

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
AREA CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**



**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE EL EMBARAZO
Y SUS RIESGOS EN LA LOCALIDAD DE NAREUDA DEL MUNICIPIO DE
BOLPEBRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y JUNIO DE 2019.**

POSTULANTE: ADRIANA RODRIGUES LAURETINO

Nareuda – Pando – Bolivia

2019

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre presente en todo momento cuando mas lo necesitamos.

A mi querida familia y amigos por apoyarme siempre en la búsqueda de mis objetivos.

Este trabajo también va dedicado a todo el personal de salud quienes aportaron para poder realizar esta investigación, esperando que la misma pueda coadyuvar a mejorar las estrategias de control de la Malaria.

AGRADECIMIENTO

Agradecer primeramente a Dios, sin el nada seria posible pues su guía e infinito amor nos da la fuerza espiritual para poder seguir adelante.

A mi querida familia quienes siempre están presentes en todo momento, gracias por su comprensión y cariño y por creer en mi y acompañarme hasta esta etapa de mi vida y poder conseguir mis objetivos.

A la universidad que nos permitió la oportunidad de podernos formar como profesionales de la salud y estar al servicio de los demás.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	8
1. JUSTIFICACIÓN	10
2. PROBLEMA A INVESTIGAR	12
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	12
2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	13
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. OBJETIVO GENERAL	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MARCO TEORICO	16
4.1. SUSTENTO LEGAL	16
4.2. ADOLESCENCIA	19
4.2.1. <i>Adolescencia Temprana</i>	19
4.2.2. <i>Adolescencia Media</i>	19
4.2.3. <i>Adolescencia Tardía</i>	20
4.3. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	21
4.4. DEFINICION	21
4.5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS: FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES	21
4.6. DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	22
4.7. PROCESOS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA	24
4.8. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	26
4.9. ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PATERNIDAD ACTIVA	27
4.10. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN O DEL ABORDAJE INTEGRAL	28
4.11. PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	32
4.12. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	33
4.12.1. <i>Si se clasifica a la adolescente embarazada como ALTO RIESGO:</i>	36
4.13. DIAGNOSTICO	37
4.14. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE	39
4.15. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	40
5. DISEÑO METODOLOGICO	42
5.1. VARIABLES	42
5.2. TIPO DE ESTUDIO:	42
5.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	43
6. RESULTADOS	44
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
7.1. CONCLUSIONES	58
7.2. RECOMENDACIONES	59

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 ADOLESCENTES ENCUESTADAS.....	44
GRAFICO 2 EDUCACION RECIBIDA DE LOS PADRES	45
GRAFICO 3 EDUCACION RECIBIDA POR LAS ADOLESCENTES	46
GRAFICO 4 CONVIVE USTED CON SUS PADRES.....	47
GRAFICO 5 COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES.....	48
GRAFICO 6 A SUS PADRES USTED LES CUENTA TODO?, TIENE ESA CONFIANZA?	49
GRAFICO 7 SEGÚN LA RESPUESTA ANTERIOR INDIQUE POR QUE	50
GRAFICO 8 SUS PADRES LE ENSEÑAN O HABLAN DE TEMAS DE SEXUALIDAD Y DE LA POSIBILIDAD DE UN EMBARAZO?	51
GRAFICO 9 SI ESTA O QUEDARIA EMBARAZADA, USTED CREE QUE TENDRIA APOYO DE SUS PADRES?.....	52
GRAFICO 10 SI ESTA O QUEDARIA EMBARAZADA CREE USTED QUE TENDRIA APOYO DE SU PAREJA DESDE EL PRIMER INSTANTE?.....	53
GRAFICO 11 USO USTED ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	54
GRAFICO 12 USTED SABIA QUE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON GRATUITOS Y QUE SE BRINDA CONFIDENCIALIDAD EN ESTE TEMA?	55
GRAFICO 13 RECIBIO CHARLAS EN EL COLEGIO/ ESCUELA SOBRE EDUCACION SEXUAL	56
GRAFICO 14 TIENE USTED RELACION ESTABLE DE PAREJA?	57

RESUMEN

En Bolivia por cada 1.000 mujeres, nacen 88 bebés cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. Ese es el primer dato que golpea del informe de Estado de Población Mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El segundo dato revela que en Bolivia, un 18% de adolescentes entre 15 y 19 años ya han sido madres o están embarazadas (algunas no llegan a tener al bebé).

Por todos estos datos y la importancia de continuar las acciones de prevención, mas aun sabiendo que este año 2019 fue declarado a nivel del departamento de Pando como el año de prevención del embarazo en niñas y adolescentes, es que se vio la necesidad de investigar cuanto conocen las adolescentes sobre este tema en la comunidad de Nareuda.

Es por ello que se realizó un estudio es de tipo descriptivo, y de análisis, tomándose en cuenta el tema de prevención de embarazo en adolescentes para poder verificar el grado de conocimiento., además de identificar factores importantes que pueden llevar a la adolescente a quedar embarazada como es el grado de escolaridad, la orientación que reciben de los padres, el apoyo y la comprensión de los mismos, etc.

Recomendándose el trabajo continuo, interdisciplinario en el tema de prevención a fin de reducir los riesgos de mortalidad por embarazo, parto y puerperio en las adolescentes.

Palabras Clave: Embarazo en Adolescentes

ABSTRACT

In Bolivia for every 1,000 women, 88 babies are born whose mothers are between 15 and 19 years old. That is the first fact that hits the report of the State of World Population of the United Nations Population Fund.

The second data reveals that in Bolivia, 18% of adolescents between 15 and 19 years have already been mothers or are pregnant (some do not get to have the baby).

For all these data and the importance of continuing prevention actions, even more knowing that this year 2019 was declared at the level of the department of Pando as the year of prevention of pregnancy in girls and adolescents, is that the need to investigate how much teenage girls know about this topic in the Nareuda community.

That is why a study was conducted is descriptive, and analysis, taking into account the issue of prevention of pregnancy in adolescents to verify the degree of knowledge. In addition to identifying important factors that can lead the teenager to stay pregnant as is the level of schooling, the guidance they receive from parents, their support and understanding, etc.

The continuous, interdisciplinary work on the issue of prevention is recommended in order to reduce the risks of pregnancy, childbirth and puerperium mortality in adolescents.

Keywords: Pregnancy in Adolescents

INTRODUCCION

En América Latina la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes mujeres. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y/o servicios de apoyo de orientación y salud sexual reproductiva, para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados (Revista Postgrado 2006).

Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que a nivel global.

La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2100. La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar.

Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, asumen obligaciones de adultas y no siempre disfrutan de todos sus beneficios. Además el embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja. (PLAN, UNICEF: 2014, 11)

La evidencia acumulada ha contribuido al desarrollo de un consenso político, regional y global, para incorporar la maternidad/paternidad temprana en la agenda de las políticas públicas y tomar medidas para prevenir el embarazo adolescente, especialmente desde los sectores de salud, educación y trabajo.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

La mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años. Igualmente el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes es significativamente menor cuando se compara con las otras embarazadas

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública.

Según estadísticas mundiales, en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países subdesarrollados, y son estas estadísticas las que nos motivan a realizar el siguiente estudio para alertar al estudiantado de las consecuencias que trae tanto a nivel familiar como social de un embarazo a corta edad.

El embarazo en la adolescencia tiene serias consecuencias relacionadas con la salud, la educación y, en general, con el proyecto de vida de los/as adolescentes. El embarazo en la adolescencia trae como consecuencia con mayores riesgos de salud a los que se exponen la madre joven y el/la recién nacido/a. Un estudio comparativo basado en datos de 144 países señala que en Bolivia la mortalidad materna en mujeres de 15 a 19 años es el doble comparada con la mortalidad materna de mujeres de 20 a 24 años⁵. Por otra parte, el embarazo en la adolescencia se relaciona con la deserción escolar ya que la maternidad puede interrumpir la educación de las madres adolescentes por el cuidado que requieren los y las recién nacidos/as. Además, el embarazo en la adolescencia es más frecuente entre las adolescentes con bajo nivel de educación.

El índice de maternidad adolescente en nuestro país se encuentra en ascenso, a pesar de las diversas campañas de salud sexual y reproductiva, la información y promoción de métodos de anticonceptivos en medios de difusión masiva, la atención gratuita en centros de salud. Marcando una notable diferencia entre adolescentes con economía débil o inestable.

...En Bolivia 3 de cada 10 adolescentes del grupo más pobre es madre o está embarazada, frente a una de cada 10 del sector más rico⁴.

El nivel económico de las madres adolescentes repercute de manera determinante en el futuro de su bebe, pues le limitara de oportunidades como la calidad y el acceso a los servicios básicos, una vivienda, buena alimentación, cuidados y atención durante su desarrollo, entre otros.

La familia y las instituciones públicas, sobre todo estatales, están deslegitimadas y no captan la atención de los/as adolescentes y jóvenes, por lo que buscan espacios de información y

educación entre sus pares, redes sociales e informáticas, que no siempre están bien informadas, actualizadas, exponiéndolos a conductas de riesgo.

En este contexto de los/as adolescentes y jóvenes hay un problema de fondo, una sociedad adulto-centrista que no los reconoce de manera efectiva como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en resolver las problemáticas que les afectan. Ellos/as son vistos como sujetos “dependientes”, “no productivos” e “irresponsables”.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados, y les da vergüenza o miedo preguntarles a sus padres. Por esto hay que hacer hincapié en que los padres informen a sus hijos.

Con el presente trabajo de investigación espero se pueda aportar al control del embarazo en adolescentes y pueda motivar a las autoridades correspondientes a crear nuevas estrategias para la prevención, ya que en la actualidad en nuestra región se ha visto que pese a que se ha logrado de alguna manera disminuir el embarazo en adolescentes, continua siendo un problema social debido a muchos factores, socioculturales, familiares, etc. que merecen una atención particular.

2. PROBLEMA A INVESTIGAR

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De acuerdo a Rodríguez (2008), las claves para explicar la alta fecundidad adolescente en un contexto moderno podrían resumirse en términos de:

- La reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a las/los adolescentes como sujetos sexualmente activos, lo que restringe su acceso a métodos de planificación familiar y a conocimientos y prácticas sexuales seguras;
- La desigualdad, que acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para las/los más pobres, lo que eleva el valor de la maternidad/paternidad temprana como mecanismo para dar sentido a la vida.

Así, adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres, que aquellas con mayor educación formal.

En esta perspectiva es posible afirmar que la información sobre salud sexual y reproductiva, que manejan los adolescentes actualmente, en muchos casos suele ser muy general, poco consistente o inadecuada. Por lo tanto la falta de información con respecto a estos temas pueden reflejar una percepción muy superficial que tienen los adolescentes, en su generalidad, debido además a la presión social y moral sobre esta situación, ya que no existen espacios donde puedan expresar sus necesidades, percepciones y vivencias, que permitan una orientación sexual y reproductiva en beneficio de su desarrollo integral.

Es por esto que se ha visto importante realizar el estudio en el Centro de Salud de Nareuda del Municipio de Bolpebra ya que es importante determinar las causas y los factores que llevan a las adolescentes a embarazarse, para todos es conocido que según datos del Servicio Departamental de Salud de Pando, que en la gestión 2016 se tuvieron 6 muertes maternas de las cuales 4 eran mujeres adolescentes, asimismo para esta gestión se sabe por información de SEDES que ocurrieron muertes maternas que están en proceso de investigación. Lo que nos lleva a indicar el gran problema que se tiene al respecto y que es necesario trabajar en este tema.(UNFPA)

2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la importancia de poder determinar el comportamiento de este gran problema social como lo es el embarazo en adolescentes, es que se plantea como problema el grado de conocimiento de las y los adolescentes sobre el embarazo y sus riesgos además de la cantidad de embarazos en adolescentes captados por el Centro de Salud de Nareuda en el periodo de abril a junio de 2019

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce también que el impacto del embarazo en adolescentes afecta el potencial de desarrollo, autonomía, participación y ciudadanía de personas adolescentes (FCI, 2008). Los resultados de un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, exponen que 16 de cada 100 mujeres adolescentes en Bolivia son madres o están embarazadas (INE: 2010)

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto, son consideradas a nivel clínico como uno de los principales factores de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Se determina que entre los 10 y 14 años hay mayor porcentaje en estos casos de embarazo, de presentarse en los hijos un bajo peso al nacer, depresión, hipertensión inducida por el embarazo, elevada morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea (Revista de Posgrado: 2006)

La falta de control prenatal aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, ya que solo acuden al mismo cuando ya están en trabajo de parto o cuando se ha presentado alguna complicación durante su embarazo por lo que se ha tomado como objeto de estudio a las adolescentes entre 13 a 19 años de edad que fueron captadas en el Centro de Salud de Nareuda, a este problema se suma la falta de un ambiente adecuado para la atención diferenciada a las adolescentes, según establece la norma de niño, niña , adolescente.

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

¿Cuál será el grado de conocimiento de los y las adolescentes sobre el embarazo y sus riesgos en la Localidad de Nareuda del Municipio de Bolpebra en el periodo comprendido entre abril y junio de 2019?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar grado de conocimiento de los y las adolescentes sobre el embarazo y sus riesgos en la Localidad de Nareuda del Municipio de Bolpebra en el periodo comprendido entre abril y junio de 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el conocimiento de las y los adolescentes sobre la prevención del embarazo en adolescentes.
- Determinar el acceso de los y las adolescentes a métodos anticonceptivos
- Describir si las adolescentes sienten la confianza con sus padres para tratar temas referidos al embarazo en adolescentes.

4. MARCO TEORICO

4.1. SUSTENTO LEGAL

BOLIVIA

NUEVA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

Principios, valores y fines del Estado

“Art. 9.- Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Derechos Fundamentales y Garantías

“Art. 14.-

I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, **sin distinción alguna.** (énfasis añadido)

II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos.

IV. En el ejercicio de los derechos, nadie será obligado a hacer lo que la Constitución y las leyes no manden, ni a privarse de lo que éstas no prohíban.

Derechos de la Niñez, Adolescencia y Juventud

“Art. 58.- Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad.

Las niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución, con los límites establecidos en ésta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo; a su identidad étnica, sociocultural, de género y generacional; y a la satisfacción de sus necesidades, intereses y aspiraciones.”

“Art. 59.-

I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.

“Art. 60.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.”

Derechos de las Familias

“Art. 66.- Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.”

LEY N° 2.026

CÓDIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Disposiciones Fundamentales

“Art. 1.- OBJETO DEL CÓDIGO.- El presente Código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia.”

“Art. 2.- SUJETOS DE PROTECCIÓN.- Se considera niño o niña a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años y adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad cumplidos.

En los casos expresamente señalados por Ley, sus disposiciones se aplicarán excepcionalmente a personas entre los dieciocho y veintiuno años de edad.”

“Art. 3.- APLICACIÓN.- Las disposiciones del presente Código son de orden público y de aplicación preferente. Se aplica a todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el territorio boliviano, sin ninguna forma de discriminación.”

“Art. 5.- GARANTÍAS.- Los niños, niñas o adolescentes, como sujetos de derecho, gozan de todos los derechos fundamentales y garantías constitucionales inherentes a toda persona, sin perjuicio de la protección integral que instituye este Código.

Además, es obligación del Estado asegurarles por Ley o por otros medios, todas las oportunidades y facilidades tanto a mujeres como a varones, con el fin de garantizarles su desarrollo integral en condiciones de igualdad y equidad.”

“Art. 7.- PRIORIDAD SOCIAL.- Es deber de la familia, de la sociedad y del Estado asegurar al niño, niña o adolescente, con absoluta prioridad, el ejercicio y respeto pleno de sus derechos.”

Derecho a la Vida y a la Salud

“Art. 13.- GARANTÍA Y PROTECCIÓN DEL ESTADO.- Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a la vida y a la salud. El Estado tiene la obligación de garantizar y proteger estos derechos, implementando políticas sociales, que aseguren condiciones dignas para su gestación, nacimiento y desarrollo integral.”

“Art. 14.- ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD.- El Estado a través de los organismos correspondientes, debe asegurar a todo niño, niña y adolescente, el acceso universal e igualitario a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, más el suministro gratuito, para quien no tenga recursos

suficientes, de medicinas, prótesis y otros relativos al tratamiento médico, habilitación o rehabilitación que fueran necesarios.”

4.2. Adolescencia

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendida entre los 10 - 19 años, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado para cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social. La OMS define como adolescencia al *"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"*. El adolescente tiene características propias de su etapa, que son expresiones normales de su edad.

4.2.1. Adolescencia Temprana

(10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

4.2.2. Adolescencia Media

(14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

4.2.3. Adolescencia Tardía

(17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*.

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992, p. 31).

En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra

una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

4.3. Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).

4.4. DEFINICION

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)”, como:

El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como **“aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar.**

4.5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS: FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

⇒ El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer casi al doble de la mujer adulta (Conde-Agudelo et al., 2005).

- ⇒ Las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años y, en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor.
- ⇒ Las adolescentes suelen no asistir a la atención prenatal o lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, a la falta de aseguramiento en salud o al retardo en el diagnóstico del embarazo y muchas veces porque son estigmatizadas (Conde-Agudelo et al., 2005).
- ⇒ El embarazo y la maternidad interfieren con el desarrollo de habilidades como son la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación afectiva.
- ⇒ El embarazo en adolescentes eleva el riesgo de suicidio (13%), hay mayor incidencia de depresión y una percepción negativa de las redes de apoyo.
- ⇒ En términos de educación, cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10%.

4.6. DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socio económicas, políticas y, en general, con el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes. Esta relación explica las diferencias de las tasas y el curso que siguen estos fenómenos en cada persona, familia y comunidad.

Sobre las consecuencias sociales, la literatura muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de unirse y permanecer unidas. En otro contexto, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia. Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera reiterativa

que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas (Gaviria, 2000).

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de adolescentes menores de 15 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la adolescente embarazada menor de 15 años requiere, así como todas las medidas de protección, justicia y restitución de derechos.

En América Latina, entre un 10% y un 36% de las mujeres, ha sido objeto de violencia física o sexual (Buvinic, Morrison y Orlando, 2005).

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad son altamente diferenciados según el estrato socioeconómico. Las adolescentes pertenecientes a los quintiles de riqueza bajo y más bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de quintiles de riqueza alto y más alto. Los datos sugieren que el comportamiento diferencial se vincula con las percepciones sobre la maternidad de mujeres y hombres adolescentes. Para las primeras, el embarazo es visto como imprescindible y única vía para lograr respeto y reconocimiento social; mientras que en la perspectiva masculina, la actividad sexual sin protección, con diversas parejas y desligada de responsabilidad sobre la paternidad, es útil para reafirmar el valor social que despliega pertenecer al género masculino, que perpetúa así una cultura hegemónica patriarcal machista (Prieto, 2010).

Por ello se hace necesario emprender acciones de prevención, atención oportuna y de calidad a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, para enfrentar la tasa de fecundidad adolescente.

4.7. PROCESOS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período en la vida de las personas que involucra diversas transformaciones. Dentro de los procesos específicos de esta edad que debe atravesar la adolescente se encuentran:

- ✓ La búsqueda de una identidad propia
- ✓ La separación psicológica de la familia de origen
- ✓ La integración de nuevos impulsos y deseos

La “adolescencia” es un concepto configurado por científicos sociales de la época moderna en los siglos XVII, XVIII y XIX a partir del término latino *adolescere*, que significa “tránsito” de la niñez hacia la adultez.

Castillo Venerio (2007) resume tres definiciones hechas desde la sociología, la psicología y la medicina. Sociológicamente, la adolescencia es una representación sociocultural que varía en cada contexto conforme al tipo de interrelación generacional como de otras relaciones que rodean o que entabla la persona durante su paso de niñez a adultez. Esta representación le da siempre un carácter transitorio porque el propósito fundamental de las relaciones con estos sujetos es que adquieran los conocimientos y habilidades básicas para pasar a otra etapa, la adultez. Particularmente la competencia para incorporarse al trabajo y al emparejamiento, para formar una familia.

Desde la psicología, la adolescencia se concibe como una etapa de experimentación, de tanteos y errores. Es una fase en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos. Se asume que el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por una inestabilidad en los objetivos, los conceptos y los ideales, derivada de la búsqueda de una identidad propia. Es, además, la etapa en la que comienzan los primeros flirteos, con los que se descubren los juegos de seducción y los sentimientos amorosos y eróticos en las relaciones interpersonales; es también de

exploración, autoconocimiento y auto reconocimiento, de descubrimiento del cuerpo, incluso entre pares o entre el mismo sexo. Progresivamente las experiencias sexuales directas van sustituyendo al flirteo, como consecuencia de las transformaciones en las representaciones sociales y el desarrollo de los métodos anticonceptivos.

En el campo de la medicina, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) definen esa etapa como la que transcurre entre los 10 y los 19 años, que se desarrollaría en dos fases: la adolescencia inicial, desde los 10 a los 14 años, y la final, desde los 15 a los 19 años. En ciertas edades, la adolescencia se superpone con la juventud, entendida como el período comprendido entre los 15 y los 24 años. Ahora bien, la caracterización, especialmente de los rasgos psicosociales que describieron autores desde la psicología y la medicina ha difundido las imágenes de los valores, creencias y percepciones que de estos sujetos se forman los profesionales que los estudian y atienden.

Restrepo (2010) sugiere que para la prestación de servicios clínicos es pertinente dividir la adolescencia en fases, a fin de facilitar la planeación de las actividades. Cada fase describe diferentes actitudes hacia el embarazo y hacia la maternidad, con base en algunas características del proceso de crecimiento y desarrollo que comúnmente ocurren (UNFPA y MPS 2007; Silbert, 1983).

Los adolescentes tienen sus propias concepciones en la significación de lo que es el ser adolescentes, no tiene que ver con la edad cronológica, más bien depende de cómo la mujer y el hombre asumen y cumplen responsabilidades y tareas dentro de la comunidad. En Nicaragua, en las zonas del caribe, a los adolescentes en miskitu se les llama *Wahma Kura an tiara Kura* que significa *joven tierno*. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un *silka*, un *hechizo o embrujo*.

Red social

Las nuevas responsabilidades que implican el cuidado del embarazo y el asumir la maternidad, requieren de apoyo. Por ello se hace fundamental promover que las mismas sean

compartidas con las demás personas que rodean a la mujer adolescente, con especial énfasis en las personas más cercanas, sean estas su pareja o su familia.

Una red social es el conjunto de vínculos con otras personas que dan soporte afectivo, social y económico a la adolescente embarazada. La existencia de una red social significativa para la adolescente embarazada o madre, permite amortiguar las exigencias que el nuevo estado de embarazo y posterior maternidad le plantea a la joven. Esto en la medida en que se constituye en un acompañamiento que la apoya y sostiene frente a las exigencias que el rol materno demanda. Esta red social estará conformada por la pareja, amigos, familiares, vecinos, profesores, personal de salud, grupos comunales y otros.

4.8. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno.

Desde esta perspectiva se visualiza a una adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación.

Todo lo anterior ocurre en condiciones particulares y dentro de un contexto social determinado que le da sentido positivo o negativo a la situación. En muchas zonas rurales, el emparejamiento y maternidad tempranos es lo que se espera, mientras que en la zona urbana no necesariamente es así. Por ello, la comprensión del contexto en el cual ocurre el embarazo adolescente es esencial. No es lo mismo un embarazo producto de una violación o incesto, que un embarazo planificado y acompañado. Estas diferenciaciones deben traducirse en intervenciones acordes con las necesidades específicas de cada adolescente embarazada.

La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensen que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR. La medicina tradicional tiene

un rol importante en la SSR en comunidades afro descendientes. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras.

4.9. ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PATERNIDAD ACTIVA

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, interpersonal, familiar y comunitario en los diferentes momentos: embarazo, parto, y puerperio y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerles una adecuada atención al parto, una captación temprana postparto, acompañamiento posterior al nacimiento y prevención de un siguiente embarazo, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población.

Promover la paternidad responsable es importante para la calidad de vida de las familias, ya que se ha evidenciado a través de estudios cualitativos y cuantitativos que cuando los hombres están más involucrados como padres, sus parejas reportan estar menos sobrecargadas, con mejor salud mental y más felices con sus relaciones conyugales (Barker, et al 2012).

En una revisión de 16 estudios longitudinales (22.300 casos, en 24 publicaciones), en los que la variable de impacto de la participación paternal en indicadores de desarrollo estuvo controlada, se encontró un impacto positivo en los niños al haber tenido un padre involucrado en las siguientes áreas: menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley; menor vulnerabilidad económica posterior, mejores resultados en escalas de desarrollo cognitivo,

mejor rendimiento escolar y menor estrés en la adultez (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid y Bremberg, 2008).

Cuando los padres tienen una presencia de calidad en la vida de sus hijas/os estos tienden a desarrollarse mejor en diversas áreas, como su salud física y mental, motivación al estudio, rendimiento académico, desarrollo cognitivo y habilidades sociales, presentan una mayor autoestima, menos problemas de conducta y mayor tolerancia al estrés (Allen y Daly, 2007; Barker, 2003; Nock y Einolf, 2008). Cuando están presentes, el ingreso tiende a subir, incluso aunque aporten menos porcentaje de su ingreso al ingreso familiar que la madre (Barker, 2003).

4.10. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN O DEL ABORDAJE INTEGRAL

Para que podamos hablar de una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad adolescente, deben estar presentes las siguientes características en la atención:

I. Derechos Humanos

Para garantizar que los y las adolescentes ejerzan sus derechos humanos, incluyendo derecho a la salud y derechos reproductivos, es necesario pasar a los y las adolescentes del concepto de receptores o beneficiarios de servicios, como titulares de derechos, participantes activos de su salud y desarrollo y desde los enfoques verticales a estrategias locales intersectoriales coordinadas, que integren promoción y prevención de la salud. El enfoque de derechos humanos garantiza en primer lugar el derecho de los y las adolescentes a la participación, tanto individualmente como a través de organizaciones de la sociedad civil y, fortalece sus competencias para demandar sus derechos humanos con criterios de universalidad.

II. Intersectorialidad:

La atención integral a las adolescentes embarazadas debe basarse en la sinergia de los esfuerzos de diferentes instancias sociales. Las adolescentes embarazadas, junto con su pareja y familia, tendrán necesidades específicas de salud, educación, justicia, recreación, protección social, vivienda y trabajo que requerirán trascender la mera sumatoria de esfuerzos institucionales para establecer un trabajo conjunto que permita abordar una situación tan compleja. El Sector salud juega un papel importante en las diferentes iniciativas en los niveles locales.

III. Multidisciplinaridad:

La atención integral a la adolescente embarazada y su familia, solo es posible con el esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud. Por ello el trabajo en equipos multidisciplinarios es fundamental y debe concretarse en espacios de discusión de casos y formación permanente del personal de salud. En la atención, las diferentes disciplinas deben partir de la situación concreta de cada adolescente y, con base en las necesidades detectadas, definir las intervenciones integrando las diferentes perspectivas disciplinarias. No se debe abordar a la adolescente de manera aislada, sino en su contexto familiar y comunitario, lo que implica intervenciones diferenciadas según se trate de un abordaje individual, familiar o grupal.

IV. Enfoque de vulnerabilidad (protección y riesgo)

Para establecer una atención integral de esta población, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece. Es necesario contextualizar y reconocer la diversidad de circunstancias en que se produce la maternidad temprana para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente. Dichas circunstancias son:

1. **Edad:** Las adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la pre adolescencia, además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad.
2. **Educación:** Las mujeres latinoamericanas que son madres adolescentes tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo. El embarazo de adolescentes en ALC está asociado con una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación (Alcázar y Lovatón 2006). La CEPAL y el Banco Mundial estiman que son necesarios 12 años de escolaridad para que las personas avancen en sus procesos de desarrollo humano. Cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10%.

3. **Situación económica:** Aquellas adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser atendidas en forma diferenciada, ya que además de las demandas particulares de su estado, la adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada.
4. **Situaciones de abandono o violencia:** La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar, enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las coloca en mayor riesgo tanto a ellas como a su bebé. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento.
5. **Acceso a servicios de salud:** El acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población, disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas a la salud materna y perinatal.
6. **Cultura machista:** En general, el modelo tradicional de ser un buen padre se traduce en el rol de proveedor económico y disciplinario. Estas dimensiones forman barreras para tener una relación con los hijos basada en respeto y afecto.
7. **Discapacidades:** Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral y, además, tendrá necesidades que exceden los recursos y capacidades, tanto propias como de su familia.
8. **Condiciones de vida o riesgos ambientales:** Algunas condiciones de vida como el hacinamiento, las precarias condiciones de instalaciones sanitarias y alcantarillados, al igual que algunas condiciones laborales y de posibilidades reales de estudio y capacitación, como la exposición a agroquímicos y otras sustancias tóxicas durante el embarazo, pueden volver vulnerable la salud de la madre adolescente.

V. Calidad técnica y humana:

Esta calidad abarca desde la adecuada competencia técnica de los prestatarios de servicios, hasta la intervención humana caracterizada por cierto nivel de sensibilidad ante las necesidades propias de las adolescentes y adolescentes embarazadas, así como una actitud contraria a la estigmatización y devaluación de éstas. Esto requiere de un personal de salud sensible y capacitado que esté en constante revisión de sus tareas y vigilante de la calidad de la atención. La atención integral debe caracterizarse por ser un acto consciente y desde una actitud crítica y transformadora por parte de quienes la ejecutan.

VI. Enfoque de género:

Se parte del reconocimiento que existen diferencias socio-históricas entre los sexos que responden a valores social y culturalmente aprendidos y atribuidos a lo masculino y a lo femenino, al ser hombre y al ser mujer. Reconoce además que éstas diferencias, se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes puedan relacionarse en forma abierta e igualitaria; ya que ha ubicado mayor valor a lo masculino sobre lo que es considerado como femenino, con detrimento, denigrando y violentando lo femenino. El enfoque de género busca promover la ruptura de aquellos patrones socio-culturales y subjetivos que sostienen dichas inequidades y generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la construcción de equidad de género. Por equidad de género estamos comprendiendo un proceso donde se apunte a relaciones más armoniosas, amorosas y respetuosas, y se parta de las potencialidades propias de la adolescencia.

VII. Enfoque intergeneracional:

Los logros sociales y la satisfactoria interacción entre adultos(as) y adolescentes requiere como condición del diálogo intergeneracional y el reconocimiento mutuo; ya no se trata de una generación adulta preparada versus una generación joven carente de derechos y conocimiento que hay que preparar. Se trata en la actualidad de dos generaciones preparándose permanentemente y por tanto, respetándose, compartiendo y complementándose en sus saberes, sus experiencias y en sus roles.

VIII. Enfoque intercultural:

Este enfoque orienta hacia el reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades y de los efectos de su interacción, cuya convivencia debe basarse en el respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos, asociada a la importancia que ha adquirido la diversidad y las cuestiones relativas a la identidad, en el marco del desarrollo.

En particular en el ámbito de la sexualidad y reproducción, en que los factores socio-culturales y ambientales ejercen importante influencia en patrones de conocimientos, actitudes y prácticas, las iniciativas de prevención y atención del embarazo adolescente deben tomar en consideración las diferencias étnicas, culturales y personales de la población adolescente, sin que ello signifique discriminación alguna y en muchos casos requerirá de una atención diferenciada y particular.

4.11. PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- Una atención integral del embarazo, promoviendo el desarrollo integral de las personas involucradas.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como personas en su integridad necesitan oportunidades para seguir desarrollando sus capacidades.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como sujetos con derechos y responsabilidades.
- Las y los adolescentes tienen derecho a ser tratadas(os) con respeto y sin prejuicios, en una atmósfera de privacidad y confidencialidad.
- Se debe promover y respetar la participación activa y protagónica de las adolescentes embarazadas y de los padres adolescentes en las diversas etapas de su atención.
- Se deben superar posiciones adulto centristas, en las cuales se le niegan a las adolescentes su capacidad de opinar y de tomar decisiones sobre su propia vida y establecer una relación de dependencia como norma a seguir.

- La atención debe contribuir a superar las condiciones desventajosas de adolescentes embarazadas al abogar por mejores condiciones de vida que permitan romper el ciclo del empobrecimiento de este sector poblacional.
- La atención debe estar centrada en los procesos y necesidades de esta población en sus diferentes momentos, desde el embarazo hasta el inicio de la maternidad y la paternidad y de sus obligaciones, ofreciendo oportunidades factibles para el desarrollo de ellos y ellas y de sus bebés.
- Se debe garantizar la continuidad en la atención, la cual deberá centrarse en los momentos de necesidades particulares de esta población y no en las necesidades y procesos institucionales.
- Se debe dar una atención oportuna, humanizada y solidaria a las adolescentes embarazadas, sus hijos(as), a su pareja.

4.12. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Existen factores de Riesgo Psicosociales relacionados al embarazo adolescente y se deben identificar.

Factores protectores durante el embarazo:

- ⇒ Apoyo de la familia y de la pareja.
- ⇒ Apoyo de las redes sociales.
- ⇒ Continuar con la educación.
- ⇒ Aceptación de su embarazo.
- ⇒ Estado de salud y nutrición adecuada.

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente:

- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ No contar con el apoyo de pareja y/o familia; sentimientos de soledad.
- ⇒ Baja escolaridad, fracaso o deserción del sistema educativo.
- ⇒ Conductas sexuales de riesgo: múltiples parejas sexuales, no uso del preservativo.
- ⇒ Antecedentes Gineco-obstétricos que afecten el embarazo.
- ⇒ Abortos previos.
- ⇒ Adolescentes con problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres, a nivel de pareja, de familia y amigos (as).

- ⇒ Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes.
- ⇒ Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en la adolescencia.
- ⇒ Falsas creencias sobre la fertilidad.
- ⇒ Presión de grupos y pares.
- ⇒ Falta de acceso a educación sexual adecuada.
- ⇒ Adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual.
- ⇒ Adolescentes de familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza y que son dependientes económicamente.
- ⇒ Adolescentes con ansiedad o depresión severa, con ideas suicidas o con depresión postparto.
- ⇒ Adolescentes con rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional.
- ⇒ Dificultad para desarrollar un proyecto de vida.
- ⇒ Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo.
- ⇒ Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo.
- ⇒ Abandono de uno de los padres/madres.
- ⇒ Noviazgos precarios clandestinos.
- ⇒ Sufrir violencia intrafamiliar y sexual.
- ⇒ Familias numerosas y que viven en hacinamiento.
- ⇒ Prohibición de abordaje de temas de sexualidad en la familia.
- ⇒ No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de las jóvenes con varones.
- ⇒ Antecedente de embarazo ocurrido en edad de adolescencia en la madre es significativamente más común entre casos.

Factores que complican un embarazo adolescente:

- ⇒ Menores de 15 años.
- ⇒ La No aceptación o negación del embarazo.
- ⇒ Problemas de salud asociados.
- ⇒ Embarazo producto de abuso sexual o violación (incluye el incesto).
- ⇒ Estatura menor a 1.50 metros.
- ⇒ Tabaquismo, adicciones al alcohol y drogas.
- ⇒ Estado Nutricional: desnutrida u obesa, adolescentes con trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).

- ⇒ Adolescentes con discapacidad física o mental.
- ⇒ Adolescentes con VIH positivo o Sida.
- ⇒ Adolescentes con VDRL positivo.
- ⇒ Adolescente con ideas persistentes de aborto o presionadas por la pareja o la familia para abortar.
- ⇒ Adolescente multígesta: más de tres embarazos o abortos.
- ⇒ Adolescentes que son abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo.

Clasificación del Riesgo

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de Riesgo. De acuerdo a la normativa actualizada de “Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, N-011” se divide a las embarazadas en dos grupos:

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina **llamado “BAJO RIESGO” (Cuidados Básicos)**.
2. Y aquéllas que necesitan **Cuidados Especiales “ALTO RIESGO”** determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La clasificación de “**BAJO RIESGO**” o “**ALTO RIESGO**”, se determinará con la aplicación del Formulario de Criterios de Clasificación del Riesgo.

- En la primera atención prenatal aplicar el formulario: 18 preguntas con respuestas cerradas Si/No.
- Si responden Si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como **Embarazada de ALTO RIESGO**.
- El **formulario debe de aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la paciente puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO**.
- Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación, **posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico**. El especialista debe determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contrarreferencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna.

Si se clasifica a la adolescente embarazada como BAJO RIESGO:

- ✓ Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- ✓ De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.

- ✓ Se deben realizar **Cuatro Atenciones Prenatales** durante la embarazo.
- ✓ Se realiza evaluación (**aplicación de formulario de riesgo**) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en BAJO RIESGO o se refiere a cuidados especiales (ALTO RIESGO).

4.12.1. Si se clasifica a la adolescente embarazada como ALTO RIESGO:

- ✓ Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- ✓ De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.
- ✓ Las **atenciones prenatales** en este grupo de riesgo **son un máximo de Siete Consultas**. Si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar **Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías** (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como motivo de consulta, **no es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.**
- ✓ La vigilancia de la **comorbilidad** es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es **Atención Prenatal o Consulta Médica por Patología / Seguimiento de Patologías**).
- ✓ Es importante mencionar que a pesar de que el motivo de la consulta sea una patología determinada (diabetes, hipertensión arterial etc.) hay **actividades que son de realización obligatoria** con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal en cada atención y que deben de interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica en el expediente clínico. (**Signos vitales, Frecuencia Cardíaca Fetal y Movimientos Fetales, Evaluación de datos de Alarma, Peso y Análisis del Incremento del mismo**).

A toda adolescente embarazada, deberá llenársele el Formulario de Criterios de Clasificación de Riesgo de la OMS.

4.13. DIAGNOSTICO

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos distintos de los que genera un embarazo como síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos; por ejemplo: gastritis, náuseas, vómitos, sueño o insomnio, cefalea, debilidad o decaimiento entre otros.

Lo descrito hace necesario que usemos nuestras habilidades para identificar signos **presuntivos, de probabilidad y de certeza.**

Cuando la adolescente acude a consulta, el personal de salud deberá:

- Establecer una relación de confianza, que permita mantener un contacto permanente y fluido: preguntando su nombre, edad, dirección, relación con su familia, estudios, si trabaja y además si su familia ¿sabe de este embarazo?.
- Asegurar la confidencialidad.
- No juzgar a la adolescente.
- Respetar y apoyar.
- Escuchar activamente a la adolescente, mirar a los ojos y dejar de hacer otras cosas que puedan interferir en esta entrevista.

Además de realizar el interrogatorio en un entorno privado, debe indagar sobre:

- ❖ Signos de Abuso o Violencia Sexual y Física,
- ❖ El ejercicio de su sexualidad:
 - ¿Tiene relaciones sexuales?
 - ¿Ha estado planificando?
 - ¿Desea un embarazo?
- ❖ Historia de ITS/VIH-Sida,

Y de acuerdo a las respuestas encontradas se puede sospechar que la adolescente puede estar embarazada y hay que averiguar los aspectos clínicos.

Signos presuntivos, de probabilidad y de certeza

Los **presuntivos** y **probables** aparecen en etapas tempranas (aparecen al final de la cuarta semana de embarazo y desaparecen en el curso de la 18ava semana de embarazo), los de

certeza hacen su aparición más tardíamente (entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo).

Signos Presuntivos

- Sialorrea
- Nauseas / vómito / mareos
- Cambios en el patrón alimenticio (falta de apetito y gusto)
- Lipotimia
- Cambio del carácter (tristeza)
- Aumento de la frecuencia urinaria y disuria
- Aumento de la sensibilidad, tamaño y pigmentación de los senos
- Fatiga / Cansancio / Desgano
- Palpitaciones
- Cambios en el patrón del sueño (somnia)
- Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos menstruales prolongados (oligomenorrea)
- Distensión abdominal

Signos de Probabilidad: Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos.

Los Principales son: amenorrea y cambios en la forma y tamaño de útero.

Signos de Certeza:

- **Movimientos activos fetales** (percibidos por la madre o palpados por el personal de salud),
- **Latidos fetales** (al principio se pueden localizar en la región supra púlica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior o inferior según sea la posición de la cabeza) **y la**
- **Percepción por palpación de partes fetales.**

Otros aspectos a tomar en consideración:

- Disminución del rendimiento escolar
- Cambios en las relaciones con la familia y el entorno social

Una vez que se ha realizado un amplio interrogatorio, se ha llenado la Historia Clínica Perinatal y el Carne Perinatal; y de ser posible la Historia Integral de la Adolescente y se ha terminado el examen físico, podemos encontrar:

- Cambios de peso (principalmente aumento)
- Secreción mamaria
- Aumento del perímetro abdominal
- Palpación del útero en el hipogastrio
- Cambios en la piel: hiperpigmentación facial, de la línea media y estrías
- Cérvix y fondos vaginales violáceos (detectables con vaginoscopia)
- Cuello reblandecido, aumento del tamaño uterino, presencia de “pulso” en las caras laterales del útero (detectables al tacto vaginal).

Estos dos últimos exámenes se practicarán solo ante una elevada sospecha o confirmación de la actividad sexual de la paciente y se establecerá la necesidad de una acompañante de acuerdo con la edad. Es importante también anotar aquí que se puede diferir el examen ginecológico, dependiendo de las circunstancias propias del momento.

El diagnóstico debe confirmarse con pruebas que estén disponibles en las unidades de salud: pruebas rápidas en suero y orina (Sub Unidad Beta-HCG/ gonadotropina coriónica humana). Hoy en día esta prueba se hace confiablemente positiva a los 10 - 14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación. Si existe duda, es mejor recurrir a la opinión de un especialista. Aunque también se sugiere realizar desde 1 día después de la fecha en que corresponde que se presente el nuevo ciclo menstrual.

Otro método diagnóstico es el USG Transvaginal (en los embarazos inferiores a la semana diez y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional).

4.14. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares.

Estas campañas de prevención deben, además, promover entre los y las jóvenes una reflexión sincera e informada, que les permita descubrir sus miedos y sus deseos inconscientes y traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece la información sobre sus consecuencias y riesgos.

En segundo lugar, hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgos biológicos, tanto para la madre como para el producto.

Como tercer punto, es fundamental el abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, al padre del bebé y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biospisicosocial.

Se puede decir que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública de origen multifactorial, que como tal amerita una atención especializada de estrategias preventivas, que lo aborden de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Por lo tanto, al contemplar el grave problema que representa el embarazo adolescente en nuestro país, es fundamental que los responsables de tomar las decisiones promuevan e impulsen políticas públicas de salud, que incluyan el tema de la educación sexual y reproductiva.

4.15. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Como su nombre indica, son sistemas que evitan la fecundación del óvulo por el espermatozoide y por tanto los embarazos. Se han ido desarrollando a lo largo del último siglo, no sin cierta controversia entre los partidarios y los contrarios a su utilización. Se utilizan generalmente:

- Para realizar una planificación familiar responsable.
- Como medio para controlar la natalidad y la superpoblación mundial.
- Para evitar embarazos no deseados en los adolescentes.
- Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.

En las llamadas sociedades desarrolladas hemos pasado de una situación en el que el control de la natalidad y la planificación familiar era un objetivo prioritario a el extremo contrario, ya que gracias a dichas campañas se ha reducido tanto la natalidad que empezamos a experimentar el problema opuesto, la escasa tasa de nacimientos y por tanto campañas que promueven la natalidad.

Otro de los problemas de las sociedades denominadas avanzadas o desarrolladas es el alto índice de embarazos no deseados entre los adolescentes, tema que ha suscitado campañas a favor y en contra del uso de métodos anticonceptivos y su difusión en las escuelas. Véase el último caso del Reino Unido, que promueve el reparto gratuito de métodos anticonceptivos en las escuelas.

Por último, y no por ello lo menos importante, la aparición de epidemias como el SIDA, plantea la necesidad de utilizar barreras contra la infección, que como es sabido se transmite, entre otras formas, por contacto sexual.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1.VARIABLES

Variable independiente.

- Factores de riesgo: Factores socioeconómicos e culturales.

Variable dependiente.

- Embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad.

5.2.Tipo de estudio:

Cuantitativo: se toma en consideración un grupo etáreo de edades entre 13 a 19 años según lo establecido por la OMS.

Descriptivo: debido a que en base a los datos obtenidos se podrá realizar un análisis de los mismos.

Corte transversal: porque el estudio se realiza entre los meses de abril a junio de 2019.

Analítico: Porque se realiza un análisis de los datos obtenidos tanto de las adolescentes embarazadas como de las encuestas realizadas

Área de estudio: el centro de salud Nareuda y la Localidad del mismo nombre del Municipio de Bolpebra.

Universo: El estudio comprende un total de 64 adolescentes mujeres que corresponden al área de influencia del establecimiento de salud, para la gestión 2019, según datos del SNIS departamental.

Muestra: se tomo como muestra a un total de 30 adolescentes de la comunidad de Nareuda para poder realizar el estudio.

Criterios de inclusión: Se incluyen en el presente estudio las adolescentes entre los 13 y 19 años de edad que participaron de las encuestas.

Criterios de exclusión: se excluyen del presente estudio las menores de 12 años y las mayores de 20 años y las que no quisieron participar de las encuestas

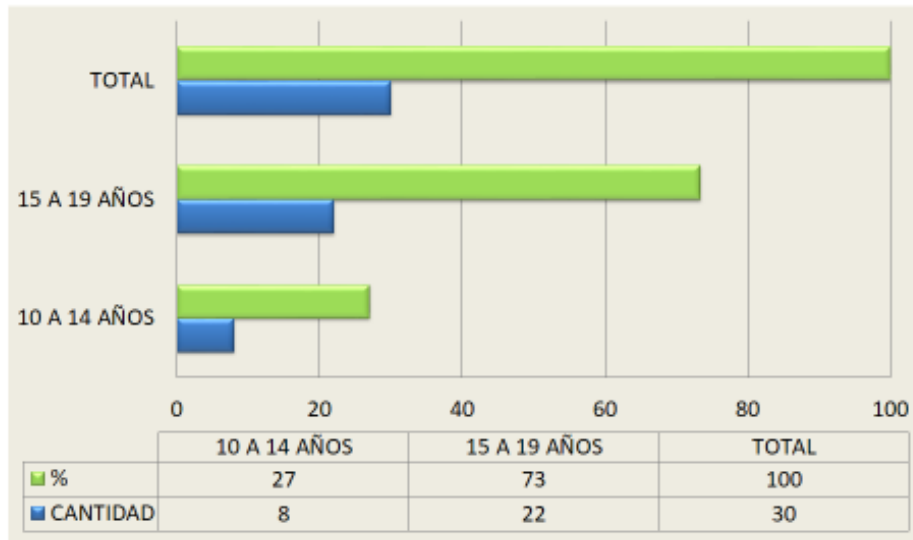
5.3.TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para poder dar respuesta a nuestro objetivo general, se procedió con el diseño de las encuestas en base a parámetros y experiencias de otras regiones de Bolivia donde fueron aplicadas las mismas, ya que considere importante poder reflejar lo que acontece con las adolescentes respecto al conocimiento y la confianza hacia sus padres para abordar estos temas., posterior a ello se procedió a la aplicación de las encuestas en mujeres adolescentes de la comunidad, estén o no embarazadas. Para luego realizar la tabulación de resultados y su posterior análisis.

6. RESULTADOS

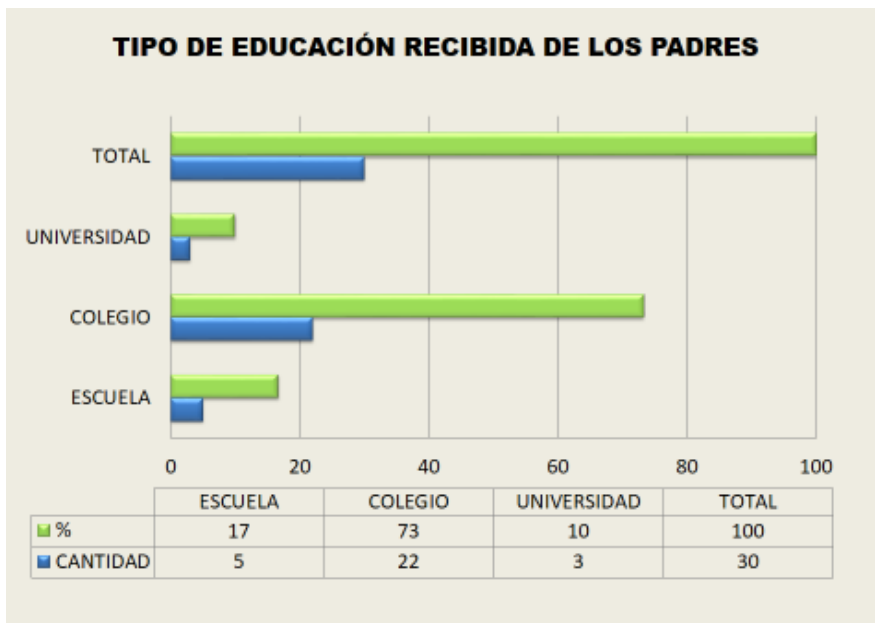
GRAFICO 1 ADOLESCENTES ENCUESTADAS

CANTIDAD ADOLESCENTES ENCUESTADAS SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES



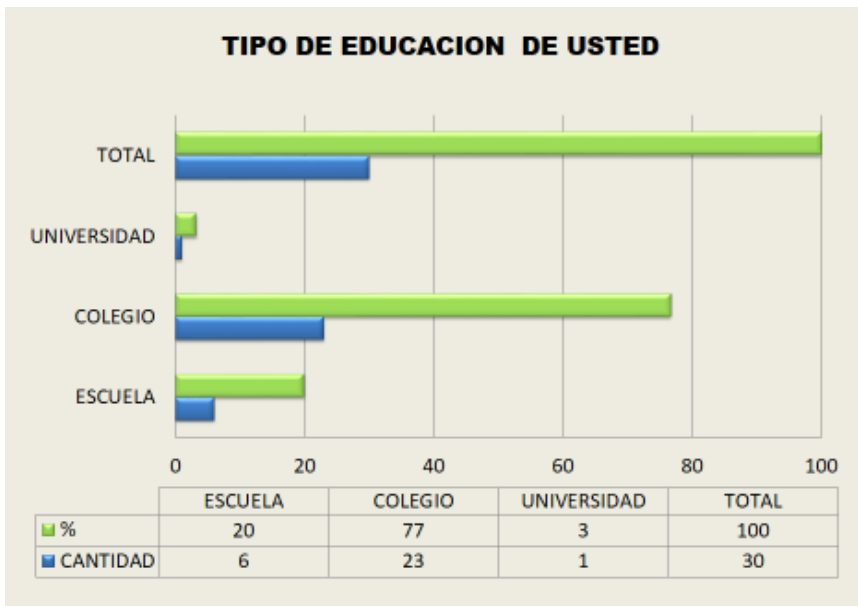
INTERPRETACION: De acuerdo a las encuestas realizadas en la localidad de Nareuda, un 73% de las adolescentes estaban comprendidas entre los 15 a 19 años, y un 27% entre los 10 a 14 años, se tomo este ultimo grupo ya que el inicio de relaciones sexuales es a muy temprana edad, aunque en la norma indica que adolescencia es entre los 13 y 19 años.

GRAFICO 2 EDUCACION RECIBIDA DE LOS PADRES



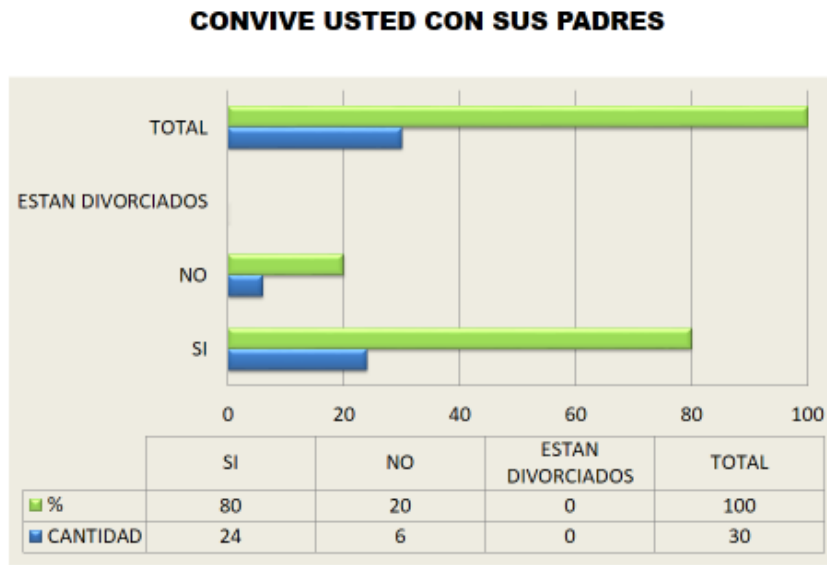
INTERPRETACION: según este gráfico, las adolescentes entrevistadas, indican que sus padres en un 73% cursaron el colegio, un 17 % dice que solo cursaron la primaria, y un 10% apenas hizo estudios universitarios.

GRAFICO 3 EDUCACION RECIBIDA POR LAS ADOLESCENTES



INTERPRETACION: en cuanto a la educación recibida por las entrevistadas, al momento del estudio, un 77% se encontraba cursando o curso el colegio, un 20% se encontraba en escuela y solo 3% realizaba estudios universitarios.

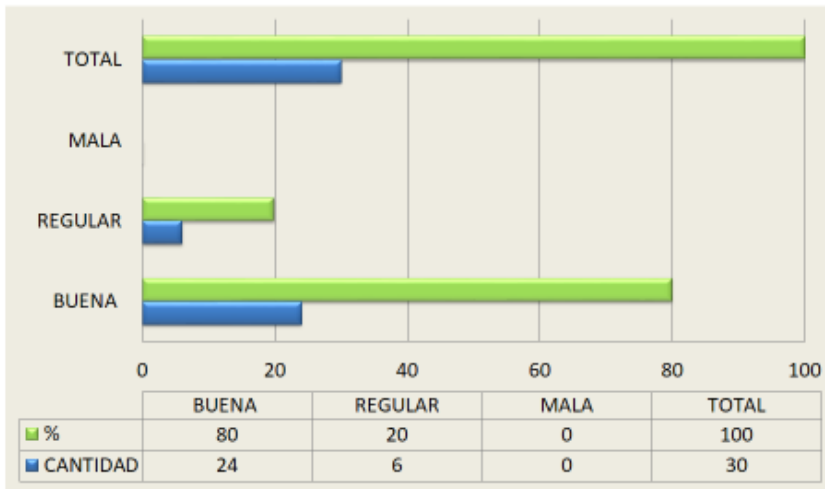
GRAFICO 4 CONVIVE USTED CON SUS PADRES



INTERPRETACION: en cuanto a la convivencia con sus padres, el 80% vive con sus padres, un 20% ya es independiente.

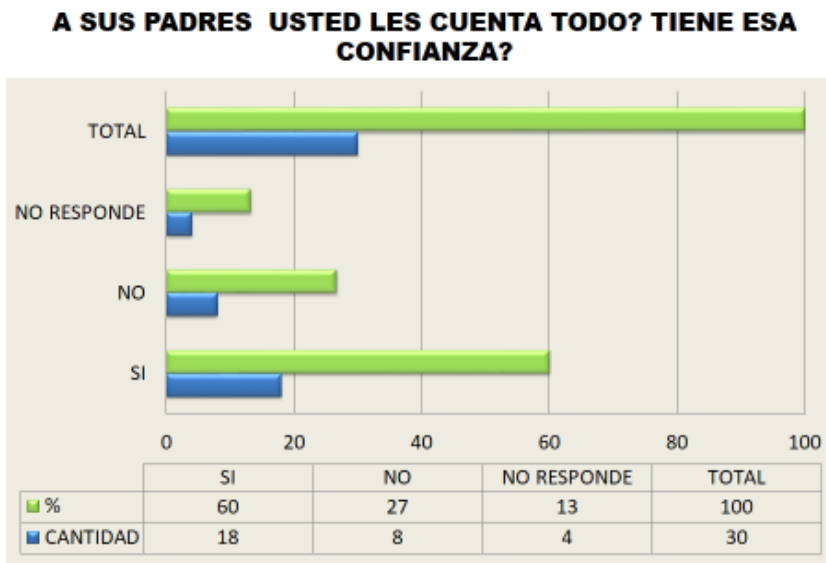
GRAFICO 5 COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES

COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES



INTERPRETACION: en cuanto a esta pregunta, el 80% indica que la relación con sus padres es buena, un 20% dice que es regular y ninguna indica que su relación sea mala.

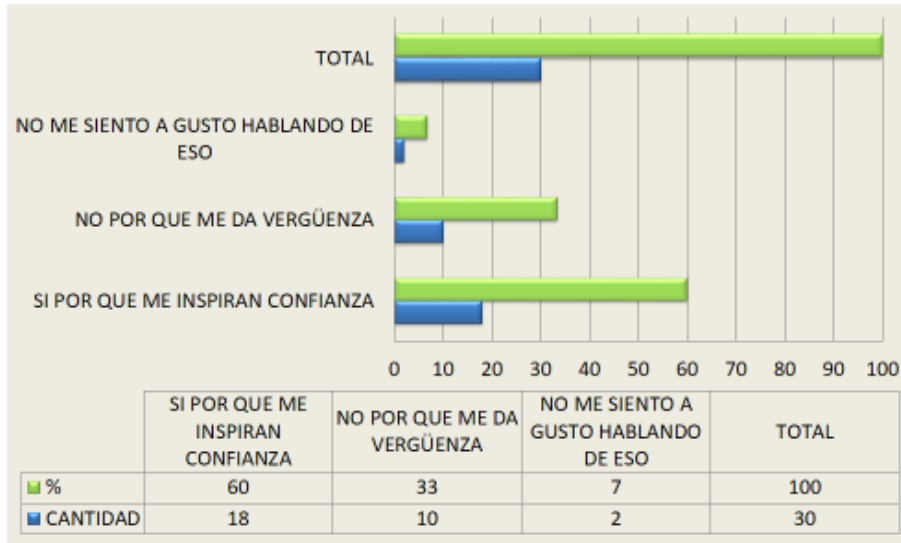
GRAFICO 6 A SUS PADRES USTED LES CUENTA TODO?, TIENE ESA CONFIANZA?



INTERPRETACION: en esta pregunta, un 60% dice que si tiene confianza con sus padres y aparentemente le cuentan todo, un 27% dice que no les tienen confianza, y un 13% no respondió a esta pregunta.

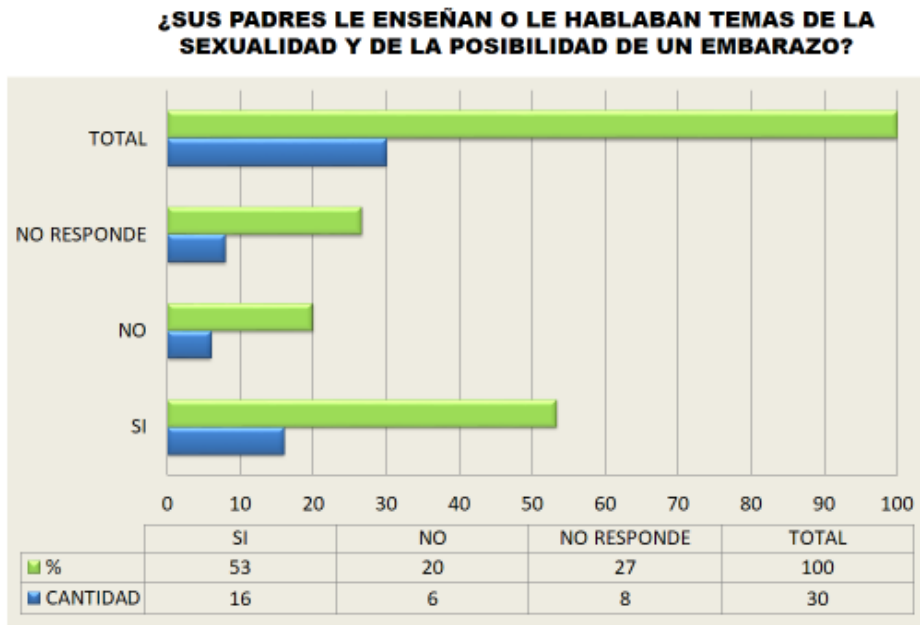
GRAFICO 7 SEGÚN LA RESPUESTA ANTERIOR INDIQUE POR QUE

A SUS PADRES USTED LES CUENTA TODO? TIENE ESA CONFIANZA? POR QUE ?



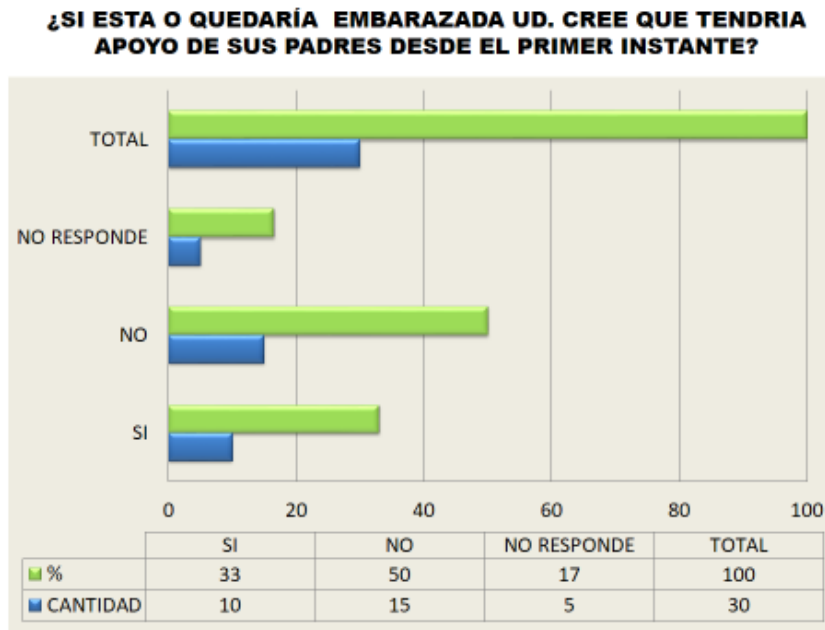
INTERPRETACION: cuando en la misma pregunta, relacionada al grafico 6, las mismas indican en un 60% que les tienen confianza por que les inspiran confianza, un 33% dice que no por que les da vergüenza hablar de estos temas, y 7% indica que no se sienten a gusto hablando de esos temas con sus padres.

GRAFICO 8 SUS PADRES LE ENSEÑAN O HABLAN DE TEMAS DE SEXUALIDAD Y DE LA POSIBILIDAD DE UN EMBARAZO?



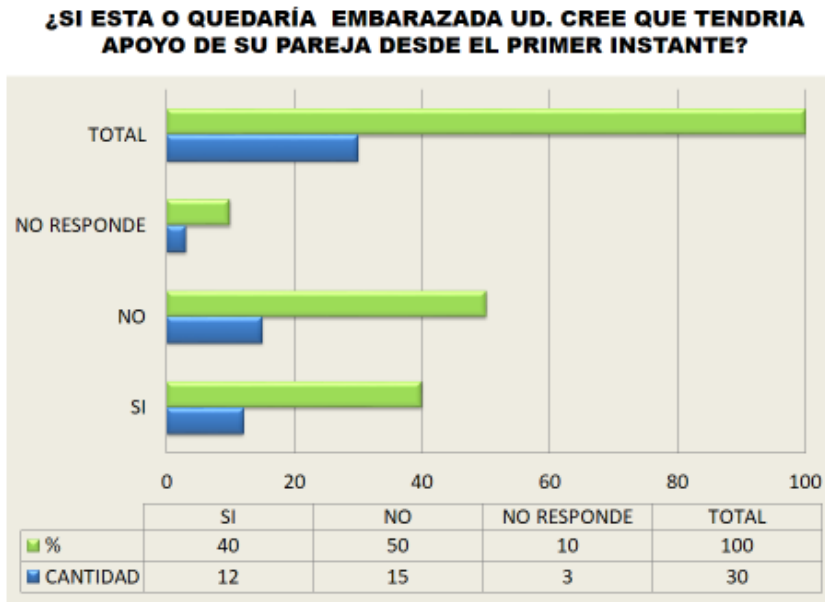
INTERPRETACION: en relación a esta pregunta, el 53% dice que si, sus padres les hablan de sexualidad y del embarazo, un 20% dice que no y un 27% no respondió a esta pregunta.

GRAFICO 9 SI ESTA O QUEDARIA EMBARAZADA, USTED CREE QUE TENDRIA APOYO DE SUS PADRES?



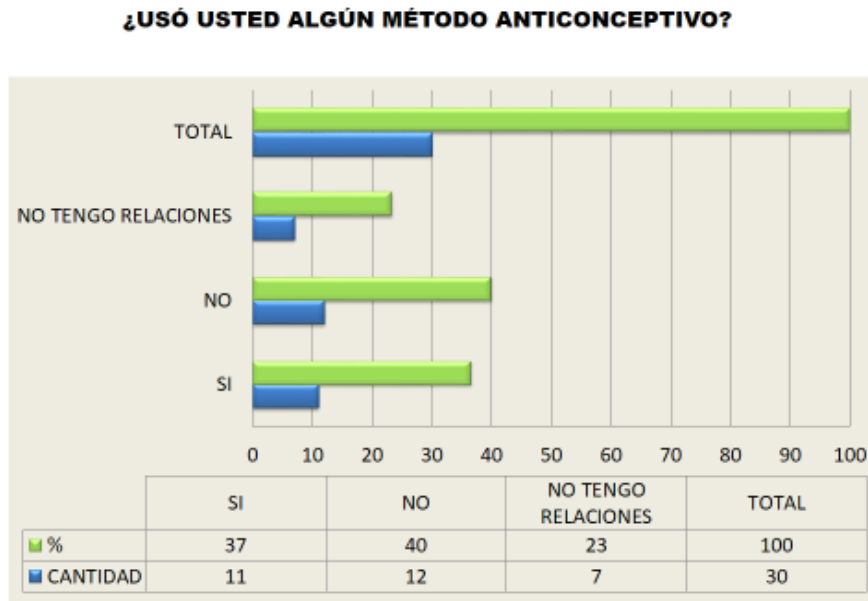
INTERPRETACION: en esta pregunta referida al apoyo de los padres en caso de quedar embarazada, un 33% dice que si tendría su apoyo desde el primer instante, un 50% dice que no, y un 17% no responde.

GRAFICO 10 SI ESTA O QUEDARIA EMBARAZADA CREE USTED QUE TENDRIA APOYO DE SU PAREJA DESDE EL PRIMER INSTANTE?



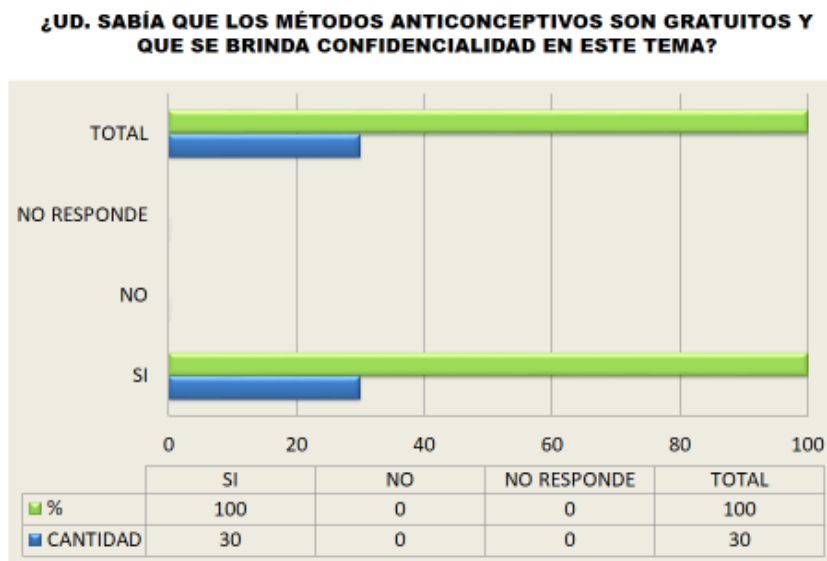
INTERPRETACION: en el caso de esta pregunta que es un tanto similar a la anterior pero referida a la pareja, las mismas indican que en un 40% si tendrían el apoyo de su pareja desde el primer instante, un 50% dice que no y un 10% no responde.

GRAFICO 11 USO USTED ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?



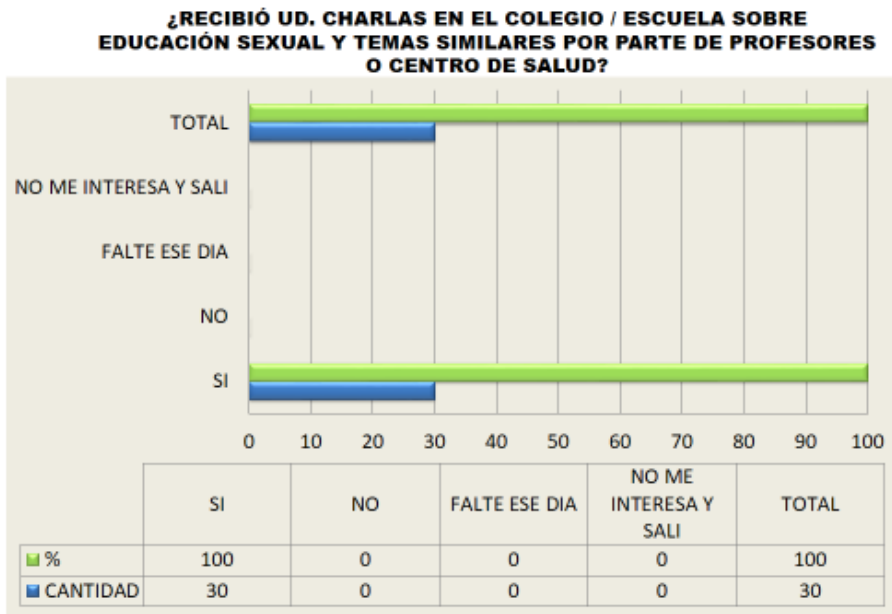
INTERPRETACION: en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, un 37% dice que si los utilizo alguna vez, un 40% dice que no los uso ni los usa, y un 23% todavía no inicio ni tiene relaciones sexuales.

GRAFICO 12 USTED SABIA QUE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON GRATUITOS Y QUE SE BRINDA CONFIDENCIALIDAD EN ESTE TEMA?



INTERPRETACION: en el caso de esta pregunta, el 100% dice que si sabe que los métodos anticonceptivos son gratuitos y que les informaron al respecto.

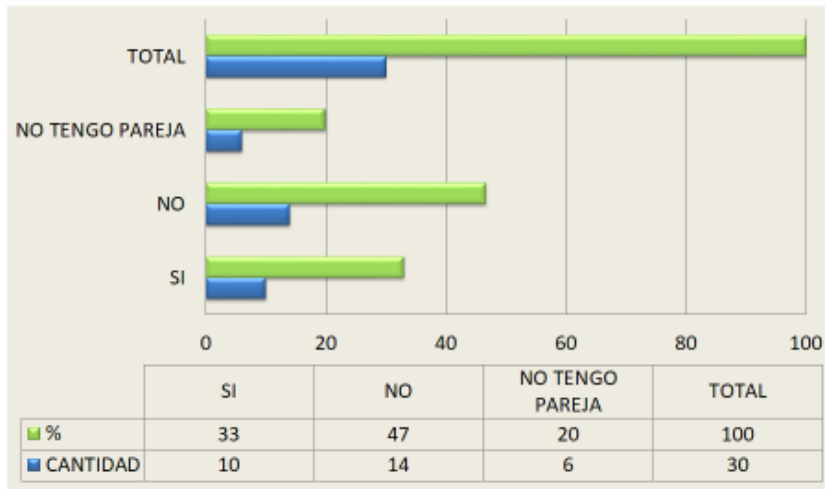
GRAFICO 13 RECIBIO CHARLAS EN EL COLEGIO/ ESCUELA SOBRE EDUCACION SEXUAL



INTERPRETACION: al igual que en la anterior pregunta, en esta el 100% dice que si recibieron charlas sobre educación sexual.

GRAFICO 14 TIENE USTED RELACION ESTABLE DE PAREJA?

¿TIENE USTED RELACIÓN ESTABLE DE PAREJA?



INTERPRETACION: en el caso de la relación estable de pareja, un 33% dice que si tiene estabilidad en su relación, el 40% dice que no, y un 20% dice que no tiene pareja.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, mismos que se reflejan en los graficos correspondientes podemos indicar que:

Las adolescentes de la comunidad de Nareuda del Municipio de Bolpebra conocen sobre el uso de métodos anticonceptivos y han recibido capacitación al respecto, pues así lo manifiestan el 100% de las entrevistadas.

En cuanto a el por que solo se tomaron adolescentes mujeres para este estudio es por que se quería reflejar las condiciones y factores que pueden llegar a influir en el embarazo en adolescentes. Es así que se pudo identificar como un factor el grado de escolaridad de los padres que probablemente al no tener los estudios y formación suficiente, no pueden orientar adecuadamente a sus hijas lo cual sigue siendo un riesgo para el inicio temprano de relaciones sexuales y de embarazos no deseados.

Aunque un 80% indica que vive con sus padres, solo un 60% dice que su relación es buena y que les orientan sobre estos temas, quedando un 40% que no tiene una buena relación y orientación o muchas ya son independientes a temprana edad lo cual también predispone a que puedan quedar embarazadas.

En cuanto a la aceptación por los padres en caso de quedar embarazadas, en su mayoría dicen que probablemente no serían aceptadas en primera instancia ni por sus padres ni por sus parejas, lo cual puede considerarse como un factor de riesgo que puede llevar a la adolescente a tomar decisiones equivocadas respecto a abortos u otras medidas.

7.2.RECOMENDACIONES

Es importante poder lograr que el adolescente adquiera la confianza necesaria para expresar sus problemas, por ello para iniciar la anticoncepción del adolescente se debe preparar el escenario y tener en cuenta varios aspectos: el consentimiento y protección de la confidencialidad, asesoramiento, participación del adolescente, elección de los métodos para prevención de ITS y embarazos.

Se debe incidir en lograr una atención temprana del embarazo de las jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgos, tanto para la madre como para el producto.

Se debe trabajar mucho mas sobre la concientización y la prevención del embarazo en adolescentes.

Crear estrategias para llegar a las y los adolescentes de los establecimientos educativos con mensajes claros de prevención y orientación adecuada sobre los métodos anticonceptivos Seria interesante que internos continúen el estudio de este tema y puedan coadyuvar en brindar charlas educativas y orientación a las adolescentes.

Por los resultados también se puede indicar que el trabajo no solo debe ser con las niñas o mujeres adolescentes, sino también con los padres o las parejas de las mismas, a fin de que exista el entendimiento, la confianza y la orientación necesaria para llevar una vida sexual saludable sin riesgos, y con el uso adecuado y oportuno de métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en adultos jóvenes. Documento de la Serie de Jóvenes N° 1 p. 3-5. Finger B, Lapetina M, Pribila M (eds.). Family Health International. Program YouthNet: 2003.

Cunnintong AJ. What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health care. 2001; 27(1): 36-41.

Ramírez-Daza J.A. Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos. Elementos para comprender la sexualidad “irresponsable”. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Sociología Bogotá, Colombia, 2011.

Instituto Mexicano para la competitividad A.C. Competitividad Internacional 2011 Consejo directivo IMCO México 2011. Disponible en: <http://imco.org.mx/images/pdf/Indice-de-Competitividad-Internacional-2011.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México. 6o Edición. México 2009.

Comelles J.M., Allué X., Bernal M., Fernández-Rufete J., Mascarella M. Compiladores. Migraciones y Salud. Antropología Médica, Publicaciones URV. España 2010.

Secretaria de salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. construyendo alianzas para una mejor salud. 1er Edición. México 2007.

Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2008 Sep; 68(3): 141-143. [Disponible en]: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es.

Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá, 2009.

UNICEF. Programming for safe motherhood. UNICEF Headquarters. Health, programme division 2005.