

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EMBARAZO ADOLESCENTE

- INFORME FINAL -

- **SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO (SEDRONAR)**
- **OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS**
- **DIRECCION PROVINCIAL MATERNO INFANTIL (DPMI) – Mendoza**

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Observatorio Argentino de Drogas.
- Dirección Provincial Materno Infantil (DPMI) – Provincia de Mendoza.
- Maternidad José Federico Moreno – Hospital Luis C. Lagomaggiore, Provincia de Mendoza.

AUTORES:

- Dr. Carlos Enrique Cardello – Coordinador e investigador principal.
- Lic. María Eugenia Cardello – Investigadora asociada.
- Lic. Valeria Bauzá – Investigadora asociada.
- Lic. Susana Beatriz Cantini – Investigadora asociada.
- Sr. Santiago Bosio – Asesor informático.

CONTENIDO:

PRIMERA PARTE

- Presentación
- Justificación y planteo del problema
- Propósito del estudio
- Diseño y metodología
- Componentes del estudio
- Conclusiones del trabajo de campo

SEGUNDA PARTE

Análisis de los datos de la encuesta:

- Datos sociales
- Historia Reproductiva
- Edad de inicio de las relaciones sexuales
- Utilización de métodos anticonceptivos
- Motivo por el que nunca utilizó métodos anticonceptivos
- Uso de MAC en el embarazo actual
- Características del embarazo actual
- Análisis sección: Consumo de tabaco
- Análisis sección: Consumo de alcohol
- Análisis sección: Consumo de marihuana
- Análisis sección: Consumo de otras sustancias
- Resultados del análisis de policonsumo
- Componentes socioculturales del consumo
- Conocimiento de drogas ilícitas
- Resultados Perinatales

TERCERA PARTE

- Resumen y conclusiones
- Recomendaciones
- Bibliografía
- Índice de tablas

PRIMERA PARTE

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EMBARAZO ADOLESCENTE

Presentación:

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas, y la Dirección Provincial Materno Infantil de la Provincia de Mendoza, establecieron la necesidad de investigar los efectos del consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo adolescente. La importancia social del tema y la ausencia de datos a nivel nacional fueron aspectos decisivos en el momento de acordar la presente investigación, ya que resulta difícil encarar la prevención de esta problemática sin el correspondiente estudio epidemiológico y social que sustente las políticas a implementar.

El estudio que a continuación se presenta, se llevó a cabo durante los meses de mayo a octubre del año 2006, en la maternidad José Federico Moreno del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, de la Provincia de Mendoza. Esta maternidad atiende un promedio de 6.500 partos anuales producidos en la capital provincial y sus departamentos aledaños, que en conjunto componen el Gran Mendoza. También atiende los casos graves y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio derivados del resto de los departamentos más alejados de la provincia.

Los resultados que aquí se muestran son fruto del análisis de 776 entrevistas realizadas a puérperas adolescentes (entre 12 y 20 años) que ingresaron a la maternidad para dar a luz durante los meses seleccionados para el estudio. Estas adolescentes fueron entrevistadas mientras se encontraban internadas, en su primer día de puerperio.

La entrevista se realizó con base en una serie de preguntas que componían un formulario de respuestas cerradas, orientadas de tal forma que permitieron conocer el perfil social, económico y cultural de la entrevistada, como así también su historia de consumo de sustancias psicoactivas.

Paralelamente, se estudiaron los resultados perinatales de los recién nacidos, tales como: peso al nacer, perímetro cefálico, longitud. Para esto, se extrajeron los datos desde las historias clínicas, y luego fueron vinculados durante el análisis con el consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus madres.

Si bien en un comienzo la investigación estaba orientada al análisis de malformaciones congénitas y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, la muestra final resultó poco significativa debido al reducido número de casos que presentaban malformaciones, impidiendo realizar las pruebas estadísticas correspondientes, por lo cual este componente del estudio se dejó sin efecto.

A pesar de esto, la riqueza de los datos obtenidos hacía necesario que fueran analizados, dado que mostraban la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo adolescente, dato poco conocido en trabajos realizados en el país, y además, posibilitaban estudiar factores de protección para prevenir el consumo de estas sustancias.

Es destacable que el análisis correspondiente ha permitido describir factores sociales, económicos y culturales que conllevan un riesgo aumentado de uso de sustancias psicoactivas para las adolescentes.

En consecuencia, el presente estudio describe los hallazgos que surgen del análisis de los casos y su utilización para formular acciones preventivas que buscan generar un debate y un replanteo en la formulación de políticas en el área del embarazo adolescente.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

Marco general:

Los efectos del consumo de sustancias psicoactivas son variados y dependen fundamentalmente del tipo de sustancia consumida, de la cantidad, del tiempo, el ambiente social, de la personalidad, la historia familiar, etc. Pero tal vez el efecto más dañino que se pueda atribuir al consumo de sustancias psicoactivas es el que se inflige a terceros, es decir a personas que no buscaron, ni fueron consultadas sobre su voluntad o deseo de consumir, y que sin embargo padecen sus consecuencias.

En la siguiente tabla se observa la prevalencia de año en el consumo de sustancias psicoactivas, para la población de 12 a 65 años que habita en localidades de 80 mil habitantes y más del país, según datos del Observatorio Argentino de Drogas.

Tabla 1: Prevalencia de año en el consumo de sustancias psicoactivas.

| Sustancia | Total | % | Intervalo de confianza | |
|------------------------|------------|-------|------------------------|-------|
| | | | | |
| Tabaco | 6.035.831 | 34,7% | 34,0% | 35,7% |
| Alcohol | 10.923.888 | 62,9% | 61,8% | 64,0% |
| Marihuana | 1.191.049 | 6,9% | 6,3% | 7,4% |
| Cocaína | 444.171 | 2,6% | 2,2% | 2,8% |
| Pasta base – Paco | 84.911 | 0,5% | 0,3% | 0,6% |
| Éxtasis | 80.916 | 0,5% | 0,3% | 0,6% |
| Inhalantes | 10.310 | 0,1% | 0,0% | 0,1% |
| Estimulantes sin PM | 63.245 | 0,4% | 0,2% | 0,5% |
| Tranquilizantes sin PM | 205.063 | 1,2% | 1,0% | 1,5% |
| Otras drogas | 55.502 | 0,3% | 0,2% | 0,4% |

Fuente: *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006 Informe de resultados (Agosto, 2007). SEDRONAR*

El consumo reciente de sustancias psicoactivas indica que el 62,9% de la población de 12 a 65 años, que habita en localidades de 80 mil habitantes y más del país, consumió alguna bebida alcohólica, en tanto que el 34,7% de dicha población manifestó haber fumado.

En cuanto al uso de marihuana en el último año, el 6,9% manifestó haber consumido, mientras que en relación a la cocaína el 2,6% de la población respondió de igual forma. El uso de psicofármacos sin prescripción médica fue del 1,2% en el uso de tranquilizantes y del 0,4% en el uso de estimulantes.

El 0,5% de la población estudiada declaró haber consumido éxtasis y pasta base y un 0,1% declaró haber usado sustancias inhalantes.

Población adolescente:

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, realizó a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), la *Segunda Encuesta Nacional de Estudiantes Enseñanza Media*, de la que se toman los datos publicados para la provincia de Mendoza como marco de referencia de la presente investigación. Las edades de los adolescentes encuestados corresponden a 13, 15 y 17 años.

En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de mes, respecto al consumo de tabaco y alcohol.

Tabla 2: Prevalencia de mes, tabaco y alcohol. Provincia de Mendoza.

| Sustancia | Varón (%) | Mujer (%) | Total (%) |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Tabaco | 21,0% | 19,10% | 20,00% |
| Alcohol | 44,50% | 33,40% | 39,20% |

Con respecto a la prevalencia de año en el consumo de marihuana, cocaína, solventes e inhalantes, y estimulantes sin prescripción médica, encontramos en Mendoza:

Tabla 3: Prevalencia de año, sustancias psicoactivas. Provincia de Mendoza.

| Sustancia | Varón (%) | Mujer (%) | Total (%) |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Marihuana | 5,10% | 2,90% | 4,0% |
| Cocaína | 2,10% | 1,10% | 1,60% |
| Solventes e inhalantes | 1,70% | 1,40% | 1,50% |
| Estimulantes sin PM | 2,90% | 1,70% | 2,30% |

Sustancias psicoactivas y embarazo:

La relación que existe entre el **consumo de sustancias psicoactivas** durante el embarazo y la posibilidad de que estos agentes generen resultados perinatales desfavorables, es una evidencia probada científicamente.

En relación con el consumo de **tabaco**, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ calcula que el hábito de fumar, causa aproximadamente unas 150.000 defunciones cada año tan sólo en América Latina y el Caribe. En este lugar del mundo, un número significativo de mujeres en edad fértil, en particular adolescentes, fuman y lo hacen de manera habitual, no teniendo las consecuencias sociales negativas que se asocian al consumo de otro tipo de sustancias.

*El tabaco “contiene nicotina, una sustancia reconocida como adictiva por las organizaciones médicas internacionales. La dependencia del tabaco se enumera en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La nicotina cumple todos los criterios fundamentales de las definiciones de adicción o de dependencia, como son: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción de la sustancia en el encéfalo, y comportamiento motivado por los efectos “de refuerzo” de la sustancia psicoactiva.”*²

Experiencias científicas diversas permiten afirmar que aquellas adolescentes que fuman durante el embarazo, corren considerables riesgos para su salud, y exponen al feto a peligros tales como: aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y defunción durante el primer año de vida.

En relación al **alcohol**, la primera observación sobre los efectos adversos de la exposición intrauterina al mismo, fue hecha en 1849 por Carpenter, quien notó: *“que las mujeres borrachas paren hijos como ellas”*. Lemoine y Jones describieron, en 1968 y 1973 respectivamente, el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), caracterizado por una constelación de signos neurológicos y extraneurológicos en hijos de madres con alcoholismo crónico. Trabajos posteriores han demostrado que la exposición materna al alcohol puede no dar lugar a la expresión completa del SAF, sino a una serie de

¹ Datos y cifras disponibles en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>. Última visita 25 de junio de 2009.

² <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabcap2.pdf>. Última visita 25 de junio de 2009.

alteraciones dismórficas, cognitivas y del comportamiento denominadas efecto alcohol fetal.

Las alteraciones dismórficas del SAF parecen estar en relación con la exposición al alcohol durante el primer trimestre del embarazo, en tanto que las anomalías en el crecimiento fetal están más relacionadas al consumo de alcohol durante el tercer trimestre.

La anomalía neurológica esencial del SAF es la disgenesia cerebral, demostrándose: disminución del peso cerebral, ausencia del cuerpo caloso y de la comisura anterior, deformidad o ausencia del vermix cerebeloso, etc. La microcefalia es prácticamente constante y se acompaña de retraso mental en, aproximadamente, un 75% a 90% de los casos.

En el trabajo recientemente premiado por la Asociación Argentina de Neonatología, *"Sustancias psicoactivas y embarazo. Estudio de una población hospitalaria de Uruguay"*, (Magri, Miguez, Hutson, Suárez, Menéndez: 2008), expresan claramente: *"El consumo de alcohol es considerado la tercera causa de retraso mental en el mundo. Es 100% PREVENIBLE"*.

En el caso de la **marihuana**, se ha podido observar pasaje transplacentario. Entre las manifestaciones clínicas asociadas con la exposición intrauterina de marihuana se han descrito: retraso en el crecimiento intrauterino, alteraciones dismórficas semejantes al SAF, alteraciones del comportamiento neonatal y alteraciones en el desarrollo psicomotor. Las mujeres embarazadas que consumen marihuana en distintos grados, se exponen a su principal ingrediente, el tetrahidrocannabinol (THC) que es capaz de atravesar la placenta y, en consecuencia, afectar al feto. A pesar que ninguna evidencia específica demuestra que la marihuana cause defectos de nacimiento o retrase el crecimiento del feto en el útero, algunos estudios sugieren que un gran consumo de esta droga produce anomalías de comportamiento en los recién nacidos.

La **cocaína**, que afecta al sistema nervioso central y periférico de los adultos, también puede causar alteraciones estructurales en el sistema nervioso central fetal, y un deterioro en la función neurológica del neonato. Diversos estudios, publicados en la *Revista Panamericana de Salud Pública*, describen el efecto del consumo de cocaína durante el embarazo. Entre ellos, destacan que las madres adictas a cocaína presentaron un riesgo aumentado de retardo en el crecimiento intrauterino,

usualmente asociado a microcefalia debido al paso transplacentario reducido de nutrientes. También mostraron una mayor tendencia al parto prematuro y al desprendimiento placentario como resultado de un aumento en la contractilidad uterina. Algunos estudios también han demostrado mayor incidencia del síndrome de muerte súbita del neonato.

Por otra parte, *“el feto puede establecer una dependencia de las drogas que toma la madre, con el riesgo de sufrir inmediatamente después del parto, a causa de la brusca interrupción del suministro de droga, verdaderas crisis de abstinencia.”* (Rojas Valero).

Se sintetiza en la siguiente tabla, el pasaje transplacentario de las sustancias psicoactivas, y la afectación del feto o recién nacido.

Tabla 4: Pasaje transplacentario de sustancias psicoactivas

| Sustancia | Pasaje Transplacentario | Daño fetal / neonatal |
|----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Tabaco | Sí | Sí |
| Alcohol | Sí – Alto | Sí |
| Marihuana | Sí – Muy alto | Sí |
| Cocaína / Pasta base | Sí – Moderado | Sí |

Fuente: Elaboración propia

Sustancias psicoactivas y lactancia materna

El alcohol, la nicotina, la marihuana y la cocaína pasan a la leche materna. Se han descrito mortalidad y morbilidad debido al pasaje de cocaína a la leche materna. La lactancia materna está absolutamente contraindicada si la madre consume cocaína.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El propósito general del estudio fue explorar la relación entre embarazo adolescente y consumo de sustancias psicoactivas, con especial atención en el perfil social, económico y cultural de las entrevistadas, y en los resultados perinatales.

OBJETIVO GENERAL:

Describir los hallazgos que surgen del análisis de los casos y su utilización para formular acciones preventivas que replanteen las políticas en el área del embarazo adolescente.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Puérperas con edades entre 12 y 20 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore de la Provincia de Mendoza, entre los meses de mayo y octubre del año 2006 (se incluyen las mujeres de 20 años para aumentar el número de casos que se relevan).

DISEÑO Y METODOLOGÍA:

Selección del sitio: Se seleccionó el Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, cuya maternidad es la de referencia para la red materno perinatal de la provincia de Mendoza. La misma tiene un promedio anual de 6.500 nacimientos, de los cuales un 20% corresponden a pacientes menores de 20 años.

Métodos: Para el relevamiento y análisis de la información se utilizaron técnicas cuantitativas. Se elaboró un formulario de encuesta de respuestas cerradas que fue dirigido por investigadoras capacitadas.

COMPONENTES DEL ESTUDIO:

Componente 1: Encuesta a las puérperas

Este componente incluyó la confección del cuestionario de encuesta, tarea realizada por el equipo en su conjunto. La sección B: "Historia Reproductiva", fue elaborada en base a los formularios del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad).

Secciones de la encuesta

Consentimiento informado

Sección A: Datos sociales

Edad
Nacionalidad
Estado Civil
Escolaridad
Ocupación o empleo.
Cobertura de salud (obra social)

Sección B: Historia reproductiva

Edad de inicio las relaciones sexuales.
Métodos anticonceptivos.
Historia gestacional.
Controles prenatales.

Sección C: Tabaco

Consumo de tabaco.
Edad de inicio del consumo.
Ultimo periodo del consumo.
Conducta del consumo frente a la noticia embarazo (disminución del consumo, aumento, consumo normal).
Abstinencia del consumo.

Sección D: Alcohol

Consumo de alcohol.

Edad de inicio del consumo.
Ultimo periodo del consumo.
Conducta del consumo frente a la noticia embarazo. (disminución del consumo, aumento, consumo normal).
Abstinencia del consumo.
Conductas del grupo primario.
Creencias frente al conocimiento y la peligrosidad de las sustancias psicoactivas

Sección E: Marihuana

Consumo de marihuana.
Edad de inicio del consumo.
Ultimo periodo del consumo.
Conducta del consumo frente a la noticia embarazo. (disminución del consumo, aumento, consumo normal).
Abstinencia del consumo.
Conductas del grupo primario.

Sección F: Estimulantes, sedantes, opiáceos, cocaína, pasta base, crack, éxtasis, alucinógenos, inhalantes

Consumo.
Edad de inicio del consumo.
Ultimo periodo del consumo.
Conducta del consumo frente a la noticia embarazo. (disminución del consumo, aumento, consumo normal).
Abstinencia del consumo.
Conductas del grupo primario.

Componente 2: Resultados perinatales

Este componente tuvo como objetivo analizar los resultados perinatales de la muestra. Terminado el trabajo de campo, se solicitaron las historias clínicas perinatales de las adolescentes encuestadas al departamento de Bioestadística del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore. Se registraron los siguientes datos del recién nacido que figuran en las mismas:

- Peso al nacer.
- Longitud.

- Perímetro cefálico.
- Presencia o ausencia de malformaciones congénitas.

Conclusiones del trabajo de campo:

La experiencia del trabajo de campo resulta siempre muy rica en una multiplicidad de aspectos diferentes. El contacto que se estableció con el personal de la institución, así como también las dificultades que presentó la “bajada al campo”, constituyeron un material que justificó ser explicitado como aspectos a considerar en futuros estudios similares.

- A partir del trabajo dentro del hospital se detectó una serie de problemas internos relacionados con la recolección incompleta, con la consignación incorrecta o contradictoria, de los datos que requieren las historias clínicas.
- Se constataron pacientes ingresadas con errores en la edad, lo que dificultaba la pesquisa. En relación con este tema se modificó la forma de “búsqueda” para que no hubiesen pacientes sin entrevistar, por lo tanto las investigadoras recorrían todas las salas (de los tres pisos de la Maternidad), buscando a las entrevistadas cama por cama, de lunes a sábado.
- Las entrevistas eran realizadas habitualmente en el primer día de puerperio, en horario vespertino, respetando espacios de confidencialidad y con la autorización del padre, madre o tutor, previa firma del consentimiento informado. Se eligió horario vespertino por resultar más adecuado ya que las pacientes tenían su control médico, obstétrico y pediátrico realizado, y había concluido su horario de visita.
- Es destacable que casi el 100% de las pacientes entrevistadas contestaron el cuestionario, presentándose sólo algunos casos de rechazo (10 casos). El trabajo dentro de la institución generó la confianza necesaria con el entrevistador, hecho que se reflejó en los resultados positivos.
- En general se logró una buena relación con el personal del hospital (administrativos, enfermeros, médicos) quienes en un principio mostraron bastante resistencia al ingreso de las entrevistadoras.

SEGUNDA PARTE

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA

DATOS SOCIALES

Edad

El rango de edades de la muestra se encuentra entre los 12 y 20 años. La distribución de frecuencias de edades se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5: Número y frecuencia de encuestadas según edad

| Edad | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|----------|-------------|---------------------|
| 12 años | 1 | 0,1% |
| 13 años | 4 | 0,5% |
| 14 años | 21 | 2,7% |
| 15 años | 49 | 6,3% |
| 16 años | 90 | 11,6% |
| 17 años | 125 | 16,1% |
| 18 años | 153 | 19,7% |
| 19 años | 164 | 21,2% |
| 20 años | 168 | 21,7% |
| Ignorada | 1 | --- |
| Total | 776 | 100,0% |

Nacionalidad

Las puérperas de nacionalidad argentina constituyen el 96,5% de la muestra. Las pacientes procedentes de Bolivia alcanzaron el 2,3% de la muestra total, y el resto de las nacionalidades, sólo constituyeron un 1,2% del total de encuestadas.

Estado civil y convivencia

Como se muestra en la siguiente tabla, el 76,3% de las entrevistadas convive con su pareja, ya sea que su estado civil corresponda a unidas, solteras o casadas.

Tabla 6: Estado civil y convivencia de las encuestadas

| Estado civil | Convive actualmente con su pareja | | | | Porcentaje |
|--------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| Unida | 392 | 71 | 3 | 466 | 84,7% |
| Soltera | 62 | 81 | 115 | 258 | 43,4% |
| Casada | 44 | 0 | 0 | 44 | 100,0% |
| Ignorado | 4 | 4 | 0 | 8 | |
| Total | 502 | 156 | 118 | 776 | 76,3% |

Nivel de instrucción

El 60,8% de las encuestadas presenta un nivel de instrucción secundario incompleto, (lo que es esperable por la edad de las entrevistadas). Sin embargo, es alto el porcentaje de primaria incompleta en comparación con el de la población general.

El porcentaje de encuestadas con nivel de instrucción terciario o universitario es bajo. Se ve afectado, no sólo por el rango etario de la muestra, sino también por el abandono prematuro de los estudios, como se podrá observar en el siguiente apartado.

Tabla 7: Nivel de instrucción alcanzado

| Nivel de instrucción | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|------------------------------|-------------|---------------------|
| Nunca asistió | 6 | 0,8% |
| Primario incompleto | 91 | 11,9% |
| Primario completo | 130 | 17,0% |
| Secundario incompleto | 464 | 60,8% |
| Secundario completo | 67 | 8,8% |
| Terciario ó Univ. incompleto | 5 | 0,7% |
| Ignorado | 13 | --- |
| Total | 776 | 100,0% |

Asistencia a establecimientos educativos

En relación con la asistencia a establecimientos educativos, es notorio que se produce en este grupo un abandono prematuro de los estudios, ya que únicamente el 13,3% continúa estudiando, como puede verse en la siguiente tabla.

Tabla 8: Asistencia a establecimientos educativos

| Asistencia escolar | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|-------------------------|-------------|---------------------|
| Nunca asistió | 6 | 0,8% |
| No asiste, pero asistió | 664 | 85,9% |
| Asiste actualmente | 103 | 13,3% |
| Ignorado | 3 | --- |
| Total | 776 | 100,0% |

Motivos de abandono escolar

Se consultó a las entrevistadas que habían abandonado los estudios cuál fue el motivo por el cual no pudieron continuar asistiendo a un establecimiento educativo, obteniéndose el resultado indicado en la siguiente tabla.

Tabla 9: Motivos de abandono escolar

| Motivo de abandono | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|----------------------------------|-------------|---------------------|
| Tuve un hijo / Me embaracé | 212 | 39,6% |
| No me gustaba / No tenía interés | 139 | 26,0% |
| Necesitaba o quería trabajar | 67 | 12,5% |
| Tenía que ayudar en mi casa | 41 | 7,7% |
| No podíamos pagar los estudios | 34 | 6,4% |
| Estudiar me resultaba difícil | 25 | 4,7% |
| Me casé | 6 | 1,1% |
| Tenía problemas de salud | 6 | 1,1% |
| Violencia en la escuela | 5 | 0,9% |
| Otro / Ignorado | 90 | --- |
| Total | 625 | 100,0% |

Como se observa en la tabla anterior, casi un 40% de las adolescentes manifestó como motivo de abandono haber tenido un hijo o quedarse embarazada. En segundo término, un 26% de las causas de abandono, aparece «no me gustaba/no tenía interés».

Si sumamos las causas de origen económico: «necesitaba o quería trabajar»; «tenía que ayudar en mi casa»; «no podía pagar los estudios», el conjunto asciende al 26,6% del total de la muestra.

«Estudiar me resultaba difícil» fue referenciado en 25 casos lo que constituye el 4,7% y es llamativo que cinco de los casos entrevistados hayan referido que debieron dejar de asistir a la escuela por problemas de violencia en la institución.

Situación laboral

Sólo el 5,3% de las encuestadas tiene un trabajo remunerado. En tanto el 52,3% no tiene en la actualidad trabajo remunerado pero lo tuvo en el pasado y el 42,3% restante nunca realizó un trabajo por el cual percibiera remuneración.

Si se analiza la *situación laboral* en forma conjunta con la *asistencia escolar*, se obtiene que el **82,3% de las encuestadas no trabaja ni estudia**.

Tabla 10: Asistencia a establecimiento escolar según situación laboral.

| Tiene o tuvo trabajo | Asistencia escolar | | | | | Porcentaje |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------|-----------|------------|---------------|
| | Asiste actualmente | No asiste pero asistió | Nunca asistió | Ignorado | Total | |
| No actualmente, pero sí en el pasado | 40 | 323 | 1 | 29 | 393 | 52,3% |
| Nunca realizó trabajo remunerado | 48 | 256 | 4 | 10 | 318 | 42,3% |
| Sí, tiene trabajo remunerado | 5 | 32 | 1 | 2 | 40 | 5,3% |
| Otro / Ignorado | 4 | 14 | 0 | 7 | 25 | |
| Total | 97 | 625 | 6 | 48 | 776 | 100,0% |

HISTORIA REPRODUCTIVA

Edad de inicio de las relaciones sexuales

Tabla 11: Edad de inicio de las relaciones sexuales.

| Edad de inicio | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|
| 8 años | 1 | 0,1% |
| 11 años | 3 | 0,4% |
| 12 años | 25 | 3,2% |
| 13 años | 70 | 9,1% |
| 14 años | 131 | 17,0% |
| 15 años | 231 | 30,0% |
| 16 años | 150 | 19,5% |
| 17 años | 87 | 11,3% |
| 18 años | 62 | 8,0% |
| 19 años | 9 | 1,2% |
| 20 años | 2 | 0,3% |
| Ignorada | 5 | --- |
| Total | 776 | 100,0% |

El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15,1 años. La edad más frecuente (moda) es de 15 años, con 231 casos, un 30%. Luego siguen los 16 años con 150 casos, que representan el 19,5%; y los 14 años, con 131 casos y el 17% de la muestra. En consecuencia el 66,5% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años de edad.

Ahora bien, si se analiza la edad de inicio de las relaciones sexuales con los motivos de abandono escolar encontramos que, hasta los 15 años es más frecuente como causa de abandono los grupos “tuve un hijo / me embaracé” y “me casé”, y a partir del inicio sexual más tardío, 17 años, prevalecen las causas económicas “necesitaba o quería trabajar”, “no podíamos pagar los estudios”, “tenía que ayudar en mi casa”.

En relación con los datos anteriores podría pensarse que, mientras más precozmente se comienzan las relaciones sexuales, el abandono escolar tiene mayor relación con la maternidad, en cambio en el inicio sexual más tardío se observan como causas principales de abandono escolar los motivos económicos.

Utilización de métodos anticonceptivos

En relación con el uso de métodos anticonceptivos (MAC), las entrevistadas contestaron que sí habían utilizado métodos anticonceptivos en el 71,2% de los casos. La tabla siguiente muestra la relación entre el uso de MAC y la edad de las adolescentes encuestadas.

Tabla 12: Uso de métodos anticonceptivos según edad

| Ha utilizado algún MAC | | | | | |
|------------------------|-----|-----|----------|-------|-------------------|
| Edad | Si | No | Ignorado | Total | Porcentaje de uso |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 2 | 2 | 0 | 4 | 50,0% |
| 14 años | 11 | 10 | 0 | 21 | 52,4% |
| 15 años | 29 | 20 | 0 | 49 | 59,2% |
| 16 años | 61 | 27 | 2 | 90 | 69,3% |
| 17 años | 88 | 36 | 1 | 125 | 71,0% |
| 18 años | 110 | 42 | 1 | 153 | 72,4% |
| 19 años | 116 | 46 | 2 | 164 | 71,6% |
| 20 años | 129 | 37 | 2 | 168 | 77,7% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | --- |
| Total | 546 | 221 | 9 | 776 | 71,2% |

Se observa un aumento del porcentaje de uso de MAC con el aumento de la edad. Es de destacar que a partir de los 16 años y hasta los 19 años el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos se estabiliza alrededor del 70%, siendo significativamente menor entre los 13, 14 y 15 años.

Motivo por el que nunca utilizó métodos anticonceptivos

También se indagó sobre cuáles fueron los motivos por los que las entrevistadas no utilizaban MAC. Los resultados son los siguientes:

Tabla 13: Motivo por el que nunca utilizó métodos anticonceptivos

| Motivo para la no utilización de MAC | n | % |
|---|----------|----------|
| Porque quería / buscaba embarazarse | 47 | 31,5% |
| Porque pensaba que no quedaría embarazada | 35 | 23,5% |
| Porque no conocía ninguno | 21 | 14,1% |
| Porque su pareja se oponía | 20 | 13,4% |
| No sabe / no responde | 18 | 12,1% |
| Por problemas con los anticonceptivos | 3 | 2,0% |
| Porque no tenía anticonceptivos | 2 | 1,3% |
| Por el precio de los anticonceptivos | 1 | 0,7% |
| Por razones morales o religiosas | 1 | 0,7% |
| Porque no pensaba tener relaciones sexuales | 1 | 0,7% |
| Ignorado | 72 | --- |
| Total | 221 | 100,0% |

Es importante que la primer causa de **no utilización de MAC** sea la búsqueda de un embarazo. El 31,5% de las adolescentes que no usaron MAC responde que quería o buscaba embarazarse.

Es también alto el porcentaje de adolescentes que **no usaron MAC** porque pensaron que no iban a quedar embarazadas: un 23,5%; lo que sumado al tercer motivo encontrado, el desconocimiento de MAC, con un 14,1%, nos muestra la insuficiente capacitación de nuestras adolescentes en salud reproductiva.

En conclusión, entre la búsqueda de un embarazo, y las causas atribuibles a la falta de información o capacitación en salud reproductiva, se encuentra el origen de casi el 70% de los motivos de no utilización de MAC.

Es importante también como otra causa para la no utilización de MAC la oposición de la pareja, que alcanza al 13,4%, y no así las causas morales y religiosas que son menores al 1,0%.

Si relacionamos el motivo de **no utilización de MAC** con la edad de inicio de relaciones sexuales se observa que entre los: 15, 16, y 17 años, es mayor el porcentaje de adolescentes que refieren no haberlos utilizado porque buscaban o querían un embarazo. Y como se expuso anteriormente el tener un hijo o embarazarse es el primer motivo de abandono escolar en este grupo etario.

Si analizamos los motivos más frecuentes de no utilización de MAC relacionados con el nivel de instrucción encontramos:

Tabla 14: Motivo para la no utilización de MAC según instrucción

| Nivel de instrucción | Causa más frecuente | Segunda causa |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Analfabeta | No conocía ninguno | No sabe / no contesta |
| Primaria incompleta | No conocía ninguno | Oposición de la pareja |
| Primaria completa | Buscaba el embarazo | No pensaba quedar |
| Secundaria incompleta | Buscaba el embarazo | No pensaba quedar |
| Secundaria completa | No pensaba quedar | Buscaba el embarazo |

El cuadro anterior muestra la relación existente entre el bajo nivel de instrucción y el desconocimiento de MAC. También surge con claridad la oposición de la pareja dato que indica actitudes de género y que se observa en adolescentes con bajo nivel de instrucción. A partir del nivel de instrucción primario completo se observan idénticas motivaciones para no usar MAC.

Uso de MAC en el embarazo actual

Como se ha expresado el 71,2% de las encuestadas usaron métodos anticonceptivos. Ahora bien dentro de estas adolescentes, 171 de ellas estaban usando MAC al quedarse embarazadas, lo que supone un fallo en la utilización del MAC.

Tabla 15: Uso de MAC en este embarazo, según edad

| Estaba usando MAC | | | | | |
|-------------------|-----|-----|----------|-------|-------------------|
| Edad | Si | No | Ignorado | Total | Porcentaje de uso |
| 12 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 2 | 0 | 2 | 0,0% |
| 14 años | 3 | 8 | 0 | 11 | 27,3% |
| 15 años | 11 | 18 | 0 | 29 | 37,9% |
| 16 años | 26 | 35 | 0 | 61 | 42,6% |
| 17 años | 36 | 51 | 1 | 88 | 41,4% |
| 18 años | 32 | 78 | 0 | 110 | 29,1% |
| 19 años | 27 | 87 | 2 | 116 | 23,7% |
| 20 años | 36 | 93 | 0 | 129 | 27,9% |
| Ignorada | 0 | 0 | 0 | 0 | --- |
| Total | 171 | 372 | 3 | 546 | 31,5% |

Como muestra la tabla anterior, puede pensarse en falla de MAC en 171 casos. El fracaso de MAC resultó más frecuente a los 16 años con el 42,6%, siendo de mayor incidencia entre los 15, 16 y 17 años.

Al analizar qué métodos anticonceptivos estaban usando encontramos:

Tabla 16: Método anticonceptivo en uso al quedar embarazada

| Método anticonceptivo | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|--------------------------|-------------|---------------------|
| Preservativo | 60 | 36,1% |
| Píldora | 60 | 36,1% |
| Acabar / terminar afuera | 34 | 20,5% |
| Otro | 12 | 7,2% |
| Ignorado | 5 | --- |
| Total | 171 | 100,0% |

El preservativo y los anticonceptivos orales, son los utilizados con mayor frecuencia en el grupo de entrevistadas que presentó embarazo pese al uso de MAC. Ambos métodos requieren de información y capacitación para su correcto uso. Con respecto al coito interruptus, que aparece en tercer lugar, se conoce que conlleva una muy baja efectividad.

Si recordamos que, de las 221 adolescentes que no usaban MAC, sólo 47 de ellas querían quedarse embarazadas, las demás no lo usaron básicamente por desconocimiento. Por otro lado como muestra la tabla 16, se encuentran 171 encuestadas que han tenido fallas en el uso del método elegido. Por lo cual resulta que en el 44,5% de los embarazos adolescentes de esta muestra, es decir 345 casos, pueden atribuirse a insuficiente capacitación en el tema de anticoncepción. **No sabían como evitar un embarazo.**

Por lo tanto:

- Entre los motivos de **no uso de MAC** encontramos que 31,5% de la muestra (47 casos) que buscaba o quería quedarse embarazada, es decir embarazo deseado, contrariamente a la visión adulta del embarazo adolescente.
- El 37,6% de los motivos para no usar MAC fueron que «pensaba que no iba a quedarse embarazada», o que «no conocía ningún método», es decir lo que hemos denominado, desde una perspectiva preventiva, **fallas en el proceso de información y capacitación.**
- En un 22,0% de los embarazos actuales también pueden sospecharse fallas atribuibles al proceso de información y capacitación, ya que refieren **haber estado utilizando un MAC.**

Surge como **conclusión** que la política de prevención para los embarazos adolescentes debería priorizar el **componente de información y capacitación** que es determinante. En primer lugar, revisando sus contenidos, para analizar en terreno y junto a los adolescentes la conveniencia del embarazo en este periodo de la vida.

En segundo lugar abandonar una postura adulto-céntrica y profundizar el estudio de las motivaciones que conllevan a desear un embarazo en esta etapa de la vida.

Y en tercer término, transformar la educación sexual, que se desarrolla en los programas de salud reproductiva, en pilares de las políticas preventivas, frente a la creencia equivocada de la sobre información a la que tienen acceso los adolescentes.

La educación sexual debe implementarse más allá de los preconceptos religiosos y morales que, como se observa en la encuesta, constituyen menos del 1,0% de las causas de no utilización de métodos anticonceptivos.

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO ACTUAL

Pareja de este embarazo

Si analizamos la pareja con la que tuvo este embarazo encontramos:

Tabla 17: Pareja de este embarazo

| Pareja | Encuestadas | Frecuencia relativa |
|----------------|-------------|---------------------|
| Pareja / novio | 644 | 84,2% |
| Ex-pareja | 90 | 11,8% |
| Conocido | 16 | 2,1% |
| Amigo | 14 | 1,8% |
| Familiar | 1 | 0,1% |
| Ignorado | 11 | --- |
| Total | 776 | 100,0% |

Según los datos de la tabla anterior, casi el 85,0% de las adolescentes refirieron que el embarazo actual lo tuvieron con su pareja o novio, en tanto que un 11,8% con su ex-pareja, lo que pone de manifiesto un alto porcentaje de relaciones estables previas al embarazo.

Gesta y paridad

Estudiada la muestra con respecto a las gestas, es decir, el número de embarazos que han tenido las encuestadas, un 62,2% de las encuestadas eran primigestas, para un 25,8% de las mismas era su segundo embarazo, y un 8,2% presentaba 3 o más gestaciones.

Es llamativo como disminuye la primiparidad a partir de los 16 años, edad en que pasa del 91% al 72% a los 17 años.

Tabla 18: Gesta y paridad, según edad

| Gestas | | | | | | |
|----------|-----|-----|-------|----------|-------------|------------|
| Edad | 1 | 2 | 3 o + | Ignorado | Primigestas | Múltiparas |
| 12 años | 1 | 0 | 0 | 0 | 100,0% | 0,0% |
| 13 años | 4 | 0 | 0 | 0 | 100,0% | 0,0% |
| 14 años | 20 | 1 | 0 | 0 | 95,2% | 0,0% |
| 15 años | 45 | 4 | 0 | 0 | 91,8% | 0,0% |
| 16 años | 81 | 7 | 1 | 1 | 91,0% | 1,1% |
| 17 años | 90 | 32 | 3 | 0 | 72,0% | 2,4% |
| 18 años | 104 | 40 | 9 | 0 | 68,0% | 5,9% |
| 19 años | 95 | 51 | 17 | 1 | 58,3% | 10,4% |
| 20 años | 71 | 63 | 33 | 1 | 42,5% | 19,8% |
| Ignorada | 0 | 0 | 0 | 1 | --- | --- |
| Total | 511 | 198 | 63 | 4 | 66,2% | 8,2% |

Control prenatal

Considerando cinco controles prenatales como el número mínimo que aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS), se registraron cinco o más controles en 557 casos, y menos de 5 controles en 206 casos, o sea el 27,0% de la muestra. Es decir que un 27,0% de las adolescentes no alcanzan a obtener los controles de embarazo necesarios.

Se registró ausencia de controles prenatales, en el 2,2% de la muestra, que corresponde a 17 casos. Estudiando los controles insuficientes con respecto a la edad se observa una incidencia mayor, a medida que disminuye la edad de la madre.

Tabla 19: Controles prenatales según edad

| Controles de embarazo | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-------------------|--------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|
| Edad | 0 | Menos de 5 | 5 o + | Ignorado | Sin controles | Controles insuficientes |
| 12 años | 1 | 0 | 0 | 0 | 100,0% | 100,0% |
| 13 años | 0 | 1 | 2 | 1 | 0,0% | 33,3% |
| 14 años | 2 | 7 | 12 | 0 | 9,5% | 42,9% |
| 15 años | 2 | 15 | 32 | 0 | 4,1% | 34,7% |
| 16 años | 1 | 18 | 70 | 1 | 1,1% | 21,3% |
| 17 años | 4 | 41 | 79 | 1 | 3,2% | 36,3% |
| 18 años | 0 | 32 | 119 | 2 | 0,0% | 21,2% |
| 19 años | 4 | 39 | 116 | 5 | 2,5% | 27,0% |
| 20 años | 3 | 36 | 127 | 2 | 1,8% | 23,5% |
| Ignorada | 0 | 0 | 0 | 1 | --- | --- |
| Total | 17 | 189 | 557 | 13 | 2,2% | 27,0% |

ANALISIS SECCION TABACO

El 69,9% de las encuestadas ha fumado alguna vez. Este porcentaje es menor entre los 13 y 14 años, alcanzando cifras cercanas al 70% a los 15 años, y manteniéndose con pequeñas variaciones hasta los 20 años.

Tabla 20: Prevalencia de vida en el consumo de tabaco, según edad

| Ha fumado alguna vez en su vida | | | | | |
|---------------------------------|-----|-----|----------|-------|-----------|
| Edad | Sí | No | Ignorado | Total | Fumadoras |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 1 | 3 | 0 | 4 | 25,0% |
| 14 años | 10 | 10 | 1 | 21 | 50,0% |
| 15 años | 34 | 15 | 0 | 49 | 69,4% |
| 16 años | 55 | 34 | 1 | 90 | 61,8% |
| 17 años | 94 | 31 | 0 | 125 | 75,2% |
| 18 años | 113 | 40 | 0 | 153 | 73,9% |
| 19 años | 112 | 51 | 1 | 164 | 68,7% |
| 20 años | 119 | 47 | 2 | 168 | 71,7% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | --- |
| Total | 538 | 232 | 6 | 776 | 69,9% |

La media de edad de inicio como fumadora es de 14,1 años, siendo los grupos etarios de 14 y 15 años los que representan las edades de inicio más frecuentes en el consumo de tabaco.

Siguiendo el análisis de *Azevedo* adoptado para este estudio³, las no fumadoras representan el 30,1% de la muestra, que corresponde a 232 casos. Analizando el

³ En cuanto al tabaco, la categorización utilizada para este estudio, ha sido adaptada de un trabajo presentado por *Azevedo* y otros. NO FUMADORAS: Aquellas adolescentes que nunca habían probado el tabaco.

66,9% (538 casos) que han fumado alguna vez durante su vida, encontramos que el 16,2% (87 casos) han fumado durante los últimos 30 días, y 46,7% (251 casos) han fumado por última vez hace más de un mes pero menos de un año. Las encuestadas que hace más de un año no fuman es decir, las fumadoras experimentales según Azevedo, alcanzan al 37,1% (199 casos).

Tabla 21: Prevalencia en el consumo de tabaco.

| Cuándo fumó por última vez | Encuestadas | Frecuencia |
|--|--------------------|-------------------|
| Durante los últimos 30 días | 87 | 16,2% |
| Hace más de un mes, pero menos de un año | 251 | 46,7% |
| Hace más de un año | 199 | 37,1% |
| No sabe / no contesta | 1 | --- |
| Total | 538 | 100,0% |

Dentro del grupo de las 251 encuestadas que han fumado por última vez hace más de un mes pero menos de un año, el **97,2% (241 casos) dejó o disminuyó el consumo de tabaco a raíz del embarazo**, mientras que un 2,8% (7 casos) continuó con el hábito.

Si analizamos los 87 casos que continuaron fumando durante el embarazo, 46 de ellos (es decir un 62,2%) fumaron al menos un cigarrillo diariamente, correspondiendo al grupo de **fumadoras dependientes**.

Conclusiones en relación al consumo de tabaco:

- Es importante el porcentaje detectado de entrevistadas fumadoras, que alcanza casi el 70% de la muestra.

FUMADORAS EXPERIMENTALES: Aquellas adolescentes que habían probado el tabaco, pero hacía más de un año que no fumaban.

FUMADORAS ACTUALES:

EX FUMADORAS: Aquellas adolescentes que habían fumado pero habían dejado por el embarazo. Igualmente se indaga por el consumo previo al embarazo.

FUMADORAS OCASIONALES: Aquellas adolescentes que no fuman diariamente.

FUMADORAS DEPENDIENTES: Siguiendo la definición de la CIE, se definen aquellas adolescentes que sienten o creen que no pueden vivir sin el tabaco, y lo utilizan en forma permanente y compulsiva.

- La prevalencia de mes, es decir aquellas que han fumado durante los últimos treinta días, alcanza al 11,2% de la muestra.
- La prevalencia de año alcanzó al 32,4% de las encuestadas. El 97,2% de estos casos dejó o disminuyó el consumo a consecuencia del embarazo.

ANALISIS SECCION: CONSUMO DE ALCOHOL

De los 776 casos incluidos en la muestra, 591 encuestadas manifestaron haber bebido alguna vez en su vida, con lo cual la prevalencia de vida en el consumo de alcohol alcanza el 76,8% de la muestra.

Tabla 22: Prevalencia de vida en el consumo de alcohol, según edad.

| Edad | Ha bebido alguna vez | | | | Bebedoras |
|--------------|----------------------|------------|----------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 1 | 3 | 0 | 4 | 25,0% |
| 14 años | 10 | 11 | 0 | 21 | 47,6% |
| 15 años | 38 | 11 | 0 | 49 | 77,6% |
| 16 años | 67 | 21 | 2 | 90 | 76,1% |
| 17 años | 94 | 31 | 0 | 125 | 75,2% |
| 18 años | 126 | 27 | 0 | 153 | 82,4% |
| 19 años | 130 | 33 | 1 | 164 | 79,8% |
| 20 años | 125 | 41 | 2 | 168 | 75,3% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 591 | 179 | 6 | 776 | 76,8% |

Al igual que en el análisis de tabaco, esta frecuencia aumenta con la edad, siendo menor entre los 12 y los 14 años, alcanzando al 77% en los 15 años. Se mantiene entre el 75% y 82% desde los 16 a los 20 años.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo, el promedio es de 15,1 años, y la moda corresponde a los 15 años con 167 casos. En el grupo etario de 14 a 16 años, más del 60% de las encuestadas se iniciaron en el consumo de alcohol.

Tabla 23: Edad de inicio en el consumo de alcohol.

| Edad de inicio como bebedora | Encuestadas | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------|
| 6 años | 1 | 0,2% |
| 8 años | 2 | 0,3% |
| 9 años | 3 | 0,5% |
| 10 años | 5 | 0,8% |
| 11 años | 2 | 0,3% |
| 12 años | 33 | 5,6% |
| 13 años | 51 | 8,6% |
| 14 años | 86 | 14,6% |
| 15 años | 167 | 28,3% |
| 16 años | 114 | 19,3% |
| 17 años | 85 | 14,4% |
| 18 años | 36 | 6,1% |
| 19 años | 2 | 0,3% |
| 20 años | 3 | 0,5% |
| Ignorada | 1 | |
| Total | 591 | 100,0% |

Si se analizan los 591 que consumieron alcohol, en función de estudiar las prevalencias de mes, año y vida observamos:

Tabla 24: Prevalencia en el consumo de alcohol.

| Bebió por última vez | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Durante los últimos 30 días | 48 | 8,2% |
| Hace más de un mes pero menos de un año | 349 | 59,7% |
| Hace más de un año | 188 | 32,1% |
| No sabe / No contesta | 6 | |
| Total | 591 | 100,0% |

En consecuencia la prevalencia de mes, en el caso de las embarazadas adolescentes alcanza al 8,2%, y la prevalencia de año al 59,7%.

De las 349 adolescentes (tabla 24) que refieren haber bebido hace más de un mes pero menos de un año, el 98,3% manifiesta que frente a la noticia de embarazo dejó o disminuyó la ingesta de alcohol.

Tabla 25: Dejó de beber o disminuyó en el embarazo.

| Dejó de beber o disminuyó | Cantidad | Porcentaje |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|
| Sí | 341 | 98,3% |
| No | 6 | 1,7% |
| No sabe / No contesta | 2 | |
| Total | 349 | 100,0% |

El 49.5%(290 casos) de las adolescentes que han referido ingesta de alcohol alguna vez en su vida, lo han hecho al menos doce veces en su vida.

Tabla 26: Bebió algo al menos 12 veces en un año.

| Bebió algo al menos 12 veces en un año | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Sí | 221 | 76,5% |
| No | 68 | 23,5% |
| No sabe / No contesta | 1 | |
| Total | 290 | 100,0% |

Como muestra el cuadro anterior el 76,5% (221 casos) de las adolescentes que han bebido refieren haberlo hecho al menos doce veces en un año.

Tabla 27: Frecuencia en la ingesta de bebidas alcohólicas.

| Con qué frecuencia tomaste bebidas alcohólicas durante ese año | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Casi todos los días | 2 | 0,9% |
| Tres o cuatro días a la semana | 9 | 4,1% |
| Uno o dos días a la semana | 75 | 33,9% |
| Uno a tres días al mes | 135 | 61,1% |
| No sabe / No contesta | 0 | |
| Total | 221 | 100,0% |

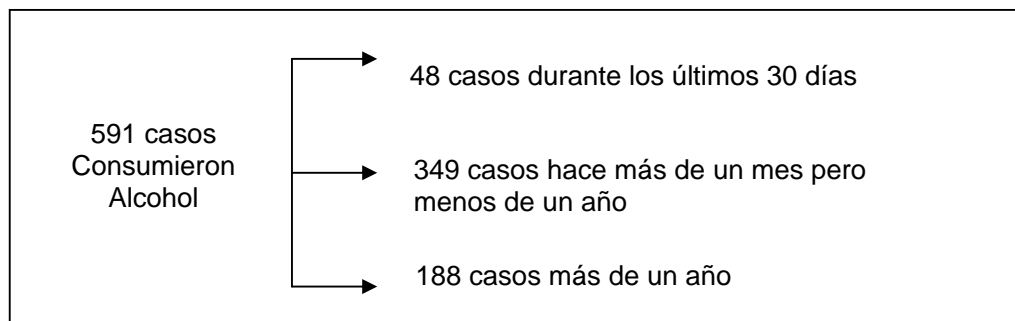
En resumen, de los 221 casos (un 28,5% de la muestra que refiere haber bebido al menos doce veces en un año), el patrón de consumo más frecuente es la ingesta durante uno a tres días al mes. Es importante señalar que 75 casos refieren ingesta uno o dos días a la semana, este patrón de consumo se detecta fuera del embarazo.

Ya se expuso anteriormente, que frente al embarazo más del 98% dejó o disminuyó el consumo.

La encuesta buscó analizar la frecuencia del consumo entre semana y los fines de semana, determinándose que el consumo de alcohol se produce habitualmente durante los fines de semana. También se concluyó que el promedio de tragos durante los días de semana alcanzó a 0,5 tragos por día, en tanto que el promedio durante los fines de semana alcanzó a 3,2 tragos por día (se consideró un trago, una lata de cerveza, una copa de vino o una medida de wisky).

Del total de la muestra, es decir 776 casos, 48 casos (un 6,2%), continuaron con la ingesta de alcohol ya que manifiestan haber consumido durante los últimos treinta días (prevalencia de mes).

Actitud frente al embarazo. Resumen:



Conclusiones en relación al consumo de alcohol:

- Es elevado el consumo de alcohol que alcanza 76,8% de la muestra que manifestó haber bebido alguna vez.
- Existe una marcada tendencia a disminuir el consumo con el embarazo.
- El consumo de alcohol se produce habitualmente durante el fin de semana.
- El promedio de tragos durante los días semana es de 0,5 tragos por día, aumentando a 3,2 tragos durante el fin de semana.

ANALISIS SECCION CONSUMO DE MARIHUANA

Sobre el total de la muestra de 776 casos, a 229 encuestadas les ofrecieron marihuana alguna vez en su vida, que corresponde al 30,5%. Al analizar la edad de las encuestadas al momento en que se les ofrece marihuana por primera vez, su máximo se alcanza en el grupo etario de 15 años, con un 42,6% de las adolescentes. Vemos también que el porcentaje de ofrecimiento disminuye prácticamente a la mitad en los grupos de 14 y 16 años para estabilizarse alrededor del 30% a partir de los 17 años y hasta los 20.

Tabla 28: Ofrecimiento de marihuana, según edad.

| Edad | Le ofrecieron marihuana alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|------------------------------------|------------|-----------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 3 | 1 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 4 | 16 | 1 | 21 | 20,0% |
| 15 años | 20 | 27 | 2 | 49 | 42,6% |
| 16 años | 19 | 70 | 1 | 90 | 21,3% |
| 17 años | 38 | 84 | 3 | 125 | 31,1% |
| 18 años | 46 | 104 | 3 | 153 | 30,7% |
| 19 años | 49 | 109 | 6 | 164 | 31,0% |
| 20 años | 53 | 109 | 6 | 168 | 32,7% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 229 | 523 | 24 | 776 | 30,5% |

Relacionando el ofrecimiento de marihuana y el nivel de instrucción se muestra que es mayor en las adolescentes de bajo nivel de instrucción, analfabetas y primaria incompleta. La muestra no es representativa de niveles altos de instrucción, debido al sesgo producido por el rango de edades seleccionado y por pertenecer al sector público de salud.

Tabla 29: Ofrecimiento de marihuana, según nivel de instrucción.

| Nivel de instrucción | Le ofrecieron marihuana alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|-----------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| Analfabeta | 2 | 4 | 0 | 6 | 33,3% |
| Primario Incompleto | 30 | 52 | 5 | 87 | 36,6% |
| Primario Completo | 37 | 94 | 3 | 134 | 28,2% |
| Secundario Incompleto | 140 | 312 | 12 | 464 | 31,0% |
| Secundario Completo | 11 | 56 | 0 | 67 | 16,4% |
| Terciario / Universitario Incompleto | 2 | 3 | 0 | 5 | 40,0% |
| Ignorada | 7 | 2 | 4 | 13 | |
| Total | 229 | 523 | 24 | 776 | 30,5% |

Se registró un consumo de marihuana en 56 casos de las 776 encuestadas, que corresponde al 7,4% de la muestra total.

Tabla 30: Consumo de marihuana, según edad.

| Edad | Probó marihuana alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|----------------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 3 | 1 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 1 | 19 | 1 | 21 | 5,0% |
| 15 años | 5 | 42 | 2 | 49 | 10,6% |
| 16 años | 3 | 86 | 1 | 90 | 3,4% |
| 17 años | 7 | 115 | 3 | 125 | 5,7% |
| 18 años | 11 | 140 | 2 | 153 | 7,3% |
| 19 años | 13 | 144 | 7 | 164 | 8,3% |
| 20 años | 16 | 146 | 6 | 168 | 9,9% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 56 | 696 | 24 | 776 | 7,4% |

Revisando los 56 casos de consumo con respecto a la edad, se observa que la relación entre el consumo de marihuana y el total de la muestra considerada por grupo etario, es mayor a los 15 años, edad en la que esta relación alcanzó al 10,6 %.

Si analizamos ahora el consumo de marihuana relacionado con el nivel de instrucción se observa que en los niveles más bajos, analfabetos y primaria incompleta el consumo fue mayor, 16,7% y 14,6% respectivamente. El consumo se mantiene alrededor del 7% en los niveles primario completo y secundario incompleto.

Tabla 31: Consumo de marihuana, según nivel de instrucción.

| Nivel de instrucción | Probó marihuana alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------------------------------|----------------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| Analfabeta | 1 | 5 | 0 | 6 | 16,7% |
| Primario Incompleto | 12 | 70 | 5 | 87 | 14,6% |
| Primario Completo | 9 | 121 | 4 | 134 | 6,9% |
| Secundario Incompleto | 33 | 420 | 11 | 464 | 7,3% |
| Secundario Completo | 0 | 67 | 0 | 67 | 0,0% |
| Terciario / Universitario Incompleto | 0 | 5 | 0 | 5 | 0,0% |
| Ignorada | 1 | 8 | 4 | 13 | |
| Total | 56 | 696 | 24 | 776 | 7,4% |

Podemos destacar que en este grupo de análisis, el nivel de instrucción alcanzado por las encuestadas, es un factor protector que disminuye el consumo.

Tabla 32: Edad de inicio en el consumo de marihuana.

| Nivel de instrucción | Probó marihuana alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------------------------------|----------------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| Analfabeta | 1 | 5 | 0 | 6 | 16,7% |
| Primario Incompleto | 12 | 70 | 5 | 87 | 14,6% |
| Primario Completo | 9 | 121 | 4 | 134 | 6,9% |
| Secundario Incompleto | 33 | 420 | 11 | 464 | 7,3% |
| Secundario Completo | 0 | 67 | 0 | 67 | 0,0% |
| Terciario / Universitario Incompleto | 0 | 5 | 0 | 5 | 0,0% |
| Ignorada | 1 | 8 | 4 | 13 | |
| Total | 56 | 696 | 24 | 776 | 7,4% |

La edad promedio de inicio del consumo de marihuana fue de 15,1 años. **Es importante recordar que los 15,1 años son también la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales y de inicio en el consumo de alcohol.**

Con respecto al consumo en los últimos treinta días no se registraron casos, y sólo 11 refieren haber consumido hace más de un mes pero menos de un año. Si bien puede suponerse que estos últimos casos consumieron durante el embarazo, todos ellos refieren haber abandonado o disminuido el consumo durante la gestación.

Tabla 33: Prevalencia en el consumo de marihuana.

| Cuándo consumió marihuana por última vez | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Durante los últimos 30 días | 0 | 0,0% |
| Hace más de un mes pero menos de un año | 11 | 23,9% |
| Hace más de un año | 35 | 76,1% |
| No sabe / No contesta | 10 | |
| Total | 56 | 100,0% |

Del total de casos que consumieron marihuana, el 40,8% de los mismos ha consumido al menos cinco veces en su vida y de ellos 8 casos llegaron a consumir “casi todos los días”.

Tabla 34: Consumió marihuana al menos 5 veces en su vida.

| Consumió marihuana al menos 5 veces en la vida | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Sí | 20 | 40,8% |
| No | 29 | 59,2% |
| No sabe / No contesta | 7 | |
| Total | 56 | 100,0% |

Tabla 35: Frecuencia en el consumo de marihuana.

| Frecuencia de consumo en el periodo de mayor consumo | Cantidad | Porcentaje |
|---|-----------------|-------------------|
| Casi todos los días | 8 | 44,4% |
| Uno o dos días a la semana | 3 | 16,7% |
| Uno a tres días al mes | 7 | 38,9% |
| No sabe / No contesta | 2 | |
| Total | 20 | 100,0% |

Se interrogó a las adolescentes durante que período de su vida consumió marihuana con mayor frecuencia. La edad en la que se referencia el mayor consumo es entre los 14 y 16 años.

Tabla 36: Edad en que consumía marihuana con mayor frecuencia.

| Edad en que consumía marihuana con mayor frecuencia | Encuestadas | Porcentaje |
|--|--------------------|-------------------|
| 12 años | 2 | 10,5% |
| 13 años | 1 | 5,3% |
| 14 años | 5 | 26,3% |
| 15 años | 5 | 26,3% |
| 16 años | 3 | 15,8% |
| 17 años | 1 | 5,3% |
| 18 años | 2 | 10,5% |
| Ignorada | 1 | |
| Total | 20 | 100,0% |

Conclusiones del consumo de marihuana:

- El 7.4% de las adolescentes encuestadas (56 casos) consumieron marihuana alguna vez en su vida.
- Su edad de inicio es de 15,1 años, que coincide con la edad de inicio de las relaciones sexuales y en el consumo de alcohol.
- Su consumo parece más frecuente en adolescentes de bajo nivel de instrucción.
- El embarazo determinó en la gran mayoría de los casos abandonar el consumo.

ANALISIS SECCION OTRAS DE SUSTANCIAS

Consumo de Cocaína

Sobre el total de la muestra le ofrecieron cocaína alguna vez en su vida a 90 encuestadas, que corresponde a un 12,6% del total. En el ofrecimiento de cocaína a las adolescentes se observa que tiene un primer incremento entre los 14 y 15 años y posteriormente se nota otro aumento en las adolescentes de mayor edad, 18, 19 y 20 años.

Tabla 37: Ofrecimiento de cocaína, según edad.

| Edad | Le ofrecieron cocaína alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|--------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 2 | 2 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 3 | 17 | 1 | 21 | 15,0% |
| 15 años | 5 | 36 | 8 | 49 | 12,2% |
| 16 años | 5 | 80 | 5 | 90 | 5,9% |
| 17 años | 12 | 104 | 9 | 125 | 10,3% |
| 18 años | 21 | 120 | 12 | 153 | 14,9% |
| 19 años | 21 | 136 | 7 | 164 | 13,4% |
| 20 años | 23 | 128 | 17 | 168 | 15,2% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 90 | 624 | 62 | 776 | 12,6% |

De estos 90 casos a quienes se les ofreció consumir cocaína, sólo 11 refieren haberlo hecho, que representa un 1,4% de la muestra total.

Tabla 38: Consumo de cocaína, según edad.

| Edad | Probó cocaína alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|--------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | Total | |
| 14 años | 0 | 3 | 0 | 3 | 0,0% |
| 15 años | 0 | 5 | 0 | 5 | 0,0% |
| 16 años | 0 | 5 | 0 | 5 | 0,0% |
| 17 años | 2 | 10 | 0 | 12 | 16,7% |
| 18 años | 2 | 19 | 0 | 21 | 9,5% |
| 19 años | 4 | 17 | 0 | 21 | 19,0% |
| 20 años | 3 | 20 | 0 | 23 | 13,0% |
| Ignorada | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 11 | 79 | 0 | 90 | 12,2% |

Si comparamos, para marihuana y cocaína, la relación que existe entre ofrecimiento y consumo, encontramos que consume marihuana un 24% de las adolescentes a las que se les ofrece, en tanto que este porcentaje disminuye al 12,2% en relación con la cocaína.

La edad promedio de inicio en el consumo de cocaína es de 16,5 años; mayor a la edad de inicio de las relaciones sexuales, consumo de marihuana y consumo de alcohol.

Consumo de Pasta base

Con respecto a la pasta base, la encuesta muestra que se les ofreció únicamente a 8 adolescentes, un 1,8% del total de la muestra, y ninguna adolescente refiere haberla consumido.

Consumo de Inhalantes

A 69 adolescentes se les ofreció consumir inhalantes, que representan un 9,9% del total de la muestra. Este ofrecimiento registra mayor frecuencia a los 15 años, alcanzando al 18,6% de las adolescentes de esa edad.

Tabla 39: Ofrecimiento de inhalantes, según edad.

| Edad | Le ofrecieron inhalantes alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|-------------------------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 3 | 1 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 2 | 18 | 1 | 21 | 10,0% |
| 15 años | 8 | 35 | 6 | 49 | 18,6% |
| 16 años | 8 | 74 | 8 | 90 | 9,8% |
| 17 años | 14 | 101 | 10 | 125 | 12,2% |
| 18 años | 13 | 120 | 20 | 153 | 9,8% |
| 19 años | 11 | 135 | 18 | 164 | 7,5% |
| 20 años | 13 | 140 | 15 | 168 | 8,5% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 69 | 627 | 80 | 776 | 9,9% |

Se registran 11 casos de consumo de inhalantes, que representa el 1,4% del total de la muestra. Si comparamos la relación entre ofrecimiento y consumo para el caso de

inhalantes, la misma asciende al 15,9%. La edad promedio de inicio del consumo de inhalantes es de 15,6 años.

Consumo de Estimulantes – sedantes

Se le ofrecieron estimulantes únicamente al 0,5% de la muestra, no registrándose ningún caso de consumo. A 38 casos se les ofreció sedantes, que significa un 5,7% del total.

El 2,0% de las encuestadas consumió sedantes alguna vez en su vida y la edad promedio de inicio en el consumo es de 16,7 años.

Tabla 40: Ofrecimiento de sedantes, según edad.

| Edad | Le ofrecieron sedantes alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 3 | 1 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 1 | 13 | 7 | 21 | 7,1% |
| 15 años | 2 | 35 | 12 | 49 | 5,4% |
| 16 años | 1 | 81 | 8 | 90 | 1,2% |
| 17 años | 6 | 97 | 22 | 125 | 5,8% |
| 18 años | 11 | 118 | 24 | 153 | 8,5% |
| 19 años | 6 | 138 | 20 | 164 | 4,2% |
| 20 años | 11 | 137 | 20 | 168 | 7,4% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 38 | 623 | 115 | 776 | 5,7% |

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Sólo 3 casos de la muestra refieren ofrecimiento de crack y en ningún caso se registró su consumo.

Tabla 41: Ofrecimiento de crack, según edad.

| Edad | Le ofrecieron crack alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|--------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 1 | 3 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 0 | 11 | 10 | 21 | 0,0% |
| 15 años | 0 | 23 | 26 | 49 | 0,0% |
| 16 años | 0 | 42 | 48 | 90 | 0,0% |
| 17 años | 1 | 55 | 69 | 125 | 1,8% |
| 18 años | 0 | 69 | 84 | 153 | 0,0% |
| 19 años | 1 | 75 | 88 | 164 | 1,3% |
| 20 años | 1 | 79 | 88 | 168 | 1,3% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 3 | 356 | 417 | 776 | 0,8% |

No se encuentra ningún caso de ofrecimiento o consumo de opiáceos.

Tabla 42: Ofrecimiento de opiáceos, según edad.

| Edad | Le ofrecieron opiáceos alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 1 | 3 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 0 | 11 | 10 | 21 | 0,0% |
| 15 años | 0 | 23 | 26 | 49 | 0,0% |
| 16 años | 0 | 43 | 47 | 90 | 0,0% |
| 17 años | 0 | 53 | 72 | 125 | 0,0% |
| 18 años | 0 | 70 | 83 | 153 | 0,0% |
| 19 años | 0 | 80 | 84 | 164 | 0,0% |
| 20 años | 0 | 84 | 84 | 168 | 0,0% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 0 | 366 | 410 | 776 | 0,0% |

Con respecto a los alucinógenos, 5 adolescentes refieren que se les ha ofrecido y no se registra ningún caso de consumo.

Tabla 43: Ofrecimiento de alucinógenos, según edad.

| Edad | Le ofrecieron alucinógenos alguna vez | | | | Porcentaje |
|--------------|---------------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Sí | No | NS/NC | Total | |
| 12 años | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,0% |
| 13 años | 0 | 1 | 3 | 4 | 0,0% |
| 14 años | 0 | 11 | 10 | 21 | 0,0% |
| 15 años | 1 | 23 | 25 | 49 | 4,2% |
| 16 años | 0 | 49 | 41 | 90 | 0,0% |
| 17 años | 0 | 60 | 65 | 125 | 0,0% |
| 18 años | 2 | 69 | 82 | 153 | 2,8% |
| 19 años | 1 | 86 | 77 | 164 | 1,1% |
| 20 años | 1 | 87 | 80 | 168 | 1,1% |
| Ignorada | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Total | 5 | 387 | 384 | 776 | 1,3% |

Conclusiones del consumo de sustancias psicoactivas

El siguiente cuadro muestra la edad de inicio promedio en el consumo de la sustancia, a qué porcentaje de las adolescentes se les ofreció para consumir, cuál porcentaje de la muestra efectivamente consumió, y por último la relación entre ofrecimiento y consumo.

Tabla 44: Edad de inicio, ofrecimiento y consumo según sustancia.

| SUSTANCIA | Edad Inicio | % de oferta | % de consumo | Relación O/C |
|------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Marihuana | 15,1 años | 30.5% | 7.4% | 24% |
| Cocaína | 16.5 años | 12.6% | 1.4% | 12.2% |
| Inhalantes | 15.6 años | 9.9% | 1.4% | 15.9% |
| Sedantes | 16.7 años | 5.7% | 2.0% | 34.2% |

Como se muestra en el cuadro anterior, la marihuana es la sustancia psicoactiva de menor edad de comienzo de consumo y mayor porcentaje de oferta; siendo alta la relación oferta/consumo.

Los sedantes presentan la mayor edad de inicio y la mayor relación de consumo para el nivel de ofrecimiento, al contrario que la cocaína, que presenta la menor razón entre consumo y oferta.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE POLICONSUMO

Consumo de tabaco y alcohol

Del total de encuestadas, 538 refieren haber fumado lo que significa un 69,9% de las adolescentes; y han tomado alcohol 591 adolescentes, que representan el 76,8% de la muestra.

El siguiente cuadro resume la información referida al consumo simultáneo de tabaco y alcohol.

Tabla 45: Consumo de tabaco y alcohol.

| Fumo | Bebió | | | Total |
|--------------|------------|------------|----------|------------|
| | Sí | No | Ignorado | |
| Sí | 463 | 74 | 1 | 538 |
| No | 128 | 104 | 0 | 232 |
| Ignorado | 0 | 1 | 5 | 6 |
| Total | 591 | 179 | 6 | 776 |

Como muestra el cuadro anterior 463 encuestadas han fumado y bebido alguna vez en su vida, lo que corresponde al 59,7% del total.

Estudiando el consumo de marihuana y cocaína en este grupo de 463 pacientes que han fumado y consumido alcohol, y comparándolo con las cifras del total de las encuestas obtenemos la siguiente tabla.

Tabla 46: Consumo de marihuana, en el grupo que fumó y bebió.

| Consumió marihuana | Encuestadas | Porcentaje |
|--------------------|-------------|---------------|
| Sí | 52 | 11,4% |
| No | 405 | 88,6% |
| Ignorado | 6 | |
| Total | 463 | 100,0% |

Tabla 47: Consumo de cocaína, en el grupo que fumó y bebió.

| Consumió cocaína | Encuestadas | Porcentaje |
|------------------|-------------|---------------|
| Sí | 9 | 2,1% |
| No | 413 | 97,9% |
| Ignorado | 41 | |
| Total | 463 | 100,0% |

Conclusiones referidas al policonsumo:

- En la muestra total de 776 adolescentes encuestadas, el consumo de marihuana es del 7.4%. En cambio, dentro del grupo de las encuestadas que han fumado y bebido (463 adolescentes) el consumo de marihuana es del 11,4%.
- El consumo de cocaína alcanza el 1,4% del total de encuestadas. En las encuestadas que han fumado y bebido, el consumo de cocaína aumenta hasta alcanzar el 2,1%.
- En el grupo de adolescentes que han fumado y han tomado alcohol, los porcentajes de consumo de marihuana y cocaína son significativamente mayores que en el total de la muestra.

COMPONENTES SOCIOCULTURALES DEL CONSUMO

Situación laboral y nivel de instrucción

En la sección en que se describen las características sociales de la muestra se consignó que el 82,3% de las adolescentes encuestadas no trabajan ni estudian.

Se tomó este grupo de adolescentes y se compararon los consumos de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína con las encuestadas que sí estudian o trabajan. Los resultados se muestran en las tablas siguientes.

Tabla 48: Consumo de tabaco, según estudien o trabajen.

| Clasificación | Consumo de tabaco | | | Total | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|------------|----------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | | |
| No estudian ni trabajan | 411 | 172 | 1 | 584 | 70,5% |
| Estudian o trabajan | 83 | 43 | 0 | 126 | 65,9% |
| Ignorado | 44 | 17 | 5 | 66 | |
| Total | 538 | 232 | 6 | 776 | 69,9% |

Tabla 49: Consumo de alcohol, según estudien o trabajen.

| Clasificación | Consumo de alcohol | | | Total | Porcentaje |
|-------------------------|--------------------|------------|----------|------------|--------------|
| | Sí | No | Ignorado | | |
| No estudian ni trabajan | 457 | 125 | 2 | 584 | 78,5% |
| Estudian o trabajan | 90 | 36 | 0 | 126 | 71,4% |
| Ignorado | 44 | 18 | 4 | 66 | |
| Total | 591 | 179 | 6 | 776 | 76,8% |

Tabla 50: Consumo de marihuana, según estudien o trabajen.

| Clasificación | Consumo de marihuana | | | Total | Porcentaje |
|-------------------------|----------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | Ignorado | | |
| No estudian ni trabajan | 46 | 522 | 16 | 584 | 8,1% |
| Estudian o trabajan | 4 | 121 | 1 | 126 | 3,2% |
| Ignorado | 6 | 53 | 7 | 66 | |
| Total | 56 | 696 | 24 | 776 | 7,4% |

Tabla 51: Consumo de cocaína, según estudien o trabajen.

| Clasificación | Consumo de cocaína | | | Total | Porcentaje |
|-------------------------|--------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| | Sí | No | Ignorado | | |
| No estudian ni trabajan | 8 | 520 | 56 | 584 | 1,5% |
| Estudian o trabajan | 1 | 118 | 7 | 126 | 0,8% |
| Ignorado | 2 | 64 | 0 | 66 | |
| Total | 11 | 702 | 63 | 776 | 1,5% |

Como muestran las tablas anteriores surge claramente el aumento del consumo en el grupo de adolescentes que no trabaja ni estudia.

Para el caso del tabaco los porcentajes de consumo en el grupo que no estudia ni trabaja ascienden casi a 5 puntos porcentuales más y en el caso del alcohol llega casi a 7 puntos porcentuales.

En el caso de marihuana el consumo en el grupo que no estudia ni trabaja supera en un 153% al grupo que si trabaja o estudia y en el de cocaína esta diferencia asciende al 87,5%.

En consecuencia tanto el estudio como el trabajo aparecen en forma muy clara como factores de protección para el consumo de drogas.

CONOCIMIENTO DE DROGAS ILÍCITAS

La encuesta incluía preguntas sobre el conocimiento acerca de diversas sustancias psicoactivas. En el siguiente cuadro se muestra el resultado.

Tabla 52: Sustancias psicoactivas sobre las que han escuchado hablar.

| Sustancias sobre las que ha escuchado hablar | Encuestadas | Porcentaje |
|--|-------------|------------|
| Marihuana | 746 | 96,4% |
| Cocaína | 694 | 89,7% |
| Pegamento | 677 | 87,5% |
| Pastillas para dormir / calmar nervios | 598 | 77,3% |
| Heroína | 237 | 30,6% |
| Pasta base | 231 | 29,8% |
| Éxtasis | 134 | 17,3% |
| Alucinógenos (peyote, cucumelo, etc.) | 117 | 15,1% |
| Anfetaminas | 96 | 12,4% |
| LSD | 95 | 12,3% |
| Opio | 59 | 7,6% |
| Crack | 55 | 7,1% |
| Ninguna | 15 | 1,9% |
| No responde | 2 | |

La marihuana es la droga más conocida y es seguida, con altos porcentajes de conocimiento, por la cocaína, el pegamento y las pastillas para dormir o calmar los nervios.

Es llamativo como disminuyen los porcentajes de conocimiento en pasta base, éxtasis y anfetaminas que en otro contexto social y/o geográfico constituyen verdaderos problemas epidemiológicos.

Es probable que debido a la conformación socio-cultural de la muestra, términos como alucinógenos, LSD, opio sean prácticamente desconocidos.

No es satisfactorio el nivel de conocimiento de sustancias psicoactivas, ya que más del 70% de las adolescentes desconocen la pasta base y más del 80% el éxtasis. Frente a este grado de desconocimiento es difícil planificar políticas preventivas que no comiencen por la educación.

Resulta obvio que aquellas sustancias desconocidas por las adolescentes encuestadas lo son también sobre su perjuicio a la salud.

A los encuestados que manifestaron «haber escuchado hablar» de la sustancia interrogada, se les preguntó si la consideraba perjudicial para la salud.

Tabla 53: Sustancias consideradas perjudiciales para la salud.

| Sustancias | La considera perjudicial | | | |
|--|--------------------------|-----|----------|------------|
| | Sí | No | Ignorado | Porcentaje |
| Cocaína | 641 | 51 | 2 | 92,6% |
| Crack | 50 | 5 | 0 | 90,9% |
| Pegamento | 612 | 63 | 2 | 90,7% |
| Alucinógenos (peyote, cucumelo, etc.) | 103 | 12 | 2 | 89,6% |
| Pasta base | 203 | 27 | 1 | 88,3% |
| Marihuana | 650 | 93 | 3 | 87,5% |
| Éxtasis | 117 | 17 | 0 | 87,3% |
| Heroína | 204 | 31 | 2 | 86,8% |
| Opio | 51 | 8 | 0 | 86,4% |
| LSD | 79 | 16 | 0 | 83,2% |
| Anfetaminas | 79 | 17 | 0 | 82,3% |
| Pastillas para dormir / calmar nervios | 422 | 170 | 6 | 71,3% |

Surge del cuadro anterior que las encuestadas tienen conciencia del daño para la salud del consumo de éstas sustancias; pero se consideran altos los porcentajes de adolescentes que consideran que no son perjudiciales las pastillas para dormir, la marihuana o el pegamento.

Podemos analizar la relación entre ofrecimiento y consumo de las sustancias psicoactivas en función del conocimiento acerca del daño que provocan a la salud de quien las consume. Cuanto menos perjudicial se considera una sustancia psicoactiva, mayor es la relación entre consumo y ofrecimiento. La cocaína que es considerada como la más perjudicial de las sustancias presenta la menor relación entre consumo y ofrecimiento. Prácticamente a uno de cada cuatro adolescentes que se les ofrece marihuana aceptan y consumen; en tanto que uno de cada diez acepta el ofrecimiento de consumir cocaína.

Se insiste entonces en que la condición de estudiar y/o trabajar, así como el conocimiento de las sustancias psicoactivas y su relación con el perjuicio a la salud son los pilares de la prevención.

RESULTADOS PERINATALES

Descripción de la muestra

Peso al nacer

El promedio de peso de los recién nacidos fue de 3.124 gramos con una mediana de 3.200 gramos.

El porcentaje de recién nacidos de peso extremadamente bajo (menor a 1.500 gramos) alcanzó un 3,0%, y el porcentaje de recién nacidos con pesos al nacer entre 1.500 y 2.500 gramos fue del 9,8%. En consecuencia el bajo peso al nacer (menores de 2.500 gramos) fue de 12,8%.

El nivel de recién nacidos con peso insuficiente al nacer (entre 2.500 y 2.999 gramos) alcanzó al 20,9% de la muestra total.

Tabla 54: Peso al nacer

| Peso al nacer | Recién nacidos | Porcentaje |
|----------------------|-----------------------|-------------------|
| Hasta 1499 grs | 20 | 3,0% |
| 1500 a 2499 grs | 66 | 9,8% |
| 2500 a 2999 grs | 141 | 20,9% |
| 3000 grs o más | 447 | 66,3% |
| Ignorado | 102 | |
| Total | 776 | 100,0% |

En la provincia de Mendoza, sobre 32.000 nacimientos anuales en promedio, y de acuerdo a los datos de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia, el bajo peso al nacer es de 7,3% y el extremadamente bajo peso del 1,3%. Como se observa la muestra presenta datos superiores que pueden ser atribuidos a que se estudia embarazo adolescente (grupo de riesgo), y por otro lado del sesgo producido por haberse realizado el estudio en la maternidad de referencia provincial que concentra los casos más graves.

Perímetro cefálico

La media de los perímetros cefálicos para los recién nacidos que integraron la muestra fue de 34 cm.

Longitud

La longitud promedio de los recién nacidos alcanzó los 48,8 cm.

Tabla 55: Resultados perinatales según grupos de riesgo

| GRUPOS de RIESGO | Media peso al nacer | Porcentaje de BPN | Media de longitud | Media de perímetro cefálico |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Total de la muestra | 3123,7 | 12,8% | 48,8 | 34,0 |
| Fumaron en los últimos 30 días | 3071,1 | 13,2% | 48,8 | 34,2 |
| Bebieron en los últimos 30 días | 3094,7 | 15,2% | 48,8 | 33,8 |
| Fumaron y bebieron en los últimos 30 días | 3020,9 | 25,0% | 48,1 | 33,8 |

En el grupo de adolescentes que fumó durante el embarazo el peso promedio de los recién nacidos disminuyó en 52,6 gramos y creció el porcentaje de recién nacidos de bajo peso. No se registraron, en promedio, modificaciones de la longitud ni del perímetro cefálico.

En las adolescentes que bebieron durante el embarazo si bien se registra una disminución de peso menor que aquellas que fumaron, aumenta el bajo peso al nacer alcanzando al 15,2% y se observa una disminución en la media del perímetro cefálico.

Por último en el grupo que combina haber fumado y bebido durante el embarazo la disminución de peso de los recién nacidos alcanza a 102,8 gramos, pero es llamativo el aumento del bajo peso al nacer que alcanza al 25%. Se registra una leve disminución en la longitud y se observa también una reducción del perímetro cefálico.

Dadas las características de la muestra y si bien es conocida la relación entre el tabaco y la disminución del peso al nacer, es difícil de afirmar que el aumento del bajo

peso sea producido sólo por el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo se debería trabajar con muestras de mayor volumen para estudiar esta asociación.

Teniendo en cuenta que la duración corta del embarazo y el bajo peso al nacer constituyen la primer causa de mortalidad infantil, y que su forma de prevención es realizar controles prenatales precoces, esto es comenzar en el primer trimestre del embarazo; periódicos es decir mensuales; extensos o sea que alcancen al mayor número posible de embarazadas; y fundamentalmente controles prenatales de calidad que incluyan todos los componentes preventivos-asistenciales del mismo. Debería entonces revisarse los contenidos del control prenatal incluyendo entre ellos un fuerte componente de educación en la prevención del consumo tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, temas poco tratados actualmente y que pueden ser de alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil.

TERCERA PARTE

Resumen y conclusiones

Se encuestaron todas los nacimientos de hijos de madres adolescentes ocurridos en la Maternidad José Federico Moreno del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, entre los meses de mayo y octubre del año 2006.

Se realizaron un total de 776 encuestas. Las mismas se efectuaron en el primer día de puerperio con un riguroso control de los nacimientos de madres adolescentes ocurridos el día anterior.

Historia reproductiva

Entre los motivos de no utilización de métodos anticonceptivos encontramos que un 31,5% de la muestra buscaba o quería quedarse embarazada, es decir que fueron embarazos deseados, contrariamente a la visión adulta del embarazo adolescente.

El 37,6% de los motivos para no utilizar métodos anticonceptivos fueron que «pensaba que no iba a quedarse embarazada», o que «no conocía ningún método», lo que hemos denominado, desde una perspectiva preventiva, fallas en el proceso de información y capacitación.

En un 22% de los embarazos actuales también pueden sospecharse fallas atribuibles al proceso de información y capacitación ya que refieren haber estado utilizando un método anticonceptivo, pero igual quedaron embarazadas.

Situación laboral

Sólo el 5,3% de las encuestadas indicaron tener un trabajo remunerado. En tanto el 52,3% no tiene en la actualidad trabajo remunerado pero lo tuvo en el pasado y el 42,3% restante nunca realizó trabajo remunerado.

Si se analiza la situación laboral en forma conjunta con la asistencia escolar se obtiene que un 82,3% de las encuestadas no trabajan ni estudian.

Consumo de sustancias psicoactivas

Tabaco

Es importante el porcentaje detectado de entrevistadas que fumaron alguna vez en su vida, que alcanzó casi al 70% de la muestra.

La prevalencia de mes, es decir aquellas que fumaron durante los últimos treinta días del embarazo, alcanzó al 11,2% de la muestra.

La prevalencia de año alcanzó al 32,4% de las entrevistadas. En el 97,2% de los casos, las adolescentes dejaron o disminuyeron el consumo debido a su embarazo.

Alcohol

Es elevado porcentaje de adolescentes (un 76,8%) que manifestó haber bebido alguna vez. Existe una marcada tendencia a disminuir el consumo con el embarazo.

El consumo de alcohol se produce habitualmente durante el fin de semana. El promedio de tragos durante los días semana es de 0,5 tragos por día, aumentando a 3,2 tragos durante el fin de semana.

Marihuana

El 7,4% de las adolescentes encuestadas, 56 casos, consumieron marihuana. Su edad de inicio promedio fue de 15,1 años, que coincide con la edad media de inicio de relaciones sexuales y consumo de alcohol. Su consumo es más frecuente en adolescentes de bajo nivel de instrucción.

El embarazo determinó que, en la gran mayoría de los casos, se abandonara el consumo.

Cocaína

Sobre el total de la muestra, a 90 adolescentes se les ofreció cocaína alguna vez en su vida, que corresponde a un 12,6%. De estos casos, sólo 11 adolescentes refieren haberla consumido, lo que representa un 1,4% de la muestra total.

La edad promedio de inicio del consumo de cocaína es de 16,5 años, como se ve, mayor a la edad promedio del inicio de relaciones sexuales, consumo de marihuana e inicio como bebedora.

Otras sustancias

Con respecto a la pasta base la encuesta muestra que les fue ofrecida al 1,8% de las adolescentes y ninguna refiere haberla consumido.

Los inhalantes fueron ofrecidos a un 9,9% de las adolescentes encuestadas. Se registran 11 casos de consumo de inhalantes, que representa al 1,4% del total de la muestra.

Los estimulantes fueron ofrecidos sólo al 0,5% de la muestra y no se registraron casos de consumo.

En 38 casos se detectó el ofrecimiento de sedantes lo que significa un 5,7% del total. Su consumo alcanza al 2% de la muestra. Sólo 3 casos de la muestra refieren ofrecimiento de crack y en ningún caso se registró su consumo.

No se encuentra ningún caso de ofrecimiento o consumo de opiáceos.

Con respecto a los alucinógenos, 5 adolescentes refieren que se les ha ofrecido y no se registra ningún caso de consumo.

Policonsumo

Tanto el consumo de marihuana como cocaína aumentan significativamente en las encuestadas que han fumado o tomado alcohol.

Determinantes socioculturales del consumo

Si se analiza la situación laboral en forma conjunta con la asistencia escolar se obtiene que el 82,3% de las encuestadas no trabaje ni estudia.

Analizando el consumo en las encuestadas que no trabajan ni estudian y comparándolos con las que si trabajan o estudian se observa que el consumo de marihuana y cocaína aumenta significativamente.

Conocimiento de sustancias psicoactivas

Podemos mostrar que cuanto menos perjudicial se considera una sustancia psicoactiva mayor es la relación entre ofrecimiento y consumo.

La cocaína, que las adolescentes identifican como la sustancia más perjudicial para la Salud, presenta la menor relación entre ofrecimiento y consumo. Prácticamente a uno de cada cuatro adolescentes que se les ofrece marihuana aceptan y consumen; en tanto que uno de cada diez acepta y consume cocaína.

Las encuestadas tienen conciencia del daño para la salud del consumo de estas sustancias, pero igualmente se considera que son altos los niveles de desconocimiento sobre los perjuicios a la salud de las pastillas para dormir o calmantes y la marihuana.

Resultados Perinatales

En el grupo de adolescentes que fumó durante el embarazo el peso promedio de los recién nacidos disminuyó en 52,6 gramos y aumento el porcentaje de recién nacidos de bajo peso.

En las adolescentes que bebieron durante el embarazo aumenta el bajo peso al nacer alcanzando al 15,2% y se observa una disminución en la media del perímetro cefálico.

Debería revisarse los contenidos del control prenatal incluyendo entre ellos un fuerte componente de educación en la prevención del consumo tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

RECOMENDACIONES

Como conclusión, la política de prevención de los embarazos adolescentes debería priorizar el componente de información y capacitación, que es determinante.

En primer lugar, revisando sus contenidos para analizar en terreno, y junto a los adolescentes, la conveniencia del embarazo en este periodo de la vida, abandonando una postura adulto-céntrica; y en segundo término, transformar la educación sexual a desarrollar en salud reproductiva como pilar de las políticas preventivas.

Tres determinantes socioculturales surgen con claridad del análisis efectuado con respecto al consumo de sustancias psicoactivas:

- *La relación del consumo con el «tiempo libre», ya que las adolescentes que no trabajan o estudian presentan indicadores de consumo significativamente mayores*
- *El proceso de información y capacitación, ya que la relación entre ofrecimiento y consumo está, en parte, determinada por el conocimiento de la sustancia y su acción perjudicial para la salud.*
- *La permisividad en el consumo de sustancias psicoactivas lícitas, como el tabaco y el alcohol, ya que se ha demostrado cómo influyen aumentando significativamente el consumo de marihuana y cocaína en este grupo.*

Las recomendaciones efectuadas para el embarazo adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas tienen un eje común dado por el proceso de información y capacitación. En consecuencia deberían sumarse a los contenidos de capacitación en educación sexual y salud reproductiva los correspondientes al conocimiento de sustancias psicoactivas.

Debe también recomendarse ampliar los contenidos del control prenatal, insistiendo que frente a una embarazada adolescente se debe indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y comentar sus efectos negativos sobre el feto.

| Índice de tablas | Página |
|---|---------------|
| Tabla 1: Prevalencia de año en el consumo de sustancias psicoactivas. | |
| Tabla 2: Prevalencia de mes, tabaco y alcohol. Provincia de Mendoza. | |
| Tabla 3: Prevalencia de año, sustancias psicoactivas. Provincia de Mendoza. | |
| Tabla 4: Pasaje transplacentario de sustancias psicoactivas | |
| Tabla 5: Número y frecuencia de encuestadas según edad | |
| Tabla 6: Estado civil y convivencia de las encuestadas | |
| Tabla 7: Nivel de instrucción alcanzado | |
| Tabla 8: Asistencia a establecimientos educativos | |
| Tabla 9: Motivos de abandono escolar | |
| Tabla 10: Asistencia a establecimiento escolar según situación laboral. | |
| Tabla 11: Edad de inicio de las relaciones sexuales. | |
| Tabla 12: Uso de métodos anticonceptivos según edad | |
| Tabla 13: Motivo por el que nunca utilizó métodos anticonceptivos | |

| | |
|---|--|
| Tabla 14: Motivo para la no utilización de MAC según instrucción | |
| Tabla 15: Uso de MAC en este embarazo, según edad | |
| Tabla 16: Método anticonceptivo en uso al quedar embarazada | |
| Tabla 17: Pareja de este embarazo | |
| Tabla 18: Gesta y paridad, según edad | |
| Tabla 19: Controles prenatales según edad | |
| Tabla 20: Prevalencia de vida en el consumo de tabaco, según edad | |
| Tabla 21: Prevalencia en el consumo de tabaco. | |
| Tabla 22: Prevalencia de vida en el consumo de alcohol, según edad. | |
| Tabla 23: Edad de inicio en el consumo de alcohol. | |
| Tabla 24: Prevalencia en el consumo de alcohol. | |
| Tabla 25: Dejó de beber o disminuyó en el embarazo. | |
| Tabla 26: Bebió algo al menos 12 veces en un año. | |
| Tabla 27: Frecuencia en la ingesta de bebidas alcohólicas. | |
| Tabla 28: Ofrecimiento de marihuana, según edad. | |
| Tabla 29: Ofrecimiento de marihuana, según nivel de instrucción. | |
| Tabla 30: Consumo de marihuana, según edad. | |
| Tabla 31: Consumo de marihuana, según nivel de instrucción. | |
| Tabla 32: Edad de inicio en el consumo de marihuana. | |

| | |
|---|--|
| Tabla 33: Prevalencia en el consumo de marihuana. | |
| Tabla 34: Consumió marihuana al menos 5 veces en su vida. | |
| Tabla 35: Frecuencia en el consumo de marihuana. | |
| Tabla 36: Edad en que consumía marihuana con mayor frecuencia. | |
| Tabla 37: Ofrecimiento de cocaína, según edad. | |
| Tabla 38: Consumo de cocaína, según edad. | |
| Tabla 39: Ofrecimiento de inhalantes, según edad. | |
| Tabla 40: Ofrecimiento de sedantes, según edad. | |
| Tabla 41: Ofrecimiento de crack, según edad. | |
| Tabla 42: Ofrecimiento de opiáceos, según edad. | |
| Tabla 43: Ofrecimiento de alucinógenos, según edad. | |
| Tabla 44: Edad de inicio, ofrecimiento y consumo según sustancia. | |
| Tabla 45: Consumo de tabaco y alcohol. | |
| Tabla 46: Consumo de marihuana, en el grupo que fumó y bebió. | |
| Tabla 47: Consumo de cocaína, en el grupo que fumó y bebió. | |
| Tabla 48: Consumo de tabaco, según estudien o trabajen. | |
| Tabla 49: Consumo de alcohol, según estudien o trabajen. | |
| Tabla 50: Consumo de marihuana, según estudien o trabajen. | |
| Tabla 51: Consumo de cocaína, según estudien o trabajen. | |
| Tabla 52: Sustancias psicoactivas sobre las que han escuchado hablar. | |
| Tabla 53: Sustancias consideradas perjudiciales para la salud. | |
| Tabla 54: Peso al nacer | |
| Tabla 55: Resultados perinatales según grupos de riesgo | |

Bibliografía consultada:

- BINSTOCK, Georgina, PANTELIDES, Edith Alejandra, *La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico*, Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe (2006) Santiago, Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE, División de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf>
- CASADO FLORES, Juan; DÍAZ HUERTAS, José A.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Carmen; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Carmen, *Niños Maltratados*, Díaz de Santos, (1999).
- *Cocaína y Embarazo*, OTIS (Organization of teratology information services) Disponible en: http://www.otispregnancy.org/pdf/Cocaína_y_Embarazo.pdf
- Dirección general de escuelas preparatorias (DGEP), México. Disponible en: <http://dgep.uasnet.mx/orientacion/pagina1/temas/drogadiccion.htm>
- *El consumo de cocaína durante el embarazo: su detección y efectos*. Rev Panam Salud Publica [online]. 1997, vol.1, n.3 [cited 2009-06-30], pp. 244-244. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000300018&Ing=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49891997000300018.
- Enlace Hispano Americano de Salud, *Curso de Lactancia Materna. Drogas y Lactancia Materna*. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%209%20-%2010.htm>
- GILARDI, J., IAPICHINO, J, (Coordinadores) *Praxis medica, proteccion del profesional*, Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, (Marzo, 2003), Año 7, N° 28. Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/prax0303.htm>
- HUSSEY, J.M., GILCHRIST, L.D., GILLMORE, M.R., LOHR, M.J. *Factors related to cigarette smoking during adolescent pregnancy*. Journal of Youth and Adolescence 21(4): 409-420. (1992).
- *La autoprescripción responsable de medicamentos adquiribles sin receta*. Rev Panam Salud Publica [online]. 1997, vol.1, n.3 [cited 2009-06-30], pp. 242-243.

Available from:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000300015&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49891997000300015.

- LUGONES Botell, Miguel; MADRUGA FERNÁNDEZ, Mariela; YERO CASTAÑEDA, María E. ; PERAZA MÉNDEZ, Carmen T, *Cocainomanía y embarazo*, Presentación de un caso, Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana, (2004).
- MAGRI, Raquel, MIGUEZ, Hugo, PARODI, Verónica et al. *Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas*. Arch. Pediatr. Urug., (jun. 2007), vol.78, no.2, p.122-132. ISSN 0004-0584.
- MANRIQUE LÓPEZ, Sandra; PUENTES GARCÍA, Sonia; ORJUELA VELASCO, Milena; *Meconio: vehiculo de biomarcadores de exposición a sustancias psicoactivas en gestantes*, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia (Artículo de revisión). Disponible en:
http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA7_76_83.PDF
- MARTI, M. ; CABRERA, J.C. ; REYES, D.; CASTILLO DE VERA, M.; TOLEDO, L.; CALVO, F., *Repercusión en el neonato de la drogadicción materna*, Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, BSCP Can Ped (2001); 25- nº 3. Disponible en:
[http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2002-2/repercusi%C3%B3n%20en%20el%20neonato%20de%20la%20dro....%20\(m.%20marti%20y%20otros\).pdf](http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2002-2/repercusi%C3%B3n%20en%20el%20neonato%20de%20la%20dro....%20(m.%20marti%20y%20otros).pdf)
- National Institute for Drug Addiction. Cigarette smoking. Disponible en:
<http://www.health.org/pubs/caps/NCCigs.htm>>Mar.1999
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, *El abandono del tabaquismo: Los jóvenes y las embarazadas*, (Mayo, 1999). Disponible en:
<http://www.perinat.org.ar/tabaco3.html>
- PÉREZ CRUZ, Nuvia; PÉREZ CRUZ, Hayvin; FERNÁNDEZ MANCHÓN, Eduardo J. *Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo*, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende, Disponible en:
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol6_num1/rhcm06107.htm
- RODRÍGUEZ CRIADO, G. *Conceptos y métodos para el diagnóstico del paciente con malformaciones congénitas*, Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. Disponible en:

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Malformaciones_congenitas_conceptos_metodos.pdf

- ROJAS Valero, Milton J.; *Cocaína y descendencia*, Disponible en: <http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/descendencia.pdf>
- SANTOS-PRECIADO, José Ignacio et al. *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. Salud pública Méx [online]. 2003, vol.45, suppl.1 [cited 2009-06-30], pp. S140-S152 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018&Ing=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. doi: 10.1590/S0036-36342003000700018.
- SARGENT, J.D., MOTT, L.A., STEVENS, M. *Predictors of smoking cessation in adolescents*. Archives of Pediatric Adolescent Medicine 152(4): 388-93. (1998).
- Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR), Observatorio argentino de drogas: *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006 Informe de resultados* (Agosto, 2007).
Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2007 Informe final de resultados
- STERN, CLAUDIO. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud pública Méx [online]. 1997, vol.39, n.2 [cited 2009-06-30], pp. 137-143 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008&Ing=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. doi: 10.1590/S0036-36341997000200008.
- University of South Florida, *Trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD)*, March of Dimes, Florida Department of Health. Disponible en: <http://www.nbdpn.org/>
- *World Drug Report 2008*, Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>