



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



38° CONGRESO ARGENTINO de PEDIATRÍA

Aquí se atienden pacientes embarazadxs

Dra. Valeria Mulli

Médica Pediatra. Especialista en adolescencia.

Hospital Italiano de Bs. As.

Dr. Daniel Rolón

Médico Pediatra. Especialista en adolescencia.

CeSAC 35. GCABA

Sociedad Argentina de Pediatría.

Comité de Estudio Permanente del Adolescente.

Generalidades

Gesta que se produce entre los 11 y los 19 años. (OMS)

Independientemente de la edad, uno o ambos gestantes dependen de su núcleo familiar de origen.

El embarazo en la adolescencia presenta diferentes significados de acuerdo con el contexto social, cultural e histórico en el cual se desarrolla.

En general es un **evento psicosocial de alto impacto** en lxs adolescentes que conlleva situaciones que pueden atentar contra su salud y la del hijo. Puede constituirse en un problema de salud no sólo en el presente sino también en el futuro, con alto costo personal, educacional, familiar y social.

Aiello H, Allami C, Aparicio N, Diagnostico y terapuetica en Endocrinologia ginecológica y reproductiva, 1 era edicion, Ascun, Argentina 2006
Coll A., Salvo M Cap. 25 Embarazo Adolescente en "Ginecología de niñas y adolescentes" G. Lewitan, Journal, Argentina 2013
Embarazo adolescente. 4to encuentro de la juventud, Chile 2003



Encuesta SIP 2010 (n 21.925).

- El 69% de embarazos en la adolescencia corresponden a embarazos no planificados.
- El 65,5% de las jóvenes embarazadas no utilizaba ningún método anticonceptivo.

Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva (ESSyR) de 2013

Adolescentes de escuelas secundarias (n 6886) en 81 ciudades del país:

- Iniciación sexual 51% (62% varones y 44% de las mujeres),
- El 31% antes de los 14 años, 55% entre 15 a 16 años y 14% > 17 años. Promedio de edad de inicio de mujeres 15,5 años y de varones 14,9 años. Con novios las mujeres y mayor diversidad de parejas los varones (novias, amigas, conocidas, trabajadoras sexuales, etc.)

El 4,2% de las adolescentes declaró haber sufrido coerción en su primera relación sexual.

Más del 50% piensa que la 1era Relación Sexual no se puede planificar.

Características de fecundidad adolescente en Latinoamérica y el Caribe

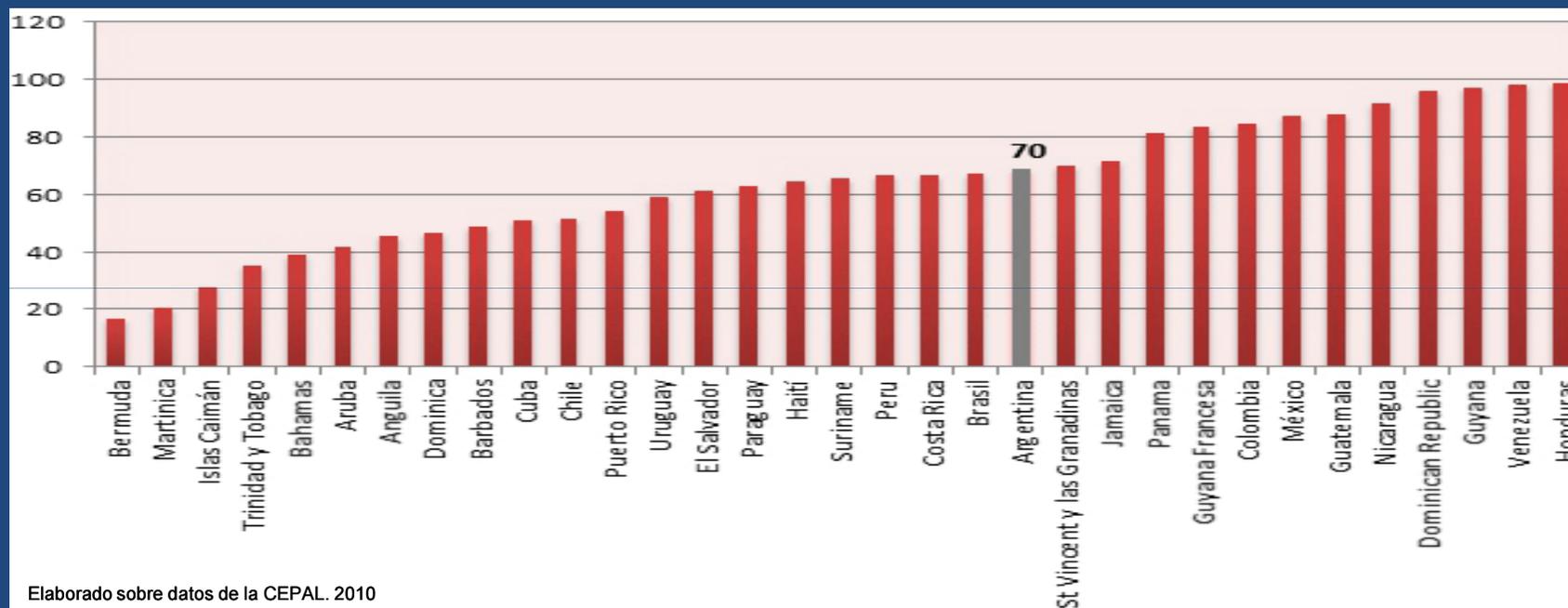
- En Latinoamérica y el Caribe hay una estabilidad de la fecundidad adolescente, pese al descenso de la fecundidad global.
- La segunda transición demográfica, con retraso de unión de las parejas y de edad para tener el 1er hijo, no se ve en la región.
- La mayor urbanización y escolaridad, no restringió la fecundidad adolescente.
- Si bien aumentó el uso de MAC, no disminuyó la tasa de fecundidad adolescente por:
 - **Disminución de la edad de inicio de relaciones sexuales**, ampliando la exposición al embarazo
 - **Bajo ritmo de expansión de los MAC entre adolescentes** comparado con países desarrollados, además de un uso no siempre adecuado y oportuno.
 - **Variables psicosociales**, demuestran que **no alcanza la información para modificar conductas.**

Desafíos Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe.
Tendencias, problemas y desafíos, n 4, enero 2007, CEPAL UNICEF



América Latina y el Caribe

Tasa de fecundidad tardía en adolescentes América Latina y el Caribe. 2010



¿Qué pasa con el registro de embarazos?

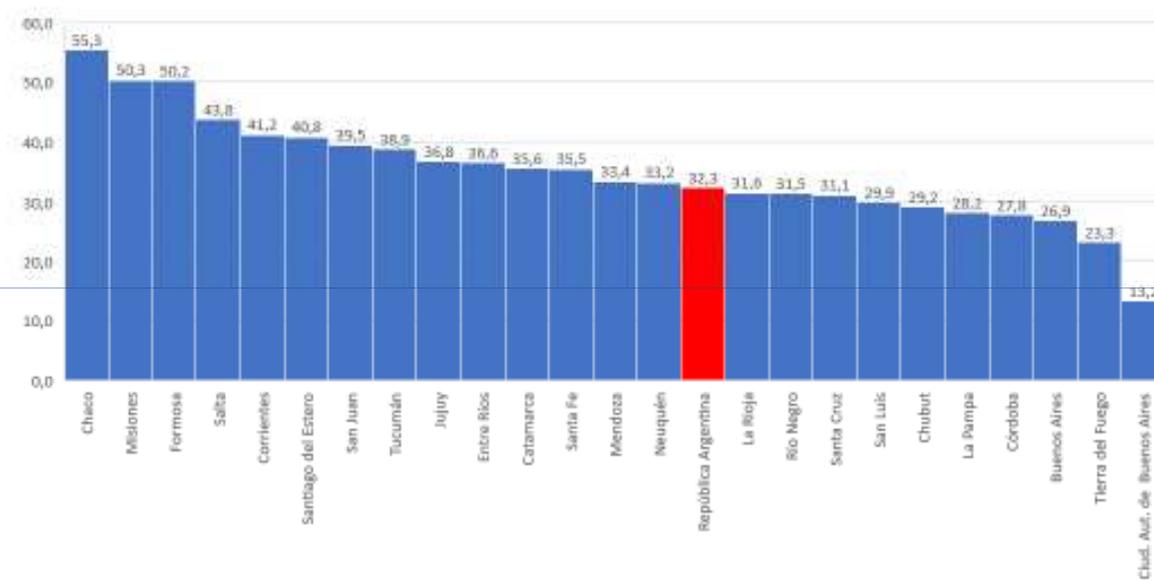
- Tenemos datos de las tasas de fecundidad adolescente en menores de 14 años y de 15 a 19 años, que muestran la cantidad de nacidos vivos cada 1000 adolescentes de esos grupos etarios.
- La tasa de embarazo o concepción, incluiría abortos espontáneos, interrupciones voluntarias y legales del embarazo y mortinatos, además de los recién nacidos vivos entre esos dos grupos de adolescentes.
- En la mayoría de los países de Latinoamérica el aborto es ilegal, por lo cual sólo hay registro de los abortos que se hospitalizan por complicaciones.

Principales indicadores sobre fecundidad en la adolescencia. Argentina 2015

Total de nacidos vivos (NV) de madres adolescentes	111.699
Total de nacidos vivos de madres adolescentes de 10 a 14 años.	2.787
Total de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años	108.912
Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes	14,7%
Tasa de fecundidad adolescente	32,3 x 1.000
Tasa de fecundidad temprana (menores de 15 años)	1,6 x 1.000
Tasa de fecundidad tardía (15 a 19 años)	62,6 x 1.000

Fecundidad adolescente en Argentina

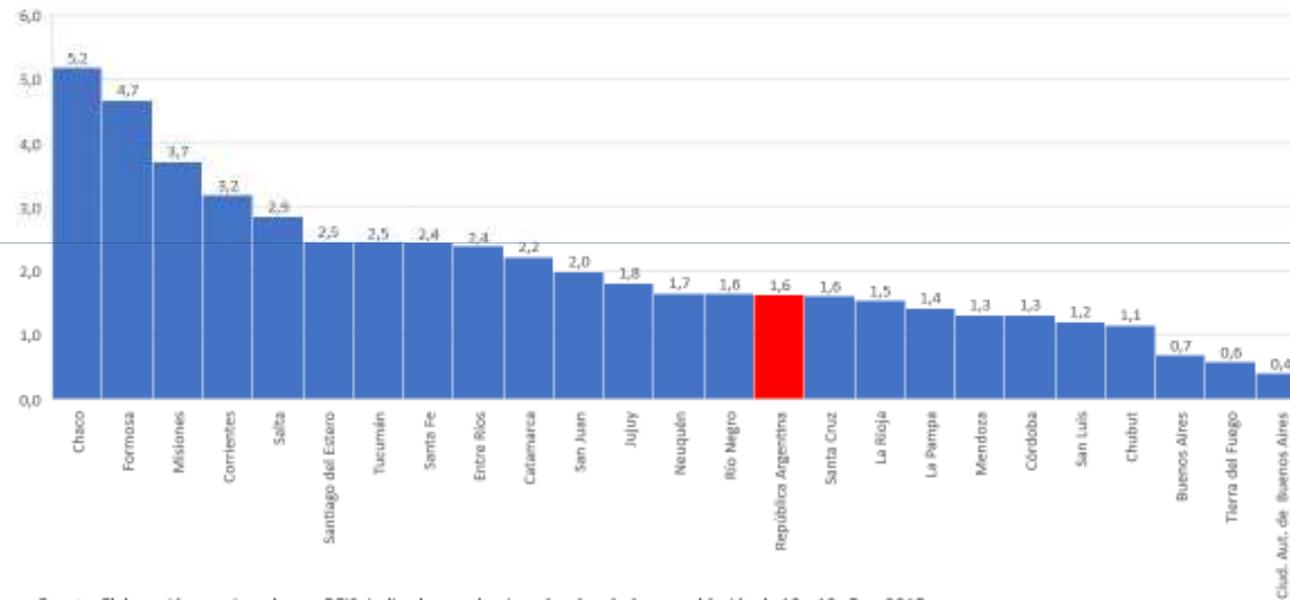
Tasa de fecundidad total adolescente, por jurisdicción. República Argentina. 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2015

Fecundidad adolescente en Argentina

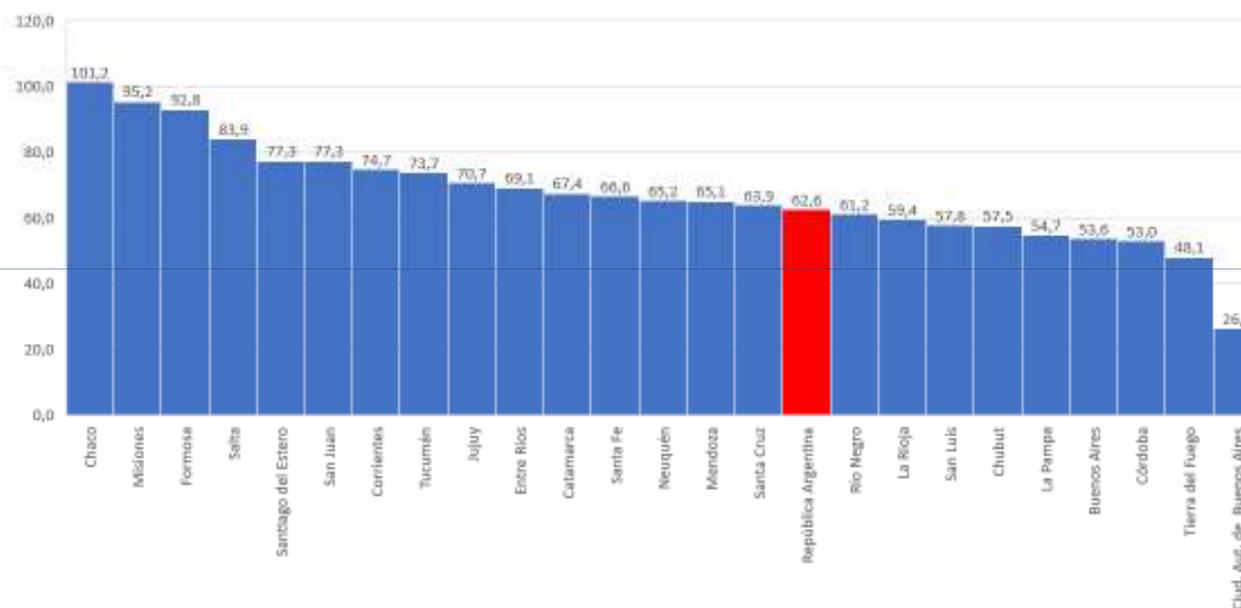
Tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años), por jurisdicción. República Argentina. 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2015

Fecundidad adolescente en Argentina

Tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años), por jurisdicción. República Argentina. 2015

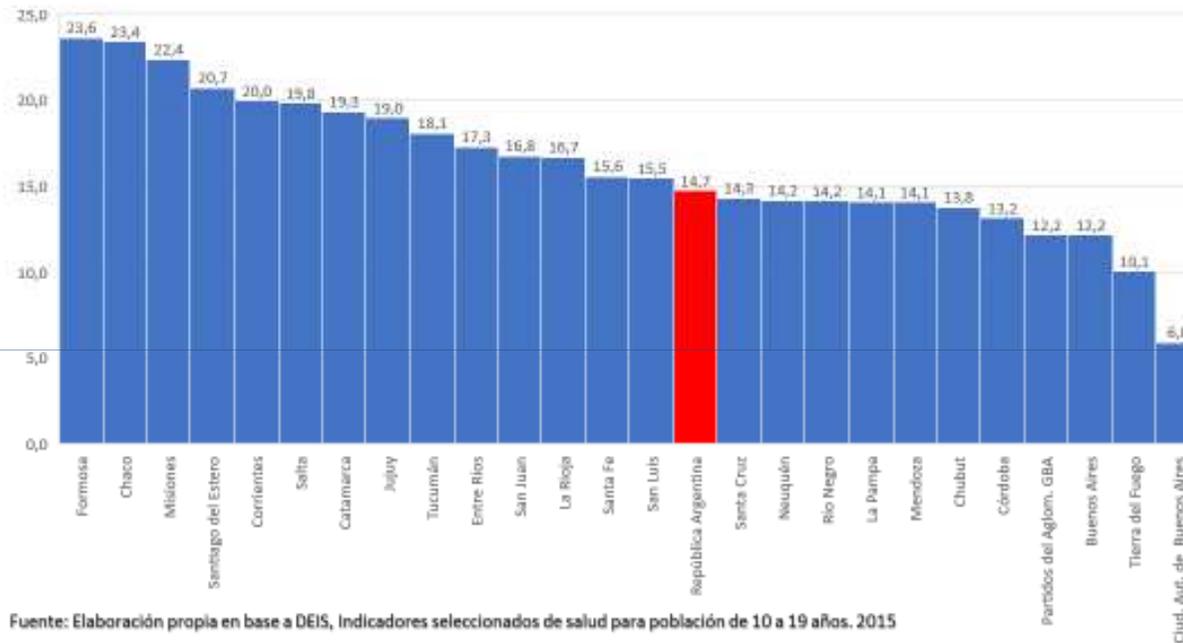


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2015

Fecundidad adolescente en Argentina

Argentina

Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes (10 a 19 años), por jurisdicción. 2015



- 322 nacimientos de adolescentes por día.
- En el 2009, hubo 8934 egresos por aborto en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia

- Requiere de apoyo familiar y red de sostén.
- Mayor riesgo de salud perinatal en hijos de madres menores de 18 años, de menor nivel socioeconómico, que son el grupo de adolescentes con mayor tasa de fecundidad.
- Obstáculos para completar la formación escolar y para la inserción laboral.
- Tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, demostrando la inequidad de género en el ejercicio de los derechos reproductivos de los y las adolescentes (responsabilidad de prevención en la mujer o víctimas de violencia y abuso sexual, muchas veces por adultos.)
- Mayor tasa de embarazo no planificado (85% <14 años y 69 % > 15 años) y de decidir interrumpir el embarazo con riesgo de aborto inseguro.

Diferencias socioeconómicas en los grupos de madres adolescentes.

- **Niñas madres (de 10 a 14 años), el embarazo no debería ocurrir,** se produce generalmente, por abuso sexual, hacinamiento y/o práctica cultural.
- **Jóvenes de 15 a 19 años de nivel medio, el embarazo no debería ocurrir,** genera sentimiento de culpa, vergüenza, se espera que estudie postergando la maternidad. El embarazo se transforma en un disruptor del desarrollo normal de la adolescente, en su moratoria social.
- Generalmente el padre es un par con estigmatización de la familia y sus pares, pudiendo aún llegar a la deserción escolar.
- En caso de abortar, lo hacen en mejores condiciones, con menos complicaciones que los sectores populares.

Diferencias socioeconómicas en los grupos de madres adolescentes

- Jóvenes de 15 a 19 años de sectores populares, es esperable que el embarazo ocurra, la mayoría de las adolescentes (embarazadas) están, en general, atravesadas por algún tipo de vulnerabilidad.

Situaciones de vulnerabilidad:

- ✓ Ejercicio previo de responsabilidades de adultos al tener que cuidar hermanos,
- ✓ Exclusión,
- ✓ Consumo de sustancias,
- ✓ Violencias: padres, pares, parejas, institucional,
- ✓ Embarazo no planificado,
- ✓ Abandono de la pareja,
- ✓ Proyecto de vida: maternidad, se la reconoce como capaz de asumir el rol y no así al varón,
- ✓ Cambio de estatus, da la posibilidad de tener algo propio, como estrategia de supervivencia,
- ✓ En general, multiparidad y espacios intergeneracionales cortos.

Diferencias socioeconómicas en los grupos de madres adolescentes

Existen diferencias entre los valores culturales de minorías (pueblos originarios y/o rurales) con respecto al significado del embarazo en adolescentes.

La legitimidad social depende de la edad y el estrato social de la adolescente.

¿ Tienen mayor riesgo de complicaciones por la edad?

En adolescentes menores de 15 años

Existe **mayor morbimortalidad perinatal** por:

- ✓ **Prematuridad**, independientemente de factores sociodemográficos, por aumento de PG cervicales por infecciones (Frasser et al. 1995) o relación entre talla y dimensiones de la pelvis como determinante de la duración del embarazo (Lao Ho. 2000).
- ✓ **Bajo Peso Nacimiento** (<Pc 10 para su EG) relacionado con baja talla materna, menor ganancia de peso durante el embarazo , **parto prematuro**, anemia materna, uso de sustancias (tabaco, alcohol y otras), antecedente de nacimiento previo con BPN. **Principal factor de morbimortalidad neonatal.**

¿Tienen mayor riesgo de complicaciones por la edad?

En adolescentes menores de 15 años

Mayor riesgo de morbilidad perinatal por:

- ✓ **Desnutrición materna** que impacta en menor ganancia de peso durante el embarazo y RCIU especialmente en <16 años (12,02% vs 5,69%).
- ✓ **Anemia.**
- ✓ **HTA.**
- ✓ **ITS** (BPN, PP, lesiones físicas y neurológicas en el RN, embarazo ectópico).

¿ Tienen mayor riesgo de complicaciones por la edad?

Del hijo:

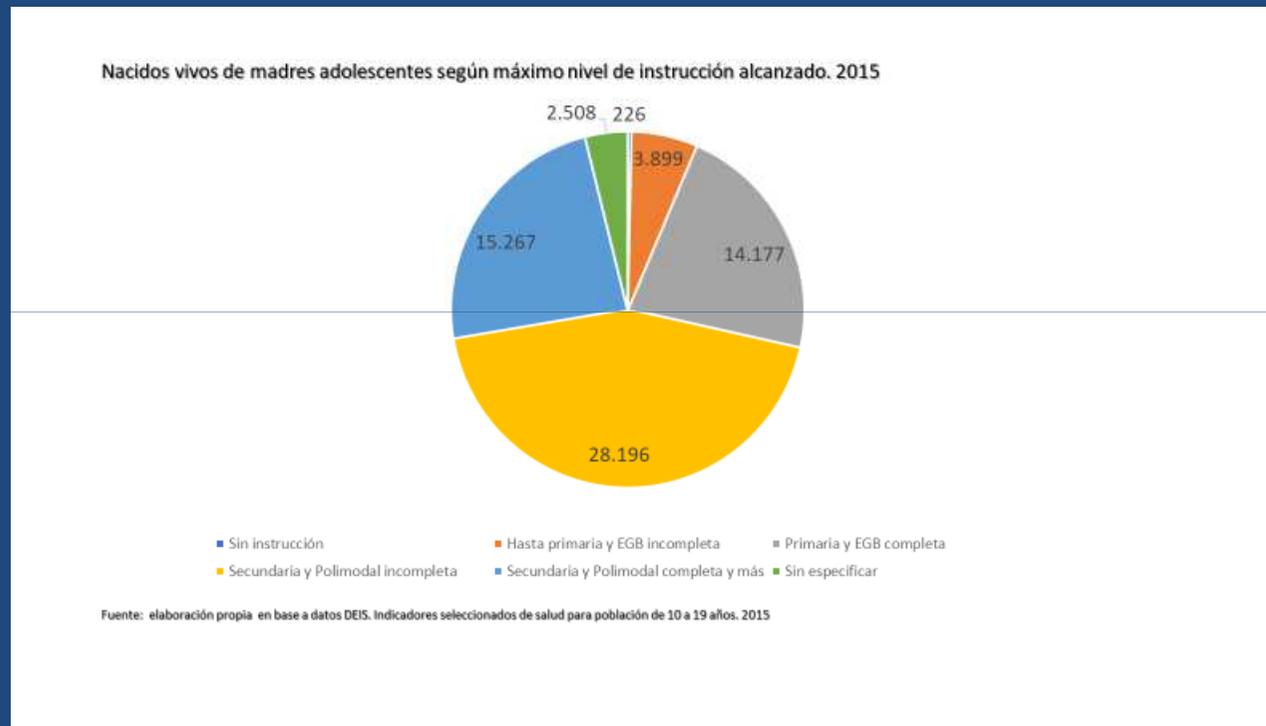
En madres menores de 15 años, mayor riesgo de:

- ✓ Malformaciones del tubo neural,
- ✓ Prematuridad,
- ✓ BPN con alta morbimortalidad.

¿ Tienen mayor riesgo de complicaciones por la edad?

Riesgos Psicosociales:

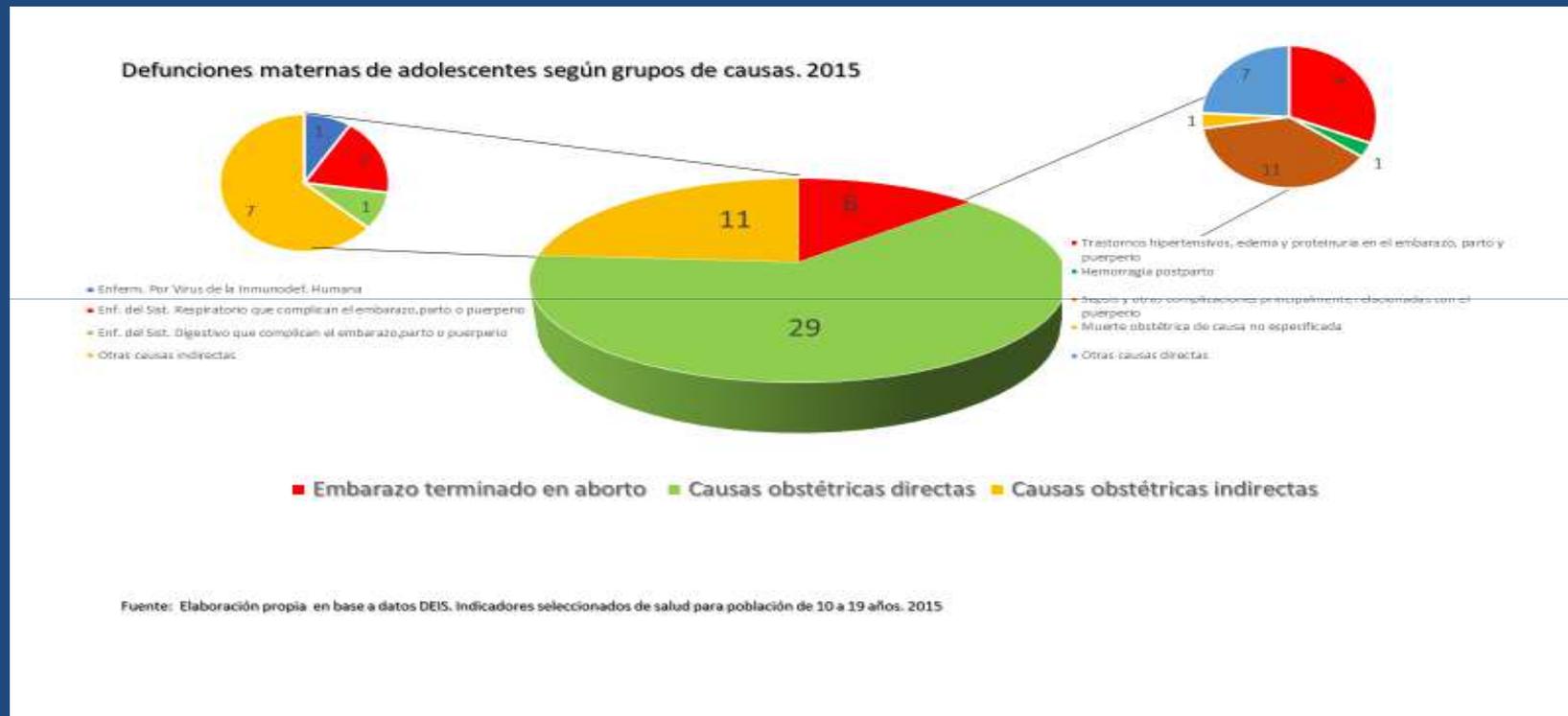
- Deserción escolar (muchas estaban fuera del sistema al embarazarse),



- Dificultad para la inserción al mercado laboral y superar la pobreza (que ya es difícil sin ser madre adolescente),
- Menor apoyo económico por parte de los padres (mitad que en las adultas),
- Retraso en controles prenatales.

En las adolescentes de 15 a 19 años

Existen controversias sobre riesgo obstétrico, neonatal e infantil por ser hijos de madres adolescentes, siendo **más riesgoso el medio socioeconómico y la situación emocional** en que se desarrolla la adolescente embarazada, que la edad.



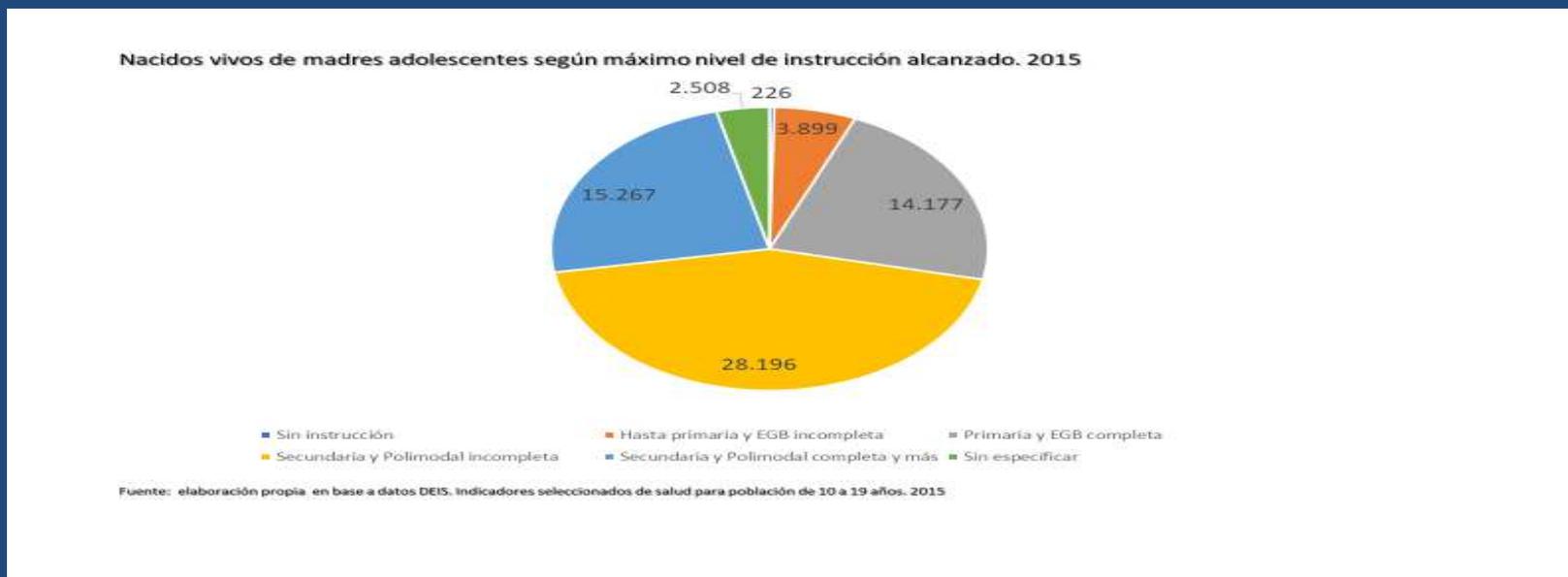
En 2011, 36 adolescentes menores de 20 años fallecieron en Argentina por causas vinculadas al embarazo y parto, una fue menor de 15 años, representó casi el 12% de la mortalidad materna en nuestro país.

- La posibilidad es mayor si hay NBI y en mujeres migrantes recientes.
- La asistencia a la escuela es menor en este grupo de mujeres, solamente 20% de las madres adolescentes terminan la secundaria y las posibilidades de educación mejoran si las menores de 15 años **permanecen conviviendo con sus padres.**
- La mayoría no recibió educación sexual integral (ESI).
- Tienen menor cobertura en salud que otras mujeres.
- En las menores de 13 años el embarazo, muchas veces, se debe a una situación de abuso y siempre tienen mayor riesgo de mortalidad materna e infantil que en las mayores.

Mónica Gogna y Georgina Binstock, Investigadoras del Centro de Estudios de Población (CENEP). "Estudio sobre embarazo adolescente con énfasis en menores de 15 años." Hallazgos y desafíos para las políticas públicas, UNICEF2017

Embarazo en la adolescencia y nivel educativo

- ✓ Mitad de las madres adolescentes ya había abandonado la escuela al momento de quedar embarazada (Gogna et al, 2005)
- ✓ De las adolescentes que estaban estudiando al momento de quedar embarazadas sólo 4 de cada 10 continuaron escolarizadas hasta el 7° mes (Gogna et al, 2005)
- ✓ El Censo 2010, arroja que el 95.5% de las adolescentes de 14 que no son madres asisten al colegio , mientras que asisten al colegio el 65.8% de las adolescentes de 14 años que tienen uno o mas hijos.



Programa de retención escolar:

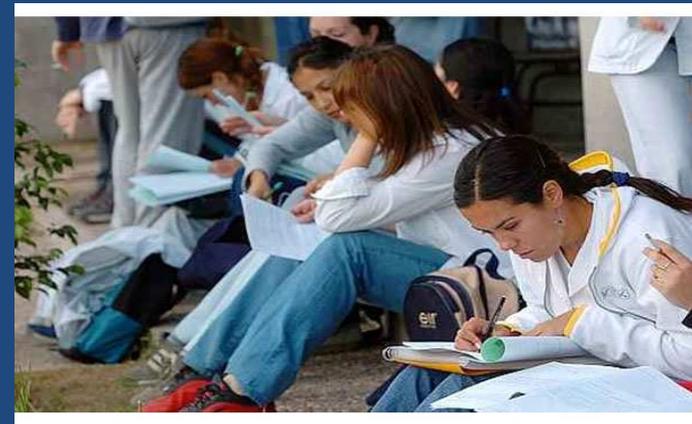
“Madres, padres, hermanos/as mayores, todos en secundaria”.

- Las salas maternas reciben bebés/ niños por sala de 45 días a 3 años. Se incorporan hijos de madres o padres adolescentes que están en la escuela y hermanitos que están al cuidado de adolescentes que concurren a la escuela.
- Programa con una currícula adaptada y sistema de inasistencias distinto.
- Dificultad de aplicación para padres adolescentes y hermano/as mayores
- El sector educativo juega un rol clave en la prevención de la violencia y del abuso sexual a partir de la educación sexual integral.
- Hay una importante proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, lo que requiere generar estrategias más amplias para brindar educación integral de la sexualidad fuera del ámbito escolar.

En países en desarrollo y desarrollados, los embarazos en adolescentes son más probables en hogares de ingresos más bajos, en adolescentes que viven en zonas rurales, en las que tienen menos educación o dejaron la escuela, entre las que pertenecen a una subpoblación de minorías étnicas, inmigrantes o grupos marginalizados.

Intervenciones que mejoran la situación socioeconómica, la educación y el control prenatal, disminuyen la incidencia de PP y BPN, con disminución de la morbilidad perinatal.

El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud Ministerio de Salud/CONAPRIS1, CEDES2 (1 Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, www.msal.gov.ar), (2 Centro de Estudios de Estado y Sociedad, www.cedes.org)



¿Qué pasa con el padre adolescente?

- ✓ No se visualiza a los varones como sujetos de derechos sexuales y reproductivos y no reciben educación sexual adecuada.
- ✓ Socialmente se considera “a priori” al padre como ausente o irresponsable, y su ausencia no se considera relevante para el desarrollo del hijo.
- ✓ Los programas reproductivos son abordados desde el punto de vista de la mujer (salud materno infantil).
- ✓ Investigaciones sobre sexualidad y reproducción centradas en mujeres, implícitamente, excluyen al varón de la reproducción o lo etiquetan como obstaculizador del mismo. Rojas, 2008
- ✓ Al anular, socialmente, la paternidad se legitima la ausencia paterna, pues se le dificulta al adolescente la posibilidad de pensar, prevenir o asumir su condición de padre. Cardoso, 1998, Viveros, 2000
- ✓ Las instituciones por un lado, postergan, resisten o rechazan la participación paterna; y por el otro, sancionan en el discurso la ausencia paterna y la irresponsabilidad ante la crianza. Güida, 2007

¿Qué pasa con el padre adolescente?

Argentina

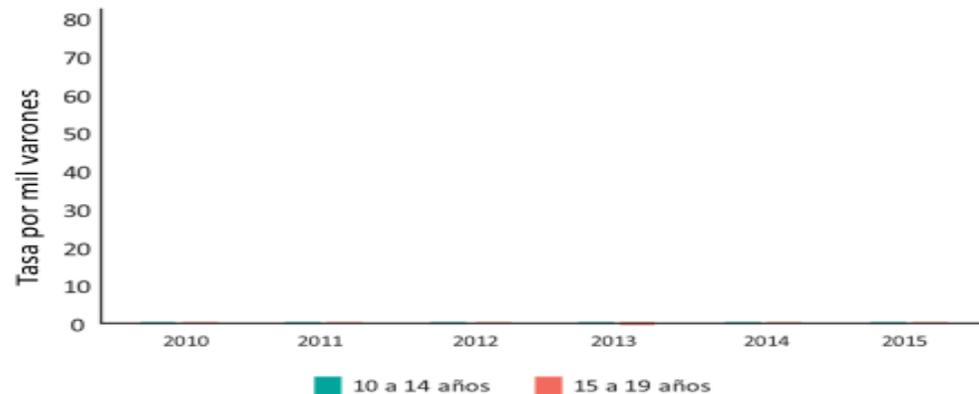
Principales indicadores sobre paternidad en la adolescencia. Argentina 2015

Total de nacidos vivos (NV) de padres adolescentes	
Total de nacidos vivos de padres adolescentes de 10 a 14 años.	
Total de nacidos vivos de padres adolescentes de 15 a 19 años	
Porcentaje de nacidos vivos de padres adolescentes	
Tasa de paternidad adolescente	
Tasa de paternidad temprana (menores de 15 años)	
Tasa de paternidad tardía (15 a 19 años)	

Fuente: Vaya uno a saber...

Argentina

Tasas de paternidad adolescente, 10 a 14 y 15 a 19 años. Argentina, 2010-2015.



Fuente: Que Dios lo ayude

¿Qué pasa con el padre adolescente?

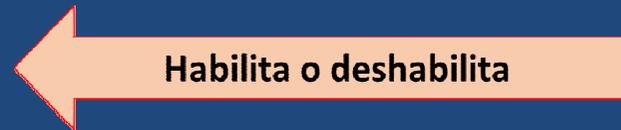
Reacción de los adolescentes frente al embarazo:

Embarazo no planificado:

- ✓ Negación,
- ✓ Deseo de interrumpir,
- ✓ Aceptación de su co-responsabilidad,
- ✓ Participación total como padre.



Influencia sobre la actitud de su pareja frente al embarazo.



Paternidad comprometida y activa

- Hijo al “rescate” del padre. Cese de conductas “de riesgo”. Guida 2007
- Búsqueda de asistencia sanitaria y mayor uso de los servicios de salud.*
- Mayor uso de métodos anticonceptivos y prevención de VIH y ETS.*
- Disminución de la violencia física (contra mujeres y entre hombres).*
- Mejor interacción con sus parejas.

* Barker, Ricardo y Nascimento, 2007

- Reducción del estrés asociado con el embarazo
- Menor necesidad de analgesia en el parto
- Menor agotamiento



- Vínculo emocional con el hijo
- Satisfacción con su vida
- Mayor cuidado de su salud

- Mayor autoestima,
- Mayor tolerancia al estrés
- Menos problemas de conducta
- Mayor desarrollo cognitivo y habilidades sociales

Francisco Aguayo, Michelle Sadler, Alexandra Obach y Eduardo Kimelman CulturaSalud/EME Chile 2013

Mitos y prejuicios...

Mito:

- Narración que describe y retrata, en lenguaje simbólico, el origen de los elementos y supuestos básicos de una civilización.
- Son elementos fundamentales para comprender la vida individual y cultural de un pueblo. Sin embargo, no siempre reflejan la realidad de un modo claro y preciso.
- Pueden llegar a constituir fantasías colectivas, producto de la imaginación, que se afianzan fuertemente en la psiquis individual y/o colectiva.

Prejuicio:

- Juicios de valor anticipados, basados generalmente en conceptos erróneos.
- La falta de conocimiento lleva a su construcción.
- Nadie nace con prejuicios, son adquiridos a través de la crianza y de la educación, incorporándose al sistema de valores del individuo.
- Se suelen traducir en actitudes de discriminación hacia aquellos sobre quienes recaen.
- En nuestra cultura existe una serie de creencias, mitos y prejuicios con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones.

Mitos y prejuicios: embarazos en la adolescencia

- ✓ Los embarazos en la adolescencia, nunca, son deseados.*
- ✓ Las adolescentes tienen información pero no usan métodos anticonceptivos porque están en otra cosa...
- ✓ Las y los adolescentes toman mucho alcohol y usan drogas por eso las chicas se embarazan.
- ✓ La mayoría de las adolescentes se encuentran solas al momento del parto.*
- ✓ Las adolescentes embarazadas, en general, tienen parejas mucho mayores que ellas.*
- ✓ Las mujeres son las responsables de la anticoncepción y deben hacerse responsables de los embarazos.
- ✓ Los varones, en general no acompañan a sus parejas.*
- ✓ La ESI ha sido efectiva en escuelas y espacios de socialización y lxs adolescentes que se embarazan han ignorado la enseñanza recibida.*

Marco legal vigente.

El derecho a la atención prioritaria de la salud de NNyA (art. 2.a, Ley N° 26.529), implica que nunca se puede negar la atención en función de la edad del paciente o por concurrir sin el acompañamiento de una persona mayor de edad.

La salud es un derecho personalísimo, en el caso de NNyA siempre deben intervenir centralmente en los procesos de prevención, atención y cuidado de su salud, de acuerdo con los principios de participación directa, autonomía progresiva, igualdad y no discriminación e interés superior del niño.

El Código Civil en su art. 26, establece criterios para este fin:

- ✓ **A partir de los 16 años**, los adolescentes están en condiciones de tomar todas las decisiones sanitarias autónomamente.
- ✓ **A partir de los 13 años**, en general, las personas tienen consolidadas sus capacidades/habilidades necesarias para tomar decisiones, en aquellos aspectos del cuidado de su salud que no comprometen su vida.
- ✓ **Antes de los 13 años de edad**, es necesario que cada profesional en cada caso particular observe el grado de madurez y comprensión de ese/a NNyA para asegurar que las opiniones del niño sean tenidas en cuenta y garantizar su participación significativa para determinar en conjunto qué tipo de acompañamiento requiere y cuál es la mejor alternativa terapéutica o de atención en el caso concreto.

Barreras frecuentes en el sector salud

- No atienden adolescentes sin la presencia de un mayor.
- En la entrevista, habla la mamá o acompañante.
- Derivan al ginecólogo ante la **búsqueda de un método anticonceptivo que es siempre una consulta de urgencia.**
- Suele haber un diagnóstico tardío de embarazo y por lo tanto sin control prenatal adecuado.
- Algunos profesionales no indagan sobre las circunstancias de ese embarazo.
- Siempre se clasifica por lo biológico: embarazo de alto riesgo obstétrico.
- No hay consejería sobre ILE a pesar que en las menores de 13 años el aborto no es punible por ser en muchas ocasiones producto de relaciones no consentidas y por el riesgo de salud para la madre.

Nina Zamberlin. "Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y CABA." 2017

Abordaje del embarazo en la adolescencia

Requiere una **mirada integral e intersectorial** que contemple políticas vinculadas:

Salud, en tanto prevención, anticoncepción y atención de las adolescentes;

Educación, a partir de las acciones de educación sexual integral y sostenimiento de las trayectorias escolares de las alumnas madres y alumnos padres;

Desarrollo social, en tanto protección de derechos en los casos en que sea necesario;

Acceso a la justicia, en los casos en que los embarazos sean productos de abusos sexuales o estén asociados a algún tipo de abuso de poder.

¿Qué podemos hacer en el consultorio?

- **No juzgar**, considerar nuestros propios prejuicios.
- **Reconocer nuestras propias limitaciones.**
- Trabajar en forma **interdisciplinaria.**
- **Anticipar y explicar**, lo cual lleva tiempo y produce grandes beneficios a corto, mediano y largo plazo.
- Acompañar, contener, escuchar, **no expulsar.**
- Estimular **participación de la pareja y la familia.**
- Promover la **continuidad educativa.**
- Ayudar al establecimiento del **vínculo madre-hijo** (seguimiento conjunto, MAC postparto, estimular la lactancia materna)

Conclusiones

- La mayoría de los embarazos adolescentes son no planificados.
- Los resultados en salud del embarazo adolescente son comparables con los de las mujeres de más edad (**excepto en menores de 15 años**), cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados, ya que son **los factores sociales** (pobreza, nivel educativo y la exclusión) y su repercusión sobre la salud de la adolescente (peor estado nutricional, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal) **los responsables de la mayoría de los resultados negativos en el embarazo y el parto.**
- **Incorporar al padre adolescente y la familia**
- Estimular y asegurar la **continuidad educativa**
- Pequeño porcentaje que **desea el embarazo porque supone cambio de estatus afectivo o social** (grupos étnicos o culturales), con consecuencias bastantes comunes a los de los embarazos no planificados.

Conclusiones

La comparación de experiencias entre diferentes países muestra que la prevención efectiva de las conductas sexuales en adolescentes es el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, la educación, la comunidad y la atención sanitaria tienen un papel complementario.

Por lo tanto debe implicar a todos los contextos que estén en contacto con este grupo etario: familia, grupos de pares, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos, etc.



Conclusiones

La alta frecuencia de embarazos no planeados en la población adolescente, aumenta el riesgo de exposición a un aborto inseguro, mayor abandono escolar y limitaciones al acceso del mercado laboral; condicionándose así las perspectivas de desarrollo personal, especialmente en las adolescentes de menores recursos.

Las decisiones de fecundidad deberían ser el resultado de la elección y no de las limitaciones (Banco Mundial 2012)



Conclusiones

- Como adultos y profesionales de la salud, tenemos una doble obligación:



Conclusiones

Reconocerlos como semejantes....

y

tratarlos igual

Es su derecho.

Es nuestra obligación.



Jornada Intersocietaria: "Embarazo adolescente hoy: ¿y si lo pensamos juntos?"

Coordinadores: Dr. E. Daniel Rolón (SAP) Lic. Giancarlo Quadrizzi (SASIA) Dra. Lucia Katabian. (SAGIJ)
Día y hora: Viernes 10 de noviembre 2017, de 08.00 a 18.00 Hs.

Programa:

- 8.00 a 8.30 hs. Inscripción
8.45 a 9.00 hs. Apertura tres sociedades.
9.00 a 10.15 hs. **El embarazo adolescente hoy.** Que planes tenemos. Coordinadora: Dra. Diana Pasqualini.
- **Continuidad educativa de los adolescentes embarazados.** Lic. Mirta Marina.
- **Accesibilidad a métodos anticonceptivos.** Lic. Gabriela Perrotta.
- **Situación del embarazo adolescente en el país, abordaje en menores de 15.** Lic. Victoria Keller.
Cierre de las tres presentaciones: articulación interministerial
10.15 a 10.45 hs. Recreo.
10.45 a 12.00 hs. **El embarazo en la adolescencia: significados y sentidos.** Coordinadora: Dra. Valeria Mulli.
- **Abordaje integral desde la consejería.** Lic. Nina Zamberlin.
- **Embarazo (so)s sentidos: aportes desde la sexología.** Lic. Marcelo Della Mora.
- **El embarazo y sus contextos.** Lic. Mónica Gogna.
12.00 a 13.30 hs. Almuerzo.
13.30 a 14.45 hs. **Cuidado de los adolescentes embarazados.** Coordinador: Dr. Sergio Ruggiero.
- **Adolescentes embarazados.** Dra. Victoria Gacitúa.
- **El padre adolescente.** Dr. Juan Escobar.
- **Seguimiento y complicaciones.** Dra. Miriam Salvo.
14.45 a 15.15 hs. Recreo.
15.15 a 16.30hs. **Abriendo puertas y derribando paredes.** Coordinador: Dr. Alejandro Severini.
- **El embarazo en el aula.** Lic. Lucia Schiariti.
- **Prevención del segundo embarazo.** Dra. Marisa Labovsky.
- **Paternidad desde las políticas públicas.** Dra. Diana Gómez.
16.30 a 17.30 hs. **Escuchando a los protagonistas.** Coordinadoras: Dra. Rosa Pappolla y Dra. Patricia Goddard.

(10 hs. y evaluación).

1 crédito.

Destinado a: Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Sociólogos, Antropólogos, Docentes y Profesionales afines interesados. Residentes y concurrentes (fuera del horario de la Residencia.)

ACTIVIDAD NO ARANCELADA- CUPO LIMITADO
INSCRIPCIÓN ON-LINE

<https://sap2.org.ar/I2/index.php?lang=sp&Id=587>

SEDE

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"
Salguero 1244 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Sociedad Argentina de Pediatría
Av. Coronel Díaz 1971/75 (1425) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel./Fax: (54-11) 4821-8612

E-mails: paula.cursos@sap.org.ar
marcela.recepcion@sap.org.ar

Salguero 1244/46 – (1177) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel./Fax: (54-11) 4862-6868

E-mail: santiago.salguero@sap.org.ar – Web: www.sap.org.ar

Muchas gracias.