. Además, todo el protocolo se desarrolló cumpliendo con la Declaración de Helsinki. Cada embarazada fue informada acerca del estudio, firmando voluntariamente un consentimiento informado para participar de la investigación. Cabe aclarar que en las adolescentes que participaron del estudio, el consentimiento fue firmado por la madre o tutor.

Resultados

Terapéutica médica implementada.

Dimensión biológica

El 17,2% (n=52) de las mujeres se encontraba cursando el primer trimestre de gestación, un 42,7% (n=129) el segundo y un 40,1% (n=121) el tercero. En su mayoría presentaron un estado nutricional según edad gestacional normal (61,8%), el 22,3% tenía sobrepeso, un 4,7% obesidad, y un 11,3% bajo peso.

Dimensión demográfica

El rango de edad de las embarazadas estudiadas fue de 32 años (mínimo 14 y máximo 46 años). Un 31,8% (n=96) tuvieron edades extremas (adolescentes y añosas),

consideradas edades de alto y mediano riesgo respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Embarazadas según grupo de edad. Centros de Salud. Salta Capital- 2013-2016

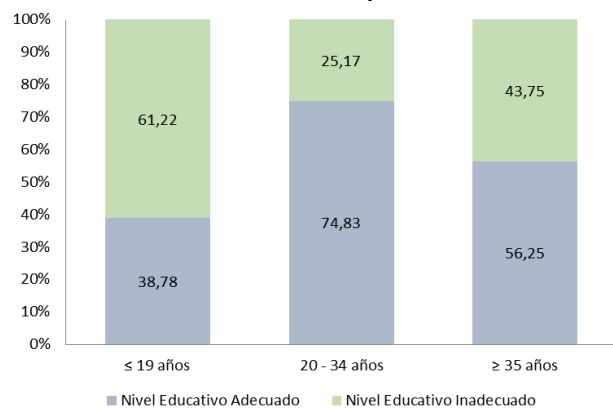
Grupo de edad	n	%
≤ 19 años Adolescentes	70	23,8
20 – 34 años Adultas	208	68,2
≥ 35 años Añosas	24	8,0
Total	302	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Las embarazadas adolescentes tuvieron una edad promedio de 17,04 ± 1,37 años; las adultas una media de 25,58 ± 4 años; y las añosas un promedio de 37,88 ± 2,51 años.

El nivel de educación fue adecuado según la edad en más de la mitad (n=117) de las mujeres mayores de 20 años (Figura 1). Aproximadamente el 10% (n=30) alcanzó el nivel primario y un 28% (n=84) se encontró cursando o habían concluido estudios terciarios/universitarios. Se destaca el alto porcentaje de adolescentes (69% n=50) que había sólo alcanzado el nivel primario o que había abandonado sus estudios secundarios al momento de la investigación.

Figura 1. Nivel educativo según edad de embarazadas asistidas en Centros de Salud. Salta Capital- 2013-2016



Fuente: Elaboración propia.

Un 67,5% (n=204) de las embarazadas indicó no trabajar, de las cuales el 20,4% (n=42) estudiaba. Un 22,6% (n=68) refirió ser ama de casa. De las que trabajan fuera del hogar, mencionaron ser empleadas de casas particulares, empleadas de comercio, cocineras, docentes, niñeras. Sólo 3 gestantes trabajaban más de 10 horas por día. En su mayoría realizaban tareas en el hogar, además de su ocupación, empleando para esta actividad entre 3 y 8 horas al día. Un 13,7% (n=41) indicó no realizar tareas de este tipo.

El 56,9% (n=172) no realizó actividades recreativas. Dentro de las actividades de recreación mencionadas se destacaron caminar y mirar televisión. Al indagar sobre la situación actual conyugal de pareja, un 16,7% (n=50) manifestó estar sola cursando el embarazo, siendo esta condición, más frecuente dentro del grupo de edad adolescentes (26,8% n=19).

El tipo de familia predominante, según convivencia, fue la extensa (64,3%, n=194) es decir convivían 3 generaciones en la misma vivienda, siendo característica predominante entre las gestantes adolescentes (86%, n=62). Un 32,5% (n=98) fueron familias nucleares (madre, padre e hijos) y el resto (3,2% n=10) provenían de familias monoparentales (la embarazada no convivía con la pareja).

Dimensión psicosocial

El 59% (n=178) de las gestantes manifestó que su embarazo no fue planificado ni buscado. Esta característica fue mencionada por el 72% (n=50) de las adolescentes.

En relación a las emociones manifestadas al momento de la entrevista el 80% (n=242) expresó sentirse tranquilas, bien física y emocionalmente, "felices con el embarazo"; un 17% (n=51) indicó preocupación y/o miedo en especial al pensar en el momento del parto, el 3% (n=9) restante manifestó sentir molestias propias de la etapa biológica.

Se indagó sobre la presencia sentida de apoyo social y sus fuentes. Un 95,6% (n=288) manifestó recibir de su núcleo primario familiar apoyo emocional, instrumental y cognitivo. Un 65% (n=196) mencionó recibir ayuda de otros familiares de segundo grado, principalmente de tipo emocional e instrumental. De amigos/vecinos percibieron apoyo emocional (30%, n=91) y cognitivo (17%, n=51). El 53% (n=163) percibió apoyo de instituciones, principalmente de salud y predominantemente de tipo informativo. Se destaca un 41% (n=124) que no percibió ningún tipo de apoyo institucional de centros de salud a los que concurrían, recordando que a las embarazadas se las asiste con leche entera en polvo fortificada y con suplemento de sulfato ferroso, además de medicamentos en los casos que fuere necesario, así como prestaciones de laboratorio o de ecografías que se realizan sin costo alguno. Sólo un 15% (n=45) manifestó recibir apoyo emocional de instituciones.

Dimensión ambiental

Un 45% (n=136) manifestó exposición a algún tipo de contaminante, ya sea en el hogar o en cercanías a su vivienda. Los contaminantes mencionados fueron humo de cigarrillo (27,2%, n=37), polvo/tierra en el ambiente (25%, n=34), y en menores porcentajes expresaron la presencia de aguas contaminadas (15%, n=20), quemado de desechos (11%, n=15), basurales (8%, n=11), o de humo proveniente de fábricas cercanas (4%, n=5).

Es de mencionar que un 21,5% (n=65) de las gestantes habitaba viviendas carentes de provisión de agua potable en las viviendas y disposición de excretas.

Discusión

La distribución por edad de las gestantes de este estudio indicó mayor proporción de mujeres en edades no consideradas de riesgo. El número de mujeres embarazadas con sobrepeso/obesidad y con bajo peso fueron inferiores a la

prevalencia reportada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en 2007 (19).

En su mayoría presentaron un nivel educativo adecuado a la edad, característica que brindaría mayores recursos personales para el autocuidado de este momento biológico y para la presencia de un mejor nivel de alarma.

Si bien manifestaron tener un compañero, sea o no el padre biológico del niño por nacer, más de la mitad no convivía con él, característica no sólo presente en gestantes adolescentes. El bienestar con la pareja/compañero, con el entorno familiar y social resultan importantes para lograr los mejores resultados perinatales (13).

El hecho de pertenecer a familias extensas podría relacionarse con los tipos de apoyo percibido y manifestados, así como también con el tiempo que expresaron dedicar a tareas del hogar.

Se destaca el alto porcentaje que no reconoce el apoyo de instituciones de salud de tipo instrumental como dación de asistencia alimentaria; ni reconocen al Estado como proveedor de beneficios como asignación universal por embarazo o por hijo, ni perciben apoyo proveniente de instituciones religiosas ni de organizaciones barriales.

La exposición a contaminantes ambientales en el hogar, en su trabajo y en entorno donde vive son perjudiciales no sólo para ella sino también para el feto y los niños, con consecuencias epidemiológicas que pueden afectar la calidad de vida. La proporción de gestantes expuestas a diversos contaminantes del ambiente y de la vivienda encontrados en este estudio son similares a los resultados del realizado en el Gran Buenos Aires (16). En el mismo sentido Salvia y cols. describieron falencias del servicio de agua corriente en las viviendas de la zona del Gran Salta, déficit de conexión a redes cloacales y prevalencia de basurales peridomiciliarios (20).

Conclusiones

Las condiciones socio-sanitarias, ambientales, apoyo del entorno familiar, social y de las redes formales de una comunidad son determinantes de la salud de cualquier individuo y en particular de las embarazadas; por lo cual deberían detectarse y estudiarse en forma precoz, al comienzo del control prenatal y tenerlas presentes como factores protectores de una maternidad saludable y no sólo limitarse a la detección de factores de riesgo. Estas características deben tenerse en cuenta a fin de abordar la atención del embarazo en forma integral, en particular en el caso de embarazo adolescente, el cual combina vulnerabilidad, crecimiento y maduración.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las profesionales María Belén Cabrera y Patricia Romero y a la alumna Marisol Tolaba

quienes colaboraron en la realización de este estudio. Asimismo se agradece al personal de los Centros de Salud y a cada una de las embarazadas que participaron desinteresadamente.

Declaración de conflictos de Interés

Las autoras expresan no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Fuente de Financiación

El presente trabajo tuvo financiación del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta. Provincia de Salta, Argentina.

Referencias

1. **Solá J, Aguilera JP.** Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Cumbe, en el año 2011. [tesis en Internet]. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay. Facultad de Medicina. Tesis de Especialidad; 2011. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3589/1/08382.pdf>
2. **Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P.** Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. [Consultado el 27 de diciembre, 2016]. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1577.pdf
3. **Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.** Subsecretaría de Salud Comunitaria. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. 1a Edición. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. [Consultado el 27 de diciembre, 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
4. **Ministerio de Salud de Chile.** Manual de atención personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo. Chile: Departamento Ciclo Vital. MINSAL; 2007. [Consultado el 27 de diciembre, 2016]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>
5. **Ministerio de Salud, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).** Desempeño de Cabeceras de Redes Perinatales en la Provincia de Salta. 2014. Documentos de Trabajo CEDES 120/2014. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/09/2014_120.pdf
6. **Ministerio de Salud.** Carta de Servicios de la Dirección General. Primer Nivel de Atención. Argentina; 2014. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: <http://boletinoficialsalta.gob.ar/anexos2/resolucion421d-14.pdf>
7. **Couceiro ME, López LB, Ávila Blas OJ.** Distribución del bajo peso para la edad gestacional en el municipio capital de la provincia de Salta. República Argentina. Antropo. 2014;32 (NA):55-67.
8. **Couceiro M, Passamai M, Contreras N, Zimmer M, Cabianca G, Mayorga et al.** Variables biológicas y sociales de embarazadas y peso al nacer de sus hijos, controladas por el primer nivel de atención (Salta, Argentina). Antropo. 2009; 19 (NA): 7-21.
9. **Couceiro M, Cabianca G, Passamai M.** Regionalización del riesgo socioambiental de embarazadas de la ciudad de Salta y su relación con la evolución ponderal de los hijos hasta el año de edad. Salta. República Argentina. Antropo. 2012; 26(NA):37-47.
10. **Couceiro M, Passamai M, Contreras, N, Zimmer M, Cabianca G, Mayorga M, et al.** Características Maternas y de los Recién Nacidos de Mujeres con Embarazos Controlados Bajo Responsabilidad del Primer Nivel de Atención de Salta Capital. Rev Ciencia. 2010; 5(11): 63-76.
11. **Couceiro M, Singh V, Valdiviezo M, Tejerina M, Zimmer M.** Inseguridad alimentaria familiar percibida por mujeres embarazadas, atendidas en el primer nivel de atención de la ciudad de Salta, Argentina. Antropo. 2015; 34(NA):13-22.
12. **Kolodin S, Rodríguez G.** Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. Sal Chiap. 2014; 2(1): 6-11.
13. **Climent GI, Arias D, Spurio C.** Maternidad adolescente: un camino hacia la marginación. Cuad. méd. soc. 2000; 77(2): 81-101.
14. **Colombo G, Pombo G, Luxardo N.** Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. 2012; 8(2): 161-82.
15. **Estupiñán-Aponte MR, Rodríguez-Barreto L.** Aspectos psicosociales en universitarias Embarazadas. Rev. Salud Pública. 2009; 11(6): 988-98. 1. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000600015>
16. **Lutz MI, Méndez MM, Mónaco A, Beroiz G.** Encuesta sobre exposición de embarazadas y recién nacidos a contaminantes ambientales de riesgo en el Gran Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública. 2016; 7 (27): 27-32.
17. **Ministerio de Salud de la Nación.** Estadísticas vitales. Información básica. Argentina. Año 2016. Buenos Aires: Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud; 2017; Serie 5, Número 60. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvital2016.pdf>
18. **Maldonado A.** Factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes ≤ 15 años de la Comuna de Maipú, 2003-2004. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Santiago; 2008. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/380/Alejandra_%20Maldonado.pdf
19. **Ministerio de Salud de la Nación.** Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. 2007. Buenos Aires, Argentina, 2007. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: <http://www.extensioncbc.com.ar/wp-content/uploads/ENNYs-2007.pdf>
20. **Salvia A, Poy S, Donza E, Rodríguez Espínola S, Vera J.** Estado del Desarrollo Humano y Social en el Gran Salta. Región del Noroeste Argentino. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios para el Desarrollo Humano y la Prosperidad; 2014. [Consultado el 29 de noviembre, 2016]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/289.pdf>

© 2018 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto (Open Access), distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando se adjudique el crédito al autor original y se cite este manuscrito como la fuente de la primera publicación del trabajo.

