

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO
UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ENFERMERÍA



MONOGRAFÍA

“CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS (MUJERES) EN LA COMUNIDAD 1RO DE MAYO DURANTE LOS MESES ENERO A MARZO DEL 2024”

AUTOR: Int. ENF: DAVID PARISACA MAMANI

DOCENTE U.A.P: LIC. ERCILIA LLANOS FAJARDO

1RO DE MAYO – PANDO – BOLIVIA

GESTION 2024

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, nuestro creador, que me permitió concluir los proyectos que me he propuesto, y nunca soltó mi mano.

A mi familia y amigos que me acompañaron dándome todo el apoyo necesario.

AGRADECIMIENTO

A nuestro creador Dios que me permitió concluir la carrera y me cuidó durante todo el periodo que estuve lejos de casa y de mi familia.

*A la **UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO** por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.*

*Al equipo de trabajo del Centro de Salud “**Iro de Mayo**” Por la confianza depositada y por todo el apoyo brindado.*

Agradecer también a toda mi familia que me apoyó durante toda la carrera universitaria, sin ellos no hubiese conseguido llegar hasta aquí.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA INVESTIGADO	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	3
1.1.2. Formulación del problema.....	4
1.2. Delimitación del problema	4
1.2.1. Delimitación temática.....	4
1.2.2. Delimitación temporal	5
1.1.1. Delimitación espacial	5
1.1.2. Objeto de estudio	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del Tema	5
1.4.1. Justificación teórica	5
1.4.2. Justificación social.....	6
1.4.3. Justificación Práctica	6
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1. Marco conceptual	8
2.1.1. Anticonceptivos	8
2.1.2. Comunidad.....	8
2.1.3. Factores demográficos.....	8
2.1.4. Sexualidad	8
2.1.5. Adolescencia.....	8
2.2. MARCO TEÓRICO	9
2.2.1. ADOLESCENCIA Y SU ETAPA.....	9
2.2.1.1. La Adolescencia	9
2.2.1.2. Etapas de la adolescencia	9

2.2.2. Método Anticonceptivos en Adolescentes	11
2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	11
2.2.3.1. Métodos Anticonceptivos Temporales	13
2.2.3.2. Métodos de Barrera y Espermicidas	15
2.2.3.3. Métodos Intrauterinos.....	16
2.2.3.4. Métodos Hormonales.....	17
2.2.3.5. Métodos Anticonceptivos Permanentes.....	18
2.2.3. ATENCIÓN INTEGRAL DIFERENCIADA A ADOLESCENTES(AIDA).....	25
CAPÍTULO III	29
MARCO METODOLÓGICO	29
3.1.Operacionalizacion de variables	29
3.1.1.Enfoque Metodológico	30
3.1.2Tipo de investigación.....	30
3.4. Métodos de investigación	30
3.4.1. Métodos logísticos o teóricos	30
3.4.2. Métodos empíricos	31
3.5. Población y muestra.....	31
3.5.1. Población	31
3.5.2. Muestra	32
3.5.3. Tipo de muestreo	32
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	32
3.6.1. Técnicas de investigación.....	32
3.6.2. Instrumentos de investigación	32
3.7. Criterios de inclusión y exclusión	32
CAPITULO IV	33
4.1. RESULTADOS	33
CAPÍTULO V	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
4.1. Conclusiones.....	45
4.2. Recomendaciones	46
BIBLIOGRAFÍA	47

ANEXOS49

 Anexos. Instrumento de recolección de Datos:Encuesta.....49

 Anexos. Fotos51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 .Edad de las Adolescentes encuestadas.	33
Tabla 2 .Grado de instrucción de las Adolescentes encuestadas:.....	34
Tabla 3 . Información de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes encuestadas	35
Tabla 4 . Conocimiento de la edad del embarazo en adolescentes	36
Tabla 5 . Vida sexual activa en los Adolescentes:.....	37
Tabla 6 .Uso de Método Anticonceptivo en Adolescentes.....	38
Tabla 7 .Método anticonceptivo que utiliza la Adolescente encuestada	39
Tabla 8 .Método anticonceptivo que conoce el Adolescente encuestada.....	40
Tabla 9 .Frecuencia de uso del Método Anticonceptivo las Adolescentes encuestadas	41
Tabla 10 .Motivo por el cual usan Método Anticonceptivo las Adolescentes encuestadas	42
Tabla 11 .Charlas Educativas sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos realizadas al Adolescente por el Personal de Salud.....	43
Tabla 12 .Conocimiento de las Adolescentes sobre el Consultorio Atención Integral Diferenciada para el Adolescente(AIDA)	44

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Porcentaje de edad de las Adolescentes encuestadas	33
Gráfica 2. Porcentaje de Grado de instrucción de las Adolescentes encuestadas	34
Gráfica 3. Porcentaje de Información de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes encuestadas	35
Gráfica 4. Porcentaje de conocimiento de la edad del embarazo en adolescente.....	36
Gráfica 5. Porcentaje de Vida sexual activa en los Adolescentes encuestados.....	37
Gráfica 6. Porcentaje de Uso de Método Anticonceptivo en Adolescentes encuestados.....	38
Gráfica 7. Porcentaje de método anticonceptivo que utiliza la Adolescente encuestada	39
Gráfica 8. Porcentaje de método anticonceptivo que conoce el Adolescente encuestada.....	40
Gráfica 9. Porcentaje de frecuencia de uso del método anticonceptivo en Adolescentes encuestadas	41
Gráfica 10. Porcentaje de motivo por el cual usan Método anticonceptivo de las Adolescentes encuestadas	42
Gráfica 11. Porcentaje de Charla Educativa sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos realizadas al Adolescente por el Personal de Salud.....	43
Gráfica 12. Porcentaje de Conocimiento de las Adolescentes sobre el Consultorio Atención Integral Diferenciada para el Adolescente(AIDA).....	44

RESUMEN

En 2019, se calcula que las adolescentes de entre 12 a 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados (OMS, 2022)

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes de la comunidad Iro de Mayo, del municipio de Santa Rosa del Abuna, perteneciente al departamento de Pando durante el periodo de enero a marzo del 2024.

La metodología utilizada en el presente trabajo es un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, se realiza una investigación documental, en cuanto a la comunidad Iro de Mayo del Municipio de Santa Rosa del Abuna, se buscó determinar el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en las adolescentes de la comunidad. El instrumento de recolección de datos sobre anticonceptivos a adolescentes fue una encuesta aplicada a 25 adolescentes de la comunidad Iro de Mayo.

Los resultados obtenidos indicaron que, el 45% de las encuestadas respondieron que el embarazo adolescente se considera cuando se tiene menos de 18 años, 30% respondió correctamente afirmado que el embarazo adolescente se considera en personas menores de 19 años, por último 25% de las encuestadas respondieron que la edad considerada para un embarazo adolescente son 15 años.

Solamente 7 (28%) están en uso actual de un método anticonceptivo siendo este: método Moderno(hormonal) (43%) seguido por el método natural por 29% y por último 28% por método de barrera.

Palabras clave: Métodos Anticonceptivos, adolescentes, conocimiento.

ABSTRACT

In 2019, adolescent girls aged 10-19 in lower-middle-income countries had an estimated 21 million pregnancies per year, of which approximately 50% were unintended. (OMS, 2022)

The present work aims to determine the knowledge and use of contraceptive methods in adolescents from the Iro de May community, in the municipality of Santa Rosa del Abuna, belonging to the department of Pando during the period from January to March 2024.

The methodology used in the present work is a quantitative, descriptive, cross-sectional approach, a documentary investigation is carried out, regarding the Iro de May community of the Municipality of Iero de May, it was sought to determine the knowledge about contraceptive methods and the use of the same in the adolescents of the community. The data collection instrument on adolescent contraceptives was a survey applied to 25 adolescents from the Iro de Mayo community.

The results obtained indicated that 45% of the adolescents of the Iro de May community identify the age of 18 as a marker of adolescent pregnancy, 30% erroneously indicated that 19 years would be the limit. In relation to the use of contraceptives, only 28% of adolescents have an active sexual life, however 43% of the total respondents are already using a contraceptive method, 29% being modern methods and 28% barrier methods

Keywords: adolescent pregnancy, knowledg.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente sucede en todos los rincones del mundo; sin embargo, las niñas pobres, sin educación, de minorías étnicas o de grupos marginados, y de áreas remotas y rurales, tienen tres veces más riesgo de quedar embarazadas que sus pares educados y de las zonas urbanas. En América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad.

El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños (Andres/OMS, 2014)

El embarazo trae a menudo graves problemas de tipo social para la adolescente, en algunos casos la adolescente es obligada a casarse con el padre del niño. Sin embargo, el pronóstico de los matrimonios en estas circunstancias no es muy consolador. Una gran mayoría permanece soltera, lo que produce que tengan que dejar la escuela e interrumpir su educación, reduciendo sus posibilidades de empleo futuro (Martinez, 2013)

Como consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso u otro problema. Con respecto a los riesgos que, desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, pre-eclampsia, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros). El riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención pre-natal pueden influir en cierto grado (PEREZ, 2009)

En los países desarrollados los datos de estos embarazos confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social. La relación entre disfunción familiar y escasa comunicación familiar y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. Además, se ha demostrado que la calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo (ANTONIO, 2011)

La frecuencia de inicio precoz de actividad sexual se correlaciona con el antecedente de embarazo adolescente de la madre, divorcios y nuevos matrimonios de la madre.

El problema de inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y nuestro país a pesar del sistema de salud con que se cuenta, no está exento. Para algunos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes (PEREZ, 2010)

En Bolivia la fecundidad en la población de mujeres está en descenso en general, las últimas versiones de la Encuesta Nacional de Salud y Demografía (2015 y 2017), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) demuestran que la fecundidad en las adolescentes se encuentra en aumento. La misma fuente de información revela que la mayor cantidad de embarazos en la adolescencia se producen en un contexto de pobreza; más del 31% de las adolescentes del quintil más pobre son madres o se encuentran embarazadas, frente a menos del 8% de las adolescentes del quintil superior, lo que además está fuertemente relacionado al grado de instrucción: la proporción de adolescentes que accedieron únicamente al nivel primaria y están embarazadas es 31,9% frente a 4,3% de aquellas que cuentan con un nivel de educación superior (INE, 2017)

CAPÍTULO I

PROBLEMA INVESTIGADO

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Descripción de la situación problemática

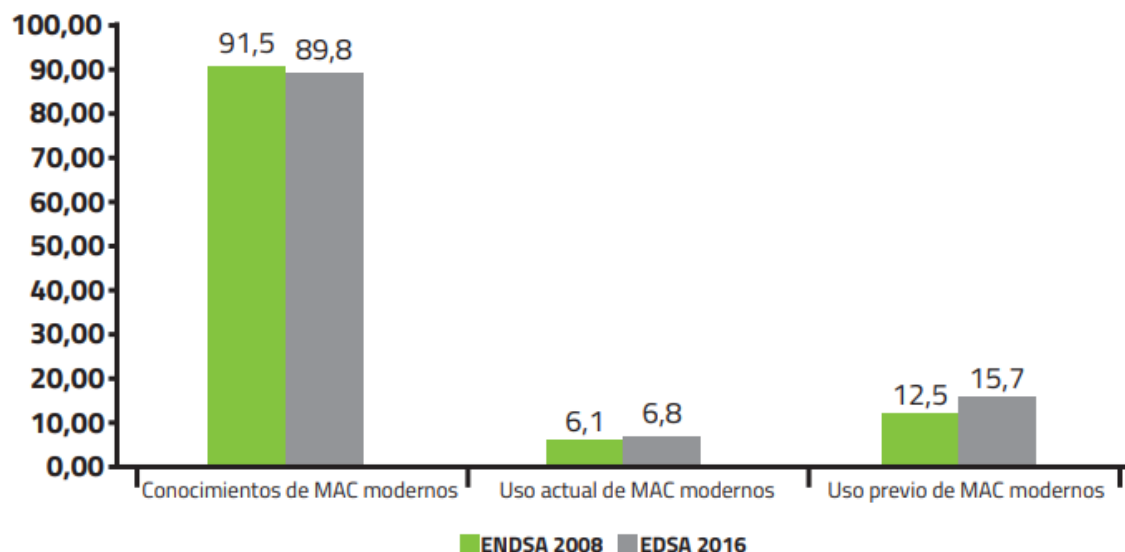
El embarazo en adolescentes es un problema latente en el país; la adolescencia es una etapa de muchos cambios: físicos, emocionales y afectivos que repercuten en las interacciones familiares y sociales. Si una adolescente se embaraza, de alguna manera, frena y paraliza su normal desarrollo y no logra la madurez en todos los factores mencionados.

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 12 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 12 a 19 años, alcanza un número de 670 mil. (UNFPA, 2023)

A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021. Sin embargo, las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo, con la mayor disminución en Asia meridional y disminuciones más lentas en las regiones de América Latina y el Caribe y África subsahariana. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones, África subsahariana y América Latina y el Caribe continúan teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 101 y 53,2 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente, en 2021. (OMS, 2022)

Considerando las elevadas cifras de embarazos de niñas y adolescentes en el departamento de Pando, el Gobierno Autónomo Departamental de Pando priorizó la construcción participativa de un Plan Departamental Multisectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes para ser implementado de 2019 hasta 2025, como un mecanismo articulador, multisectorial y multinivel que promueva y comprometa el esfuerzo colectivo de todas las instancias estatales, no estatales y la población en general. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

Ilustración 1 Bolivia: Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos Modernos (MAC) en mujeres adolescentes de 12 a < 19 años, ENDSA 2008 y EDSA 2016 (en porcentaje)



Fuente: extraído de Departamental Multisectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes en el Departamento de Pando 2019 – 2025

Como parte de nuestra función del área de salud realizamos nuestro papel investigando los resultados de la implementación del mismo, en el presente trabajo analizamos el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos por las adolescentes.

La Gestión 2023 la Tasa de Incidencia de Embarazo en Adolescentes de 12 a 19 años es de 18% en el Municipio de Santa Rosa del Abuna y la proporción de métodos anticonceptivos es de 3% por debajo de la meta departamental y nacional.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál será el conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a 19 años de la comunidad Iro de Mayo durante el periodo de Enero a Marzo de la gestión 2024?

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación temática

Conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de la comunidad Iro de Mayo.

1.2.2. Delimitación temporal

Se toma como referencia para el presente estudio los datos recolectados durante el periodo de Enero a Marzo de la gestión 2024.

1.1.1. Delimitación espacial

El estudio es desarrollado en la Comunidad 1ro de Mayo del municipio de Santa Rosa del Abuna, del departamento de Pando.

1.1.2. Objeto de estudio

Conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a 19 años de la comunidad 1ro de Mayo en el periodo de Enero a Marzo del 2024.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a 19 años mujeres de la comunidad 1ro de Mayo en el periodo de enero a marzo de la gestión 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la información que tienen las adolescentes mujeres encuestadas sobre los métodos anticonceptivos
- Describir los factores demográficos de las adolescentes encuestadas.
- Analizar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes y la fuente de información sobre sexualidad.
- Verificar si el Personal de Salud realiza actividades de prevención y promoción e información de Método Anticonceptivos

1.4. Justificación del Tema

1.4.1. Justificación teórica

Lo ideal en anticoncepción es que cada mujer pueda optar por un método adecuado según su edad, condición de salud, estado de convivencia y deseo de embarazarse a futuro, incluso que recurra al método hasta desaparecer el riesgo de embarazo no deseado o, bien, cuando cambien las circunstancias de su vida y en ese momento elegirá un método diferente. El método seleccionado, utilizado de manera correcta, debe reducir el riesgo de embarazo no deseado a su mínimo. La realidad dista mucho de esa situación.

La dificultad para utilizar los métodos de forma correcta, asociada con deficiente satisfacción de algunas mujeres, posibilidad de efectos adversos y oposición de la pareja, representan razones adicionales para que las mujeres abandonen los métodos anticonceptivos. A menudo, el uso incorrecto de la anticoncepción provoca un embarazo no deseado y, por tanto, el aborto o parto no deseado. Cuando las mujeres dejan de usar un método anticonceptivo no siempre buscan otro, circunstancia que las expone al riesgo de embarazos no deseados. Se estima que poco menos de la mitad de los embarazos (49%) son no deseados y de estos, 48% sucede, incluso, cuando se utiliza algún método anticonceptivo. Llama la atención que el resto ocurre cuando la mujer no estaba utilizando un método anticonceptivo, a pesar de no desear un embarazo. Diversas pacientes abandonan el método y no recurren a otro. (OMS, 2022)

El embarazo adolescente es un fenómeno que se ha estudiado desde diversas disciplinas, como la psicología, la sociología, la antropología y la salud pública. Desde una perspectiva teórica, se considera que el embarazo en adolescentes es un problema social y de salud pública, ya que puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental tanto de la madre como del hijo. Además, se ha demostrado que el embarazo en adolescentes puede ser una barrera para el desarrollo educativo y laboral de las jóvenes, lo que puede perpetuar la pobreza y la desigualdad social.

1.4.2. Justificación social

En la comunidad Iero de Mayo, así como en el resto del Departamento de Pando, la proporción de entrega de métodos anticonceptivos es baja en el Municipio de Santa Rosa del Abuna.

Debemos como estudiantes y personal de salud, exigir que las políticas en salud sean cumplidas, beneficiando a toda la comunidad, debido a que, si no se realiza un seguimiento adecuado, el tiempo avanza y al final del plazo establecido, los resultados no son los esperados. Así como se exige implementar las políticas en salud, debemos requerir que se cumplan, y si no es así, debemos observar los puntos que se deben mejorar y redoblar esfuerzos en ellos.

1.4.3. Justificación Práctica

La importancia de esta investigación, en el ámbito de la Salud, radica en la necesidad de generar acciones que contengan a la población, desde el punto de vista educativo, tanto para la población adolescente como la población adulta.

Por ello el presente trabajo se realiza con el objeto de determinar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a < 19 años en la comunidad de 1ro de Mayo, a fin de poder investigar las sobre los factores de demográficos, uso de métodos anticonceptivos, además identificar la información sobre sexualidad y verificar si el Personal de Salud realiza actividades de prevención y promoción de métodos anticonceptivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Anticonceptivos

“Un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo” (womenshealth, 2022)

2.1.2. Comunidad

“Una comunidad se refiere a un grupo de seres vivos, que pueden ser animales, personas u otras formas de vida, que comparten un espacio en común, así como características, objetivos e intereses” (Pérez, 2021)

2.1.3. Factores demográficos

“Los factores demográficos o datos demográficos son el conjunto de características que definen estadísticamente a una población, o a un grupo dentro de ella, y que se utilizan para el estudio de sus patrones poblacionales y de su conformación colectiva” (Etecé equipo editorial, 2023)

2.1.4. Sexualidad

“La sexualidad es el conjunto de comportamientos y prácticas que expresan el interés sexual de los adolescentes” (RAE, 2022)

2.1.5. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (1990), define a la adolescencia como “la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)” (MINSAP, 1999) Se puede apreciar que ésta es una concepción de adolescencia puramente cronológica.

Siguiendo con esta concepción de adolescencia se puede decir que la misma está dividida en tres etapas, hablan de la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía (Quiroga, 2008).

Estos autores plantean que la adolescencia temprana comienza aproximadamente a los 9 años extendiéndose hasta los 15 años, en esa fase los cambios corporales se hacen notorios, se producen cambios en la conducta, dificultad de relacionamiento entre los sexos, con los padres,

y con el entorno, se producen cambios psicológicos que se pueden visualizar en los juegos y las verbalizaciones, ya que tiene mayor contenido sexual, en esta fase aparecen pérdidas por el cuerpo infantil, lo que posteriormente dará lugar a duelos; hay crecimiento y desarrollo de caracteres sexuales primarios y secundarios, pérdida de identidad y de rol infantil.

AIDA: Atención Integral del Adolescente implementado por el Ministerio de Salud y Deportes.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Adolescencia y su Etapa

2.2.1.1. La Adolescencia

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud.

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

A pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar. Durante esta fase, los adolescentes establecen pautas de comportamiento –por ejemplo, relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual – que pueden proteger su salud y la de otras personas a su alrededor, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro (OMS, 2020)

2.2.1.2. Etapas de la adolescencia

Según la OMS, la **adolescencia** es el periodo que abarca **desde los 10 a los 19 años** y que se inicia con la pubertad.

Los cambios más importantes que se dan durante la adolescencia se dan:

- a nivel físico: pubertad y madurez sexual
- psicológico: desarrollo del pensamiento formal y búsqueda de identidad personal. Aquí puedes encontrar más información sobre los cambios psicológicos en la adolescencia.
- emocional: conflictos emocionales y su resolución consecuencia de los cambios vividos
- social: consolidación del proceso de socialización y desarrollo de nuevas relaciones

La adolescencia se divide en 3 etapas:

1.-Adolescencia temprana: esta primera etapa se inicia a los 10 u 11 años y se prolonga hasta los 13, aproximadamente.

2.-Adolescencia media: esta etapa de la adolescencia incluye de los 14 hasta los 17 años.

3.-Adolescencia tardía: la última etapa de la adolescencia abarca de los 17 a los 19 años, aproximadamente, ya que puede alargarse hasta los 21 años.

Adolescencia temprana

Comprende el primer periodo de la adolescencia y se inicia con la pubertad alrededor de los 10 o 11 años. Esta etapa se caracteriza por ser un inicio de los cambios que acontecerán en varios niveles:

- A nivel físico se inician una gran variedad de cambios hormonales y de crecimiento físico y sexual (talla, masa ósea, tamaño de diferentes órganos y sistemas, ensanchamiento de la pelvis en mujeres y de hombros en varones, desarrollo de la diferenciación sexual, etc.)
- A nivel psicológico, se inicia el desarrollo del pensamiento formal. Por este nuevo modo de procesar su información, el adolescente deja de identificarse con la infancia, pero todavía no es aceptado como adolescente.
- A nivel social, sufre un gran desajuste social como consecuencia de todos los cambios iniciados.
- A nivel emocional, los adolescentes pueden llegar a sufrir muchos conflictos emocionales por la situación que atraviesan en esta etapa. La familia se convierte en un pilar fundamental para acompañar la incertidumbre que conlleva este periodo (Adrián, J., & Rangel, E 2012)

Adolescencia media

Este periodo se inicia alrededor de los 14 años y se caracteriza porque el adolescente empieza a sustituir la relación con sus padres, como modelos de referencia, por la relación con su grupo de referencia. En este periodo se suelen dar los mayores conflictos con la familia, resultado de esa des-identificación junto a la aparición de conductas de riesgo causadas por la influencia de los grupos de iguales. En el siguiente artículo encontrarás soluciones con ejemplos para conflictos familiares.

Los cambios físicos, psicológicos y emocionales no son tan abruptos en esta etapa (Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. 2017)

Adolescencia tardía

Va desde los 17 años hasta los 21 aproximadamente. En esta etapa, el adolescente va recuperando progresivamente el equilibrio a través de la aceptación, asimilación y resolución de los cambios y conflictos vividos. De este modo:

- A nivel físico, los cambios se reducen notablemente y alcanzan la madurez biológica.
- A nivel psicológico: se adquieren nuevas capacidades de procesamiento de la información mediante el desarrollo del pensamiento autónomo y crítico que le permitirá el funcionamiento en su vida adulta. Por otro lado, el adolescente consigue integrar una nueva imagen de sí mismo, de los demás y del mundo.
- A nivel emocional, consigue manejar sus emociones de una manera mucho más efectiva.
- A nivel social, se consolida el proceso de socialización a través del cual el adolescente adquiere nuevos valores, actitudes y roles que guiarán sus pasos en su vida adulta (Lucas, M.L.2008)

2.2.2. Método Anticonceptivos en Adolescentes

Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales. En caso de desear un método anticonceptivo todas las personas tenemos el derecho a decidir que métodos usar. Existen métodos anticonceptivos temporales y métodos anticonceptivos permanentes. Los permanentes hacen que la persona no pueda tener hijos nunca más. Por eso la importancia del previo del consentimiento Informado.

2.2.3. Clasificación de los métodos anticonceptivos.

MÉTODOS TEMPORALES

NATURALES: A su vez se clasifican en:

1.MÉTODO DE LA LACTANCIA - AMENORREA (MELA).

2.MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.

a) Método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus).

b) Método del moco cervical (Billings).

c)Método de la temperatura basal.

d) Método sinto-térmico.

e) Método de los días fijos o días estándar.

MÉTODOS MODERNOS: A su vez se clasifican en:

1. MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS

a) Condón masculino o preservativo.

b) Condón femenino.

c) Espermicidas

d) Anillo Vaginal

e) Diafragma

f) Esponja Vaginal

2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) T DE COBRE.

MÉTODOS HORMONALES.

a) Métodos hormonales orales: anticonceptivos

orales combinados.

b) Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE): Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE).

c) Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina - AMPD.

d) Implantes Subdermicos.

MÉTODOS PERMANENTES

a) Histerectomía.

b) Salpingoplastia Bilateral.

c) Salpingoplastia (Ligadura de trompas).

d) Vasectomía.

2.2.3.1. Métodos Anticonceptivos Temporales

1. Método de Lactancia - Amenorrea (MELA).

El Método MELA se basa en la lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo temporal durante los primeros meses después del parto. Se considera un método natural debido a que explota el efecto supresor que la lactancia materna tiene sobre la ovulación. El índice de Pearl para este método se estima entre 0.2 y 2.7.

Ventajas:

- No requiere el uso de métodos anticonceptivos adicionales.
- Fomenta el vínculo entre madre e hijo a través de la lactancia materna.
- Es económico y no presenta efectos secundarios.

Desventajas:

- Requiere una lactancia materna exclusiva y continua para ser eficaz.
- La vuelta de la menstruación indica el fin de la eficacia del método.
- La falta de un seguimiento adecuado puede conducir a un embarazo no deseado.

2. Métodos de Abstinencia Periódica.

a) Naturales Método del Calendario o Ritmo: Para este método del ritmo, se debe precisar las fechas con el calendario con respecto a los ciclos menstruales anteriores. Este método no tiene en cuenta los cambios normales que ocurren y son comunes en el ciclo menstrual, este método no es tan seguro como el método de la ovulación o el método Sintotérmico y por lo general no es recomendable. Las mujeres que no tienen ninguna variación en la duración de sus ciclos menstruales pueden usar el método del ritmo para saber cuándo están ovulando; 14 días antes de que empiece el período.

b) Método de Temperatura Basal: Este sistema depende de la identificación de un acontecimiento único: refiere al aumento de la temperatura corporal basal (TB.) que se produce debido a la ovulación, pues ésta (salida de un óvulo del ovario), denota la temperatura basal de la mujer puede descender ligeramente, de forma continua, pues esta temperatura corporal que asciende entre cuatro a seis décimas de grados centígrados durante los siguientes dos o tres días; este aumento de la temperatura que comienza uno o dos días después de la ovulación se produce como respuesta a los niveles crecientes de la hormona progesterona.

c) Método del Moco Cervical: O *método Billings* es un sistema de planificación familiar natural, utilizado para determinar la fecha de la ovulación así como para limitar y determinar así el mejor momento para la fertilización, desde luego estos planes o procedimientos llevan el nombre de los médicos que estudiaron y desarrollaron esta técnicas, y de hecho se basan en la observación del moco cervical, una secreción de las glándulas mucosas del cuello del útero que cambia con el curso del ciclo menstrual de la mujer.

d) Método Sintotérmico combina la observación y evaluación de múltiples signos y síntomas del cuerpo femenino, como la temperatura basal, el moco cervical y otros indicadores secundarios. Al integrar diferentes marcadores de fertilidad, este método ofrece una mayor fiabilidad. El índice de Pearl del Método Sintotérmico se sitúa entre 0.4 y 3.0.

Ventajas: • Alta Eficacia: Cuando se utiliza correctamente, el Método Sintotérmico tiene una alta eficacia anticonceptiva, con un índice de Pearl estimado entre 0.4 y 3.0. Esto lo coloca en un nivel de efectividad comparable a los métodos anticonceptivos de barrera y supera la eficacia de otros métodos naturales.

Desventajas: • Requiere una formación adecuada y un seguimiento riguroso. • Puede ser más complejo que otros métodos anticonceptivos naturales. • No protege contra las ITS.

e) Método de Días Fijos: es un método natural de planificación familiar para el control de la natalidad. Funciona con la idea de que abstenerse de tener relaciones sexuales durante sus días fértiles disminuirá significativamente sus posibilidades de quedar embarazada. El Método de Días Fijos se basa en una fórmula que equilibra la necesidad de brindar una protección efectiva contra embarazos no planeados mientras limita el período fértil de una mujer a la menor cantidad de días posible.

Los métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad, como el Método de Días Fijos, pueden ser anticonceptivos efectivos cuando se usan correctamente. La investigación sugiere que el Método de Días Fijos puede satisfacer las necesidades de una variedad de mujeres con diferentes características y circunstancias.

Para usar el método de Días Fijos, las parejas deben abstenerse (o usar condones u otro método anticonceptivo de respaldo) durante los días más fértiles de cada mes.

Para ser más efectivos, las parejas que practican el Método de Días Fijos deben reconocer la importancia de controlar la duración del ciclo y no tener relaciones sexuales cuando es más probable que esté ovulando. De todas las opciones de planificación familiar natural, el Método de Días Fijos requiere la menor cantidad de días de abstinencia o anticoncepción de barrera. Para utilizar con éxito este método, todo lo que tiene que hacer es evitar las relaciones sexuales sin protección desde el día 8 hasta el día 19 de su ciclo (un total de 12 días).

2.2.3.2. Métodos de Barrera y Espermicidas

a) Preservativo masculino o condón: Es oportuno describir este preservativo que se constituye en una funda delgada de látex, que se condiciona con el pene en erección y debe llevarse a su extremo distal en donde hay un pequeño reservorio que sirve de depósito del semen tras la eyaculación y previene su rotura. De esta manera estos elementos contienen un lubricante hidrosoluble; que forman una barrera que impide que el semen, que contiene sus espermatozoides, pase a la vagina, y gaste un nuevo ser, sirve además para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. Al ser retirado después de la eyaculación, el borde del preservativo debe sujetarse a fin de evitar que parte del semen se escape sobre la vulva y entre a la vagina. Para cada relación sexual se debe colocar un nuevo condón.

b) Preservativo femenino: En sentido contrario el preservativo de la mujer aporta un grado de autonomía mayor que el preservativo masculino, ya que es una funda transparente de nitrilo, con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer (labios mayores y menores, clítoris). La utilización del preservativo femenino no es difícil, pero requiere cierta práctica, la cual podrá adquirir rápidamente.

c) Espermicidas: En cuanto a este elemento se trata de una sustancia química que contiene en su mayoría Nonoxinol-9 que altera la movilidad de los espermatozoides, o bien, los elimina, pues se utiliza para potenciar el efecto de métodos anticonceptivos de barrera. La presentación de estos productos es en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan antes

de la relación sexual de forma uniforme por toda la pared vaginal ya sea con los dedos o con un aplicador especial. En caso tal puede presentarse en forma de supositorios o tabletas que deben colocar 10 minutos antes del acto. Si pasa más de una hora entre coitos debe colocar otra dosis. Lo correcto es hacerlo antes de cada relación sexual donde haya penetración.

d) Anillo vaginal: En relación con los métodos anticonceptivos se presenta este en forma de anillo; que es elaborado en un plástico especial, transparente y flexible; con el cual la mujer se pone o introduce dentro de la vagina una vez al mes y lo deja durante tres semanas para prevenir embarazos. Este producto contiene hormonas anticonceptivas (progestágeno, estrógeno) que permite la liberación diariamente y su mecanismo de acción es similar al de las píldoras, que impiden la ovulación y modifican el cérvix de la mujer para hacerlo impenetrable por los espermatozoides

e) Diafragma: La descripción de este dispositivo semiesférico hace parte de una goma que se coloca en la vagina cubriendo el cuello uterino. Generalmente es usado con espermicidas (una crema o gel espermicida), asegurándose de que la crema o gel contengan nonoxinol-9.

f) Esponja Vaginal: En cuanto a otro sistema anticonceptivo está la esponja sintética hecha a base de poliuretano y que contienen espermicida, ésta tiene 2 caras; una cara es cóncava y se fija en el cuello del útero evitando el paso de los espermatozoides, disminuyendo la posibilidad de que la esponja se mueva y el otro lado tiene un condón en forma de asa para removerla.

2.2.3.3. Métodos Intrauterinos

a) Dispositivo Intrauterino o T de Cobre: Es significativo que un pequeño aparato de plástico y metal (de cobre, de plata o de oro), que mide aproximadamente 4 cm de largo muy flexible controle la concepción de un ser, colocándose al interior del útero de la mujer; es el médico ginecólogo el que tiene que hacer la inserción del DIU preferentemente cuando la mujer está con el periodo menstrual, que cuando el cuello del útero está más abierto; el hilo que tiene uno de los extremos del dispositivo es crucial para luego retirarlo tirando de él, tanto ponerlo como quitarlo es un proceso que realiza el médico tratante, de igual forma para retirarlo la mujer debe estar también con la menstruación. En este momento para esta clasificación de dispositivos hay una nueva generación de DIU, conocido como DIU Mirena, mantiene la base en forma de T que contiene una hormona llamada levonorgestrel, ésta es liberada dentro del útero de una forma

constante para evitar un posible embarazo, su tamaño no es más largo que el de un cerillo. La función del DIU es provocar cambios en el endometrio, bloquear la respiración de los espermatozoides, cambiar el movimiento de las trompas uterinas y provocar una reacción inflamatoria incrementando los glóbulos blancos a nivel del endometrio.

2.2.3.4. Métodos Hormonales

a) *Anticonceptivos Hormonales Orales:* Acerca de estos tratamientos el estrógeno y a su vez la progestina son dos hormonas sexuales femeninas que al combinarse evitan la ovulación, modificando el recubrimiento del útero para prevenir el desarrollo de un embarazo y que la mucosa del cuello uterino evite a toda costa el ingreso de espermatozoides. Estos anticonceptivos orales son un método muy efectivo, pero no previene las infecciones de transmisión sexual y se convierten en métodos un tanto de riesgo con relación a la manera fácil de adquirir estas enfermedades. Estas pastillas orales vienen en paquetes de 21, 28 o 91 tabletas que deben administrarse por vía oral una vez al día, todos los días o casi todos los días de un ciclo regular, se deben tomar a la misma hora todos los días. Si tiene un paquete de 21 tabletas, se toma una tableta todos los días durante 21 días y luego, no tomar ninguna durante 7 días. Luego se comienza un nuevo paquete.

b) *Anticonceptivos de emergencia:* En cuanto a éstos se constituyen en una forma de evitar el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección. Por ende, los anticonceptivos de emergencia (ECP, por sus siglas en inglés), se denominan como los de la “píldora del día después”, tabletas de hormonas que pueden tomarse dentro de las 72 horas posteriores a haber mantenido una relación sexual sin protección, estos anticonceptivos son más efectivos si se los toma cuanto antes después de la relación sexual; claro que algunos estudios han demostrado que incluso pueden funcionar hasta dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual. De hecho, la ingesta de dosis altas, las hormonas estrógeno y progesterona pueden evitar el embarazo, deben tomarse depende de la clase de píldora utilizada, de todas formas, la primera dosis de las píldoras debe tomarse dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección, seguida de una segunda dosis 12 horas después.

c) *Anticonceptivos Hormonales Inyectables:* En realidad estos productos comerciales de depósito se liberan lentamente desde el sitio de inyección, donde los progestágenos que pueden

estar solos (AISP) o los estrógenos y progestágenos pueden estar combinados en una misma inyección (AIC). De igual modo contienen la hormona progesterona y no contienen estrógeno se aplican cada tres meses, por ello los que contienen estrógeno y progestina combinadas se administran cada mes. Después de que una mujer deja de inyectarse los progestágenos que pueden estar solos (AISP) el retorno a la fertilidad ocurre 1 o 2 meses después de la última aplicación. Si los estrógenos y progestágenos están combinados en una misma inyección (AIC), la fertilidad regresa en unos 10-12 meses.

d) Anticonceptivos Hormonales Subdérmicos: Por su parte el método del implante subdérmico anticonceptivo a base de hormonas es de larga duración, es relativamente nuevo y altamente efectivo que se emplea cuando no se busca un embarazo por un periodo prolongado. Esto es, pues que consta de varillas pequeñas y delgadas que contienen en su interior la hormona que se libera al torrente sanguíneo. Es conveniente que este implante “Subdérmico” se deba colocar en una región específica debajo de la piel, sin llegar al músculo, como en el caso de las inyecciones con aguja de insulina. De ahí que este implante empiece a hacer efecto 8 horas después de que se ha colocado y dura alrededor de tres a cinco años, dependiendo del tipo de implante. Es recomendable utilizar un segundo método anticonceptivo durante los primeros 7 días y no dejar pasar más de tres años para hacer un cambio de implantes si se desea continuar con el tratamiento ya que existe riesgo de embarazo en ese intervalo.

2.2.3.5. Métodos Anticonceptivos Permanentes

a) Histerectomía: En efecto tomando estos modelos anticonceptivos y hacerlos más radicales se presenta la histerectomía que consiste en la extirpación del útero de la mujer de forma permanente, puede considerarse que la práctica de una histerectomía suele ser a causa de alguna patología.

b) Salpingoplastia bilateral u Oclusión Tubaria Bilateral (O T B): Por otra parte, este es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos, realizándole una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; pueden emplear diferentes tipos de anestesia dependiendo de las características físicas de la mujer.

c) Ligadura de trompas: En definitiva, también puede presentarse la ligadura de trompas como un sistema más concreto anticonceptivo, ya que es una cirugía mínimamente invasiva, ambulatoria y de fácil recuperación que dura alrededor de 10 minutos y consiste en cauterizar las trompas de Falopio para impedir el paso del óvulo al útero evitando así el embarazo.

d) Vasectomía: Es oportuno hacer mención al método anticonceptivo para el hombre y en general es irreversible. A partir de la ligadura de los conductos deferentes que impiden el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal, este semen ya no contiene y no produce embarazos, tarda tres meses en actuar, por lo cual debe utilizarse otro método anticonceptivo durante los 3 meses posteriores a la vasectomía.

La perspectiva de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos

Según el Plan Plurinacional de Prevención de Embarazo Adolescente 2015-2020 (Ministerio de Justicia, 2015), los derechos humanos, sexuales y reproductivos son:

Derechos humanos

Los derechos humanos son entendidos como los derechos elementales de respeto a la libertad y dignidad de todas las personas, es decir, son derechos reconocidos independientemente de la raza, el color de la piel, el sexo, orientación sexual, idioma, religión, opción política, condición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Cada ser humano tiene derechos inalienables a la vida, a la integridad física y emocional, a la libertad, a la seguridad, a su personalidad jurídica, de ahí la famosa máxima de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “todas las personas son iguales ante la Ley”. (Ministerio de Justicia, 2015)

Derechos sexuales

- Derecho a la integridad corporal y a la autonomía en el control del cuerpo.
- Derecho al más alto nivel de salud sexual.
- Derecho a la confidencialidad en el tratamiento de la sexualidad.
- Derecho a la educación sexual integral para la vida afectiva y sexual desde la niñez.
- Derecho a acceder a la orientación y consejería profesional, a la prevención y tratamiento de ITS – VIH/SIDA, hepatitis B y C, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y disfunción sexual.

- Derecho a tomar decisiones sobre su sexualidad, libres de todo tipo de presión, violencia o discriminación.

Derechos reproductivos

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espacio temporal entre los nacimientos.
- A la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos, de la más amplia gama de alternativas, seguros y efectivos, de calidad y costo accesible.
- A recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto puerperio y lactancia, incluyendo la atención de las emergencias y las complicaciones del aborto.
- A recibir asistencia en la interrupción del embarazo, en los casos regulados por Ley.
- A no ser discriminadas y ser protegidas en el trabajo o estudio por razón de embarazo o maternidad.
- A acceder a la orientación y consejería, prevención y tratamiento de problemas de infertilidad.

Marco normativo Internacional

Sistema universal

Bolivia es signatario de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos en Conferencias y Convenciones Internacionales, los cuales hacen parte del bloque de constitucionalidad, entre las que podemos destacar: (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

- **Convención sobre los Derechos del Niño y sus protocolos facultativos** (Ley N° 1152 de 14 de mayo de 1990): Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, es un documento donde se perfilan las normas universales relativas a la atención, el tratamiento y la protección de todas las personas menores de 18 años de edad. Es el tratado sobre derechos humanos más ampliamente reconocido de la historia, ratificado actualmente por 193 Estados partes a través del cual se enfatiza que las y los niños son sujetos de derechos y tienen los mismos derechos que personas adultas, resaltándose aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humanos que, por no

haber alcanzado el pleno desarrollo físico y mental, requieren de protección especial. Determina cuatro tipos de derechos: a la supervivencia, desarrollo, participación y protección integral; determina la necesidad de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. El principio del interés superior del niño y la niña se normativizó por primera vez en el artículo 3 de esta Convención que establece: En todas las medidas concernientes a los niños (as) que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño (as)” lo anterior “se traduce en la garantía que tienen los niños y las niñas de gozar de una protección especial e integral que los reconozca efectivamente como sujetos de derechos; e impone a los Estados partes la obligación de prevenir la amenaza o vulneración de los derechos de los cuales son titulares los niños y las niñas. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

- **Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).** (Ley N° 1100 de 15 de septiembre de 1989): probada el año de 1979. La CEDAW está considerada como el documento jurídico internacional más importante en la historia de la lucha sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres y reconoce expresamente que la discriminación de la mujer es una forma de violencia. Establece que los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fueren necesarios, y asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)
- **Programa de acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (CIPD),** realizada en El Cairo en 1994: Celebrada el año de 1994. Su Programa de Acción fue aprobado por 179 gobiernos entre los que se encuentra Bolivia y definió el término “derechos reproductivos” de la siguiente manera: “Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir

discriminación, coacción, ni violencia”. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

- **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, realizada en Beijing en 1995: Incluye a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se establece que: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coerción, discriminación ni violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

Sistema regional

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (Ley No. 1430 de 11 de febrero de 1993): Adoptada en San José de Costa Rica el año de 1969. Constituye el eje principal del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos, al consagrar derechos como la vida, la integridad y libertad personal, la igualdad ante la ley, la protección judicial, la propiedad privada, el derecho de reunión, circulación y residencia, derechos políticos, derechos de la niñez, principio de legalidad y de no retroactividad, libertad de asociación, la libertad de conciencia y de religión, libertad de pensamiento y de expresión, a la honra y dignidad, a no ser sometida a esclavitud y servidumbre, entre otros. Asimismo, establece las obligaciones de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de “respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción”. Identifica los derechos económicos, sociales, culturales y políticos; determina que la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)
- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**, conocida como Convención de Belém do Pará. (Ley No. 1599 de 18 de agosto de 1994): La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia

contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará (sitio de su adopción en 1994), define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

- **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013:** Celebrada el año 2013, incluye más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994. Entre los principales 8 temas prioritarios, resaltamos el acuerdo de invertir más en juventud, especialmente en educación pública, así como implementar programas de salud sexual y reproductiva integrales y dar prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, entre otras. Asimismo, se planteó el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que significa contemplar la promoción de políticas que aseguren que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y tomar decisiones al respecto de manera libre y responsable, con respeto a su orientación sexual, sin coerción, discriminación ni violencia. De igual forma, los países se comprometen a revisar las legislaciones, normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud reproductiva, y garantizar su acceso universal. Acordaron también, asegurar la existencia de servicios seguros y de calidad de aborto para las mujeres que cursan embarazos no deseados en los casos en que el aborto es legal, e instar a los Estados a avanzar en la modificación de leyes y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)
- **Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes:** (Ley No. 3845 de 2 de mayo de 2008): La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes consta de 44 artículos y es el único tratado internacional centrado específicamente en derechos Civiles y Políticos (Derecho a la Vida, a la Objeción de Conciencia, a la Justicia, Libertad de Pensamiento y

Religión, Libertad de Expresión, Reunión y Asociación, entre otros); y Económicos Sociales y Culturales (Derecho a la Educación, a la Educación Sexual, a la Cultura y el Arte, al Trabajo, a la Vivienda, entre otros) de las personas jóvenes. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019)

- **La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible:** Es un plan de acción que nace del compromiso de los Estados miembro de las Naciones Unidas, cuyo objetivo principal es velar por la protección de las personas, el planeta y la prosperidad. En el año 2000, los países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. Al terminar el periodo de cumplimiento de esos ODM, el 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de la ONU estableció un nuevo acuerdo mundial para el desarrollo. Tal día se produjo un acontecimiento histórico, los 193 Estados miembros de todo el mundo se comprometieron a adoptar la Agenda 2030, un programa impulsado por la ONU que forma parte del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y que aborda 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que a su vez se disgregan en 169 metas a alcanzar. La Agenda 2030 es un llamamiento a la acción global durante los siguientes 15 años. Los países que forman las Naciones Unidas se comprometen a movilizar los medios necesarios para la implementación de los Objetivos, mediante alianzas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables, sin dejar a nadie atrás. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019).

Consecuencias de NO usar Métodos Anticonceptivos en adolescentes

Embarazo NO deseado

La consecuencia más grave del embarazo en adolescentes es la mortalidad materno infantil por complicaciones durante el embarazo; sin embargo, los problemas físicos materno infantiles más importantes son: malnutrición materno infantil, retardo del crecimiento intrauterino, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia y eclampsia), nacimientos por fórceps, partos pretérminos, ruptura prematura de membranas y bajo score de Apgar al nacer. Por su importancia se desarrollará la mortalidad materno infantil inicialmente y luego los otros problemas físicos de salud materno infantil. (Gobierno Autónomo Departamental de Pando , 2019).

La baja demanda de métodos anticonceptivos modernos por parte de la/os adolescentes, se relaciona con: (i) el miedo/vergüenza de la/os adolescentes para comprarlos o para demandarlos en los establecimientos de salud, (ii) las sanciones sociales y/o físicas a las que las mujeres adolescentes se ven expuestas si sus padres o su familia se enteran que usan, tienen o han ido a un establecimiento de salud a demandar un método anticonceptivo moderno, (iii) la resistencia de muchos profesionales del sector salud que toman decisiones contrarias a la normativa (generalmente influenciados por el adulto centrismo y el machismo) obstaculizando la orientación y acceso a métodos anticonceptivos de los/as adolescentes, (iv) no todos los establecimientos de salud cuentan con los insumos necesarios todo el tiempo. (v) la orientación a adolescentes, en muchos casos, es realizada desde un enfoque biologicista, (vi) el insuficiente manejo de la atención integral diferenciada a adolescentes que impide la comunicación con este grupo etario, (vii) no se mencionó en ningún caso el costo o el tiempo que toma llegar a un establecimiento de salud para obtener un método anticonceptivo, es más, muchas/as adolescentes del grupo focal afirmaron que no se debería regalar condones.

2.2.3. Atención Integral Diferenciada a Adolescentes (AIDA)

El servicio de salud para adolescentes y jóvenes debe constituirse como una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de los servicios de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población, (entre los 10 y 19 años, en el caso de servicios para adolescentes y 20 a 25 años para la población joven) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva (preventivo – promocional).

Este tipo de servicios debe partir de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva y promover alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. Es importante ofrecer otros servicios que los adolescentes y jóvenes requieren para lograr mantenerlos como usuarios/as continuos/as, como ser una red de referencia y contrarreferencia funcionando con servicios integrales y promoviendo un enfoque de trabajo interinstitucional e intersectorial.

Principios de la Atención Integral y Diferenciada:

- **Universalidad.** Garantizar a la población adolescente el acceso a servicios de salud, según sus necesidades específicas, independientemente de su condición económica, social y cultural.

- **Integralidad.** Implica el derecho de los y las adolescentes a ser respetados como personas y ser atendidos integralmente en su salud y desarrollo (Ley de Juventudes. Artículo N°37 Salud); es decir, en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, económica e íntimamente relacionadas con el ambiente y su entorno. El concepto de salud integral debe incorporar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, utilizando como eje el crecimiento y desarrollo y la sexualidad como parte indispensable de su vida e identidad.

- **Confidencialidad.** La atención a los y las adolescentes debe respetar su derecho a la privacidad y confidencialidad como garantía de calidad de la atención. - Participación social de los y las adolescentes y jóvenes. Los y las adolescentes y jóvenes deben ser sujeto y objeto de las acciones de salud, abriendo espacios para su incorporación activa y protagónica en los procesos de planificación, ejecución y evaluación, y reconociéndoles su capacidad de participar en la toma de decisiones. (Ley de Juventudes. Art. 26, Participación Política).

- **Interdisciplinariedad.** Los y las integrantes de diversas disciplinas interactúan, cambiando el foco de atención centrado en la disciplina misma, para visualizar a los y las adolescentes y jóvenes de manera integral sin límites disciplinarios.

- **Intersectorialidad.** El abordaje de adolescentes y jóvenes debe acompañarse de acciones coordinadas y coherentes con otros sectores e instituciones vinculados a la salud y el desarrollo de la población juvenil; incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la sociedad civil, de base comunitaria y grupos de jóvenes. - Calidad. Se reconoce a las y los adolescentes como sujetos que merecen recibir una atención oportuna con personal capacitado, con tecnología apropiada y con los insumos necesarios para la promoción, protección y recuperación de su salud.

Estándares de la Atención Integral y Diferenciada:

Este Modelo de salud para adolescentes está enmarcado en las políticas del Estado Plurinacional de Bolivia, constituido por 5 (cinco) estándares¹⁷, que permiten una atención integral basada en el fortalecimiento de habilidades personales, familiares y comunitarias:

- **Personal sensibilizado y capacitado en AIDAJ.** El personal de salud debe priorizar la visión y la atención de las personas antes que, a los procedimientos, en la misma se articulan emociones, pensamientos y conductas, antes que signos y síntomas, haciendo del espacio de salud un espacio que estimule las habilidades cognitivas, sociales y de manejo afectivo. Es en este espacio donde se brinda información, orientación y se interactúa con los y las adolescentes y jóvenes. Las entidades prestadoras de servicios de salud, son garantes del derecho a la salud de la población que acude y solicita el servicio; en esta medida todas las personas involucradas en la entrega de servicios, deberán poseer o desarrollar ciertas competencias para actuar como garantes de ese derecho. Si a esto se agrega que: en el campo de la SS y SR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la entrega de servicios de SS y SR principalmente, así como la atención de otras demandas, deben tener características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades, de éstos grupos etarios.

- **Sistemas de registros:** Los servicios de AIDAJ deben contar con un “sistema de registros”, que documente la atención en servicios: N° consultas nuevas y repetidas, N° de consultas en SS y SR, consultas de orientación y de registro y seguimiento de usuarias/os que sufren violencia, enfermedades crónicas, hábitos no saludables, mala alimentación, salud oral, salud mental y capacidades diferentes. Así como las actividades realizadas dentro del servicio y fuera de él, en la comunidad, y las actividades realizadas por los/las adolescentes.

- **Actividades preventivo promocionales.** En el servicio de salud, el personal debe realizar actividades educativas para las/os usuarias/os del servicio, en la sala de espera o en el consultorio, la temática que se trata esta referida a enfermedades prevalentes, autocuidado, proyecto de vida, etc. Así mismo el servicio debe realizar acciones de extensión comunitaria, en colegios aledaños o espacios de concentración de adolescentes y jóvenes como clubs o grupos

barriales, estas actividades también se deben efectuar con líderes adolescentes, para generar acciones preventivas entre pares.

- **Redes Sociales.** Las redes sociales son el componente operativo de la SAFCI 19, que se construye a partir de las organizaciones sociales, gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de coadyuvar en la mejora de la salud integral juvenil, la familia y la comunidad, a través de acciones preventiva – promocionales, involucrando a los líderes adolescentes y jóvenes en estas instancias.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.Operacionalizacion de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítem
Factores demográficos	Características de una población que se usan para describir su composición.	Edad	12 a 19 años	“edad” en cuestionario
		Grado de instrucción	Ninguna, Primaria, secundaria, estudios superiores	“grado de instrucción” en cuestionario
Uso de anticonceptivos	Cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo	Vida sexual activa	SI/NO	Pregunta 2
		Uso actual de métodos anticonceptivos	SI/NO	Pregunta 3
		Método anticonceptivo en uso	Moderno, barrera, natural	Pregunta 4
Información sobre sexualidad	Conjunto de comportamientos y prácticas que expresan el interés sexual de los individuos	Información sobre edad embarazo adolescente	Hasta que edad considera embarazo adolescente	Pregunta 1
		Fuente de información sobre sexualidad	Información sobre anticoncepción en el centro de salud	Pregunta 5
			Charlas sobre educación integral de la sexualidad en la escuela	Pregunta 6

3.1.1. Enfoque Metodológico

“Un estudio cuantitativo se refiere a un tipo de investigación que busca obtener datos numéricos y estadísticos con el fin de describir, analizar y explicar fenómenos, establecer relaciones entre variables y formular generalizaciones” (Hernández-Sampieri, 2010)

En la presente investigación se utilizó el enfoque **cuantitativo** para la recolección de datos y comparación de porcentajes en el índice de cumplimiento, además en la encuesta durante la recolección de datos, para así obtener un resultado en porcentaje.

3.1.2 Tipo de investigación

Descriptivo: tipo de investigación que tiene como objetivo principal describir y caracterizar de manera precisa y sistemática una situación, fenómeno o grupo de interés. El propósito es presentar información detallada sobre las características, comportamientos, distribuciones y relaciones de las variables sin intervenir en su manipulación o control. (Hernández-Sampieri, 2010)

Se describió las características demográficas de las encuestadas, así como su uso de anticonceptivos, además de la fuente de información sobre anticoncepción que recibieron.

Corte transversal: se caracteriza por recolectar datos en un solo momento o periodo de tiempo. Este enfoque se utiliza para examinar y describir una muestra de participantes o una población en un momento específico, sin seguimiento a lo largo del tiempo. (Hernández-Sampieri, 2010)

El estudio se realizó entre los meses enero a marzo de la gestión 2024 en la comunidad 1ero de Mayo del Municipio de Santa Rosa del Abuna.

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Métodos logísticos o teóricos

Investigación documental: se basa en la revisión y análisis de documentos existentes como libros, artículos científicos, informes, archivos históricos, entre otros. (Hernández-Sampieri, 2010).

Se utilizó esta metodología para recolectar información sobre embarazo adolescente para la realización del marco teórico y la elaboración de la encuesta.

Análisis de políticas públicas: El análisis de políticas públicas se refiere al proceso de examinar y evaluar las políticas implementadas por los gobiernos u otras instituciones para abordar problemas sociales, económicos o políticos. (Hernández-Sampieri, 2010)

En el presente trabajo se analizó el “Plan Departamental Multisectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes en el Departamento de Pando 2019 – 2025”, política de salud en actual vigencia en la comunidad Iero de Mayo, de donde se obtiene la referencia de los objetivos para la culminación del mismo.

3.4.2. Métodos empíricos

Estudio observacional: investigación en la cual los investigadores observan y registran sistemáticamente el comportamiento, las características o los fenómenos de interés sin intervenir ni manipular las variables del estudio. (Hernández-Sampieri, 2010)

Se utilizó este método durante la aplicación de la encuesta, sin intervenir en la variable conocimiento de las encuestadas.

Encuesta: técnica utilizada para recopilar información y datos de una muestra de individuos o de una población específica. (Hernández-Sampieri, 2010)

Durante el presente trabajo se aplicó una encuesta para conocer el diagnóstico situacional del conocimiento sobre sexualidad, uso de anticonceptivos y factores demográficos de las adolescentes de la comunidad de Iero de Mayo.

Método estadístico: enfoque utilizado en la investigación científica para recopilar, organizar, analizar e interpretar datos numéricos con el objetivo de describir y comprender fenómenos, establecer relaciones y realizar inferencias sobre una población o muestra en particular. (Hernández-Sampieri, 2010). Se utilizó el método estadístico para organizar los datos recolectados en la encuesta.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

De acuerdo a datos del SNIS-VE Gestión 2024, en la comunidad Iro de Mayo del municipio de Santa Rosa del Abuna existen 169 adolescentes femeninas de 12 a 19 años.

3.5.2. Muestra

Se tomó como muestra 25 adolescentes de entre 12 a 19 años de edad de la comunidad 1ro de Mayo del municipio de Santa Rosa del Abuna para la aplicación de la encuesta.

3.5.3. Tipo de muestreo

En el presente trabajo se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, porque se aplicó la encuesta a las adolescentes de la escuela de la comunidad 1ro de mayo debido a que es más fácil acceder a este grupo cuando está reunido en un mismo lugar.

3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de investigación

Las técnicas utilizadas en el presente trabajo fueron el registro y recopilación de datos a través de una *encuesta* aplicada a adolescentes de la comunidad de 1ro de Mayo.

3.6.2. Instrumentos de investigación

El instrumento utilizado es un **cuestionario** con 12 preguntas de opción múltiple aplicada durante los meses de enero a marzo de la gestión 2024.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión

Para la encuesta se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Adolescentes mujeres entre 12 a < 19 años de edad de la comunidad 1ro de Mayo.

Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 12 años o mayores de 19 años
- Personas que no pertenezcan al área de estudio.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

Resultados del trabajo de campo

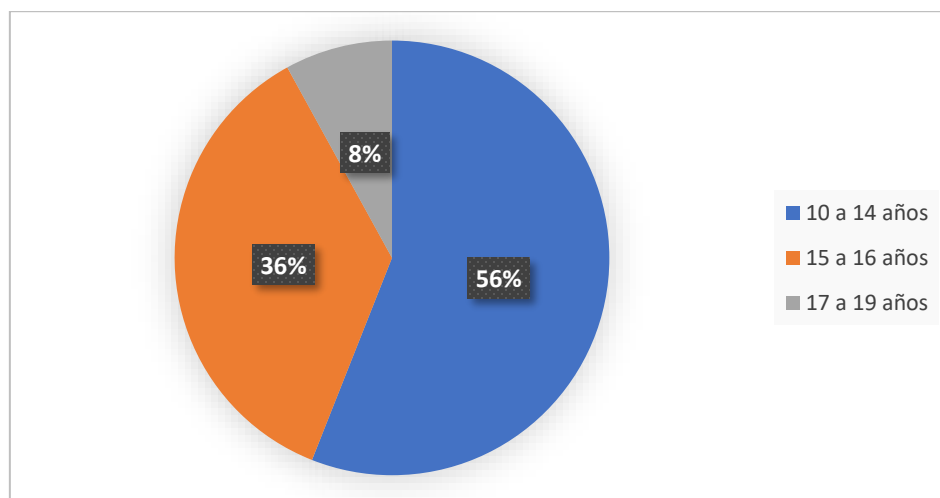
Factores demográficos de las encuestadas

Tabla 1 .Edad de las Adolescentes encuestadas.

Edad	Cantidad	Porcentaje
13 a 14 años	14	40%
15 a 16 años	9	16%
17 a 19 años	2	16%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 1. Porcentaje de edad de las Adolescentes encuestadas



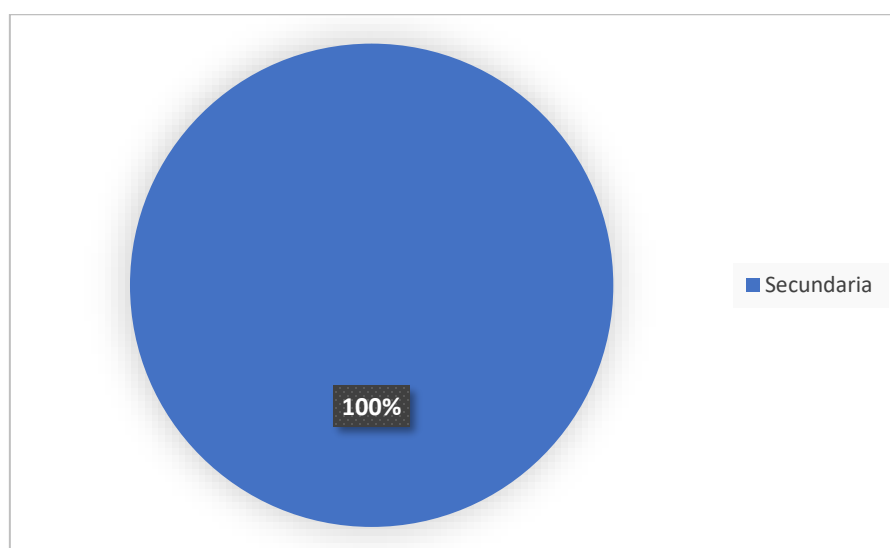
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: En el Centro de Salud Iro de Mayo, la edad de las encuestadas es predominantemente de 10-14 años, con 56%, seguido de 15 a 16 años con un 36% y de 17 a 19 años con 8% .

Tabla 2. Grado de instrucción de las Adolescentes encuestadas:

Grado de Instrucción	Porcentaje	Cantidad
Ninguna instrucción	0	0%
Primaria completa	0	0%
Secundaria (cursando)	25	100%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 2. Porcentaje de Grado de instrucción de las Adolescentes encuestadas

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: En base a los resultados de la encuesta aplicada en el Centro de Salud Iro de Mayo, el grado de instrucción predominante es de secundaria en un 100%.

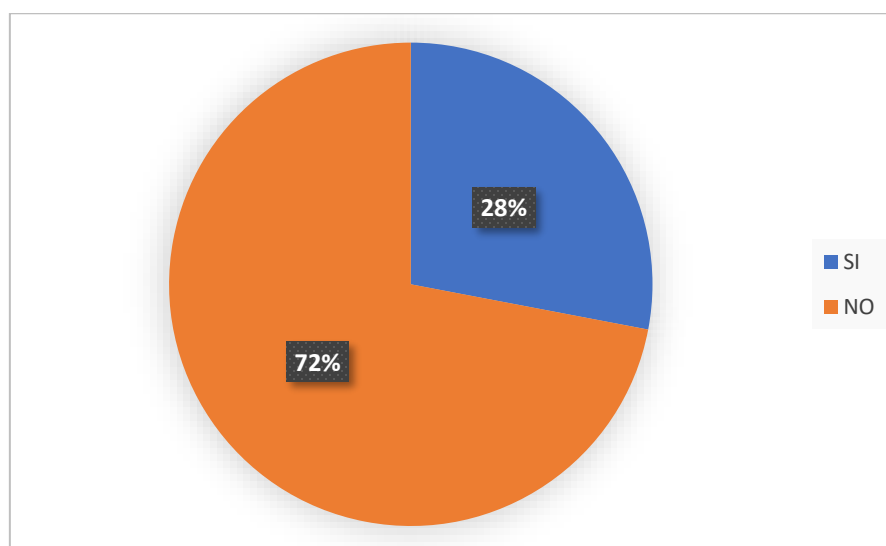
Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos de los Adolescentes:

Tabla 3. Información de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes encuestadas

Nro	Cantidad	Porcentaje
SI	7	28%
NO	18	72%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 3. Porcentaje de Información de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes encuestadas



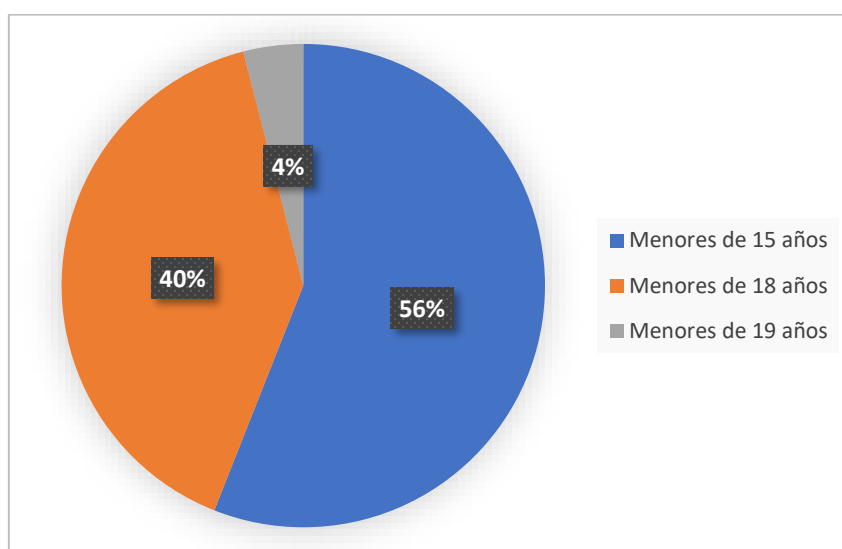
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: En base a los resultados de la encuesta aplicada en el Centro de Salud Iro de Mayo, el 72% de las encuestadas respondieron nunca haber recibido información sobre método anticonceptivos en el centro de salud, apenas el 28% respondieron si haber recibido esta información.

Tabla 4. Conocimiento de la edad del embarazo en adolescentes

Conocimiento sobre embarazo en Adolescentes	Cantidad	Porcentaje
Menores de 15 años	14	56%
Menores de 18 años	10	40%
Menores de 19 años	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de mayo

Gráfica 4. Porcentaje de conocimiento de la edad del embarazo en adolescente

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: En el Centro de Salud Iro de mayo, el 56% de todas las Adolescentes encuestadas respondieron que el embarazo en adolescente se considera cuando se tiene menos de 15 años, Solo 40% respondió correctamente afirmado que el embarazo adolescente se da en menores de 18 años, por último 4% de las encuestadas respondieron que la edad considerada para un embarazo adolescente son 19 años.

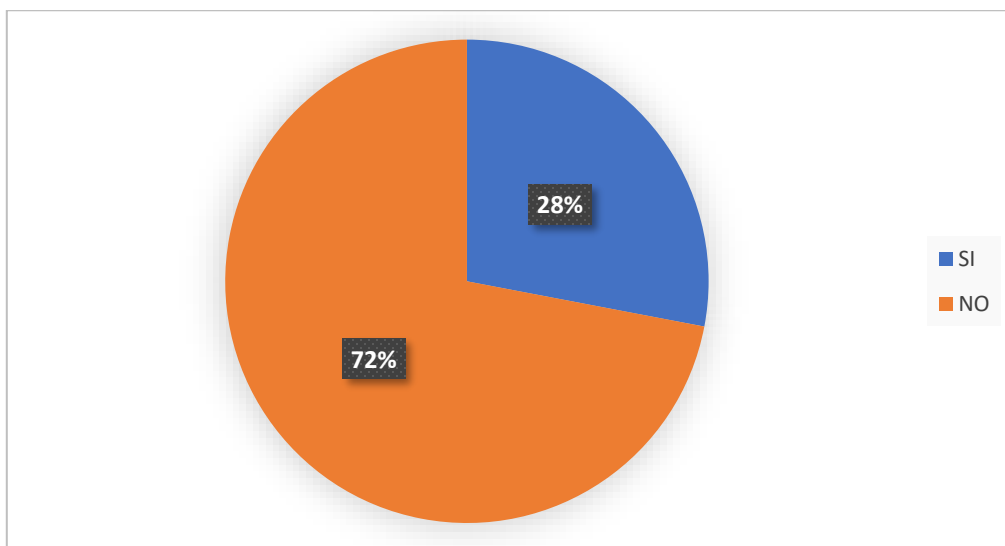
Vida Sexual de los Adolescentes

Tabla 5 . Vida sexual activa en los Adolescentes:

Nro	Cantidad	Porcentaje
SI	7	28%
NO	18	72%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 5. Porcentaje de Vida sexual activa en los Adolescentes encuestados



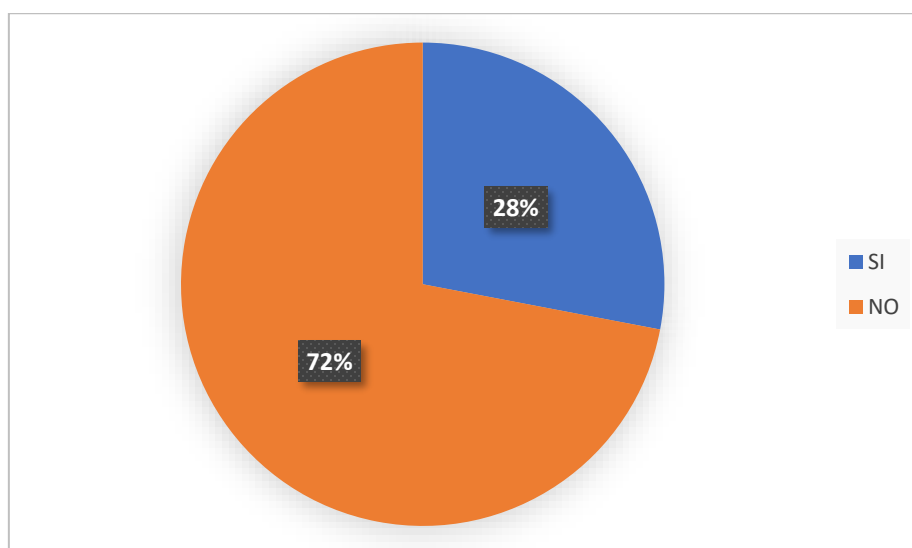
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: En base a los resultados de la encuesta aplicada en el Centro de Salud Iro de Mayo, el 72% de las encuestadas respondieron no tener vida sexual activa al momento de la encuesta, el restante 28% posee vida sexual activa.

Tabla 6 .Uso de Método Anticonceptivo en Adolescentes

Nro	Cantidad	Porcentaje
SI	7	28%
NO	18	72%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 6.Porcentaje de Uso de Método Anticonceptivo en Adolescentes encuestados

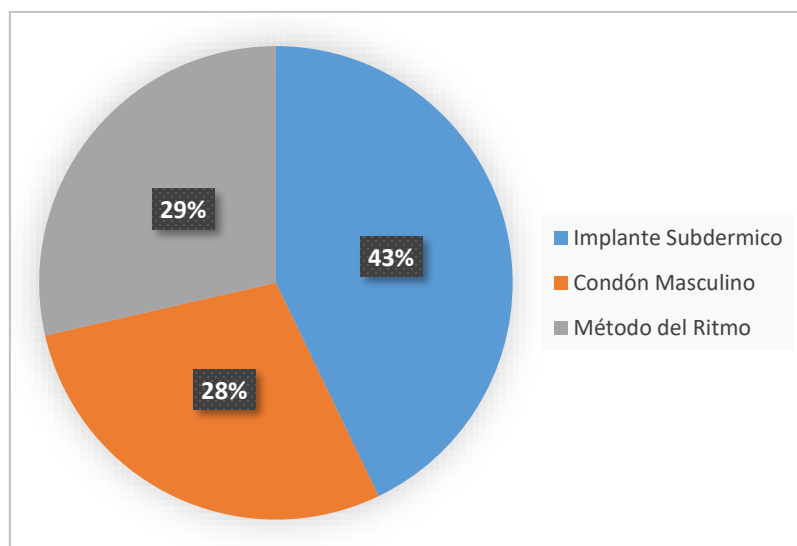
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: De acuerdo a la encuesta aplicada en el Centro de Salud Iro de Mayo, el 72% de las encuestadas no hacen uso de ningún método anticonceptivo, el restante 28% si realiza uso de anticonceptivos.

Tabla 7.Método anticonceptivo que utiliza la Adolescente encuestada

Método Anticonceptivo que conoce	Cantidad	Porcentaje
Implante Subdermico	3	43%
Condón Masculino	2	28%
Método del ritmo	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Gráfica 7.Porcentaje de método anticonceptivo que utiliza la Adolescente encuestada

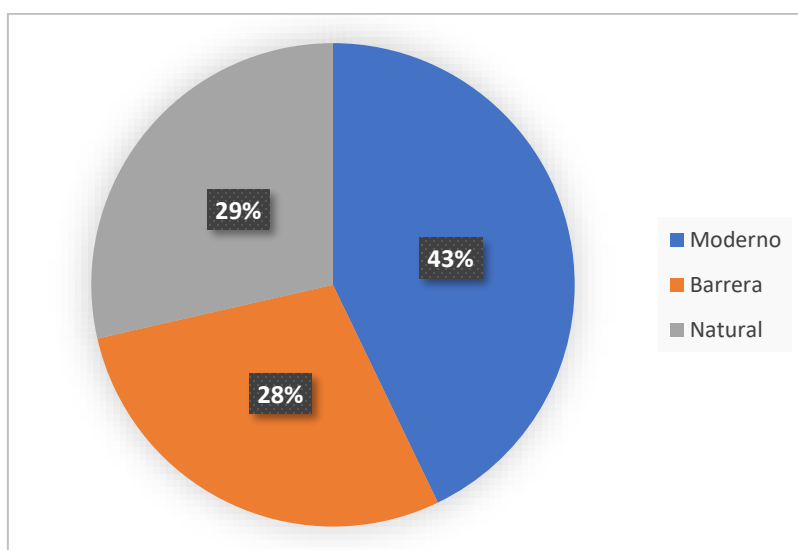
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: De las 25 adolescentes encuestadas, solamente 7 (que representa un 28% del total de adolescentes) refieren un 43 % el implante sub-dermico, 29 % método del ritmo y 28 % el condón masculino.

Tabla 8.Método anticonceptivo que conoce el Adolescente encuestada

Método Anticonceptivo	Cantidad	Porcentaje
Moderno (hormonal, DIU, implante Subdermico)	3	43%
Barrera (condón)	2	28%
Natural (coito interrumpido, método del ritmo, etc)	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud 1ro de Mayo

Gráfica 8.Porcentaje de método anticonceptivo que conoce el Adolescente encuestada

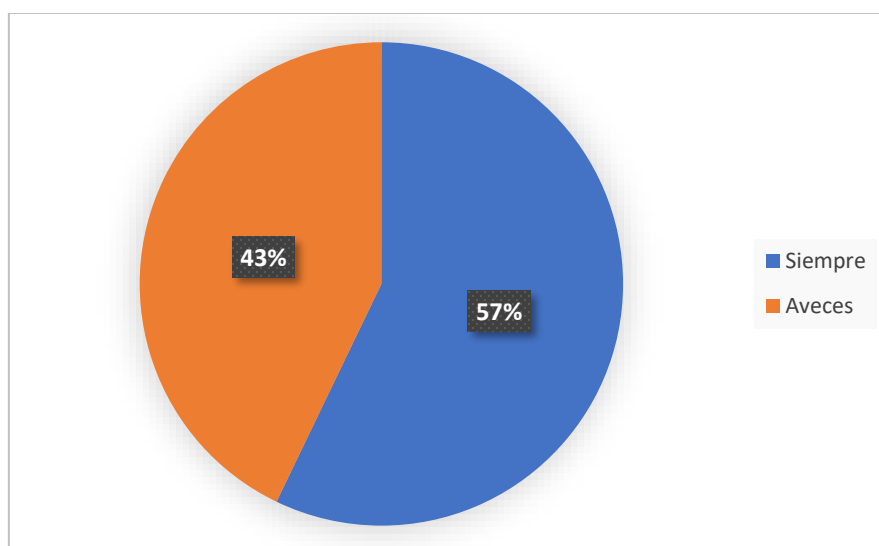
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud 1ro de Mayo

Análisis: De las 25 adolescentes encuestadas, solamente 7 (que representa un 28% del total de adolescentes) refieren un 43 % que usan el método moderno ,29 % método natural y 28 % método de barrera.

Tabla 9.Frecuencia de uso del Método Anticonceptivo las Adolescentes encuestadas

Frecuencia de uso de M.A	Cantidad	Porcentaje
Siempre	4	57%
Aveces	3	43%
Total	7	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro Iro de Mayo

Gráfica 9.Porcentaje de frecuencia de uso del método anticonceptivo en Adolescentes encuestadas

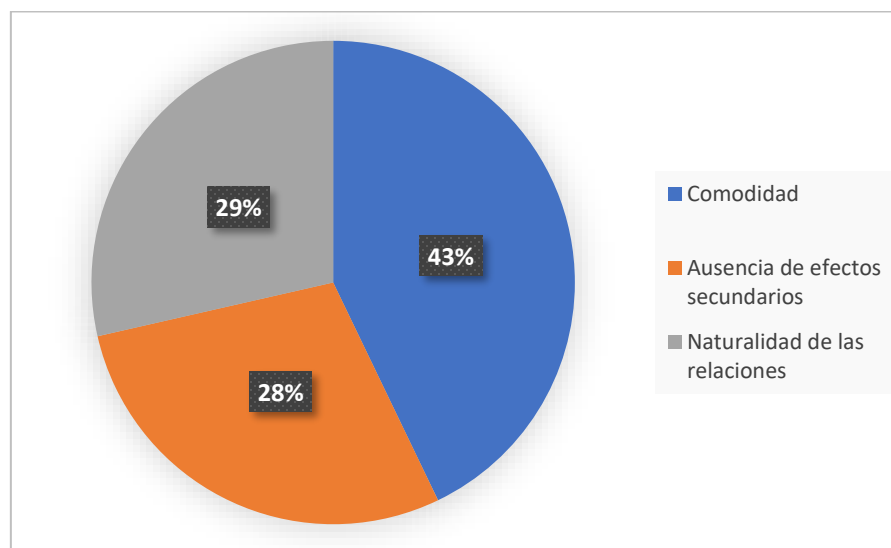
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: De las 25 adolescentes encuestadas, solamente 7 (que representa un 28% del total de adolescentes) refieren un 57% que usan el método anticonceptivo siempre y 43% a veces.

Tabla 10. Motivo por el cual usan Método Anticonceptivo las Adolescentes encuestadas

Método Anticonceptivos	Cantidad	Porcentaje
Comodidad	3	43%
Ausencia de efectos secundarios	2	28%
Naturalidad en las relaciones	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de mayo

Gráfica 10. Porcentaje de motivo por el cual usan Método anticonceptivo de las Adolescentes encuestadas

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de mayo

Análisis: De las 25 adolescentes encuestadas, solamente 7 (que representa un 28% del total de adolescentes) eligieron un método anticonceptivo es 43% por comodidad, 29% por naturalidad de las relaciones y por último 28% por ausencia de efectos secundarios.

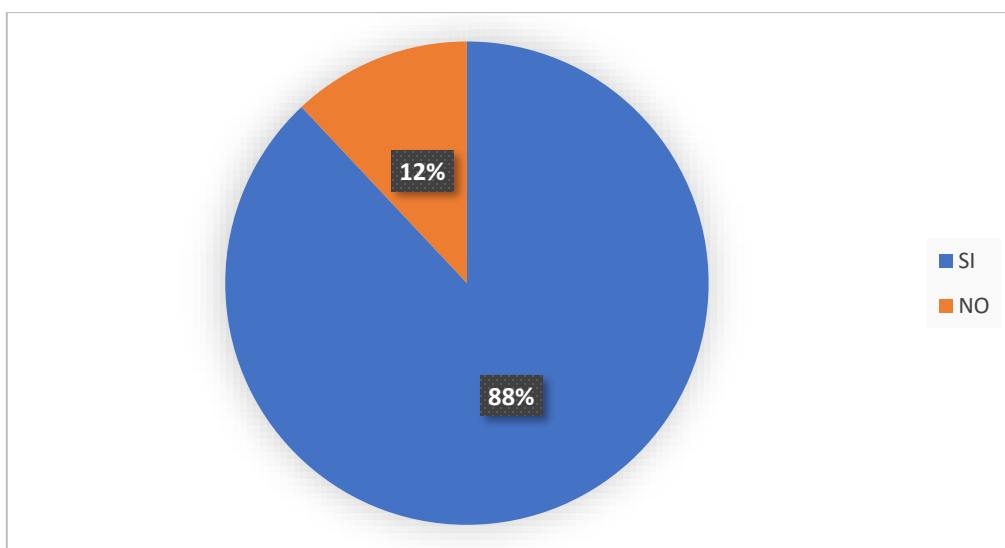
Información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Tabla 11. Charlas Educativas sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos realizadas al Adolescente por el Personal de Salud

Nro	Cantidad	Porcentaje
SI	22	88%
NO	3	12%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud 1ro de Mayo

Gráfica 11. Porcentaje de Charla Educativa sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos realizadas al Adolescente por el Personal de Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud 1ro de Mayo

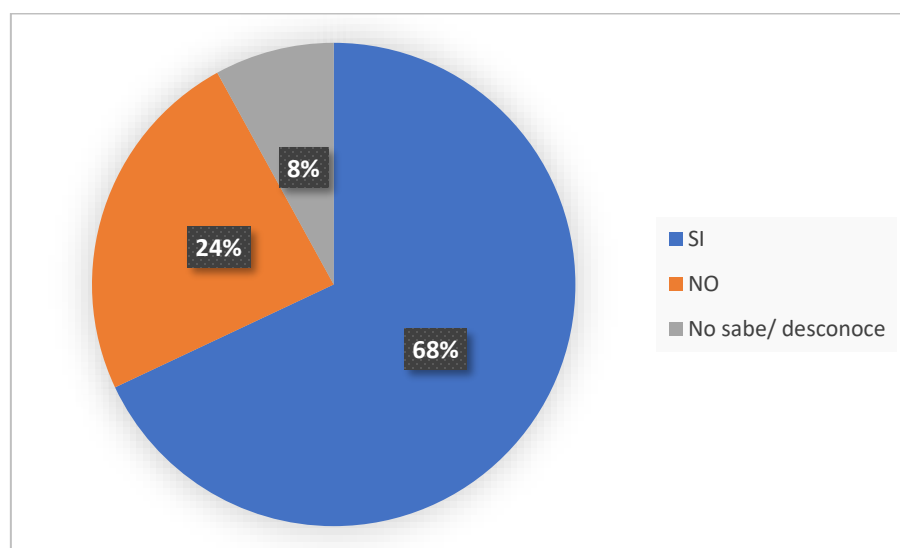
Análisis: El 88% de las adolescentes encuestadas respondieron que SI recibieron charlas educativas sobre Sexualidad, derechos sexuales y reproductivas realizadas por el personal de salud y solo un 12% respondió que NO recibió.

Tabla 12. Conocimiento de las Adolescentes sobre el Consultorio Atención Integral Diferenciada para el Adolescente(AIDA)

Nro	Cantidad	Porcentaje
SI	17	68%
NO	6	24%
No sabe/ desconoce	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de mayo

Gráfica 12. Porcentaje de Conocimiento de las Adolescentes sobre el Consultorio Atención Integral Diferenciada para el Adolescente(AIDA)



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas en el Centro de Salud Iro de Mayo

Análisis: El 68% de las adolescentes encuestadas respondieron que SI conocen un consultorio específico para salud/orientación sexual y reproductiva, 24% NO conoce y apenas 8% respondieron NO saben que hay un consultorio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

En base al análisis de los datos obtenidos por la encuesta se obtuvo las siguientes conclusiones:

- El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la comunidad Iro de mayo en el periodo de enero a marzo de la gestión 2024, es bajo un 56% de las adolescentes encuestadas respondieron que la edad considerada para un embarazo en adolescentes es de 15 años, un 40% considera cuando se tiene menos de 18 años, y solo un 4% respondió correctamente afirmado que el embarazo adolescente se considera en personas menor es de 19 años.
- Se describió los factores demográficos: Predominantemente de las encuestadas es de 12-14 años con 56%, seguido de 15 a16 años con un 36% y de 17 a 19 años con 8%. E es 25 de las Adolescentes encuestadas está cursando secundaria. En relación a la Vida Sexual Activa de las Adolescentes un 72% de las encuestadas respondieron no tener vida sexual activa y restante 28% posee vida sexual activa (7 adolescentes) .
- En relación al Uso de Métodos Anticonceptivos: De las 25 adolescentes encuestadas, solamente 28% (7 adolescentes) y 72% no usan ningún método. El Método Anticonceptivo más usado con un 43% el implante Subdermico, seguido por un 29% del método natural y por último 28% por método de barrera el condón). El motivo por el cual eligieron un método anticonceptivo es 43% por comodidad, 29% por naturalidad de las relaciones y por último 28% por ausencia de efectos secundarios.
- En la relación a las Actividades de Prevención, promoción e información: El 72% de las encuestadas respondieron nunca haber recibido información sobre método anticonceptivos en el centro de salud, apenas el 28% respondieron si haber recibido esta información. El 88% de las adolescentes encuestadas respondieron que, SI recibieron charlas educativas sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos realizadas por el personal de salud y solo un 12% respondió que NO recibió. En relación al conocimiento de Atención Integral Diferenciada Adolescentes (AIDA) el 68% de las encuestadas respondieron que, SI conocen un consultorio específico para salud/orientación sexual y

reproductiva, 24% NO conoce y apenas 8% respondieron NO saben que hay un consultorio.

4.2. Recomendaciones

En base a todos los resultados obtenidos en el presente trabajo se realizan las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la implementación de charlas sobre Embarazo en Adolescentes y oferta de métodos Modernos en los Adolescentes de la comunidad de 1ro de Mayo para mejorar la percepción acerca del conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Se recomienda incentivar el continuo proceso de aprendizaje de las adolescentes de la comunidad 1ro de Mayo, para la conclusión de estudios básicos y el enfoque en estudios superiores para mayor independencia económica y social.
- Además, se recomienda aumentar el incentivo para métodos anticonceptivos modernos, siendo estos más seguros y de mayor efectividad en relaciona a otros métodos, así como el ejercicio de una sexualidad saludable.
- Se recomienda reforzar la información anticonceptiva dirigida a adolescentes que acuden al centro de Salud 1ro de Mayo para mejorar la fuente de información de alta calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andres/OMS. (2014). Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. 2016 [revisado 5 septiembre 2017, consultado 25 febrero 2018]. .
- ANTONIO. (2011). Los adolescentes y la educación en el uso de métodos anticonceptivos. *Revista Científica Biomédica de la ITSUP*.
- Etecé equipo editorial. (07 de febrero de 2023). *concepto.de*. Obtenido de Factores demograficos: <https://concepto.de/factores-demograficos/#ixzz81hLeAVIH>
- Gardey, A. (19 de agosto de 2014). *definicion.de*. Obtenido de Cumplimiento - Qué es, definición y concepto: <https://definicion.de/cumplimiento/>
- Gobierno Autónomo Departamental de Pando . (2019). *PLAN DEPARTAMENTAL MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE NIÑAS*. Bolivia: Multigráfica digital.
- Hernández-Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación (quinta edición)*. México: McGrawHill.
- INE. (septiembre de 2017). *minsalud.gob.bo*. Obtenido de Encuesta de Demografía y Salud EDSA 2016: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>
- Martinez. (2013).
- Ministerio de Justicia. (2015). *Plan Plurinacional de Prevencion de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes*. La Paz.
- MINSAP. (1999). Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en Adolescentes-La Habana.
- OMS. (15 de Septiembre de 2022). *who.int*. Obtenido de Embarazo en la adolescencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- PEREZ. (2009). Mortalidad materna: género, familia y etnia en Adolscentes.
- PEREZ. (2010). El embarazo a temprana edad, un analisis desde la perspectiva de las madres adolescentes.
- Pérez, M. (07 de septiembre de 2021). *conceptodefinicion.de*. Obtenido de Definición de Comunidad: <https://conceptodefinicion.de/comunidad/>
- Pineda, B. A. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de person al de salud, Segunda edición*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Quiroga. (2008). *Armorin*. Fases de la Adolescencia, Temprana, media y tardía.

- RAE. (2022). *Real Academia Española de la Lengua*. Obtenido de Definición de índice:
<https://dle.rae.es/%C3%ADndice>
- Tamayo, M. (2007). *Proceso de la Investigacion Cientifica* . Mexico : Editorial Limusa.
- UNFPA. (02 de Abril de 2023). *lac.unfpa.org*. Obtenido de Embarazo en adolescentes:
<https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>
- womenshealth. (29 de noviembre de 2022). *espanol.womenshealth.gov*. Obtenido de Métodos anticonceptivos: <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods>

ANEXOS

Anexos. Instrumento de recolección de Datos: Encuesta

SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTE EN LA COMUNIDAD 1RO DE MAYO MUNICIPIO SANTA ROSA DEL ABUNA

Fecha:

1) Edad del adolescente:

- a) 12 a 14 años b) 15 a 16 años c) 17 a 19 años

2) Grado de instrucción:

- a) Ninguna instrucción. b) Primaria c) Secundaria
-

3) ¿Alguna vez recibió información sobre Métodos anticonceptivos en el Centro de Salud?

- SI NO

4) Usted, ¿Qué entiende por embarazo adolescente?

- a) Menores de 15 años b) Menores de 18 años c) Menores de 19 años
d) No sabe/no responde

5) Actualmente, ¿posee una vida sexual activa?

- SI NO

6) En base a la anterior respuesta, ¿está utilizando algún método anticonceptivo?

- SI NO

7) Si la anterior respuesta fue sí, ¿qué método anticonceptivo conoce?

- a) Moderno (1) Depoprovera 2) Píldora 3) DIU 4) implante Subdérmico)
b) Barrera: 1) condón masculino 2) condón femenino
c) Natural: 1) coito interrumpido 2) método del ritmo 3) calendario

8) ¿Que métodos anticonceptivos está utilizando?

- a) Método Moderno (Píldora, DIU, implante Subdérmico)
b) Método de Barrera (condón masculino)
c) Método Natural (coito interrumpido, método del ritmo, calendario, etc.)

9) ¿Con que frecuencia usa los métodos anticonceptivos?

- a) Siempre
b) A veces

Anexos. Fotos

Aplicación de la encuesta durante actividad en Unidad Educativa:



Charlas Educativas de Métodos Anticonceptivos en Unidad Educativa Zacarías Moreno:



Informe Mensual de Producción de Servicios Mes de Enero 2024 del Centro de Salud 1ero de Mayo:



INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS
CODIGO: R.A. SALUD INE - 301a (01/0004)



Redes: PANDO Red de Salud: 02 PUERTO RICO Municipio: SANTA ROSA DEL ABUNA Año: 2024 Incorporado al Seguro: SI Hoja 1

Establecimiento: C.S. 1ro DE MAYO Mes reportado: ENERO

1. CONSULTA EXTERNA	NUEVAS		REPETIDAS		CANTIDAD
	M	F	M	F	
1.1 Niños de 0 meses	2	2			
1.2 Niños de 0 meses a < 1 año		2			
1.3 Niños de 1 a 4 años	7	6			
1.4 Personas de 5 a 9 años	19	2			
1.5 Personas de 10 a 14 años	8	10			
1.6 Personas de 15 a 19 años	5	15			
1.7 Personas de 20 a 39 años	20	47		1	
1.8 Personas de 40 a 49 años	2	8			
1.9 Personas de 50 a 59 años	5	6	1		
1.10 Personas de 60 años y más	7	5	1		

2. REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	NUMERO
2.1 Pacientes referidos recibidos por el establecimiento	
2.2 Pacientes referidos a otros establecimientos	1
2.3 PCD referidas a Unidades de Calificación de Discapacidad	
2.4 Pacientes contratados al establecimiento	
2.5 PCD referidos a Servicios/Centros de Rehabilitación	
2.6 Pacientes referidos de la comunidad y/o medicina tradicional	
2.7 Pacientes referidos del establecimiento a la medicina tradicional	

3. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Menores de 5 Años		5 a 13 Años		14 a 19 Años		20 a 59 Años		60 Años y Mas.		Ente visita	Post. Parto
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
3.1 Primera Consulta												
3.2 Consulta Nueva												
3.3 Consulta Repetida												
3.4 Medicas Preventivas												
3.5 Restauraciones												
3.6 Endodoncias												
3.7 Pericoronias												
3.8 Cirugía Bucal menor												
3.9 Cirugía Bucomaxilofacial Menor												
3.10 Cirugía Bucomaxilofacial Mediana												
3.11 Trst. de Fracturas dentales/coronas												
3.12 Trst. Odontológico Integral Terminado (TOIT)												
3.13 Rayos X Dental												

4. CONSULTAS PRENATALES	- 15		15 a 19		20 - 34		35 - 49		50 y +	
	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA
4.1 Nuevas antes del 3er. mes de embarazo										
4.2 Nuevas a partir del 3er. mes de embarazo										
4.3 Repetidas			4		5					
4.4 Muertes con 4ta consulta prenatal			3							

5. ANTICONCEPCION, PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA	- 15		15 a 19		20 - 34		35 - 49		50 y +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
5.1 DIU Usuaras Nuevas										
5.2 DIU Usuaras Continuas										
5.3 Numero de DIU Insertados										
5.4 Inyectable Trimestral Usuaras Nuevas										
5.5 Inyectable Trimestral Usuaras Continuas				2		3				
5.6 Numero de inyectables Trimestrales suministrados				2		3				
5.7 Condón Masculino Usuaras (os) Nuevas (os)										
5.8 Condón Masculino Usuaras (os) Continuas (os)										
5.9 Condón Femenino Usuaras Nuevas										
5.10 Condón Femenino Usuaras Continuas										
5.11 Numero de condones entregados										
5.12 Píldora Usuaras Nuevas										
5.13 Píldora Usuaras Continuas										
5.14 Numero de oídos entregados										
5.15 Implante subdérmico Usuaras Nuevas										
5.16 Implante subdérmico Usuaras Continuas						2				
5.17 Numero de implantes insertados						2				
5.18 Métodos naturales Usuaras Nuevas										
5.19 Métodos naturales Usuaras Continuas										
5.20 AOV femenino										
5.21 AOV masculino										
5.22 Numero de mujeres con píldora anticonceptiva oral de emergencia										
5.23 Numero de mujeres con muestras de PAP tomadas										
5.24 Numero de mujeres con resultados de PAP positivos										
5.25 Numero de mujeres con resultados de PAP positivos tratadas										
5.26 Numero de mujeres con IVA										
5.27 Numero de mujeres con IVA positivas										
5.28 Numero de mujeres con IVA positivas tratadas										

