

# Programa de protección de madres adolescentes de niños hospitalizados “Cuidando a las cuidadoras”.

## Primeros dos años de experiencia

Protection program for teen mothers of hospitalized children “Caring for caregivers”. First two years of experience

Carlos Zunino<sup>1</sup>, Loreley García<sup>2</sup>, Marie Boulay<sup>3</sup>, Walter Pérez<sup>4</sup>

### Resumen

**Introducción:** “Cuidando a las cuidadoras” consiste en un programa interdisciplinario e intersectorial que brinda desde el año 2013 atención integral a las madres de niños hospitalizados protegiendo sus derechos.

**Objetivos:** describir un programa de protección de adolescentes que aproxima al sistema de salud a las madres de niños hospitalizados.

**Método:** diseño: observacional, descriptivo. Período: 1 de marzo de 2013 al 1 de marzo de 2015. Criterios de inclusión: madres y/o cuidadoras menores de 19 años de los niños hospitalizados en cuidados moderados del CHPR. Se indagaron variables sociodemográficas, características del embarazo, conocimientos sobre el cuidado del hijo, hábitos de autocuidado.

**Resultados:** se entrevistaron 208 madres y 2 cuidadoras hospitalizadas con sus niños. 195 no controladas en salud. Rango de edad: 14-19 años. Todas solteras y 11 conviviendo con su pareja.

**Nivel educativo:** 150 terminaron primaria, 22 hasta tercer año de secundaria, abandono: 45 primaria, 128 secundaria. Se derivaron 180 cuidadoras al servicio de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes decidieron iniciar medidas anticonceptivas en 110 casos. En 26 casos se logró la cobertura odontológica. En 21 se realizó consulta con oftalmología. En 26 se logró realizar conexión con programas socioeducativos logrando reinserción a nivel educativo. Todas las cuidadoras fueron controladas en salud, se les brindó el carnet de control de adolescentes y se realizó la contrarreferencia al primer nivel de atención.

**Discusión:** ésta es la primera experiencia de abordaje de atención a la salud de cuidadoras de niños hospitalizados. Se detectó gran vulnerabilidad en las adolescentes incluidas, logrando un acercamiento a los servicios de salud y educativos.

**Palabras clave:** MADRES  
ADOLESCENTE  
CUIDADORES  
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1. Asistente Clínica Pediátrica. Asistente Unidad Académica Bioética. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Prof. Agda. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Responsable Unidad Asistencia Adolescentes. CHPR.

3. Pediatra. Responsable Programa Seguimiento Alto Riesgo. ASSE.

4. Prof. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

Hospital Pediátrico CHPR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

## Summary

**Introduction:** *“Caring for the caregivers” is an interdisciplinary and intersectorial program offered since 2013, which offers comprehensive care to mothers of hospitalized children by protecting their rights.*

**Objective:** *To describe a protection program for teenagers that aims to bring teenage mothers of hospitalized children into the health system.*

**Method:** *Design: observational, descriptive study. Period: 1/3/2013 - 1/3/2015. Inclusion criteria: mothers and / or caregivers under 19 years old.*

**Results:** *208 mothers and 2 caregivers hospitalized with their children were interviewed. 195 of them had no regular control or follow-up in the health system. Age range: 14-19 years. All of them were single and 11 lived with a partner. Education level: 150 had completed primary school, 22 had completed the third year of secondary school. Dropouts: 45 primary school, 128 secondary school. 180 caregivers were referred to the sexual and reproductive health service. 110 teenagers decided to adopt contraceptive methods. In 26 cases the dental coverage was achieved. 21 teenagers consulted ophthalmologists. In 26 cases, it was possible to refer them to existing social programs to help them resume education. All caregivers were controlled as to their health condition, they received their health card and tests were recorded in the first level of care.*

**Discussion:** *This is the first experience to address the health services provision for caregivers of hospitalized children. Great vulnerability was identified in the adolescents included in the study, and it was possible to include them both in the health and education systems.*

**Key words:** MOTHERS  
ADOLESCENT  
CAREGIVERS  
COMPREHENSIVE HEALTH CARE

## Introducción

En los últimos años, a nivel mundial, la población de madres y padres adolescentes ha tomado mayor importancia. En Uruguay según cifras del censo del año 2011 el nivel de fecundidad adolescente alcanza los 60 nacimientos anuales cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años. Es más frecuente en aquellas que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas. En la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), la más grande del país, que asiste a la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica y cultural, el 29% de los nacimientos anuales, corresponden a madres de 10 a 19 años, frente a un promedio nacional de 16%<sup>(1,2)</sup>.

La maternidad y paternidad en la adolescencia puede implicar conflictos difíciles de afrontar, tanto para ellos como para sus familias, ya que no han culminado su proceso de socialización y persisten múltiples dependencias en donde las económicas y afectivas predominan. A estos conflictos se le suma la necesidad de cambios en los proyectos de vida que deben asumir las madres y padres adolescentes debido a sus nuevos roles. Esto promueve desigualdad económica, aumento de la pobreza y disminución de oportunidades de desarrollo personal, social y de crecimiento educativo tanto para los adolescentes como para sus hijos aumentando las probabilidades de violencia, entre otros problemas<sup>(2-5)</sup>.

Si bien ser madres y padres tempranamente no siempre es un acontecimiento negativo, la adolescencia es una situación de vulnerabilidad debido a su proceso de formación y desarrollo, lo que hace más riesgoso el embarazo y la crianza de sus hijos. Es una etapa en la que el cuidado de la salud podría encontrarse en un segundo plano, y de pronto adquiere una doble importancia, el cuidado de la salud materna y del niño. La evidencia indica que tanto para la salud del recién nacido como de la mujer son importantes los controles perinatales adecuados, enfatizando en factores biológicos, socioeconómicos y culturales que determinan los hábitos de salud de las madres<sup>(6,7)</sup>.

El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene como objetivos fundamentales la universalización al acceso de la salud y mayor equidad, apostando a un cambio de modelo de atención mejorando la calidad en la asistencia. El cuidado y la asistencia integral de las cuidadoras adolescentes permiten garantizar las prestaciones básicas para el cuidado de su salud que se han convertido en derechos<sup>(6-8)</sup>.

Desde el año 2013 en el CHPR se está desarrollando un programa interdisciplinario e intersectorial denominado “Cuidando a las cuidadoras” que brinda atención integral a las madres de niños hospitalizadas protegiendo sus derechos. Se realiza la detección de las madres de

los niños hospitalizados, se caracterizan sus problemas de salud, se planifican intervenciones breves y se realiza la coordinación pertinente para asegurar la continuidad asistencial en el primer nivel de atención. La internación constituye una oportunidad para acercarse a estas adolescentes que toman contacto circunstancial con el sistema de salud a través de sus hijos para realizar prevención y promoción así como brindarles apoyo y tratamiento adecuado de su salud.

## Objetivos

*Generales:* describir un programa que aborda en forma integral la salud de cuidadoras adolescentes y aproxima al sistema de salud a las madres de niños hospitalizados.

*Específicos:* describir el perfil de las madres adolescentes en relación a la caracterización de las condiciones personales; aspecto sexual y reproductivo, condiciones familiares, socioeconómicas y sobre las necesidades percibidas para cuidar de su recién nacido, así como de su autocuidado, en el marco de garantizar los derechos a la salud.

## Material y método

Estudio observacional, descriptivo, realizado en los sectores de internación de cuidados moderados en el CHPR durante el período 1 de marzo de 2013 al 1 de marzo de 2015.

*Criterios de inclusión:* madres y/o cuidadoras menores de 19 años que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, previo consentimiento informado. Como criterio de exclusión se consideró que tuvieran alguna dificultad para responder al instrumento del estudio o no dieran su consentimiento.

La recopilación de datos fue a través de un cuestionario elaborado por los investigadores. Se coordinaron las intervenciones en salud pertinentes con el equipo de salud tratante.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron: edad materna y del hijo, planificación y deseo del embarazo, lugar de procedencia, estado civil, nivel educativo, deserción escolar, deseo de reinserción a sistema educativo, ocupación y sustento económico. El autocuidado de la adolescente se evaluó a través de las variables: controles de salud según pautas del MSP durante y luego del embarazo, hábitos saludables (alimentación, sueño, higiene y ejercicio), cuidado de las mamas. Se indagó los conocimientos para el cuidado del hijo: alimentación ideal en los primeros 6 meses, posiciones para amamantar, cuidados del cordón umbilical, higiene del niño, pautas de sueño seguro, signos de peligro, estimulación temprana y vacunas. Se consideraron aceptables las

conductas de autocuidado de las adolescentes y cuidado de sus hijos propuestas en las guías nacionales del MSP con tales fines<sup>(1)</sup>.

Se preguntó sobre métodos anticonceptivos utilizados previo y posterior al embarazo.

Se describieron las intervenciones realizadas por los investigadores o coordinadas con el equipo tratante durante la internación.

Para el análisis de datos se utilizaron: frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas. Programa Excel 2011.

El estudio fue avalado por el Comité de Ética de la institución.

## Resultados

Se entrevistaron 208 madres y 2 cuidadoras adolescentes (tías maternas del niño que ya habían sido madres a los 14 y 15 años respectivamente). Media de edad 17 años, rango: 14-19 años. No presentaban los controles de salud vigentes según las pautas del MSP 195 (93%).

El 50% (n=105) de los embarazos no fueron planeados. Todos fueron deseados (n=210). Todos los niños hospitalizados eran menores de 3 meses (rango 8 días – 3 meses)

La tabla 1 muestra las condiciones sociodemográficas de las cuidadoras adolescentes. Todas solteras, viviendo en el núcleo familiar 176. Terminaron primaria 150, abandonaron 45. Finalizaron ciclo básico 22, abandonaron 128.

La tabla 2 muestra los conocimientos de las necesidades para el autocuidado. 187 madres (90%) se controlaron el embarazo. 200 (96%) no tienen control en salud luego del nacimiento de sus hijos.

La tabla 3 muestra el uso de métodos anticonceptivos previos y luego del embarazo. Se derivaron 180 cuidadoras al servicio de salud sexual y reproductiva (178 madres y las 2 tías maternas). Las restantes ya estaban conectadas a servicios de salud sexual y reproductiva. Se realizó control ginecológico y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva. Las adolescentes decidieron iniciar medidas anticonceptivas en 110 casos: anticonceptivos orales 76, dispositivo intrauterino 25, implante subdérmico 3. Se realizó interrupción voluntaria del embarazo en tres madres adolescentes.

La tabla 4 muestra los conocimientos que tienen las madres para el cuidado de sus hijos.

En cuanto a las intervenciones en salud: en 26 casos se logró la cobertura odontológica (siendo el motivo de derivación caries). En 21 se realizó consulta con oftalmología: 17 nunca habían sido controladas por oftalmólogo, tres presentaban disminución de la agudeza visual,

**Tabla 1.** Cuidando a las cuidadoras desde un tercer nivel de atención: aspectos sociodemográficos.

Total	N= 208	
	FA	FR%
<b>Edad</b>		
14-15	14	7
16-17	148	71
18-19	46	22
<b>Lugar de procedencia</b>		
Montevideo	202	97
Interior	6	3
<b>Estado civil</b>		
Soltera	208	100
Casada	0	0
Conviviente	12 (pareja)	5,5
	180 (núcleo familiar)	87
	16 (INAU)	7,5
<b>Estudios</b>		
<i>Nivel educativo</i>		
Primaria completa	150	72
Ciclo básico	29	14
Bachillerato	29	14
<i>Deserción n= 173</i>	45 primaria	22
	128 secundaria	63
<i>Desea reinsertarse</i>		
Sí	26	15
No	147	85
<b>Ocupación actual</b>		
Ama de casa	179	86
Trabajo dependiente	0	0
Trabajo independiente	29	14
<b>Sustento económico actual</b>		
Pareja	15	4,5
Padres/familia	193	95,5

\* Las dos tías adolescentes viven con su familia, son solteras, terminaron primaria. Se reinsertaron a secundaria en este último año.

una astigmatismo y otra estrabismo. En 26 se logró realizar conexión con programas socioeducativos para la reinserción a nivel educativo. Todas las cuidadoras fueron controladas en salud, se les brindó el carnet de control de adolescentes y se realizó la contrarreferencia al alta de sus hijos en las policlínicas referentes del primer nivel de atención.

## Discusión

El embarazo y maternidad en la adolescencia han sido motivo de preocupación desde distintos ámbitos de la sociedad y desde el Estado. Según datos del Ministerio de Salud Pública en 2015, 1,4% de las mujeres inician la procreación antes de los 14 años, llegando hasta el 59,9% a hacerlo entre 15 a 19 años<sup>(2)</sup>. Este fenómeno refleja múltiples carencias y desigualdades entre otras al acceso al bienestar social y de salud sexual y reproductiva de la población<sup>(5)</sup>. En Uruguay 54,8% de los embarazos adolescentes no son planificados, porcentaje similar al encontrado en esta serie. Sin embargo se destaca que en su mayoría fueron deseados. Esto nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de enfatizar durante la educación sexual y reproductiva la importancia de la planificación familiar.

Todas las adolescentes eran solteras, la mayoría convivían con su familia y solo un 5,5% con su pareja. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser menos duraderas y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del primer hijo a edades tempranas, las uniones legales son infrecuentes, haciendo que la madre afronte su maternidad sin el apoyo del padre de su hijo, lo cual la vuelve más vulnerable. Esto puede determinar un riesgo para la estabilidad emocional, afectiva y económica<sup>(6-10)</sup>.

En su proceso de crecimiento y desarrollo como madre adolescente, es necesario redefinir su rol sin descuidar sus propias necesidades<sup>(4,5,8)</sup>. Múltiples estudios muestran las dificultades de las adolescentes con hijos en continuar sus estudios y transitar esta etapa evolutiva con un desarrollo afectivo y psíquico adecuado, de manera de alcanzar una estabilidad emocional sólida que no comprometa su desarrollo social y cultural futuro<sup>(6-8)</sup>. La condición de privación determina frecuentemente un abandono escolar temprano, que en general antecede al embarazo<sup>(8,9)</sup>. Tanto el abandono escolar sea anterior o posterior al inicio de la reproducción, el mismo limita el desarrollo y la preparación de las jóvenes para una adecuada inserción en la vida adulta<sup>(5,6)</sup>. En este estudio la mayoría de las adolescentes cursaron primaria completa, sin embargo sólo el 14% culminó ciclo básico. Se evidenció alto porcentaje de deserción del educativo. Además más del 90% no desean reinsertarse en el siste-

**Tabla 2.** Cuidando a las cuidadoras desde un tercer nivel de atención: conocimiento de las necesidades para el autocuidado.

N= 208	FA	FR%
<b>Control en salud</b>		
<i>Durante el embarazo</i>		
Sí	187	90
No	21	10
<i>Luego del nacimiento</i>		
Sí	8	4
No	200	96
<b>Hábitos saludables*</b>		
Sí	175	84
No	33	16
<b>Cuidado de mamas</b>		
Sí	110	53
No	98	47

ma educativo actual. Es necesario que se generen espacios educativos que sean atractivos y lo suficientemente flexibles para que estas adolescentes logren la reinserción. Abandonar el sistema educativo implica una transición temprana a la vida adulta pero de manera precaria, ya que el menor nivel de logro educativo dificulta ampliamente el acceso a los sectores más calificados del mercado de trabajo<sup>(5-8)</sup>. Esta dificultad de realizar transiciones sólidas a la vida adulta en la esfera de la vida pública (sistema educativo, mercado de trabajo) implica una cierta limitación del proyecto de vida al ámbito doméstico, como evidencia esta descripción donde más del 80% de las madres eran amas de casa. Esto también genera una mayor dependencia económica de su núcleo familiar. En esta serie el principal sustento económico eran los padres o familiares. Durante la hospitalización se realizó la conexión con los programas socioeducativos para reinserción a nivel educativo del Ministerio de Desarrollo Social que cumplieran con las expectativas educativas de esta población. Se logró conectar a las madres que querían reinsertarse a nivel educativo con el programa “Jóvenes en red” que promueve el ejercicio de derechos de los adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años, desvinculados del sistema educativo y del mercado formal de empleo desde un abordaje integral, territorial y en comunidad.

**Tabla 3.** Cuidando a las cuidadoras desde un tercer nivel de atención: Utilización de métodos anticonceptivos

N=208	FA	FR%
<b>MAC usados previos al embarazo</b>		
Ninguno	84	40
Preservativo	97	46
Hormonal	23	12
DIU	4	2
Implante	0	0
Otros	0	0
<b>MAC luego del nacimiento</b>		
Sí	28	13
No	180	87

\* las dos tías maternas no utilizaban MAC antes del embarazo, ni luego del nacimiento de sus hijos.  
MAC: métodos anticonceptivos.

Según datos del Sistema Informático Perinatal del año 2015 las adolescentes presentan altas tasas de controles de sus embarazos, al igual que en esta serie donde la mayoría presentan 6 o más controles. Es preocupante el bajo porcentaje de controles en salud posterior al nacimiento de su hijo, a pesar de que la adolescente concurra a centros de salud a controlar a su hijo. Se debe plantear la necesidad de que los centros de salud puedan controlar al binomio y poder planificar centros de salud amigables para ellos que no obstaculice el acceso a los mismos. Existe evidencia que señala que el acompañamiento intensivo y de calidad de las madres adolescentes es efectivo para disminuir la vulnerabilidad, promover el autocuidado y brindar herramientas para fortalecer el cuidado y crianza de sus hijos<sup>(4,5)</sup>. Durante la hospitalización se realizó el control integral de salud a todas las madres adolescentes, se les otorgó el carnet de salud adolescente y se coordinó el seguimiento de sus controles en el primer nivel de atención en la misma policlínica barrial de sus hijos. La hospitalización fue una oportunidad valiosa para garantizar el derecho a la asistencia a la salud y lograr el acercamiento de las madres a los servicios de salud y educativos. Se reforzaron hábitos saludables y se insistió en el autocuidado de su salud, sabiendo que la mayoría de estas madres los conocían. Se destaca que durante la hospitalización no se realizó un abordaje desde la salud mental a pesar de considerarlo de especial importancia para poder identificar y apoyar alteraciones

**Tabla 4.** Cuidando a las cuidadoras desde un tercer nivel de atención: conocimientos para el cuidado del niño.

N=208	FA	FR%
<b>Alimentación ideal</b>		
Sí	208	100
No		
<b>Posiciones para amamantar</b>		
Sí	156	75
No	52	25
<b>Cuidados del cordón umbilical</b>		
Sí	200	96
No	8	4
<b>Higiene del niño</b>		
Sí	208	100
No		
<b>Pautas de sueño seguro</b>		
Sí	187	90
No	21	10
<b>Signos de peligro</b>		
Sí	85	41
No	123	59
<b>Estimulación temprana</b>		
Sí	165	79
No	43	21
<b>Vacunas</b>		
Sí	165	79
No	43	21

de la esfera emocional: síntomas depresivos y ansiedad. Las inestabilidades emocionales son frecuentes y se está en pleno desarrollo y consolidación de su psiquis. Es por este motivo que se debe buscar estrategias para que profesionales de la salud mental participen de la asistencia de las adolescentes en conjunto con los otros profesionales de la salud.

El comportamiento irregular de las y los adolescentes en relación al ejercicio de la sexualidad protegido de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, se puede vincular a múltiples factores. Entre otros, a la posición social, las relaciones desiguales de

género y a la propia condición del “ser adolescente”. Esto último, en particular, incorpora en el imaginario social una cierta protección frente al riesgo. Los datos recabados en esta serie en relación al uso de métodos anti-conceptivos antes del embarazo mostró que un 60% no los utilizó mostrando claramente el deseo de la gestación. Todas estas madres conocían los métodos y cómo acceder a los mismos.

La importancia de la salud sexual y reproductiva es innegable y más en esta etapa de la vida. Sin embargo es a través de la hospitalización de sus hijos que se pudo captar a las madres que aún no recibían y querían métodos anticonceptivos, y realizar la intervención en conjunto con las policlínicas de salud sexual y reproductivas. Esta experiencia remarca una vez más la oportunidad de garantizar los derechos en este caso de salud sexual y reproductiva en cualquier escenario de atención. En las tres madres adolescentes que expresaron verbalmente su voluntad de interrumpir el embarazo en curso, se les solicitó ecografía, grupo sanguíneo y Rh y se derivaron a la policlínica de salud sexual y reproductiva, para realizar asesoramiento por equipo multidisciplinario, como es el proceso asistencial previsto en la ley 18.987.

La crianza es la acción de promover y brindar soporte y protección al crecimiento y desarrollo integral hasta que los niños alcancen la adultez. En este proceso la interacción adulto – niño es un factor determinante. Los cuidados deben incluir las necesidades que implican construir y mantener un vínculo afectivo estable con el adulto responsable, promover el proceso de individualización separación, la socialización y los aprendizajes que le permitan adquirir progresivamente su autonomía, promoción de la salud y autocuidado. En este contexto el rol que cumplen las madres, padres o cuidadores es primordial para satisfacer estas necesidades<sup>(5,6)</sup>. En esta serie la mayoría de las adolescentes conocían los cuidados básicos de su hijo. Sin embargo en esta etapa de la vida existe mayor probabilidad de falta de conocimiento y/o experiencia para asumir su nuevo rol para suplir las necesidades básicas del niño: alimentación, higiene, afecto, sueño, termorregulación, signos de alarma y prevención de accidentes poniendo en riesgo el desarrollo armónico e integral. La madre adolescente es la que recibe el mayor impacto de la crianza, sin embargo con frecuencia la vida del padre adolescente y su vínculo con su hijo también puede verse afectado. Es de crucial importancia reforzar y enseñar cuidados y hábitos de crianza en cualquier contacto que se tenga con la adolescente y no solo en los controles en salud en el primer nivel de atención<sup>(8,9)</sup>. Se logró trabajar en una adecuada compatibilización de la vida familiar, las necesidades de los adolescentes, sus vínculos con el entorno social y las

redes de socialización, y la receptividad que puedan lograr para incorporar las habilidades de crianza.

A pesar de poder realizar intervenciones en salud durante la internación, un aspecto importante para la planificación y seguimiento de la asistencia es la referencia y contrarreferencia entre los servicios del sistema de salud<sup>(11-13)</sup>. Se realizó la derivación a los centros de salud del primer nivel de atención a todas las madres para continuar el control de su salud y la de sus hijos. Es un desafío que los Espacios Adolescentes del primer nivel de atención realicen un abordaje integral de las madres adolescentes y de sus hijos.

## Conclusiones

Esta es la primera experiencia de abordaje de atención a la salud de cuidadoras de niños hospitalizados. Se detectó gran vulnerabilidad en las adolescentes incluidas, logrando un acercamiento a los servicios de salud y educativos. La interconexión con el primer nivel de atención y el abordaje conjunto de la madre y el niño permitirá garantizar su derecho a la salud. Esta experiencia podrá servir de insumo para el Sistema Integral de Cuidados que se está planificando implementar en el país.

“Una experiencia buena y satisfactoria abre la puerta para futuros encuentros con el equipo de salud”.

## Referencias bibliográficas

1. **Uruguay. División General de la Salud. Ministerio de Salud Pública.** 2015. Disponible en: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy). [Consulta: 10 julio 2015].
2. **Varela Petito C, Pardo I, Lara C, Nathan M, Tenenbaum M.** La fecundidad en el Uruguay (1996/2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. Montevideo: Trilce, 2014.
3. **Da Luz S, Canetti A.** Seguimiento interdisciplinario del binomio hijo-madre adolescente. *Arch Pediatr Urug* 1996; 67(1):5-36.
4. **Alonso Uría RM, García Viniestra C, Rodríguez Alonso B, Campo González A, Monteavaro Rodríguez M, Sana-bria Ramos G, et al.** Educación a madres adolescentes para el cuidado de sus hijos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008; 24(3):1-9.
5. **Noguera O.** Embarazo en adolescentes: Una mirada desde la enfermería. *Rev Colomb enferm* 2007; 7(7). 151-160
6. **Varela C, Fostick A.** Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: incorporación anticipada y precaria a la vida adulta. En: IX Jornadas de Investigación en la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR. Montevideo, 2010.
7. **Muñoz Requena JJ, Baena Guirao G, Venzalá Prado MJ.** Guía de cuidados del recién nacido. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, 2013.
8. **Freitez Rojas FJ.** Nivel de conocimiento proporcionado a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicio de Maternidad del Hospital Central “Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Periodo Agosto-Noviembre 1999. Barquisimeto: UCLA, 2009.
9. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Encuesta Nacional de Salud Adolescentes. Montevideo: MSP, 2013.
10. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Programa Nacional de Salud Adolescente. Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel. Montevideo: MSP, 2015.
11. **Sevilla R.** Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia a través de la ampliación de la red computarizada en 4 centros de salud de la jurisdicción sanitaria SILOS I. Documento técnico. México: s.n, 2003.
12. Región de salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. Informe de referencia y contrarreferencia 2001-2002. Documento Técnico. Panamá: s.n, 2003.
13. **Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al.** Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría: análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug* 2008; 24(2):69-82.

**Correspondencia.** Dr. Carlos Zunino.  
Correo electrónico: [careduzunino@gmail.com](mailto:careduzunino@gmail.com)