

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



TÍTULO:

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL EMBARAZO, EN
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PUERTO
RICO, DEL MUNICIPIO DE PUERTO RICO DE JULIO A
SEPTIEMBRE DE 2021**

INTERNO:

Alefe Talles Mendes Vieira

PUERTO RICO – PANDO – BOLIVIA

GESTION 2021

DEDICATORIA

A mis madres que con todo el esfuerzo y su amor han apoyado mi sueño de ser médico.

El trabajo va dirigido a la comunidad de Puerto Rico para que con el mismo pueda de alguna manera contribuir a mejorar las condiciones en cuanto a conocimiento y prevención del embarazo en adolescentes.

Al personal de salud para que sirva de herramienta y pueda mejorar las estrategias de intervención en el y las adolescentes, además de implementar el consultorio de atención diferenciada al adolescente

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Los amo con mi vida.

Alefe Talles Mendes Vieira

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	1
1. JUSTIFICACION	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA	6
2.1.1. Delimitación temática	6
2.1.2. Delimitación espacial.....	6
2.1.3. Delimitación temporal.....	6
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
3.1. OBJETIVO GENERAL	7
3.2. OBEJTIVOS ESPECIFICOS	7
4. MARCO REFERENCIAL	8
4.1. MARCO CONCEPTUAL	8
4.1.1. ALGUNOS CONCEPTOS	8
4.2. MARCO TEORICO	9
4.2.1. ENFOQUES NORMATIVOS	9
4.2.2. EQUIDAD DE GÉNERO Y DESPATRIARCALIZACIÓN	11
4.3. EMBARAZO TEMPRANO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	12
4.4. EL EMBARAZO TEMPRANO COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD CIUDADANA Y DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES 14	
4.5. Factores que influyen para el embarazo en la adolescencia:.....	15
4.6. Consecuencias del embarazo en la adolescente:	15
4.7. Planificación familiar:.....	16
4.7.1. Educación sexual	16
4.8. Medidas Preventivas Para El Embarazo Adolescente	17
4.9. Plan Plurinacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes y Jóvenes:.....	17
4.10. Plan Estratégico de Pando en el Embarazo Precoz.....	18
5. DISEÑO METODOLOGICO	20
5.1. Tipo de Estudio:.....	20
5.2. Criterios de Inclusión.....	20
5.3. Criterios de Exclusión.....	20

5.4.	Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información:	20
5.5.	Procesamiento y Análisis de la Información	21
5.6.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	21
5.6.1.	CRUCE DE VARIABLES	22
6.	RESULTADOS	25
7.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
8.	CONCLUSIONES	36
8.1.	RECOMENDACIONES	37
9.	BIBLIOGRAFIA	38

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 Edad de las Adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico de 1 de enero al 1 de agosto de 2021.....	25
GRAFICO 2 Estado civil de las Adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico de 1 de enero al 1 de agosto de 2021.	26
GRAFICO 3 Escolaridad de las Adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico de 1 de enero al 1 de agosto de 2021.	27
GRAFICO 4 Ocupación de las Adolescentes.	28
GRAFICO 5 Cantidad de personas viven en el hogar de las Adolescentes.....	28
GRAFICO 6 Con quién viven las adolescentes.	29
GRAFICO 7 Edad representada en años de la pareja actual de las adolescentes.....	29
GRAFICO 8 Edad de las adolescentes al momento del primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual.....	30
GRAFICO 9 Inicio de vida sexual activa de las adolescentes.	30
GRAFICO 10 Historia de familiares o personas cercanas que presentaron embarazo en la edad adolescente.	31
GRAFICO 11 Antecedentes de capacitación o información sobre educación sexual.....	31
GRAFICO 12 Elementos que facilitaron el conocimiento.....	32
GRAFICO 13 Antecedentes del uso de algún tipo de anticonceptivo	32
GRAFICO 14 Tipo de método anticonceptivo utilizado por las adolescentes.....	33
GRAFICO 15 Deseo de embarazarse de las adolescentes	33

RESUMEN

La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados.

Objetivo: Conocimientos actitudes y prácticas sobre el embarazo, en adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico, del municipio de Puerto Rico de julio a septiembre de 2021.

Metodología: el presente trabajo de investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y analítico.

Resultados: La falta de una Educación Sexual objetiva y el efecto de la presión social por ser reconocidas lleva a las jóvenes a la toma de decisiones equivocadas. Los datos obtenidos indican que fue una constante el hecho de una mala práctica, teniendo como base principal una falta de orientación, y una educación sexual con una base deficiente.

Las actividades que demuestran una mala práctica fueron identificadas en la mitad del grupo de estudio. Esto nos debe llamar a la reflexión por el hecho de que de alguna manera la participación familiar juega un importante rol en el proceso de la educación sexual del adolescente y que no debe ser solamente un fenómeno pasivo, sino que se debe de hacer un seguimiento estrecho para evitar más complicaciones en la vida de los adolescentes.

Palabras Clave: Prevención de Embarazo en Adolescentes

ABSTRACT

Motherhood at a very young age entails complications during pregnancy and childbirth and carries a risk of death for mothers that is much higher than the average, the levels of morbidity and mortality among the daughters and sons of young mothers are higher.

Objective: Knowledge, attitudes and practices about pregnancy, in adolescents who attend the Puerto Rico Health Center, in the municipality of Puerto Rico from July to September 2021.

Methodology: this research work was a descriptive, observational and analytical study.

Results: The lack of objective Sex Education and the effect of social pressure to be recognized leads young women to make the wrong decisions. The data obtained indicate that the fact of a bad practice was a constant, having as its main basis a lack of orientation, and a sexual education with a deficient base.

Activities demonstrating bad practice were identified in half of the study group. This should call us to reflect on the fact that in some way family participation plays an important role in the process of adolescent sexual education and that it should not only be a passive phenomenon, but should be closely monitored. to avoid further complications in the lives of adolescents.

Keywords: Adolescent Pregnancy Prevention

INTRODUCCION

Pocas cosas comprometen más el futuro de una niña que el embarazo a temprana edad. Su cuerpo se ve alterado abruptamente con cambios físicos y el crecimiento de su vientre que no puede ocultar; su relación con la familia, con las amigas, con los maestros, con su pareja (cuando la tuvo), cambia. El riesgo de tener complicaciones en el embarazo va en contramarcha con la asistencia a centros hospitalarios para el control y seguimiento por vergüenza, desconocimiento o falta de recursos.

Si el bebé nace, pues el embarazo temprano es la principal causa de muerte de los neonatos, nace con bajo peso. La madre, que es una niña en pleno crecimiento, debe alimentarse ella y a su bebé, esta doble necesidad imperativa entra en contradicción con la disminución de sus posibilidades de generar ingresos y, por tanto, de garantizarse una buena alimentación.

Cuando el bebé nace, la madre niña, que sigue siendo niña, debe responder como adulta. Debe buscar trabajo cuando más lo necesita, pero cuando menos probabilidad tiene de conseguirlo con un niño en brazos, sin la posibilidad, muchas veces, de continuar estudios, debe asumir tareas mal pagadas. Si aún vive en la casa paterna o materna, tiene suerte.

La precariedad de sus condiciones de vida le afecta a ella, pero sobre todo afecta también las oportunidades de su hijo o hija en términos de salud, educación, etc. La dificultad de sobrevivir hace que pronto la adolescente busque otra pareja y el segundo embarazo no tarda, lo que sólo complica la situación, aumentan las necesidades y frecuentemente origina una sistemática discriminación y violencia en contra del primer hijo o hija, que termina por ser aceptada como algo normal.

El embarazo es la punta del iceberg, resulta que antes de la manifestación del embarazo la niña probablemente había iniciado su vida sexual por impulso propio o inducido por un adulto, pero de manera clandestina. Esta clandestinidad en que las adolescentes viven su sexualidad de por sí ya constituye un problema: infecciones de transmisión sexual que no se curan porque no pueden ser descubiertas a tiempo, abortos inseguros, la probabilidad de contraer el VIH/SIDA, problemas como infertilidad y el inicio de enfermedades neoplásicas.

Las abuelas, las madres, las tías, las hermanas, la cara femenina de la familia asumen un papel resiliente con relación al embarazo temprano, como respaldo a la niña-madre, como refugio de hijos e hijas discriminadas.

Los recursos familiares para la sobrevivencia se comprometen aún más con los embarazos tempranos, pues implican más bocas que alimentar pero no necesariamente más ingresos. Las adolescentes madres, suelen ser hijas de otras adolescentes, que a la vez nacieron de otras niñas en una espiral que reproduce la situación de precariedad en que se da el embarazo temprano, donde sistemáticamente las mujeres limitan sus posibilidades de realización personal más allá del círculo de la maternidad obligatoria y el cuidado extendido de los y las niñas. Madres tempranas, son luego abuelas tempranas, asumen temprano todas las responsabilidades de la vida sin tiempo para sí mismas.

La posibilidad de vivir más tiempo medida por la esperanza de vida en Pando se reduce por la incidencia de la mortalidad materno infantil, que aún es alta y que está relacionada directamente con el embarazo a temprana edad. Un 30% de adolescentes mujeres ve reducidas sus posibilidades de estudio y trabajo remunerado, mayor morbilidad y mortalidad para las mujeres, la reproducción a nivel territorial del ciclo de la pobreza.

El Estado boliviano ha tratado el embarazo temprano desde la política pública sectorial: salud, educación, en los Planes de Desarrollo Nacional o en planes específicos como el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, vigente hasta 2013, y el Plan Nacional e Interministerial de Prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes (2015 - 2020). La política parte del reconocimiento de la niñez y la adolescencia como sujetos de derecho y, por tanto, busca atacar el problema desde el reconocimiento de los derechos y la participación de los propios adolescentes. Da mandatos para la implementación de servicios diferenciados en favor de las y los adolescentes, asigna ítems y recursos en el sector salud, la Ley N° 070 de Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”, establece la inclusión y el respeto a los derechos de las niñas-madres. Sin embargo, persiste el incremento de la tasa de embarazos adolescentes, a nivel nacional y departamental. (UNFPA, 2013)

Según el propio análisis del Plan de Salud Sexual y Reproductiva, las políticas nacionales tienen dificultades para su aplicabilidad debido a la segmentación de la institucionalidad hacia los niveles subnacionales. Es decir que la comunicación entre los niveles del Estado es limitada. Según las propias autoridades subnacionales, algunas no conocen la política a cabalidad, saben que existe pero no conocen el Plan. En otros casos se asumen como mandatos del nivel central que no se esfuerza mucho en concertar, sino más bien instruye como herencia del viejo sistema republicano, entonces, el nivel local simplemente acata e implementa para cumplir. Se organizan ferias, se reparten preservativos, se hacen eventos de capacitación, como actividades sanitarias regulares, sin ninguna evaluación de los efectos. Las políticas, por lo general, no son resultado de la preocupación, reflexión y acción de los actores locales sino una instrucción desde arriba, entonces no es prioridad local.

A partir de la nueva Constitución Política del Estado, el Estado boliviano se ha complejizado al establecer diferentes niveles autonómicos, precisamente con la finalidad de romper esta segmentación y definir integralmente las competencias en cada tipo de entidad territorial. Si bien la política nacional sobre embarazo a temprana edad es tratada por el nivel central desde el ámbito sectorial de salud y educación, que constituyen competencias concurrentes, es decir, en las que el nivel central define y manda, y el nivel territorial ejecuta, también todos los temas relacionados con niñez y adolescencia son competencia exclusiva de las autonomías departamentales y municipales, es decir que en ese ámbito puede legislar, reglamentar y ejecutar, puede actuar tanto desde las directrices de la competencia concurrente, como desde las decisiones propias en las competencias exclusivas; el Gobierno Autónomo Departamental de Pando y los 15 municipios del departamento tienen la oportunidad de asumir la tarea de reducir el embarazo a temprana edad como una tarea prioritaria con múltiples efectos positivos en el desarrollo de Pando. Sin embargo, para ello es necesario que localmente las instituciones, autoridades y población reconozcan el problema, tengan sensibilidad sobre los efectos multiplicadores del embarazo temprano en la reproducción del ciclo de la pobreza y, por tanto, conociendo el problema, asuman la tarea de prevenir y atender el embarazo adolescente como una prioridad. (UNFPA, 2013)

Es en esta perspectiva que el Ministerio de Autonomías en Pando, en el marco de la Plataforma Interinstitucional de la Niñez y la Adolescencia, ha facilitado la realización del presente Estudio Etnográfico sobre embarazo en adolescentes, con la finalidad de contribuir al entendimiento y comprensión del problema, sus dinámicas estructurantes y sus efectos, de un modo integral y sistémico. En una perspectiva de desarrollo de capacidades para el ejercicio competencial, se ha buscado involucrar a los actores institucionales que tienen un rol en la prevención y atención del embarazo temprano para constituir con ellos una comunidad de aprendizaje que permita ampliar y sensibilizar las miradas y las acciones sobre el tema desde una perspectiva integral que trascienda lo puramente sanitario o educativo. La Secretaría de Desarrollo Humano y Social del Gobierno Autónomo Departamental de Pando, y las Defensorías Municipales de la Niñez y Adolescencia, han respondido positivamente a la invitación y aportado con su experiencia y análisis al proceso.

El involucramiento de diferentes actores y operadores/as públicos relacionados con la implementación de las políticas de prevención y atención del embarazo a temprana edad, en la generación de conocimientos relevantes, sensibilización sobre el tema, como base para la generación e implementación efectiva de políticas públicas, es el objetivo de este Estudio.

1. JUSTIFICACION

La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en todo el mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo pueden afectar negativamente a largo plazo a la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos.

“El embarazo en la Adolescencia, la violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, tiene un efecto devastador en la salud infantil, y en especial en las niñas que son más vulnerables que los niños a las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y prematuras. A menudo las niñas son presionadas para realizar actividades sexuales, debido a factores tales como su juventud, las presiones sociales, la falta de leyes que las protejan o al hecho de que estas no se cumplan, las niñas son más vulnerables a todo

tipo de violencia, especialmente la sexual que incluye la violación, el abuso y la explotación sexual, el tráfico de niñas posiblemente de venta de sus órganos y tejidos y los trabajos forzados.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician los embarazos no planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, no todos estos embarazos son indeseados.

Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población. Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia, hipertensión arterial etc.

El embarazo en la adolescencia ha constituido un problema de salud, que se ha acentuado en los grupos de menor edad, representando elevados riesgos biológicos, psicológicos y sociales. Hoy el índice de aborto – parto es elevado, y en este grupo se incluyen a los adolescentes, todo lo cual nos motiva a realizar este estudio, con el fin de describir algunos factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de manera que sirva como base para futuras líneas de intervención en este segmento importante.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La maternidad a edades muy tempranas en nuestro país, entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en Bolivia y en todos los países del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo pueden afectar negativamente a largo plazo a la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician los embarazos no

planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, la calidad de atención a los mismos no reúne los requisitos necesarios ni del punto institucional, ni el ambiente emocional que encierra la llegada de un nuevo ser a la familia.

El Sistema de Salud de Bolivia ha impulsado en los últimos años una campaña que agrupa una serie de profesionales con el fin de revisar y mejorar estas cifras tan críticas en los y las Adolescentes de nuestro país. La labor educativa ha sido uno de los programas que se ha impulsado con mayor fuerza por lo que podríamos pensar que el Conocimiento sobre este tema se maneja de una manera amplia por los jóvenes bolivianos.

Además la salud sexual y reproductiva de los adolescentes cada día más se ha normalizado a nivel de los servicios de salud del Ministerio de Salud de Bolivia, con mejorar la calidad de atención.

2.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA

2.1.1. Delimitación temática

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el embarazo en adolescentes

2.1.2. Delimitación espacial

Hospital integral comunitario Puerto Rico, del Municipio de Puerto Rico del Departamento de Pando

2.1.3. Delimitación temporal

El trabajo fue realizado entre julio y septiembre de 2021

2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población adolescente es que nos hemos planteado la siguiente interrogante:

Cuál es el nivel de Conocimientos actitudes y prácticas sobre el embarazo, en adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico, del municipio de Puerto Rico de julio a septiembre de 2021?

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar los Conocimientos actitudes y prácticas sobre el embarazo, en adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico, del municipio de Puerto Rico de julio a septiembre de 2021?

3.2.OBEJTIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características socio-demográfica del grupo en estudio
- Evaluar el nivel de conocimiento de las Adolecentes sujetas en estudio
- Conocer los principales Fuentes de Información del grupo en estudio
- Describir las actitudes que muestran la población de estudio en relación al Embarazo Adolescente
- Conocer las prácticas que poseen las Adolecentes en relación al Embarazo Adolescente

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO CONCEPTUAL

4.1.1. ALGUNOS CONCEPTOS

Adolescencia: “La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital, habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años), y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años)” (Gómez, Molina, Zamberlin, 2010).

“Sociológicamente, la adolescencia es ‘el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma’ (Muuss 2003). Se define por ende, en el marco de la dicotomía existente entre la niñez y la adultez. Según la antropóloga Ruth Benedict (1954), la transición de la dependencia infantil a la independencia adulta ‘se produce de diferentes maneras en distintas culturas, de modo que ninguna de ellas puede ser considerada como natural y universal’ (Muuss 2003)” (Citado en Salinas, 2010).

Patriarcado: “El patriarcado es el sistema de todas las opresiones, todas las explotaciones, todas las violencias y discriminaciones que vive toda la humanidad (mujeres, hombres y personas intersexuales), y la naturaleza históricamente construida sobre el cuerpo sexuado de las mujeres”. (Paredes y Guzmán, 2014). Por tanto, el patriarcalismo está constituido por visiones y acciones conscientes o no, que se practican y son funcionales al poder del patriarcado.

Género: El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos (OMS).

Familia: La antropología y la sociología han establecido la existencia de diversas formas y modelos de familia. Desde la familia occidental evolucionada de la gens romana, concebida

como *famulus*, que estaba integrada por diferentes miembros vinculados por consanguinidad, por afecto y por propiedad (en tanto incluía a los esclavos). La protección de la propiedad, del territorio y de la descendencia, a partir de la figura de un patriarca (*Paterfamilias*), daba el sentido de existencia de la familia frente a otras formas de familia patriarcal o matriarcal, monogámica, poligámica, poliándrica, que en la diversidad de culturas del mundo se habían dado. Ésta diversidad también ha estado presente, históricamente en la Amazonía y, por tanto en Pando.

El hecho colonial, que trajo consigo los procesos de conversión religiosa, constituyó un factor homogeneizador, de las relaciones familiares, por lo menos formalmente hacia el modelo occidental de la familia nuclear monogámica.

Diversos autores y medios coinciden en que la familia ha cambiado y tomado en la actualidad diferentes formas o tipos: La familia nuclear moderna integra al padre, la madre y los hijos e hijas consanguíneos y políticos; la familia extendida, que además del padre y madre y los hijos e hijas involucra abuelos y abuelas, sobrinos y sobrinas, consanguíneos y políticos; la familia monoparental, integrada por solo el padre o la madre como cabeza, junto a los y las hijas; la familia compuesta, conformada por la unión de dos familias monoparentales, es decir que el padre y la madre tienen cada quien hijos e hijas propios como también comunes. En casi todas las definiciones se mantiene, como base de la unidad familiar, las relaciones consanguíneas y afectivas (políticas), en una lógica de protección del grupo, la educación de los hijos y su integración a la sociedad como miembros activos (Espinal, 2010). Cuando una familia no cumple este criterio o capacidad, se la concibe como familia disfuncional

4.2. MARCO TEORICO

4.2.1. ENFOQUES NORMATIVOS

El acercamiento a la problemática del embarazo a temprana edad en una población culturalmente tan diversa como la pandina (pueblos indígenas, comunidades campesinas, migrantes de la zona andina y población urbana amazónica) plantea la necesidad de considerar, desde un punto de vista epistemológico, la propia perspectiva de las y los investigadores como observadores, con la finalidad de evitar o al menos ser conscientes de los sesgos patriarcales (androcentristas), étnicos (etnocentristas) o adulto centristas.

En ese sentido es necesario atender ciertas consideraciones:

Nathaly Llenez (2012) advierte que el abordaje convencional sobre la maternidad adolescente se hace desde el discurso hegemónico institucionalizado que ve la adolescencia como un problema, que concibe la maternidad adolescente como un obstáculo en el desarrollo de las personas, sesgando la mirada sobre una realidad en la que solo recientemente se ha diferenciado la adolescencia como etapa de transición en la vida. “Durante varias décadas y en diversos contextos culturales, tener hijos a edades tempranas constituyó un esquema normativo de reproducción”. La autora plantea que el riesgo de universalizar este enfoque es el de invisibilizar factores culturales e históricos específicos que pueden ser clave para entender cada realidad.

Otros estudios, también citados por Llenez, sugieren que el embarazo a temprana edad puede estar relacionado con expectativas de vida determinadas por la condición socio económica y diferentes concepciones de la maternidad.

En muchos lugares las niñas son discriminadas desde el nacimiento, reciben menos cuidado y generan menos expectativas de futuro, esta situación cambia con la maternidad. Para muchas niñas el embarazo cambia su estatus social de niña (nadie) a madre (alguien). A partir de ese momento es visible y es tratada como adulta, en muchos casos también es reconocida por el Estado como parte de los programas de apoyo materno. De manera que si en un contexto, el embarazo a temprana edad puede implicar la ruptura de un proyecto de vida, en otro puede significar el tener un proyecto de vida propio (Llenez 2012). Por su parte, Gómez, Molina y Zamberlin (2010) plantean también para el contexto latinoamericano que:

“Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable es más tolerada social y familiarmente en los estratos de menores recursos. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano, ligado al deseo de tener hijos(as) propios(as) para no seguir cuidando de los(as) hermanos(as) pequeños(as), tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres. Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección o apoyo

económico por parte del hombre. Estas variables podrían explicar parcialmente el fracaso reiterado de los programas destinados a evitar la repitencia de embarazos”, o el segundo embarazo en la adolescencia (Gómez, Molina, Zamberlin, FLASOG, 2010)

4.2.2. EQUIDAD DE GÉNERO Y DESPATRIARCALIZACIÓN

Las mujeres indígenas sufren de discriminación de género y viven en un orden patriarcal, no sólo por influencia de la colonización, sino por los propios mecanismos existentes desde antes de la colonización. Si bien, el hecho colonial habría potenciado la situación patriarcal y de dominación sobre las mujeres, las mujeres indígenas tienen acceso a la tierra y gestionan espacios en paralelo con los hombres, aunque ciertamente no en condiciones de igualdad. Estos hechos hacen, sin embargo, que la situación de las mujeres indígenas sea distinta de la de muchas mujeres no indígenas. Históricamente, la situación de las mujeres indígenas ha venido de más a menos, a diferencia de la situación de las mujeres occidentales que ha venido de menos a más (Paredes, Guzmán, 2014).

Por esta razón, no se puede ver la situación de las mujeres indígenas desde una perspectiva reduccionista, casi exclusivamente desde la inequidad y desigualdades de género. Esta visión es criticada como eurocéntrica y liberal, por la corriente latinoamericana del feminismo comunitario. Las mujeres indígenas sufren doble o triple opresión por racismo, discriminación de género y por ser pobres y esta opresión la comparten con los hombres indígenas. Como visión propia de mujeres indígenas, esta corriente plantea:

“...hablar de género es una denuncia, de las formas cómo se oprime y se discrimina a las mujeres... Pero por sí solo el Género no explica todas las opresiones que viven las mujeres, la relación de género es UNA [sic] de las relaciones que tenemos las mujeres, pero no son todas” (Paredes, Guzmán, 2014).

Proponen la categoría de patriarcado como categoría mayor, pero critican cierta tendencia de reducir otra vez la categoría patriarcado, como la de género, a la opresión de hombres sobre mujeres. El patriarcado, en su concepción, engloba todas las opresiones que sufren hombres y mujeres.

[El patriarcado] “...estaría compuesto de usos, costumbres, tradiciones, normas familiares y hábitos sociales, ideas prejuicios, símbolos, leyes, educación. Define los roles de género y

por mecanismos de la ideología los hace aparecer como naturales y universales. Se ha presentado con diferentes formas en diferentes tiempos y lugares, las mujeres y hombres están expuestos a distintos grados y tipos de opresión patriarcal, algunas comunes a todas y otras no, pero lo que sí afirmamos [a diferencia de otras corrientes feministas] es que las mujeres somos las que vivimos todas las opresiones, más la de ser mujer. [El patriarcado] fue y es la primera estructura de dominación y subordinación de la historia, este funda el sistema de todas las opresiones y aún hoy sigue siendo un sistema básico de dominación, es el más poderoso y duradero de desigualdad, jerarquías, privilegios y muerte” (Ibíd.).

La despatriarcalización, en ese sentido, buscaría restituir la plenitud del goce del vivir bien de las mujeres, lo que significa también restituir el equilibrio y el vivir bien de toda la comunidad que actualmente está desequilibrada por la negación, invisibilización y opresión de su mitad, las mujeres.

4.3. EMBARAZO TEMPRANO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Riesgo obstétrico. Está comprobado que el riesgo de mortalidad materna y mortalidad infantil aumenta notablemente mientras más temprano es el embarazo. Un estudio de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, realizado el 2010, establece que existe:

Mayor riesgo de sufrir del síndrome metabólico por trastorno hipertensivo, preclamsia, que afecta la función placentaria y genera malnutrición fetal. Esta se constituye la principal causa de muertes en embarazadas adolescentes y de bajo peso al nacer de los niños en América Latina.

Mayor riesgo obstétrico de complicaciones en el embarazo y parto, abortos espontáneos, hemorragia en el post parto; estas constituyen la segunda causa de muertes.

Mayor riesgo de anemia y desnutrición, tanto de la madre como del niño, mientras más temprano es el embarazo, debido a la coincidencia entre la alta demanda de nutrientes del cuerpo de la madre que está aún en pleno proceso de desarrollo con la demanda de nutrientes del hijo en el vientre.

Por este motivo la probabilidad de muerte materna es tres veces mayor en embarazos antes de los 18 años (Gómez, Molina, Zamberlin, FLASOG, 2010).

Del mismo modo, el inicio más temprano y sin protección de las relaciones sexuales incrementa en el tiempo la probabilidad para las mujeres de padecer cáncer cérvico uterino, debido a que dos tercios de los casos de esta enfermedad se dan por causa de infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) que se transmite por vía sexual. Una publicación de la Sociedad Americana de Cáncer de 2014 establece que: “Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años, o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después”.

El informe Estado Mundial de las Niñas 2014, de Plan Internacional, establece que las niñas que pertenecen al 20% de la población más pobre de la población mundial, tienen cinco veces más probabilidades de quedar embarazadas antes de los 18 años, que las niñas del 20% de la población más rica (Plan

Internacional, 2014).

En Bolivia, tres de cada diez adolescentes del 20% más pobre están embarazadas, frente a solo una del 20% más rico. Del mismo modo, el 32% de las adolescentes que sólo han cursado primaria están embarazadas, frente al 4% de las que cursan secundaria (ENDSA 2008 tomado de Castro y López, 2014).

Estos datos muestran cómo el embarazo a temprana edad está asociado a la pobreza, y que por la demanda de recursos, tiempo y atención, tiende a reproducir el círculo de la pobreza, y la pobreza intergeneracional (Salinas 2010). La carencia de recursos económicos determina bajos niveles de nutrición en la madre y el niño, el abandono de proyectos de vida con consecuencias a largo plazo o una notable mayor dificultad para concluir estudios, mayor necesidad de acceder a fuentes de empleo y menor oportunidad para hacerlo. A la vez, el niño o niña crece en condiciones de vulnerabilidad, menor oportunidad para satisfacer sus necesidades de alimentación, menos atención, bajo rendimiento escolar.

Las niñas reproducirán a la vez el ciclo, pues la probabilidad de embarazarse a temprana edad, igual que sus madres, será también alta (Secretaría de Salud, México, 2002).

4.4. EL EMBARAZO TEMPRANO COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD CIUDADANA Y DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES

Un factor asociado al embarazo en adolescentes, que lo convierte en un problema de seguridad ciudadana, es la violencia sexual. Castro y López mencionan, en un estudio realizado el 2010 en la ciudad de El Alto, que el 24% de las adolescentes embarazadas mencionaron haber sido víctimas de violación. Diversos estudios coinciden en señalar que la violación puede asumir la forma de abuso deshonesto, coito forzado y, en muchos casos, entre un adulto y una menor de 14 años; el agresor es, casi siempre, alguien allegado a la familia, un miembro de ella o inclusive el propio progenitor. La coerción propiciatoria de la violación es psicológica o engañosa, basada en la inocencia de las niñas y puede ser crónica y prolongarse por largos periodos de tiempo.

Las consecuencias del embarazo temprano por violación tienen una alta frecuencia de embarazos y niños y niñas no deseados, alta mortalidad de niños antes de los cinco años de vida, alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH, alta frecuencia del Síndrome de Trastornos de Stress Post – Traumático y alto riesgo de embarazos repetidos (Issler 2001).

Otra característica de esta problemática es el alto índice de impunidad, ya que en la mayoría de los casos esta violencia sexual no es denunciada, ya que ocurre en medio de amenazas y chantajes emocionales, que por la indefensión de las niñas es muy difícil que se animen a denunciar. Por otra parte, en caso de que se denuncie, en vez de generar el repudio de la sociedad ante estos hechos, muchas veces por la cultura patriarcal, se termina culpando a la niña por la agresión de la que fue víctima, incluso sus mismas madres terminan culpándolas.

En Bolivia el porcentaje de sentencias en casos de violencia sexual no supera el 1% del total de los casos, por lo que se deduce que más del 99% de los casos denunciados queda en absoluta impunidad.

4.5. Factores que influyen para el embarazo en la adolescencia:

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazadas, según son:

- ❖ **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención
- ❖ **Familia disfuncional:** la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.
- ❖ **Bajo nivel educativo.**
- ❖ **Pensamientos mágicos:** propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- ❖ **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- ❖ **Falta o distorsión de la información.**
- ❖ **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- ❖ **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- ❖ **La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos.** (Balboa, 2015)

4.6. Consecuencias del embarazo en la adolescente:

Las principales consecuencias que afronta una adolescente son:

- El abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo limita las oportunidades futuras de buenos empleos y sus posibilidades de realización personal, y le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.
- La relación de pareja de menor duración y más inestable suele significarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

- En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes pueden verse obligadas a buscar una salida fácil y ponen en riesgo su vida (ej., el aborto).
- Riesgo de salud para la adolescente gestante
- Suicidios de las adolescentes embarazada
- Familias disfuncionales
- Alto riesgo obstétrico

4.7. Planificación familiar:

Edad ideal para el embarazo:

Biológicamente la edad ideal para que una mujer tenga su bebe, es antes de que cumpla los 30 años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, generalmente

La mujer a esta edad no presenta enfermedades crónicas y tiene mucha energía.

La fertilidad empieza a disminuir después de los 30 años.

Emocionalmente muchas mujeres en sus 20 años, no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso, y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebe implica. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras razones más hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 30 y hasta los 40 años.

Cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos.

La maternidad iniciada a dichas edades tiende a ir en aumento mundialmente.

4.7.1. Educación sexual

la educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad; que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales, sin temores, angustias o

sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar. (Balboa B. , 2005)

4.8. Medidas Preventivas Para El Embarazo Adolescente

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual, reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de padres. Estas campañas de prevención deben, además, promover entre los y las jóvenes una reflexión sincera e informada, que les permita descubrir sus miedos, sus deseos inconscientes, traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece la información sobre sus consecuencias y riesgos. En segundo lugar, hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgos biológicos, tanto para la madre como para el producto. Como tercer punto, es fundamental el abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biopsicosocial. Se puede decir que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública de origen multifactorial, que como tal amerita una atención especializada de estrategias preventivas, que lo aborden de manera interdisciplinaria e intersectorial. Por lo tanto, al contemplar el grave problema que representa el embarazo adolescente en nuestro país, es fundamental que los responsables de tomar las decisiones promuevan e impulsen políticas públicas de salud, que incluyan el tema de la educación sexual y reproductiva. (Perez, 2012)

4.9. Plan Plurinacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes y Jóvenes:

Embarazo en adolescentes y jóvenes de Bolivia, es uno de los principales problemas que afectan su normal desarrollo y formación. Por esta razón, la implementación del Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (2015 -2020), constituye un importante desafío para el Estado Plurinacional de Bolivia.

La formulación del presente Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y jóvenes (2015 -2020) se inscribe precisamente en ese contexto, ya que se trata de un plan integral, intersectorial y multinivel.

- Integral porque aborda desde asuntos relacionados con los derechos humanos pasando por los derechos sexuales y reproductivos, hasta llegar a temas de ciudadanía y participación.
- Intersectorial porque en los ejes estratégicos plantea trabajar en los ámbitos: económico, social (educación, salud) y políticos (ciudadanía, participación). De ahí que la estrategia de implementación abarque a múltiples actores institucionales y organizaciones sociales de adolescentes y jóvenes.
- Multinivel porque es estrictamente operativo, el Plan se implementará desde el nivel Nacional hasta llegar a los niveles autonómicos subnacionales: Departamentos, Municipios. Hay actos institucionales fundamentales a nivel Nacional que tienen como tarea que cumplir durante los 5 años.
 1. Promover el ejercicio pleno de derechos laborales y productivos.
 2. Mejorar los servicios de salud, educación y justicia
 3. Reducir la violencia.
 4. Promover el ejercicio pleno de derechos sexuales y derechos reproductivos
 5. Conformación de plataforma Nacional de adolescentes y jóvenes para la prevención de embarazos
 - .6. Fortalecer la institucionalidad pública destinada a la atención integral adolescentes y jóvenes. (deportes, 2014)

4.10. Plan Estratégico de Pando en el Embarazo Precoz

La Plataforma Interinstitucional de Apoyo a la Formulación de Políticas Públicas para la Niñez y Adolescencia en Pando, durante las gestiones 2012 –2016 han trabajado en la formulación de la Ley Departamental N° 026 de Promoción del Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia, ha formulado políticas públicas en base a problemáticas plateadas por el sector, y desarrollando investigaciones en torno al embarazo en adolescentes. En respuesta a esos procesos, el Gobierno Autónomo Departamental de Pando a través de la Vice-

gobernación y la Secretaría de Desarrollo Humano, asume la tarea de elaborar el Plan Departamental de Prevención del Embarazo en Adolescentes, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA.

El objetivo del Plan busca contribuir en la reducción del embarazo en adolescentes, favoreciendo el ejercicio de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de acciones de prevención, atención y protección, mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de educación, justicia y salud, promoviendo la participación en espacios de toma de decisiones, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la población adolescente y de la sociedad civil. Para el logro de la meta planteada se delinearon nueve líneas estratégicas las mismas que plantean:

1. Educación Integral de la Sexualidad
2. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes
3. Acceso a la justicia de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual
4. Datos estadísticos sobre embarazo en la adolescencia.
5. Protección y garantía de derechos a adolescentes embarazadas o madres
6. Participación de la niñez y adolescencia
7. Coordinación intersectorial
8. Desarrollo de marcos normativos
9. Sensibilización

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1.Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte transversal y analítico

Área de Estudio: Municipio de Puerto Rico, Departamento de Pando. La cual cuenta con un Centro de Salud que Atiende a toda la población en general.

Universo

El Universo estuvo representado por **35** Mujeres Adolescentes que viven en el municipio de Puerto Rico, departamento de Pando. Que asistieron al Centro de Salud en el periodo del 1° de enero al 1 de agosto de 2021.

Muestra

La muestra estuvo representada por **10** adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud comunitario de Puerto Rico, departamento de Pando.

5.2.Criterios de Inclusión

- Adolescentes en edades de 10 – 19 años
- Adolescentes que asisten al Centro de Salud Puerto Rico
- Adolescentes independientemente del Número de Gestas
- Adolescentes que se encontraran dispuestas a participar en el proceso de la Encuesta

5.3.Criterios de Exclusión

- Mujeres mayores de 20 años
- Adolescentes que NO asistan al Centro de Salud Puerto Rico.
- Adolescentes que NO desearon participar en el proceso de Encuesta

5.4.Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información:

Se procedió a la elaboración y diseño de un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio. Fue revisado posteriormente por el tutor del trabajo.

Se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 01 interno y que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes.

El Instrumento, les fue aplicado en una encuesta a un número de **10** Adolescentes previos a la investigación. Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo.

El Instrumento de Recolección presento una batería de preguntas que serán utilizadas para obtener información sobre datos de las Adolescentes de acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio

El mecanismo utilizado será la encuesta directa a las Adolescentes al momento de visitar al Hospital, dicha información fue completada y organizada a través de la consulta directa a los Expedientes Clínicos de las Adolescentes.

5.5. Procesamiento y Análisis de la Información

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, los datos fueron introducidos, procesados y analizados en Software.

La información obtenida se resumió en las tablas de información, que estarán representadas a través de gráficos.

5.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. Variables relacionadas al objetivo N° 1 a las características socio demográficas de las Adolescente.

1. Edad
2. Estado civil
3. Ocupación
4. Escolaridad

B. Variables relacionadas al Objetivo Especifico N° 2: Evaluar el Conocimiento de las Adolescentes sobre Embarazo Adolescente

1. Has recibido Información sobre Educación Sexual
2. Qué medios utilizaste para conocer sobre Educación Sexual
3. Lugar en que recibiste la información
4. Uso de MAC
5. Tipo de método anticonceptivo utilizado

6. Por cuando tiempo usaste el método anticonceptivo

C. Variables relacionadas al Objetivo N° 3 las Actitudes que muestran la población de estudio en relación al Embarazo Adolescente.

1. Número de Persona que habitan en la casa
2. Con quien viven

D. Variables relacionadas al Objetivo N° 4 conocer las practicas que poseen las Adolescentes.

1. Inicio de vida sexual activa (IVSA)
2. Edad de la pareja sexual
3. Antecedentes de Embarazo adolescentes en mujeres cercanas al entorno
4. Deseo de Embarazarse

5.6.1. CRUCE DE VARIABLES

Edad/Conocimientos

Estado civil/Conocimientos

Ocupación/Conocimientos

Con quien vives/Actitud

Edad/Actitud

Edad/Nivel de Practica

Conocimientos/Nivel de Actitud

Conocimientos/Nivel de Practica

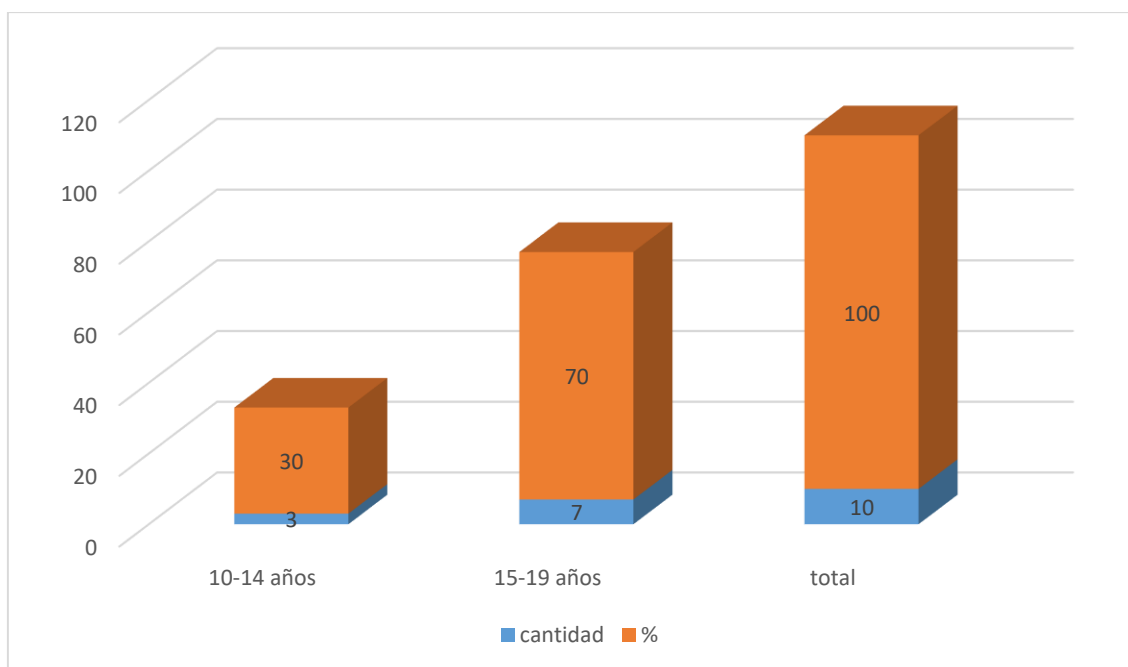
Variables	Conceptos	Indicador
Edad	Número de años de la adolescente desde el nacimiento al momento de la encuesta.	10 – 14
		15 -18
Estado civil	Condición social de la adolescente al momento del estudio, reconocida por la ley	Casada
		Soltera
		Unión estable
Ocupación	Desempeño laboral de la adolescente dentro de la sociedad	Ama de casa
		Estudiante
		Trabajo

		Sin Ocupación
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la adolescente hasta el momento de la encuesta	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa
Número de personas que habitan en la casa	Se refiere a la cantidad de personas que habitan en el domicilio de la adolescente al momento del estudio	Menos de 4 habitantes 5 habitantes Mayor de 6 Habitantes
Familiares con quien vive en este momento	Se refiere al familiar específico con el que habita actualmente la adolescente	Padre Madre Abuelos Esposo/ Compañero
Edad de la pareja o compañero	Edad representada en años de la pareja actual de la adolescente	12 – 14 años 15 – 19 años >19 años
Menarquía	Edad de la adolescente al momento del primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual	9 – 10 años 11 – 14 años >14 años
Inicio de Vida Sexual Activa (I.V.S.A)	Edad en años de la adolescente al momento de su primera relación sexual	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Antecedentes de embarazo adolescente en mujeres cercanas a su entorno	Historia de familiares o personas cercanas que presentaron embarazo en la edad adolescente	Madre Hermana Mejor Amiga Prima
Ha recibido algún tipo de información acerca de educación sexual	Antecedentes de capacitación y/o información sobre educación sexual por parte de la adolescente	So No
A través de qué medio	Todos aquellos elementos que facilitaron el conocimiento de la adolescente acerca educación sexual	Charlas educativas Hogar Talleres Televisión Conferencias Radio

En qué lugar recibiste la información	Sitios educativos o informativos en los cuales se facilitó la información.	Hogar Escuela Instituto
Ha usado algún tipo de método anticonceptivo	Sera el antecedente del uso de algún tipo de anticonceptivo por la adolescente	So No
Tipo de método anticonceptivo utilizado	Se refiere al tipo de método anticonceptivo específico utilizado por la adolescente	Anticonceptivos orales Inyectables Dispositivos intrauterinos (DIU) Condones Métodos naturales Esterilización quirúrgica Implantes subdérmico
Por cuánto tiempo utilizo el método anticonceptivo	Sera el tiempo indicado en meses de uso del método anticonceptivo.	Menos de 1 mes 1 mes 1-6 meses 7 – 12 meses >12 meses
Deseo de embarazo	Se tenía deseo de embarazarse	a)Deseado b)No Deseado

6. RESULTADOS

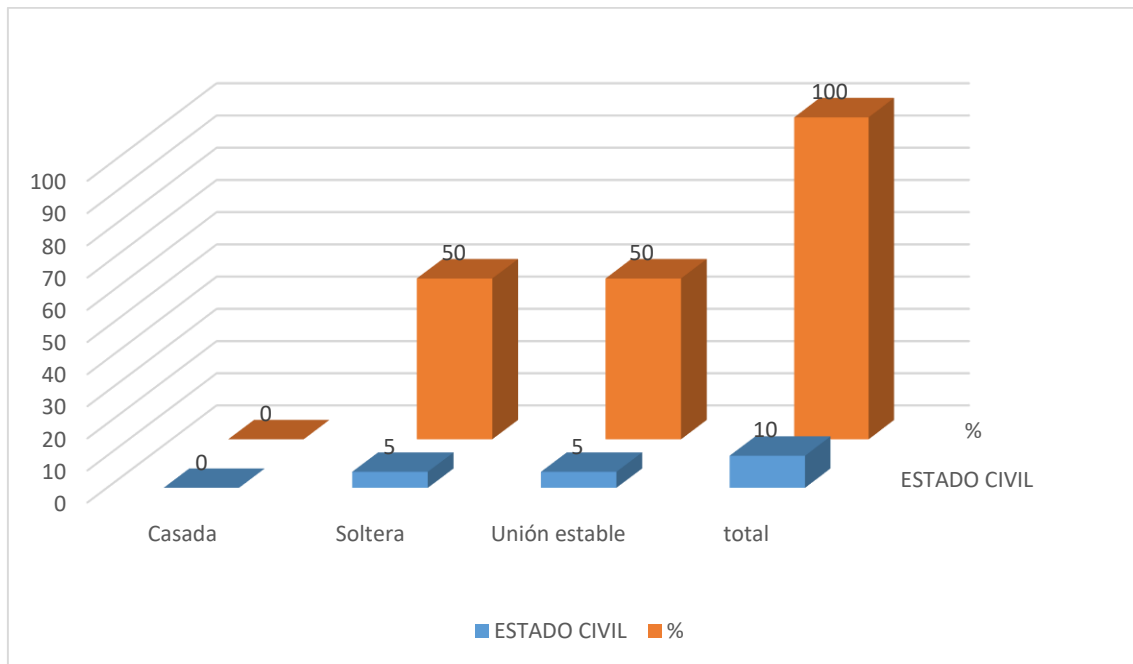
GRAFICO 1 EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO.



INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los resultados respecto a la edad de las embarazadas adolescentes, tenemos que el 70% se encuentran entre los 15 y 19 años de edad, y el 30% tiene entre 10 a 14 años.

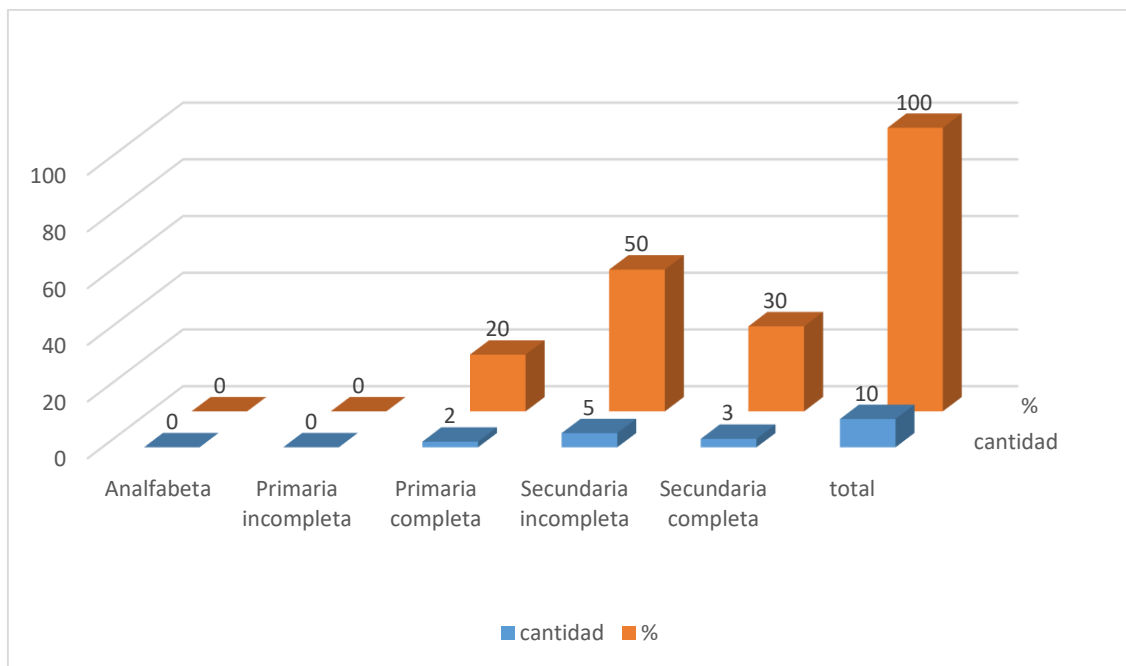
GRAFICO 2 ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO.



INTERPRETACIÓN:

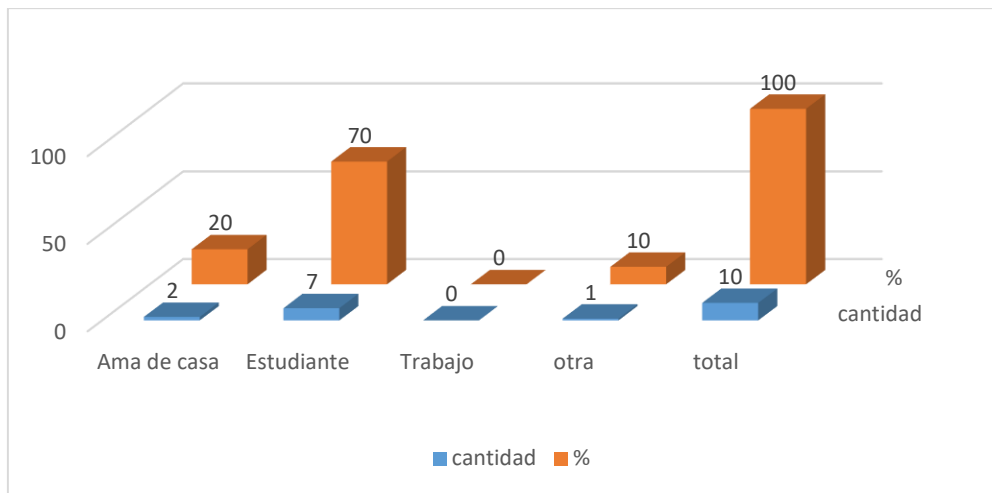
De acuerdo al estado civil, se observa que 50% vive en unión estable, y 50% esta soltera, ninguna de ellas esta casada.

GRAFICO 3 ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO.

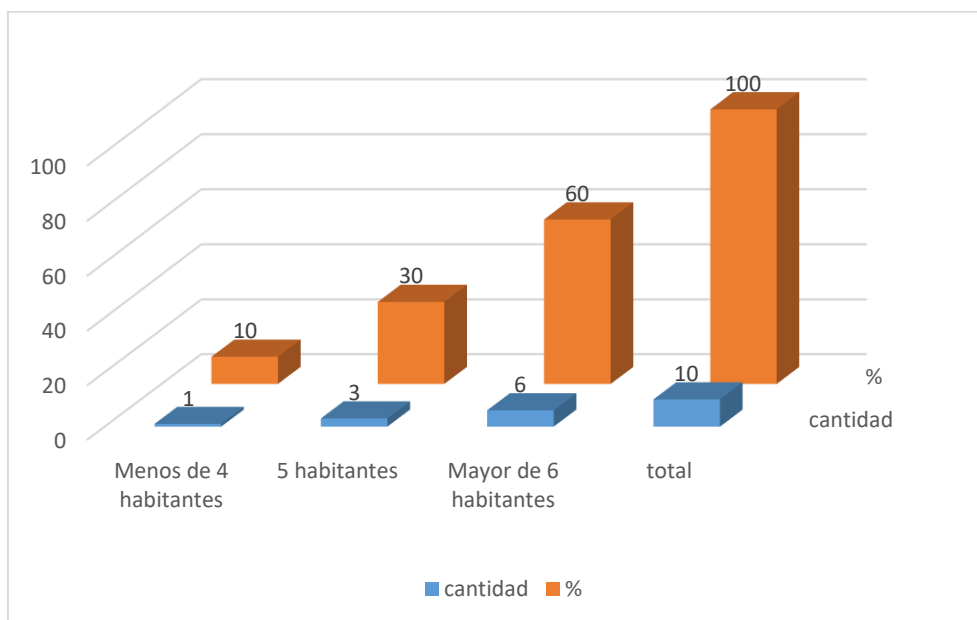


INTERPRETACIÓN:

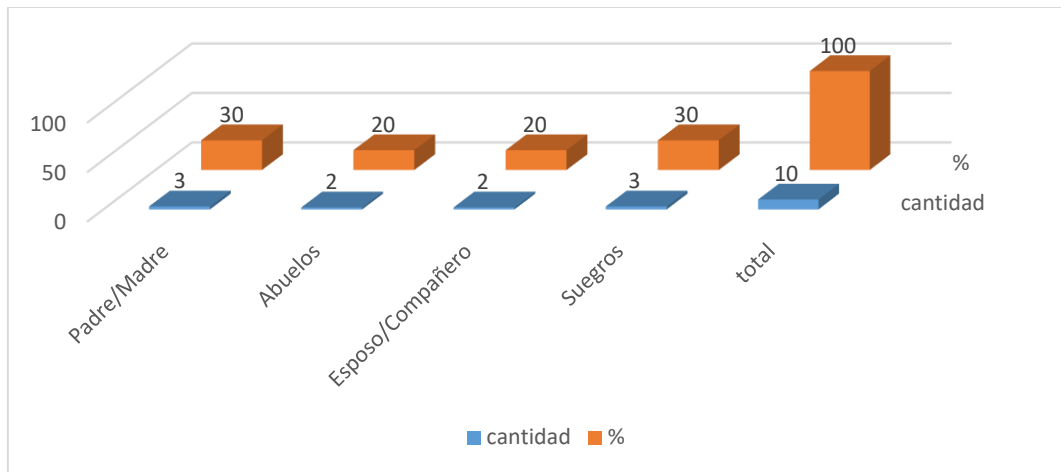
Según los resultados, el 50% estudio o esta en secundaria, 30% completo la secundaria y 20% termino la primaria.

GRAFICO 4 OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES.

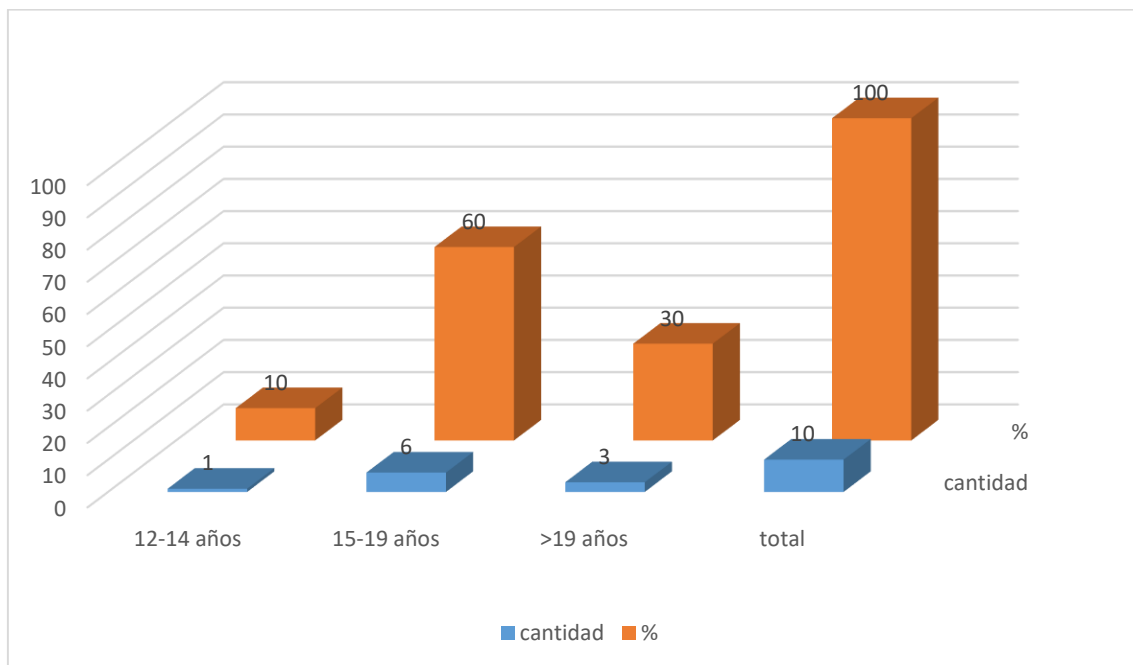
INTERPRETACIÓN: En relación a la ocupación de las entrevistadas, el 70% es estudiante, 20% es ama de casa y 10% refiere otras.

GRAFICO 5 CANTIDAD DE PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR DE LAS ADOLESCENTES.

INTERPRETACIÓN: 60% de las adolescentes refiere que en su hogar hay más de 6 personas, 30% dice que son 5 personas y 10% dice menos de 4 personas.

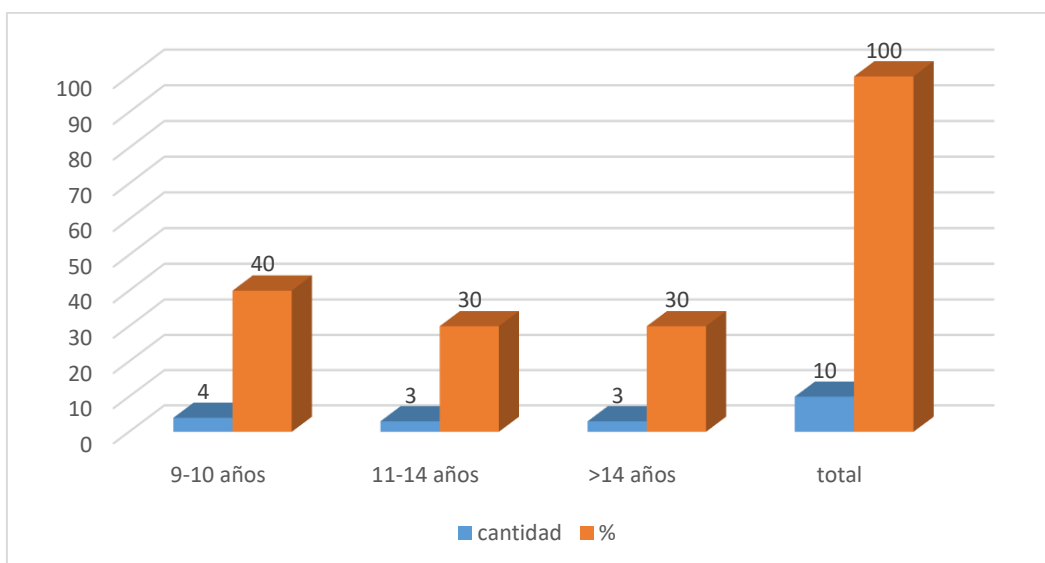
GRAFICO 6 CON QUIÉN VIVEN LAS ADOLESCENTES.

INTERPRETACIÓN: de acuerdo a este grafico, 30% refiere que vive con los suegros, otro 30% dice con sus padres, 20% vive con sus abuelos y 20% solo con su esposo o conviviente.

GRAFICO 7 EDAD REPRESENTADA EN AÑOS DE LA PAREJA ACTUAL DE LAS ADOLESCENTES.

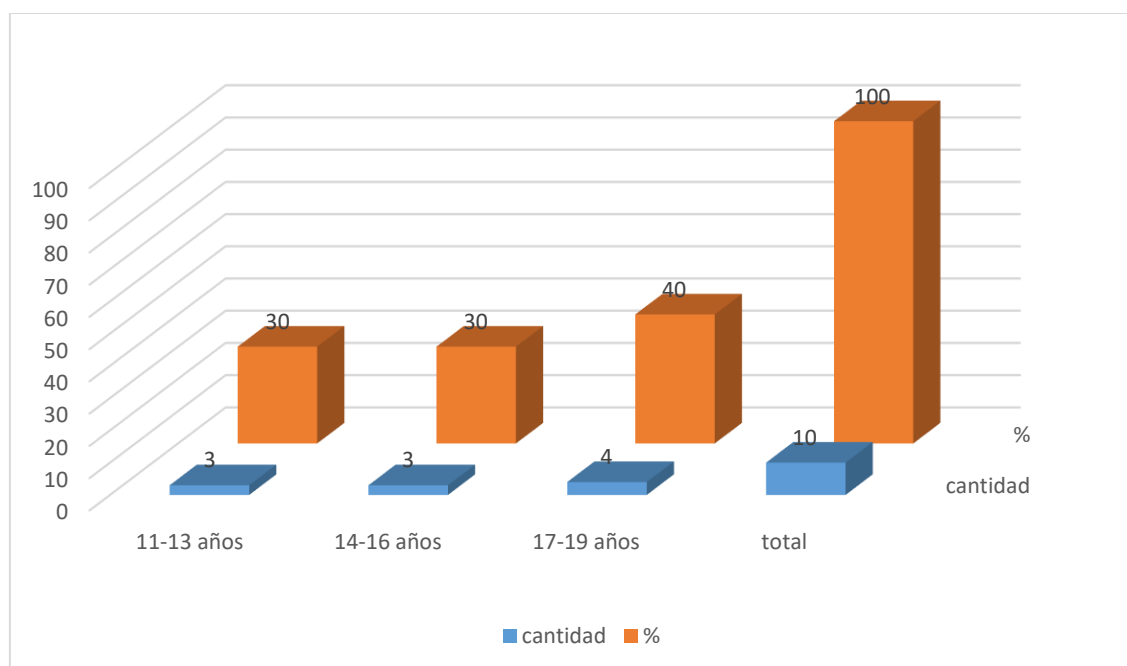
INTERPRETACIÓN: el 60% de las parejas tienen entre 15 y 19 años, 30% mas de 19 y 10% entre 12 y 14 años.

GRAFICO 8 EDAD DE LAS ADOLESCENTES AL MOMENTO DEL PRIMER EPISODIO DE SANGRADO VAGINAL DE ORIGEN MENSTRUAL



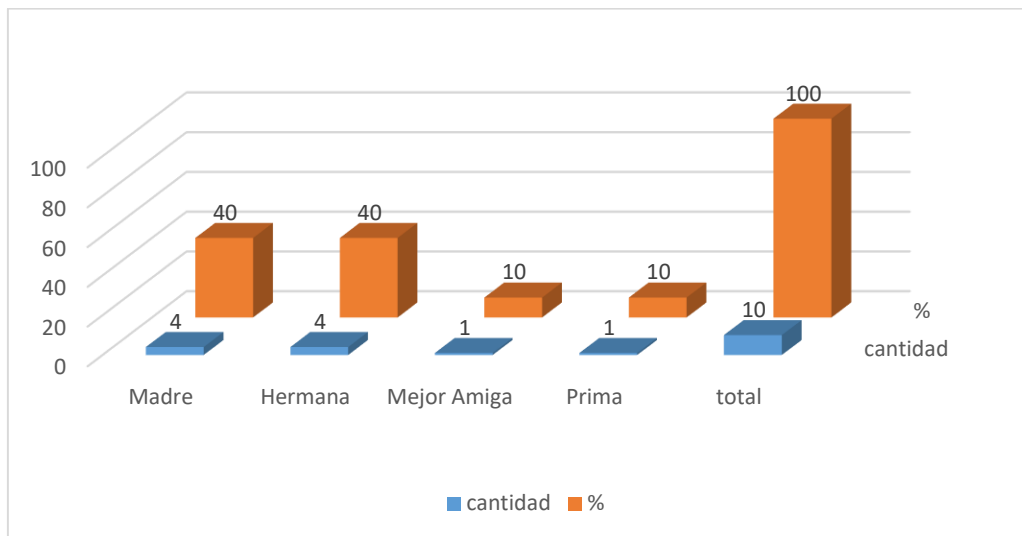
INTERPRETACIÓN: 40% indica que su menstruación fue entre los 9 y 10 años, 30% dice que entre los 11 y 14 años y 20% dice que después de los 14 años.

GRAFICO 9 INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES.



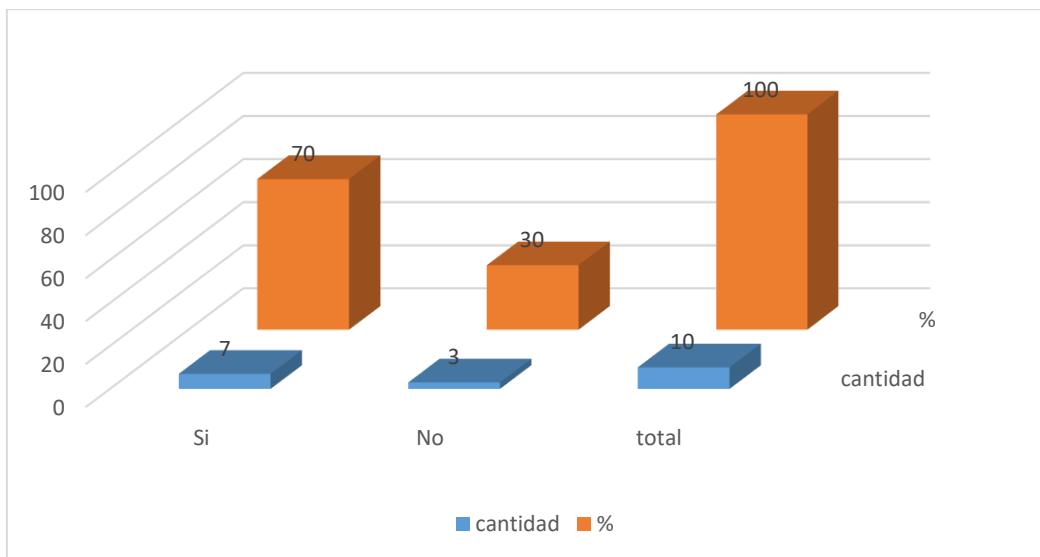
INTERPRETACIÓN: el inicio de la vida sexual en las adolescentes, un 40% dijo que fue entre los 17 y 19 años, 30% dijo a los 14 a 16 años y 30% entre los 11 y 13 años.

GRAFICO 10 HISTORIA DE FAMILIARES O PERSONAS CERCANAS QUE PRESENTARON EMBARAZO EN LA EDAD ADOLESCENTE.



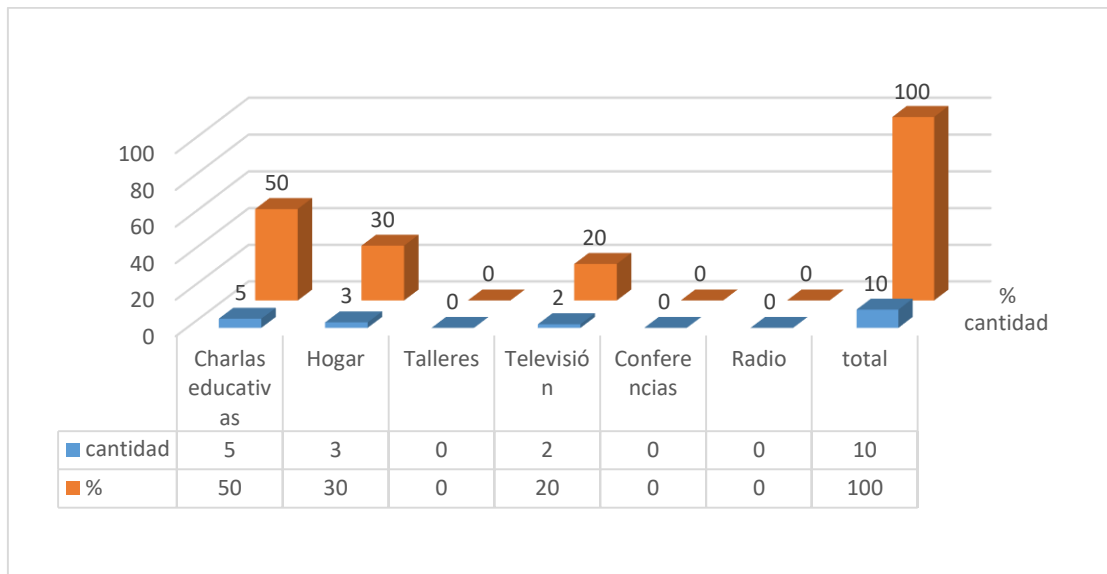
INTERPRETACIÓN: según este gráfico, el 40% dice que su madre se embarazó en la adolescencia, 40% dice que su hermana, 10% dice que su mejor amiga y 10% dice que su prima.

GRAFICO 11 ANTECEDENTES DE CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL



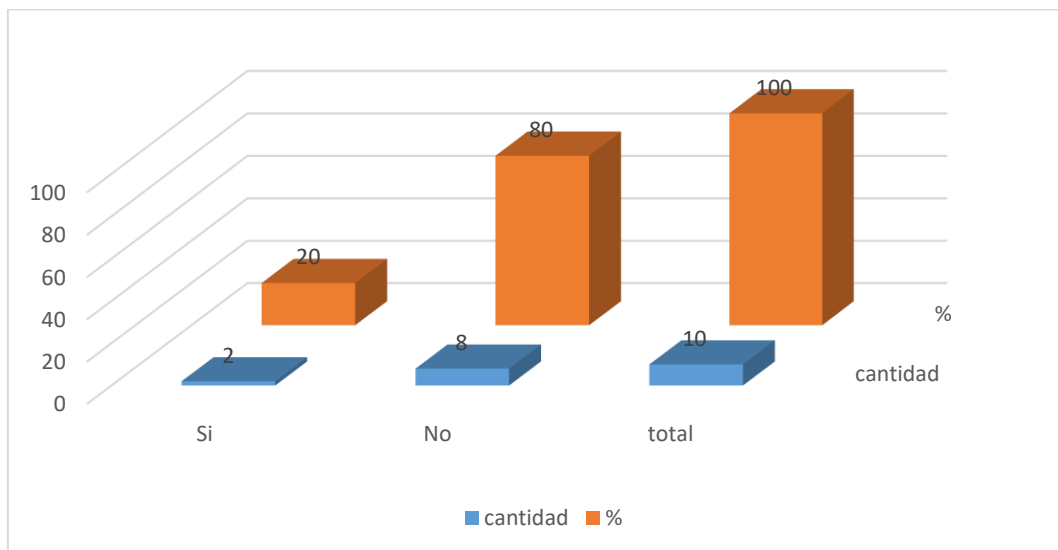
INTERPRETACIÓN: el 70% dice que si recibieron capacitación, y 30% dicen que no

GRAFICO 12 ELEMENTOS QUE FACILITARON EL CONOCIMIENTO



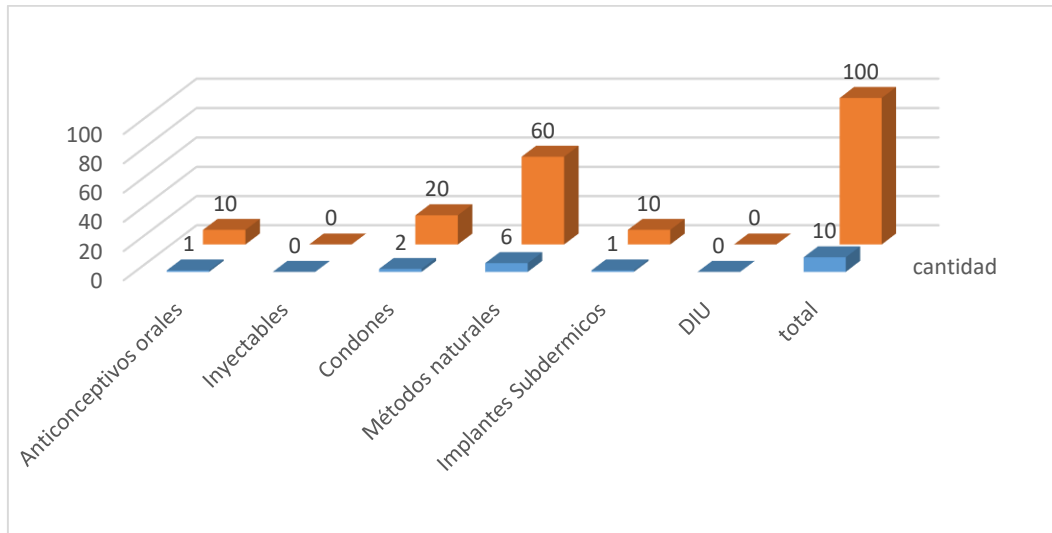
INTERPRETACIÓN: el 50% dice que se capacitaron mas en charlas educativas, 30% dicen que en su hogar, 20% mediante la televisión.

GRAFICO 13 ANTECEDENTES DEL USO DE ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPTIVO



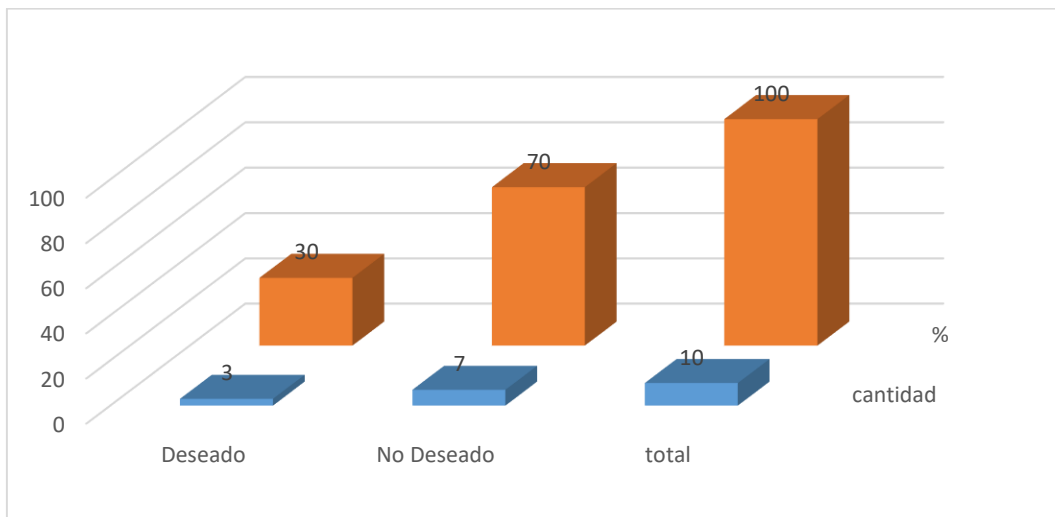
INTERPRETACIÓN: de acuerdo a este grafico, el 80% dice que n ha utilizado ninguno, y solo 20% dice que si utilizo o utiliza.

GRAFICO 14 TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO POR LAS ADOLESCENTES



INTERPRETACIÓN: según las adolescentes el 60% optan mas por los métodos naturales, 20% dicen los condones y 10% anticonceptivos orales o el implante subdermico.

GRAFICO 15 DESEO DE EMBARAZARSE DE LAS ADOLESCENTES



INTERPRETACIÓN: el 70% dice que no planeo embarazarse, el 30% dice que si deseaba estar embarazada.

7. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad la distribución de los adolescentes prevalecieron los adolescentes de 15 a 19 años

Un factor muy importante lo representó el nivel de escolaridad de las Adolescentes sujetas de estudio, sabían leer y escribir 100% de las adolescentes se ubicaban en estudios.

Estos datos juegan una gran importancia al momento de evaluar el Conocimiento acerca del uso y manejo de los métodos anticonceptivos, además asociado al hecho de que el grupo de estudio indicaron haber recibido algún tipo de información sobre los Métodos Anticonceptivos, Y en su mayoría de refirieron haberlo obtenido de diversas fuentes de manera simultánea.

Actualmente los adolescentes tienen de forma directa o indirecta el acceso a un gran abanico de Medios de Información, para obtener información sobre Salud Sexual y Reproductiva, y más aún acerca del uso de Métodos Anticonceptivos, esto puede deberse a que en los últimos años ha habido un aumento en el suministro de información por parte del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y ONG.

Un dato importante es el hecho que las Adolescentes tienen su Menarquía en edades cada vez menores, y esto se repite constantemente en los países pobres. Los datos del presente estudio indican que 3 de las jóvenes tuvieron su Menarquía entre los 9 - 10 años.

Al evaluar el Inicio de vida sexual activa en el grupo se indica que a la edad de 11 - 13 años un total de 3 ya ha tenido relaciones sexuales.

Qué indica esto? que el período entre el inicio de la capacidad de fertilidad de la mujer y el hecho de su inicio en la sexualidad ocurre dentro de un periodo entre los 14 y 16 años y que empezaron sus prácticas sexuales muy tempranas.

La falta de una Educación Sexual objetiva y el efecto de la presión social por ser reconocidas lleva a las jóvenes a la toma de decisiones equivocadas. Los datos obtenidos

indican que fue una constante el hecho de una mala práctica, teniendo como base principal una falta de orientación, y una educación sexual con una base deficiente.

Las actividades que demuestran una mala práctica fueron identificadas en la mitad del grupo de estudio. Esto nos debe llamar a la reflexión por el hecho de que de alguna manera la participación familiar juega un importante rol en el proceso de la educación sexual del adolescente y que no debe ser solamente un fenómeno pasivo, sino que se debe de hacer un seguimiento estrecho para evitar más complicaciones en la vida de los adolescentes.

También es importante resaltar la pobre participación que tiene la familia sobre la educación sexual en estos adolescentes, donde debería ser la fuente inicial sobre el conocimiento de este tema tan importante en la adolescencia permitiendo que los hijos pregunten sin ningún temor a ser juzgados o crezcan con la información incorrecta que los lleve a las consecuencias de la falta de una vida saludable.

Durante la evaluación del Tipo de Métodos Anticonceptivos utilizados por los adolescentes, fue llamativo que existía una preferencia llamativa sobre los métodos naturales, aquí pudo ser influencia de varios factores por un lado el hecho de mantener la privacidad de la información hacia la familia, el otro factor puede deberse a un conocimiento deficiente sobre los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos.

Las adolescentes deben mejorar la conciencia de la importancia acerca del uso de los métodos anticonceptivos para el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva óptima, en donde el núcleo familiar adquiere un rol importante.

Recordemos que durante la Adolescencia los jóvenes actúan de manera irresponsable por el simple hecho de considerarse superiores, que los hace actuar de forma irresponsable al momento de desarrollar una salud sexual y reproductiva. Además que durante esta etapa de desarrollo humano por su propia naturaleza los jóvenes presentan una actitud retardada ante el sistema social que los rodea.

Al analizar el nivel de escolaridad con las prácticas de las adolescentes fue llamativo observar que conforme el nivel de escolaridad era menor la mala práctica de las jóvenes era mucho mayor. Cuando el nivel de enseñanza se ubicaba en niveles superiores

académicos el comportamiento de la mala práctica disminuyó lo que nos indica que existió una relación directa entre el nivel de escolaridad presente en las adolescentes con respecto a la aparición de una mala práctica.

A nivel general en el país el nivel de pobreza ha sido un factor importante para condicionar el embarazo en adolescentes, ya que la pobreza está estrechamente relacionada con el hacinamiento en los hogares, y las Adolescentes ven el embarazo como una salida de esa vida.

8. CONCLUSIONES

- Las principales características socio demográficas de las Adolescentes Entrevistadas fueron: la mayor parte eran de 15-19 años, en su mayor parte acompañadas con su pareja. Habían alcanzado el nivel educativo de Secundaria, siendo Estudiante.
- La Mayoría vivía con sus Padres/Madres y suegros. En su mayor las jóvenes Adolescentes señalaron tener antecedentes de Embarazo Adolescente en la familia, en su mayoría la casa de habitación de la Adolescente vivían más de 6 personas.
- La mayoría de las Jóvenes tuvieron su Menarquía entre los 11-14 años, el Inicio de Vida Sexual predominó entre los 17-19 años, con un compañero sexual. La mayoría había recibido información de Educación Sexual.
- El método Anticonceptivo más utilizado fueron los métodos naturales (6) y los condones (2).
- Las principales fuentes de información de las jóvenes adolescentes fueron las Charlas educativas y el hogar. E que mayoría de las adolescentes no tenía deseo de embarazarse.
- El nivel de Conocimiento fue Bueno de las Adolescentes
- El Nivel de Actitud fue favorable de las jóvenes entrevistadas
- El Nivel de Práctica fue mala en su mayoría de los casos.

8.1.RECOMENDACIONES

Al Ministerio de salud:

- Facilitar el acceso a material informativo acerca del Embarazo Adolescente y otros temas de sexualidad para que los jóvenes tengan un conocimiento veraz y objetivo que permita erradicar ciertos mitos o creencias en cuanto a las temáticas relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes.
- Realizar esfuerzos a través de las autoridades Sanitarias, para establecer alianzas directas con las diferentes Instituciones, como el Ministerio de la Familia, Ministerio de Educación, Organizaciones Religiosas, Sociedad Civil, que fortalezcan, planifiquen, diseñen e implementen estrategias que favorezcan la prevención del Embarazo en las Adolescentes.
- Fortalecer las redes comunitarias, lo cual desarrollará un mejor seguimiento acerca del uso responsable de Métodos Anticonceptivos, manteniendo en todo momento un rol de facilitadores, sobre todo en el área rural.
- Mejorar la red de servicios, fortaleciendo actividades para impulsar los programas especializados para la atención de los y las adolescentes, con un enfoque preventivo, sobre todo en zonas de difícil acceso.
- Impulsar jornadas educativas en los diferentes municipios para elevar el nivel de comprensión de las jóvenes y sus familiares en el proceso del desarrollo que implica la fase de la Adolescencia

Al Ministerio de educación:

- Incluir en los planes educativos temas de salud sexual y reproductiva y de prevención del Métodos Anticonceptivos y Embarazo Adolescente
- Capacitar de forma periódica a los maestros para que puedan dar respuestas a las inquietudes y necesidades de los y las adolescentes en general sobre la temática de Salud Sexual y Reproductiva.
- Destinar fondos para aumentar la cantidad de medios didácticos que se utilizaran en campañas, foros, que favorezcan a la comprensión y aprendizaje de los adolescentes.

9. BIBLIOGRAFIA

- AMAYA SILVA DJ. (1996). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES*. LEON, MEXICO: UNAM.
- Andres/OMS, U. M. (2014). *Embarazo en Adolescentes*. La Paz.
- Balboa. (2015). *sexualidad de la adolescencia*. Lima,Peru.
- Balboa, B. (2005). *Conocimientos y actitudes de sexualidad en la adolescencia*. Barcelona.
- Bolivia, M. d. (2013). *Guia Nacional Para la Atencion Integral de adolescentes*. La Paz.
- DEPORTES, M. D. (1999). *LEY 2026, CODIGO DE NIÑO, NIÑA ADOLESCENTE*. LA PAZ: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.
- deportes, m. d. (2014). *Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana*. La Paz,Bolivia.
- ELVIA VARGAS TRUJILLO, J. H. (2007). TOMA DE DECISIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN LA ADOLESCENCIA. *Acta Colombiana de Psicología Vol 10, Num 1*.
- ENT, I. .. (2012). *protocolos clinicos de actuacion en ENT en adolescentes*. Argentina.
- Matilde Maddaleno, M. M., Paola Morello, M. M., & Francisca Infante-Espínola, E. M. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública Méx vol.45 supl.1 Cuernavaca ene. 2003*.
- Perez, J. (2012). *definicion de embarazo*. Lima,Peru.
- UNFPA. (2013). *Prevencion de Embarazo en Adolescentes*. La Paz: UNFPA.

1. ANEXOS



ANIVERSARIO DE PANDO

CAMPEONATO DE FUTSAL EN LA ESCUELA





CONSULTA EN CENTRO DE SALUD PUERTO RICO CON DR TUBE



ANIVERSARIO DE PANDO CENTRO DE SALUD PUERTO RICO



INTERNOS EN CENTRO DE SALUD PUERTO RICO





ATENCION DE PARTO EN CENTRO DE SALUD PUERTO RICO



EQUIPO DE ATENCION DE PARTO EN CENTRO DE SALUD PUERTO RICO



TORNEO DE BOXEO EN MUNICIPIO DE PUERTO RICO



INTERNOS EN TORNEO DE BOXEO EN PUERTO RICO



VACUNACION EN PLAZA EN MUNICIPIO DE PUERTO RICO COVID-19



VACUNACION PARA COVID-19 EN ESCUELA EN PUERTO RICO



FERIA DE LACTANCIA MATERNA EN PLAZA EN MUNICIPIO DE PUERTO RICO



FERIA DE LACTANCIA MATERNA EN PLAZA EN MUNICIPIO DE PUERTO RICO



CAMPEONATO DE FUTSAL DE NIÑOS EN PUERTO RICO(PRIMERO SOCORROS

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MUNICIPIO DE PUERTO RICO 2021

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de Realización: _____ N° de encuesta _____

Variables	Conceptos	Indicador
Edad	Número de años de la adolescente desde el nacimiento al momento de la encuesta.	a)10 – 14 b)15 -19
Estado civil	Condición social de la adolescente al momento del estudio, reconocida por la ley	a)Casada b)Soltera c)Unión estable(Concubina)
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la adolescente hasta el momento de la encuesta	a)Analfabeta b)Primaria incompleta c)Primaria completa d)Secundaria incompleta e)Secundaria completa
Ocupación	Desempeño laboral de la adolescente dentro de la sociedad	a)Ama de casa b)Estudiante c)Trabajo d) Otra
Número de personas que habitan en la casa	Se refiere a la cantidad de personas que habitan en el domicilio de la adolescente al momento del estudio	a)Menos de 4 habitantes b)5 habitantes c)Mayor de 6 Habitantes
Familiares con quien vive en este momento	Se refiere al familiar específico con el que habita actualmente la adolescente	a)Padre b)Madre c)Abuelos d)Esposo/ Compañero e)Suegros
Edad de la pareja o compañero	Edad representada en años de la pareja actual de la adolescente	a)12 – 14 años b)15 – 19 años c)>19 años
Menarquía	Edad de la adolescente al momento del primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual	a)9 – 10 años b)11 – 14 años c)>14 años
Inicio de Vida Sexual Activa (I.V.S.A)	Edad en años de la adolescente al momento de su primera relación sexual	a)11 – 13 años b)14 – 16 años c)17 – 19 años
Antecedentes de embarazo adolescente en mujeres cercanas a su entorno	Historia de familiares o personas cercanas que presentaron embarazo en la edad adolescente	a)Madre b)Hermana c)Mejor Amiga d)Prima
Ha recibido algún tipo de información acerca de educación sexual	Antecedentes de capacitación y/o información sobre educación sexual por parte de la adolescente	a)Si b)No
A través de qué medio	Todos aquellos elementos que facilitaron el conocimiento de la adolescente acerca educación sexual	a)Charlas educativas b)Hogar c)Talleres d)Televisión e)Conferencias f)Radio

Ha usado algún tipo de método anticonceptivo	Sera el antecedente del uso de algún tipo de anticonceptivo por la adolescente	a)Si b)No
Tipo de método anticonceptivo utilizado	Se refiere al tipo de método anticonceptivo específico utilizado por la adolescente	a)Anticonceptivos orales b)Inyectables Dispositivos intrauterinos (DIU) c)Condomes d)Métodos naturales e)Esterilización quirúrgica f)Implantes subdérmico
Deseo de embarazo	Se tenía deseo de embarazarse	a)Deseado b)No Deseado

GRACIAS POR SU COLABORACION