



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“GOBIERNO Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA”**

**“PRINCIPALES FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
RAFAEL PABON, ORURO 2009”**

**Tesis presentada para
obtener el Grado Académico
de Magister en “Gobierno y
Gestión en Salud Pública”**

MAESTRANTE: RUTH MIRIAM MARTINEZ LEYTON

ORURO – BOLIVIA

2009



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“GOBIERNO Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA”**

**“PRINCIPALES FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
RAFAEL PABON, ORURO 2009”**

**Tesis presentada para
obtener el Grado Académico
de Magister en “Gobierno y
Gestión en Salud Pública”**

MAESTRANTE: RUTH MIRIAM MARTINEZ LEYTON

TUTOR: DR. RUBÉN COLQUE MOLLO

ORURO – BOLIVIA

2009

DEDICATORIA

Agradecer primero a Dios como supremo creador del Universo y por ende de la vida dándome la opción de servir.

A mis padres autores de mi existencia, por creer en mí y enseñarme el valor de la perseverancia, trabajo, sacrificio, dignidad y sobre todo del amor.

A mis hijos fuente de vida que me impulsan a alcanzar metas, para que les sirva como una huella a seguir

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad “Andina Simón Bolívar” y a los docentes de la maestría por las enseñanzas y reflexiones realizadas durante mi formación que fueron útiles para la generación de este trabajo.

A mi tutor Dr. Rubén Colque por su paciencia e inculcarme el valor de trabajo y perseverancia para la realización de la presente investigación.

Al Centro de Salud Rafael Pabón mi eterno agradecimiento porque fueron fuente de inspiración e impulso en la realización de esta investigación.

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo**, determinar los principales factores que predisponen al embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, que acudieron al Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro - Bolivia en la gestión 2009.

La **metodología** aplicada fue un tipo de estudio no experimental, descriptivo y trasversal, con un enfoque cualitativo y cuantitativo. El método para la recolección de datos aplicó una entrevista semiestructurada, los datos se procesaron aplicando la estadística descriptiva y para profundizar los resultados se aplicó el método análisis – síntesis. Y los sujetos de estudio fueron las adolescentes de 15 a 19 años, embarazadas y las adolescentes que tienen niños que asistieron al centro de salud en la gestión 2009 que son 509, de los cuales se tomó una muestra de 80 adolescentes y a las mismas se eligieron aplicando el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los **resultados** alcanzados demuestran que la falta de educación sexual y los aspectos socioeconómicos son los principales factores que influyen para que las adolescentes se embaracen. En **conclusión** se acepta la hipótesis donde los factores para que las adolescentes se embaracen son la educación sexual inadecuada y una situación socioeconómica deprimida de las adolescentes y familias. Y se **recomienda** generar estrategias para un trabajo con equipos multidisciplinarios para influir en las causas del embarazo en adolescentes y además mejorar la situación social de las adolescentes madres.

Palabras claves.- Embarazo en adolescentes, causas del embarazo, educación sexual y aspectos socioeconómicos.

SUMMARY

The objective of the research was to determine the main factors predisposing to pregnancy in adolescents aged 15 to 19 years old, who attended the Rafael Pabón Health Center in the city of Oruro - Bolivia in 2009.

The applied **methodology** was a type of non-experimental, descriptive and cross-sectional study, with a qualitative and quantitative approach. The method for the data collection applied a semi - structured interview, the data were processed applying the descriptive statistics and to deepen the results the analysis - synthesis method was applied. And the study subjects were adolescents from 15 to 19 years old, pregnant women and adolescents who have children who attended the health center in the 2009 administration which are 509, of which a sample of 80 adolescents was taken and they were chosen applying the type of non-probabilistic sampling for convenience.

The **results** obtained show that the lack of sexual education and socioeconomic aspects are the main factors that influence adolescents to become pregnant. In **conclusion**, the hypothesis is accepted where the factors for teenage girls to become pregnant are inadequate sexual education and a depressed socioeconomic situation of adolescents and families. And it is **recommended** to generate strategies for a work with multidisciplinary teams to influence the causes of pregnancy in adolescents and also improve the social situation of adolescent mothers.

Keywords.- Pregnancy in adolescents, causes of pregnancy, sexual education and socioeconomic aspects.

INDICE

1.1. Antecedentes del tema de investigación.....	1
b) Definición o formulación del problema.....	7
1.1.2. Justificación y Uso de los resultados	7
1.1.3. Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL	10
2.1. Marco teórico	10
Adolescencia	10
Etapas de la Adolescencia.....	10
Sexualidad en la adolescencia.....	14
Secuencia de los estadios de la maduración sexual	16
Conducta sexual en la adolescencia	17
Embarazo en la adolescencia	18
Incidencia y razones del embarazo en la adolescencia	19
Factores que intervienen en los embarazos no deseados en adolescentes	21
Factores predisponentes del embarazo.....	23
Consecuencias del embarazo en la adolescencia	27
Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes	29
La adolescencia de las adolescentes embarazadas	31
Fenomenología del embarazo en la adolescencia	31
Actitud frente al embarazo	32
El comienzo de la maternidad en la adolescencia.....	33
Características de la adolescente que difieren de la mujer adulta	35
Dificultad para el vínculo con el hijo.....	35
Prevención del embarazo en adolescentes	36

Los riesgos del embarazo en adolescentes	36
Prevención.....	37
2.2. Formulación de la hipótesis.....	42
2.3. Marco contextual.....	42
3. DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación.....	44
3.2. Población y muestra	45
3.3. Variables de estudio	46
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.	53
3.6. (Plan de) Procesamiento y análisis de los datos.....	54
3.7. Delimitación de la investigación	54
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	56
ANEXOS.....	77
ANEXO 1. GUIA DE ENTREVISTA.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	83

RESULTADOS

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	56
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009..	56
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	57
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN SEGÚN RAZÓN POR LA QUE DEJO DE ESTUDIAR GESTIÓN 2009.....	58
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN DESEO DE SEGUIR ESTUDIANDO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	59
GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	59
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	60
GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	61
GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	61
GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE TRABAJO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	62

GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA EN EL TRABAJO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	62
GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SALARIO QUE RECIBE EN EL TRABAJO LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	63
GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE TRABAJO ANTES DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	63
GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	64
GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL INICIO DE SUS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	64
GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	65
GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	65
GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	66
GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	67
GRÁFICO 20. DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO AL EMBARAZADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	67

GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUE LLEVA A TENER RELACIONES SEXUALES A LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	68
GRÁFICO 22. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SENTIMIENTOS DESPUÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	68
GRÁFICO 23. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OBLIGACIÓN POR LA PAREJA PARA TENER RELACIONES SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES QUE SISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	69
GRÁFICO 24. PERCEPCIÓN DE QUE LAS RELACIONES SEXUALES AUMENTAN EL AMOR EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	70
GRÁFICO 25. PERCEPCIÓN SOBRE QUE EL AMOR SE DEMUESTRA TENIENDO RELACIONES SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	70
GRÁFICO 26. DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PAREJAS DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	71
GRÁFICO 27. PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE SI LAS RELACIONES SEXUALES LES HACE SENTIR QUERIDAS	71
GRÁFICO 28. PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE SI TIENEN RELACIONES SEXUALES POR SATISFACERSE O HACER SENTIR BIEN A SU PAREJA.....	72
GRÁFICO 29. PERCEPCIÓN EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE LA INDEPENDENCIA AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	72

GRÁFICO 30. PERCEPCIÓN SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	73
GRÁFICO 31. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	74
GRÁFICO 32. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.....	75
GRÁFICO 33. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y NUMERO DE VECES DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.	75

1. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes del tema de investigación

Contexto nacional

De acuerdo a la ENDSA en el año 1998, en Bolivia la fecundidad de las adolescentes entre 15 a 19 años (madres y/o embarazadas por primera vez) alcanza en promedio nacional a 14%, siendo este porcentaje mayor en adolescentes sin instrucción (52%) y en adolescentes del área rural¹.

Por departamentos, 28,1% en Beni y Pando; 18,5% en Tarija; 16,9% en Cochabamba y 16% en Santa Cruz. La mayoría de las niñas crecen con poca o ninguna educación sexual. Se estima que el 69% de los abortos se dan en mujeres de 14 a 19 años.

Muchos de estos embarazos no son deseados y terminan en abortos ilegales realizados en condiciones riesgosas. Diferentes estudios demuestran que las adolescentes embarazadas carecen de información y educación sexual y no tienen acceso a servicios de salud reproductiva; así mismo, que acarrear serias secuelas personales, familiares y sociales².

De acuerdo al Diario de circulación Nacional “La Prensa”, el 60% de las adolescentes con hijo no planificó su maternidad.

Seis de cada diez adolescentes, entre 12 y 20 años, embarazadas no planificaron su maternidad. Ése es un uno de los indicadores con los que el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Organización No Gubernamental Phatnfinder. Así mismo, 2 mujeres mueren por día en Bolivia a causa de un embarazo. Por otra parte, el 16% de las adolescentes en Bolivia son madres o están embarazadas, según los resultados de un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística (INE)³.

¹ Heredia Copa Virginia. “Embarazo en la adolescencia”. Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000. 13.

² Rivera R Gabriela; Arango Clara. “Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes”. Documentación de Phatnfinder, cuaderno de trabajo N° 3. México (1995).

³ Sociedad. “Madres embarazadas en la Adolescencia”. Revista Sociedad (Bolivia). 19-7 (2008). 1-3. ⁴ Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud. “Actividad Sexual en la Adolescencia”. El Diario. 17-9 (2005). La Paz – Bolivia. s pag.

En una encuesta nacional de demografía y salud realizada por estas instituciones se preguntó a las mujeres adolescentes aspectos relacionados a su salud y si han tenido un embarazo, han tenido un niño o están actualmente embarazadas, contestando el 16% de forma afirmativa.

“Existen en Bolivia 2,2 millones de adolescentes mujeres, se estima que 520.000 muchachas de entre 15 a 19 años de edad, que viven en el país, algo más de 80.000 ya son madres o se encuentran embarazadas”...

Este informe afirma que en área urbana se registra un promedio de 68 hijos por cada 1000 mujeres adolescentes, en las áreas rurales del país este promedio llega a 128 estos casos se asocian a la incidencia de la pobreza, el menor acceso a servicios, menores niveles educativos y razones culturales.

Otro factor que interviene en el accionar de los/as adolescentes es el aspecto cultural donde las mujeres inician a muy temprana edad su vida sexual, a la fecha que no se ha modificado en el país.

Las consecuencias que se tienen por todo lo considerado son en el aspecto de la salud, ya que las adolescentes embarazadas no cuentan con un organismo preparado para recibir un embarazo que pone en riesgo la vida de las mujeres y el producto de su embarazo.

Otra consecuencia es en el campo social, porque abandonan su educación por la presión social y en muchos casos no logran profesionalizarse e incursionan temprano en el ámbito laboral y fomentan el círculo de pobreza en las familias.

Así mismo, de Acuerdo al Centro de Noticias de la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud en Bolivia, los adolescentes inician actividad sexual entre los 14 a 16 años⁴.

Un estudio cualitativo y cuantitativo en los municipios de La Paz, El Alto y Santa Cruz, establece que el inicio de la actividad sexual en los adolescentes se da entre los 14 y 16 años de edad, es decir, cada vez en edades más tempranas. Según la investigación, el 57% de los adolescentes, que constituyen el 20% de la población boliviana, tiene más temprano que en el pasado relaciones sexuales. Otro dato es que más del 20% de todos los

embarazos corresponde a menores de 19 años, de los cuales el 60% son no deseados o forzados.

La falta de información y educación acerca de los métodos de prevención, es la causa mayor de los embarazos entre la población adolescente.

En el inicio de la vida sexual el 56,4% de los adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años de edad declara no haber tenido aún relaciones sexuales, por lo tanto, el restante 43,6%, al menos una vez. Mientras el 64% de las mujeres dice que no ha tenido relaciones sexuales, más de la mitad de los hombres, el 51,7% señala que sí ya las tuvo⁴.

El 85,4% de los adolescentes (13 a 18 años de edad), no ha tenido relaciones sexuales, el 72,9% de los jóvenes (19 a 24 años de edad), inició su vida sexual reflejando el hecho de que las personas a partir de sus 19 años de edad, y quizás, uno o dos años antes, inicia un proceso de grandes cambios en su vida, ya que concluye su educación escolar, inicia en algunos casos sus estudios superiores, se inserta al mercado laboral, inicia su vida sexual, se independiza y forma su propia familia, etc.

Entre el 60% y más de los adolescentes y jóvenes de esas edades de los municipios de Punata, Oruro, El Alto, La Paz y Colcapirhua, aún no tuvo relaciones sexuales, entre el 53 y 58% de los de Challapata, Padilla, Sucre y Cochabamba tampoco iniciaron su vida sexual, en tanto que más del 50% de éstos, en los municipios de Santa Cruz de la Sierra y Warnes, señalan haber tenido, al menos en una oportunidad relaciones sexuales.

Contexto departamental

Si bien la ciudad de Oruro se constituye en una de las tasas más bajas de embarazos no deseados en mujeres adolescentes, estos últimos años la tasa ha ido incrementando notablemente, aunque aun así en menor relación de las otras ciudades del País, sobretodo de los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando. En una revisión realizada de las historias clínicas de atención a los y las adolescentes del Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro, en el año 2009 se atendieron a 509 mujeres comprendidas entre 15

⁴ Cuba Oré Víctor. Encuesta de Juventudes en Bolivia. "Cifras de las nuevas generaciones para el nuevo siglo". Bolivia. 139.

a 19 años de edad, de las cuales 80 de ellas (15.71%) se encuentran embarazadas o ya han tenido un hijo, la mayoría embarazos no deseados.

Revisados además datos estadísticos de la gestión 2009 se tiene lo siguiente:

**DATOS ATENCION MUJERES ADOLESCENTES CENTRO SALUD RAFAEL
PABON GESTION 2009**

EDAD	NUEVOS		REPETIDOS	
	Antes 5º mes	Después 5º mes	Repetidas	Cuarto Control
14	2	0	3	1
15	3	2	19	1
16	8	5	14	2
17	11	4	22	1
18	25	6	42	11
19	43	11	110	11
Total	92	28	210	27

Del total de adolescentes que acudieron al centro demandando atención se observa que se atendieron 357 consulta prenatales el resto (152) fue por planificación familiar, PAP y otros

La edad en la que se dan más embarazos es entre los 15 a 19 años de edad, principalmente en las edades de 18 a 19 años de edad. Aun así esta cifra es baja en relación de otras ciudades donde el inicio de la actividad sexual y de los embarazos tiene un promedio de 14 a 16 años de edad.

La mayoría de estos embarazos tienen como factor desencadenante las dificultades que se presentan a nivel del hogar, es decir, provienen de familias desestructuradas, monoparentales, donde las madres de las adolescentes tuvieron a su primer hijo durante esta etapa.

Otro factor es la poca educación recibida acerca de la sexualidad y por no tener un proyecto de vida definido. Finalmente, también mencionan la falta de atención y rechazo del hogar, lo que desencadena en matrimonios o en relaciones extramatrimoniales (concubinato).

Ante esta situación, surge la motivación para llevar a cabo la presente investigación, con la finalidad de identificar los factores por los cuales, las mujeres adolescentes se embarazan en el departamento de Oruro.

Esperando que este trabajo se constituya en un importante aporte a otras investigaciones, a continuación se describe las principales características del tema presente.

1.1.1. El Problema

a) Identificación del problema o situación problema

La adolescencia es la última etapa del proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se inicia en la vida intrauterina y culmina en la adolescencia, evoluciona bajo la influencia de múltiples factores, unos intrínsecos propios del individuo y otros procedentes del medio ambiente que le rodea.

En el transcurso del desarrollo en las diferentes etapas que se dan en la adolescencia, que implica una serie de cambios a nivel fisiológico, psicológico y social, pueden surgir diferentes dificultades ya sea a nivel intrínseco o ambientales, los cuales pueden desencadenar que este pleno desarrollo, se vea obstaculizado por el embarazo y nacimiento de un hijo, más aún cuando las mujeres, si bien se encuentran en plena capacidad de gestarlos por el desarrollo físico, no se encuentran así a nivel psicológico y social, ya que estos son procesos que tardan un tanto más en madurar.

En la actualidad el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en las jóvenes que comienzan su actividad

sexual. Estos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de las jóvenes y su entorno.

Los distintos factores que intervienen en los embarazos no deseados, comprenden desde las causas familiares, factores socioculturales, hasta el desconocimiento en el empleo de métodos anticonceptivos y de educación sexual, provocando duras consecuencias que van desde nivel escolar (abandono escolar o rechazo), laboral e incluso, en casos extremos, en muerte de la adolescente o del niño gestante, más aún cuando recurren al método ilegal del aborto.

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

Es difícil determinar con exactitud las razones de embarazo de las adolescentes, ya que las causas son múltiples y se relacionan entre sí.

Lo peor de todo ello es entrar en un círculo vicioso que ya radica, en algunas ocasiones, en el propio hogar, es decir, mujeres embarazadas en la adolescencia, con una historia similar en la familia, provocando mayor rechazo, sentimiento de culpa y sobretodo, interrumpir el periodo de adolescente donde la misma tiene una confusión de roles madre-niña.

Una salida fácil a todo ello puede ser recurrir al aborto, pero en el caso de muchas mujeres, sobre todo aquellas comprendidas entre los 17 a 19 años de edad, la aceptación constituye una necesidad en lugar de la infravaloración.

Esta situación crítica que avanza a pasos cada vez más grandes, también es propio del ámbito nacional donde las tasas de embarazo y de inicio de la actividad sexual han aumentado en relación de años anteriores.

En el caso del departamento de Oruro, si bien esta tasa es menor en proporción de otros departamentos, también empieza a incrementarse, sobre todo en las zonas rurales.

Esta problemática tampoco está alejada en el Centro de Salud Rafael Pabón, ya que en la gestión 2009, de 509 mujeres adolescentes atendidas entre 15 a 19 años, se tiene una tasa de embarazo, generalmente no deseado, de 80 mujeres al año.

Ante esta necesidad contextualizada, el presente trabajo pretende investigar los principales factores predisponentes y de riesgo que originan el embarazo no deseado en las mujeres adolescentes, con el fin de proporcionar, luego, la mejor atención necesaria buscando mejorar el bienestar de estas mujeres, así como de los hijos ya sea en la etapa de gestación, o durante su desarrollo.

Identificar estos factores, específicamente en la población de estudio, dará la posibilidad de contar con mejor información para que, después en un tiempo breve, se pueda proponer un programa o modelo de atención y prevención de los embarazos en mujeres adolescentes.

b) Definición o formulación del problema

Por todo lo expuesto la investigadora propone para la investigación la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los principales factores que predisponen al embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, que acuden al Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro, en la gestión 2009?

1.1.2. Justificación y Uso de los resultados

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

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

Según estadísticas mundiales hasta el año 2004, la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo.

Solo a nivel nacional el 14% de toda la población adolescente femenina ya han tenido un embarazo. El 56% de los adolescentes comprendidos entre los 12 a 19 años ya han tenido relaciones sexuales, siendo los departamentos con mayor índice las ciudades de Santa Cruz, Beni y Pando.

En la ciudad de Oruro, el Centro de Salud Rafael Pabón detectó alrededor de 80 mujeres embarazadas durante la gestión 2009, de un total de 509 mujeres adolescentes atendidas en este tiempo.

Ante esta necesidad emergente, el presente trabajo de investigación tienen como relevancia científica y social identificar cuáles pueden ser los principales factores de riesgo que provocan mayores embarazos en las adolescentes de la ciudad, con la principal finalidad de, que a partir de contar con esta información, se proponga un modelo o programa de atención y prevención a nivel transdisciplinario, así prevenir y cuidar a las mujeres gestantes y después del embarazo.

1.1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar los principales factores que predisponen al embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, que acuden al Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro, en la gestión 2009.

Objetivos específicos

- Caracterizar la situación socioeconómica de las adolescentes embarazadas y madres que asisten al centro de salud.

- Describir los conocimientos sobre educación sexual que tienen las adolescentes embarazadas y madres que asisten al centro de salud.
- Indagar sobre la sexualidad de las adolescentes embarazadas y madres que asisten al centro de salud.
- Indagar sobre el número de embarazos en las adolescentes y madres adolescentes que asisten al centro de salud.

2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco teórico

Adolescencia

La Organización Mundial de Salud (1980) define adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”⁵ y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

La Adolescencia, como cualquier otra etapa de desarrollo del ser humano, está determinada por los cambios biológicos y psicológicos, las crisis y el paso a nuevos estados de vida.

Es de importancia considerar que en la etapa anterior llamada pubertad, aparecen manifestaciones biológicas como la primera menstruación en la mujer y las primeras poluciones nocturnas en el varón.

Etapas de la Adolescencia

Etapas de la Adolescencia Temprana. Comprende desde los 10 a los 13 años aproximadamente.

Las principales características en cuanto al desarrollo en esta etapa son⁶:

- **Biológico.** Es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

⁵ Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107.* (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

⁶ Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000.* Bolivia. (2005): 40.

- **Desarrollo físico e imagen corporal.** Inicios en los cambios físicos, preocupación por los rápidos cambios corporales y por la normalidad de la maduración sexual, con tendencia a comparar con sujetos de la misma edad, con incertidumbre respecto del resultado final.
- **Independencia.** Inicios de la ruptura de la dependencia de los padres, con manifestaciones de rebeldía, con intolerancia a normas, consejos y críticas, con expresiones de indisciplina, con pérdida de interés respecto de la familia; hay sin embargo necesidad de amor, protección, de los padres y familiares, con situaciones ambivalentes. Mezcla de tensión y conflictos familiares.
- **Identidad.** Pérdida de la identidad del niño, con percepción de nuevos modelos, con fantaseo y el soñar despierto, con actitudes desafiantes de la autoridad paterna y las normas sociales, busca probarse a sí mismo; necesidad de privacidad; escaso desarrollo de la autoestima, gran susceptibilidad a la crítica; vivencia existencia ligada al presente, con tendencia narcisista, angustiado a los padres; predomina pensamiento concreto.
- **Formación de escala de valores.** Se insinúa código de valores con revisión de los principios familiares, con tendencia a comparar; no hay establecimiento de un sistema de valores definido.
- **Programación del futuro.** No hay establecimiento de vocación ni se perspectivas futuras; podría haber idealización. Falta de capacidad abstractiva.
- **Importancia de los factores psicosexuales y sociales.** Con tendencia a relaciones con jóvenes del mismo sexo e inicios de relaciones con el sexo opuesto; reforzamiento de masculinidad o femineidad; sentimiento profundo por el amigo íntimo en busca de apoyo e identificación. Hay sentimientos intensos y emocionales de tipo pseudohomosexual. Actividad sexual limitada a la curiosidad, practicada a la distancia mediante mensajes o encargos verbales; la masturbación se incrementa, con sentimientos de culpa; frecuentemente hay fisgoneo y exhibicionismo y relaciones pseudohomosexuales transitorias y

tocamientos y acariciamientos heterosexuales; hay actividad coital rara; pueden estar expuestos a relaciones sexuales forzadas.

c) Etapa de la Adolescencia Intermedia. Comprende desde los 14 a 16 años aproximadamente. Las características del desarrollo en esta etapa son⁷:

- **Biológico.** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- **Desarrollo físico e imagen corporal.** Está en su fase final, y con velocidad de crecimiento declinando o terminando en algunos casos; hay menos preocupación por los cambios físicos, habiendo menos incertidumbre; la imagen corporal no está plasmada; hay búsqueda de ser atractivo para atraer al sexo opuesto; pasa mucho tiempo arreglándose para lucir bien físicamente. Hay incertidumbre respecto del físico debido a la incompleta maduración de la imagen corporal.
- **Independencia.** Clara reducción del interés por asuntos familiares y por la interacción con sus miembros; muchos conflictos familiares; rebeldía mayor, menor control paterno, intensos deseos de emancipación. Gran apoyo en los amigos e interés y dependencia del grupo o pandilla; franca identificación con la denominada subcultura adolescencia de su medio que otorga modismos, vocabulario, etc.
- **Formación de escala de valores.** Progreso del pensamiento abstracto hace avanzar el código de valores sin definirlo completamente; hay imitación de los amigos y de las conductas. Hay ansiedad de vivencias y sexualidad, con tendencia a experimentar nuevas situaciones, cediendo a proposiciones tentadoras, adoptando conductas que se oponen a sus principios; predisposición a riesgos significativos.
- **Importante de los factores psicosexuales y sociales.** Mayor interés y participación en las actividades sociales heterosexuales: fiestas, paseos,

⁷ Norma Boliviana de Salud. "Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes". *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000*. Bolivia. (2005): 40 - 41.

reuniones, etc.; búsqueda de atractivo personal; identidad sexual tiende a ser plena, completa y satisfactoria, masturbación frecuente pero con menor ansiedad y sentimiento de culpa. La sexualidad es intensa y muy física, interpersonal e impulsiva, poco ligada al afecto; desaparece fisgoneo y exhibicionismo; frecuentes citas amorosas, acariciamientos íntimos y la actividad coital tiende a ser impulsiva y no planeada, poco responsable; puede haber embarazo y contagio de ITS, por lo que son frecuentes los problemas en este nivel.

d) Etapa de la Adolescencia Avanzada. Esta etapa final de la adolescencia comprende desde los 17 a 19 ó 20 años aproximadamente.

Los principales cambios y características de esta etapa en relación del desarrollo son⁸:

- **Desarrollo físico e imagen corporal.** Biológicamente maduros, habiendo terminado su crecimiento y desarrollo sexual; imagen corporal plasmada, hay despreocupación y satisfacción con el físico a menos que exista anormalidad; arreglo personal menos compulsivo y ansioso.
- **Independencia.** Sensación de autonomía completa y satisfactoria; interés por los padres y asuntos familiares; reintegración a la familia y restablecimiento de las relaciones maduras y sin conflicto. Puede haber separación de la familia paterna, con aprecio pleno de sus valores y consejos. Relaciones familiares con camaradería y compañerismo. Todavía no se aceptan bien las responsabilidades de la vida adulta. Muchos suelen permanecer más tiempo con la familia paterna.
- **Identidad y autoestima.** Logran su maduración completa y son satisfactorias para el individuo; desarrollo definitivo del pensamiento abstracto, con conciencia del yo realista; muestran signos de madurez: capacidad para posponer deseos, establecer límites definidos y comprometerse con plenitud; narcisismo

⁸ Norma Boliviana de Salud. "Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes". *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000*. Bolivia. (2005): 41.

desaparece, y hay perspectiva hacia el exterior con tendencia a la autoreciprocidad.

- **Formación de escala de valores.** Mayor refinamiento en la concepción de los valores éticos, políticos, religiosos; hay establecimiento de código de normas propias.
- **Programación del futuro.** Perspectiva ya orientada al futuro, con planes vocacionales y de trabajo delineados y ejecutándose; hay inicio de la estabilización socio-económica y cultural propia del adulto.
- **Importancia de los factores psicosexuales y sociales.** Con pérdida de dependencias, hay individualización y libertad en la elección; hay asunción de roles y responsabilidades de adulto.

Finalmente, hay adopción de alternativas ideológicas con definición de normas de valores acordes con su medio cultural. Autoestima e identidad sexual consolidadas. Hay capacidad para reciprocidad en sus relaciones con otras personas; atractivos sexuales específicos, menos físicos y exploradores, integrando lo erótico con lo psicoafectivo; amores duraderos, íntimos y auténticos, condicionando y preñando para futura vida matrimonial; masturbación puede persistir con menos frecuencia; actividad sexual más madura y más responsable.

El presente trabajo tiene como objeto de estudio a las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, es decir, a las adolescentes que se encuentran en la etapa de la adolescencia intermedia y adolescencia avanzada, por lo que es necesario tomar en cuenta estas características biológicas y psicosociales cuando se arribe al tema de la sexualidad y de los embarazos no deseados.

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad es un concepto multidimensional que comprende aspectos éticos, psicológicos, biológicos y culturales. Su desarrollo involucra la consolidación de la identidad y la conducta sexual. Ésta última se encuentra influida por una interrelación entre cambios biológicos con percepciones individuales y valores socioculturales.

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas⁹:

- **Genital o biológica.** Que se expresa en los aspectos fisiológicos.
- **Erótica.** Relacionada con la búsqueda de placer.
- **Moral.** Expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados.

De acuerdo al modelo propuesto por el Dr. Freyre Román (2000), se puede sostener que el desarrollo sexual en la adolescencia debe ser entendido como un proceso continuo y progresivo por el cual los seres humanos logran la mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración e integración de funciones, como expresión de importantes cambios biológicos: desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, adquisición de la capacidad reproductiva, cambios fisiológicos importantes, diferencias en relación al sexo, a su vez, dependientes de las variaciones neuroendocrinológicas (activación del eje hipotálamo-hipofisario - gónada con producción de hormonas) en esta época de la vida¹⁰.

Este proceso de cambios biológicos se desenvuelve conjuntamente con la adquisición de nuevas aptitudes, conocimientos y actitudes que tienen que ver con procesos evolutivos o tareas en el plano psicosocial (la reestructuración o plasmación en forma definitiva de la imagen corporal, el proceso de independencia o emancipación económica, social y emocional de los padres; el establecimiento pleno de la identidad personal, el desarrollo y la asunción de un sistema de valores, la “programación del futuro”, y el desarrollo psicosexual con el logro de una plena identidad sexual).

Del mismo modo, respecto al pensamiento abstracto, se produce el cambio del pensamiento concreto, propio del niño, al pensamiento abstracto del adolescente mayor y del adulto.

⁹ Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107.* (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

¹⁰ Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000.* Bolivia. (2005): 35.

El pensamiento abstracto permite la conceptualización de posibilidades, más allá de las experiencias pasadas y presentes, proyectándose al futuro; incluye, así mismo, la capacidad para concebir ideas, hipótesis, conceptos, etc.; es el pensamiento hipotético y deductivo que se orienta a lo “posible” y que permite adoptar una actitud crítica ante sí mismo y ante los demás; va íntimamente ligado al desarrollo cognoscitivo.

Aunque el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia no es un fenómeno nuevo, merece especial atención debido a que generalmente sucede en un periodo donde no se ha alcanzado la madurez física, cognoscitiva ni emocional suficiente para asumir la responsabilidad del acto y sus consecuencias.

Por otra parte, su inicio precoz, se asocia a conductas sexuales riesgosas como¹¹:

- Mayor número de compañeros sexuales.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Menor probabilidad de uso de anticoncepción.
- Mayor riesgo de embarazo.

Secuencia de los estadios de la maduración sexual

De acuerdo a los estudios realizados por Freyre Román (2000), en países similares a Bolivia, es interesante señalar la siguiente secuencia de la maduración sexual de las mujeres adolescentes¹²:

- **Inicio de la pubertad.** Las mujeres inician su pubertad aproximadamente dos años antes que los varones, es decir, a los 10 años.
- **Vello pubiano.** Aparece a los 11 años.

¹¹ Salas Ariel. “Sociedad Boliviana de Pediatría”. Factores de Riesgo Asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes mujeres de los últimos años de secundaria de colegios públicos y privados de la ciudad de la Paz. ((septiembre 28 de 2009). s.pag. Disponible Internet. www.adolescencia/sociedad%20boliviana%20de%20pediatría.mht. 1 diciembre 2009.

¹² Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000*. Bolivia. (2005): 36.

- **Menarquia.** Se presenta a los 12 años y medio con ciertas variaciones.

Conducta sexual en la adolescencia

Por lo general, los adolescentes ven su sexualidad como algo positivo, pero a veces, las experiencias sexuales precoces pueden ir acompañadas de sentimientos de ansiedad, vergüenza y culpa.

...“Estas experiencias se relacionan generalmente con la masturbación, las caricias y citas amorosas y el inicio de relaciones sexuales cóitales”...¹³

Con el deseo de mantener sus relaciones en secreto, por temor a la desaprobación de los adultos, con frecuencia, simplemente, están mal preparados para la actividad sexual.

En muchos casos, desconocer la existencia de los servicios de anticoncepción o carecen de acceso a ellos, hallándose en riesgo de un embarazo no deseado o de adquirir una infección transmitida sexualmente.

“Esta conducta sexual está vinculada a una serie de factores biopsicosociales que básicamente se clasifican en ambientales e individuales. Entre los factores ambientales destacan los antecedentes familiares, se reconoce factores biológicos, étnicos y aquellos relacionados al comportamiento del adolescente frente a su entorno”...¹⁴

Son considerados factores de riesgo aquellos que incrementan la posibilidad de un desenlace no deseado (acto sexual) y factores de protección aquellos que la reducen. El conocimiento de estos factores es trascendental para identificar grupos de jóvenes con mayor o menor riesgo, diseñar medidas de intervención más efectivas y establecer el rol del profesional en salud, en este proceso de desarrollo.

¹³ *Infanto-Juvenil*. Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000: 42. Biblioteca práctica para padres y educadores. “*Pedagogía y Psicología*”

¹⁴ Salas Ariel. “Sociedad Boliviana de Pediatría”. Factores de Riesgo Asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes mujeres de los últimos años de secundaria de colegios públicos y privados de la ciudad de la Paz. ((septiembre 28 de 2009). s. Pág.
Disponible Internet. www.adolescencia/sociedad%20boliviana%20de%20pediatría.mht. 1 diciembre 2009.

Por tanto, en los próximos apartados se explicarán tanto los factores de riesgo como los factores de protección o preventivos para evitar los embarazos no deseados.

Embarazo en la adolescencia

“El embarazo en la adolescencia se la considera como aquél que ocurre desde el momento de la menarca hasta los 19 años de edad”...¹⁵

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general, es un evento inesperado, sorpresivo: Se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (*Molina: 1991, Pág. 29*).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo inesperado: ... *“Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser querida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado”*...¹⁶

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas.

Los jóvenes desconocen, por lo tanto, los riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

¹⁵ Biblioteca práctica para padres y educadores. *“Pedagogía y Psicología Infanto-Juvenil”*. Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000: 11.

¹⁶ Molina y González. Citados en Biblioteca práctica para padres y educadores. *“Pedagogía y Psicología Infanto-Juvenil”*. Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000: 30.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debida a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, son compromiso afectivo.

Incidencia y razones del embarazo en la adolescencia

“La tasa del embarazo en la adolescencia ha aumentado notablemente en los últimos años (las adolescentes entre 15 a 19 años) constituyen el 21% del total de embarazadas a nivel nacional. Como es obvio, demasiadas adolescentes sexualmente activas no están utilizando métodos anticonceptivos”...¹⁷

Incluso con la actual tendencia a aceptar las relaciones sexuales antes del matrimonio, la principal causa de embarazos no deseados ni planeados es todavía el rechazo de muchos jóvenes, especialmente las mujeres a admitir que son sexualmente activas. Prefieren pensar que se dejaron llevar por un momento de pasión (“perdonable”) más que haberse comprometido a tener relaciones sexuales (“inmoral”). No están preparadas para pensar en ellas mismas como personas sexualmente maduras y responsables, por tanto, no planifican el evitar un embarazo.

Otras adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos porque los desconocen, no saben dónde conseguirlo, temen que sus padres puedan descubrir que tienen relaciones sexuales o creen que no pueden quedar embarazadas (porque son demasiado jóvenes, es la primera vez que realizan el coito, lo están haciendo de pie o por alguna otra razón o mito).

Cuando las adolescentes con escasa experiencia intentan prevenir la concepción, la mayoría recurren a métodos de control para el varón (preservativos o condones) o el “coitus interruptus”, antes que a métodos más efectivos o del dispositivos intrauterinos (DIU) que son utilizados por mujeres de mayor edad y con mayor experiencia sexual.

Muchas adolescentes no casadas ponen fin a sus embarazos abortando pero otras muchas deciden tener a sus hijos. Con el cambio de actitud hacia la sexualidad, el niño nacido

¹⁷ Heredia Copa Virginia. “Embarazo en la adolescencia”. Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000. 10.

fuera del matrimonio ya no supone una desgracia para la familia. Por ello, estos niños pocas veces son entregados para su adopción; las muchas que deciden dar a luz normalmente se quedan con el niño.

Tanto la fecundidad total como la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en todos los países de América. Sin embargo, este descenso no ha sido de igual intensidad en todos los grupos étnicos, ni tampoco en todos los países. Un claro ejemplo de ello es Bolivia cuya tasa de incidencia de embarazos ha aumentado notablemente en relación de hace 10 años anteriores.

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la moralidad materna general. La baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas explican la mortalidad materna. Cuando las adolescentes reciben los servicios apropiados su mortalidad materna no es mayor.

En los países en los cuales la mortalidad materna es alta, la mortalidad para este grupo atareo es mayor, en cambio, cuando la mortalidad materna es baja, la mortalidad de las adolescentes es menor que el total. No existen razones biológicas que justifiquen el mayor riesgo de morir que tiene este grupo atareo respecto a los demás.

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen si adoptan métodos efectivos de anticoncepción o sin considerar el riesgo de morir durante o poco después de la concepción, puede deberse a las siguientes razones¹⁸:

- Las adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional.
- En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.

¹⁸ Tango, Oscar. "Embarazo en la Adolescencia – Información General". *Revista Afectividad y Sexualidad* (Argentina). 3-12 (2008): 1 – 15.

- Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados.

Por otra parte, las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si¹⁹:

1. Comienzan a tener citas amorosas a temprana edad (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).
2. Desertan del colegio.
3. Crecen en condiciones de pobreza.
4. Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.
5. Han sido víctimas de abuso sexual.
6. Carecen de sistemas de apoyo o tienen pocos amigos.
7. No tienen participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
8. Viven en comunidades o asisten a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como norma y no como un tema de preocupación.
9. Piensan que tienen pocas o ninguna oportunidad de éxito.
10. Consumen alcohol y/u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco.

Factores que intervienen en los embarazos no deseados en adolescentes

¹⁹ Ídem cita anterior.

Los factores que determinan el inicio precoz de las relaciones sexuales pueden quedar descritos de la siguiente forma²⁰:

1. **Causas familiares.** Familias desestructuradas, pues muchas veces son, a su vez, hijas de madres adolescentes.
2. **Factores socioculturales.** Bajas condiciones socioeconómicas, con una baja escolaridad. Falta de madurez psicológica de las jóvenes, que son poco comprometidas con sus responsabilidades sexuales.
3. **No utilización de métodos anticonceptivos.** Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de anticonceptivos, con una baja motivación para su uso.
4. **Falta de una adecuada educación sexual.** Que se explica porque se diluye la responsabilidad educativa entre los padres, madres, profesores y proveedores de servicios de salud, obteniendo las jóvenes esta información de las amigas.
5. **Desconocimiento de la ubicación de centros de información orientación y oferta de servicios de anticoncepción.** Además del miedo de acudir a las consultas por sí sus padres se enteran.

En realidad son muchos los motivos que hacen a la adolescente más vulnerable a un embarazo, pero el principal, es la falta de un proyecto de vida, la falta de perspectiva futura, falta de prevención.

Para Jorge Parra, representante del UFPA en Bolivia, hay varios factores determinantes de los embarazos adolescentes, como la falta de información sobre sexualidad, la ausencia de servicios amigables y las limitaciones al ejercicio de los derechos.

²⁰ Apprende. "Embarazo en la Adolescencia". *Oficialía Mayor de Desarrollo Humano del Gobierno Municipal de la Paz*. Bolivia (2007). Pag. 1 – 8.

“Muchos adolescentes cree, por ejemplo, que en la primera relación nunca se van a embarazar. Ellos creen eso, cuando la fecundidad se establece con una menstruación más o menos regular”...²¹

Es aún más preocupante la falta de información en las poblaciones indígenas, donde el factor cultural y los usos y costumbres tienen un peso determinante: “En Bolivia, el embarazo adolescente es uno de los más altos de América en las áreas rurales. Sin embargo, es culturalmente aceptado, porque en muchas sociedades la única opción de un logro personal o la meta individual de una adolescente es casarse y tener hijos”.

Factores predisponentes del embarazo

Los principales factores predisponentes quedan reflejados de la siguiente manera²²:

1. **Menarca Temprana.** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. **Inicio Precoz de Relaciones Sexuales.** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. **Familia disfuncional.** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. **Bajo Nivel Educativo.** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

²¹ Tango, Oscar. “Embarazo en la Adolescencia – Información General”. *Revista Afectividad y Sexualidad* (Argentina). 3-12 (2008): 1 – 15.

²² Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107*. (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

5. **Migraciones Recientes.** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
6. **Pensamientos Mágicos.** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
7. **Fantasías de Esterilidad.** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
8. **Falta o Distorsión de la Información.** Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: “sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, cuando no hay penetración completa, etc.”.
9. **Controversias entre su Sistema de Valores y el de los Padres.** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía, y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismas que tener relaciones no implica utilizar anticonceptivos.
10. **Factores socioculturales.** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
11. **Menor temor a enfermedades venéreas.** Consideran que no se van a infectar con estas enfermedades por ser la primera vez que tienen el acto sexual o coito.

k) Factores determinantes o de riesgo del embarazo

Entre los principales se tienen²³:

Biológicos

- Edad de la pubertad. La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo 19 a alrededor de 12 a 13 años en la actualidad. Los adolescentes son fértiles a

²³ Ídem cita anterior.

una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están expuestas al riesgo de embarazarse.

- El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en la sociedad actual, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.
- El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos y, sobretodo en Bolivia, sigue siendo bajo en su uso.

Psicosociales

- **Disfunción Familiar.** Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permita huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociado a la familia:

- La inestabilidad familiar.
- El embarazo adolescente de una hermana.
- Madre con historia de embarazo adolescente.
- Enfermedad crónica de uno de los padres.

En relación a este punto, el mismo se constituye en la posible respuesta tentativa de la hipótesis planteada, situación por la cual, las mujeres embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años se embarazan en la ciudad de Oruro, cuyas madres asisten al Centro de Salud Rafael Pabón.

Culturales

- En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el “locus” de control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.
- El “machismo” y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva, y necesidades no satisfechas.

Psicológicos

- Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia intermedia el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Sociales

- Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente de mayor riesgo.
- Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.
- La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Finalmente, otros factores considerados como de mayor riesgo para el embarazo pueden sintetizarse de la siguiente manera:

1. Edad más joven en el inicio de las relaciones sexuales.
2. Violación y abuso sexual.

Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Consecuencias para la madre adolescente

Las principales consecuencias en una madre adolescente son²⁴:

- **Complicaciones en el embarazo.** El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:
 - Placenta previa.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Parto prematuro.
 - Anemia grave.
 - Toxemia.
- **Muerte por violencia.** es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo. Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad. En algunas escuelas persisten mecanismos de marginación de las adolescentes embarazadas. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras perspectivas de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

²⁴ Heredia Copa Virginia. “Embarazo en la adolescencia”. Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000. 21 -22.

- **Dificultades a nivel laboral.** Producto del embarazo y como consecuencia de haber dejado los estudios, les será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales o, finalmente, no podrán encontrar trabajos con alto cargo y bien remunerados debido a que no tienen la suficiente preparación técnica ni profesional.

Además, en lo laboral, el embarazo adolescente deriva en una inserción precaria en remuneración y seguro social.

- **Dificultades a nivel conyugal o en el matrimonio.** Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esta situación (obligación).
- **Dificultades a nivel familiar y cultural.** A nivel familiar, se involucra la formación de los hijos, la presión familiar, la posibilidad de ser madre soltera y la limitación de oportunidades de desarrollo. En familias desestructuradas puede provocar que la familia margine o rechace a la hija, provocando en ésta una deserción o abandono del hogar. A nivel cultural, en estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.
- **Dificultades a nivel psicológico.** Los cuales pueden derivar en trastornos emocionales graves, como la ansiedad, estrés o depresión, trastornos en el sueño, alimentación, intento suicida, abandono, etc.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Las principales consecuencias pueden ser²⁵:

²⁵ Organización Panamericana de la Salud. “Manual de Medicina del Adolescente”. Publicaciones OPS, Editores. Dra. M. Maddaleno. Serie Paltex N° 20. Estados Unidos. 1992: 479 – 482. ²⁷ Ídem cita anterior.

- Mayor riesgo de muerte dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”.
- Riesgo de bajo peso al nacer.
- Capacidad mental probablemente inferior.
- Alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud.
- Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Consecuencias para el padre adolescente

En este caso se pueden describir las siguientes consecuencias en alusión al padre adolescente²⁷:

- Mayor frecuencia de deserción escolar. Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia.
- Trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad.
- Tasa más alta de divorcio.
- Trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera²⁶:

- **Sociedad Represiva.** Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humanal. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- **Sociedad Restrictiva.** Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- **Sociedad Permisiva.** Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- **Sociedad Alentadora.** Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y esta es causal de separación de pareja.

De esta manera se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1) Estratos medio y alto. La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

²⁶ Issler R. Juan. "Embarazo en la Adolescencia". *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107.* (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

2) Estratos más bajos. Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

La adolescencia de las adolescentes embarazadas

“La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes perteneces a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares”²⁷.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso el tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Fenomenología del embarazo en la adolescencia

²⁷ Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107.* (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

El embarazo de la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferentes profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo²⁸.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc.; sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas de desarrollo de la adolescente.

Actitud frente al embarazo

Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

Por tanto, las principales actitudes, en relación de la etapa de la adolescencia, en mujeres embarazadas son las siguientes²⁹:

- **Adolescencia temprana.** Con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. “Manual de Medicina del Adolescente”. Publicaciones OPS, Editores. Droa. M. Maddaleno. Serie Paltex N° 20. Estados Unidos. 1992: 490.

²⁹ Heredia Copa Virginia. “Embarazo en la adolescencia”. Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000. 16.

- **Adolescencia intermedia.** Entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.
- **Adolescencia tardía.** Luego de los 17 a los 19 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

El comienzo de la maternidad en la adolescencia

Cuando una joven se ha embarazado, la noticia es recibida con evidente disgusto por su compañero, su familia y su entorno social (escuela, trabajo). No hay datos acerca de que la maternidad en la adolescencia sea bien recibida en ningún grupo de la mayoría de las sociedades actuales.

Si la joven continúa el embarazo, tiene cuatro caminos posibles³⁰:

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. “Manual de Medicina del Adolescente”. Publicaciones OPS, Editores. Dra. M. Maddaleno. Serie Paltex N° 20. Estados Unidos. 1992: 483.

- **Criar al niño con la familia de origen lo que suele ocurrir en las clases sociales más pobres, donde la situación no es una novedad.** Este tipo de crianza en “clan” o “tribu”, general confusión de roles familiares en el niño, pero le brindan a él y a su madre un continente afectivo aceptable.
- **Casarse o unirse.** Conviven, pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto, además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.
- **Dar al niño en adopción.** Esto tienen un alto costo emocional. La sociedad tiene en general una actitud ambivalente al respecto, con posiciones muchas veces encontradas. La opinión de los jóvenes padres suele ser la que menos se tiene en cuenta.
- **Alojarse en hogares maternos.** Que es siempre una solución transitoria y constituye una forma sofisticada de marginación. Las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares, similares a una familia, en lugar de grandes instituciones impersonales, que se adecuarían mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente y sola.

Es indudable la carga que para la madre entraña cualquiera de esas posibilidades. Aún menos e ha enfrentado el problema del joven padre. Éstos en general suelen tener menos información que sus compañeros sobre el proceso biológico general y la noticia de ser padres suele conmoverlos profundamente.

Deben en ese momento asumir un rol que esa etapa de su crecimiento esta cuestionado. Algunos adolescentes lo intenta, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflicto que se establece con su compañera, hace que muy pocos puedan asumir y mucho menos concretar la responsabilidad.

Se convierten así en padres abandonantes, con posibles secuelas, hasta la fecha no bien estudiadas. Por ello, el padre adolescente, en esta compleja problemática, es una persona que también requiere ser atendida y consideradas por el equipo de salud.

Características de la adolescente que difieren de la mujer adulta

Entre las principales características que difieren a una adolescente de una mujer adulta se tienen³¹:

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tienen tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser “mujer”, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos. Ejemplo: “el parto no me va a doler”, “nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana”, etc. Este pensamiento puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
- Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

Dificultad para el vínculo con el hijo

³¹ Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. N° 107*. (Argentina). 8 (2001): 11 -23.

Entre las principales dificultades se pueden citar³²:

- Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
- Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.
- Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace lo que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

Prevención del embarazo en adolescentes

En muchos países, como una tendencia general, los embarazos en adolescentes ocurren frecuentemente, siendo éstos no planeados ni deseados, conduciendo muchas veces a prácticas de aborto y a daños relacionados con³³:

- Embarazo ectópico.
- Infección pelviana crónica e infertilidad.
- Riesgo de muerte por consecuencias derivadas del aborto (hemorragia, septicemia o lesión interna).

Estos embarazos generan también consecuencias sociales serias:

- Rechazo social.
- Abandono de hogar.
- Abandono de estudios.

Los riesgos del embarazo en adolescentes

³² Ídem cita anterior.

³³ Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000*. Bolivia. (2005): 45.

Un embarazo no planificado en una adolescente es una crisis para ella y su familia. Las adolescentes que llevan sus embarazos a término requieren servicios multidisciplinarios intensivos para asegurar su salud física y psicológica y prepararlas para la maternidad, para la prevención de un futuro embarazo no deseado y para restablecer sus proyectos de vida.

Las adolescentes suelen desconocer los riesgos relacionados con la actividad sexual y generalmente carecen de la suficiente información acerca de la anticoncepción. Existen obstáculos socioculturales y educacionales, y otros relacionados con la organización de los servicios de salud, que impiden que se les proporcione información y se les provea de servicios.

El embarazo en adolescentes constituye un riesgo de morbilidad, tanto materna como perinatal. En alto riesgo maternoperinatal está relacionado con:

- El insuficiente desarrollo y maduración orgánica que condiciona una mayor incidencia de algún tipo de complicación.
- El entorno psicológico, familiar y social, donde la embarazada debería desarrollar y gestar su futuro hijo.

La falta de control prenatal sumada a la falta de orientación en educación física, nutrición, higiene y prevención de enfermedades, contribuye a esta morbilidad.

Prevención

Si se desea mejorar y prevenir el embarazo de las adolescentes es necesario tener un concepto de la mujer como individuo productivo y creativo, con necesidades especiales y no solo como madre.

La prevención se inicia desde que nace la niña con la promoción de un adecuado crecimiento y desarrollo, buena nutrición, buena educación y programas de salud adecuados, que tengan como objetivo el bienestar de la mujer.

Las principales actividades preventivo-promocionales pueden ser³⁴:

- Información sobre los derechos sexuales.
- Especial énfasis se deberá poner en los derechos contenidos en el Código del Niño, Niña y Adolescente. Igualmente, en los acuerdos suscritos por los Gobiernos en las Reuniones y Conferencias de El Cairo y Beijing.
- Información sobre los riesgos del embarazo en adolescentes. Se deberá brindar información relativa a los riesgos y peligros biológicos y sociales que conlleva el embarazo en adolescentes y sus hijos (as). Riesgos relacionados con complicaciones del embarazo, parto y atención del recién nacido.
- La información deberá también referirse a los aspectos personales, familiares, sociales y económicos que se relacionan con el embarazo adolescente.
- Educación en técnicas de negociación en las relaciones de pareja. La adolescente deberá ser capacitada en técnicas de negociación en sus relaciones con parejas, a efectos de hacer prevalecer sus derechos y controlar situaciones de presión que tiendan a conducir a una relación no planificada, no deseada, o no protegida.
- Información sobre la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva. Como parte de sus derechos, las adolescentes deberán ser informadas sobre la oferta existente de servicios de salud sexual y reproductiva, tanto a nivel de la red de servicios públicos como de organizaciones no gubernamentales. Especial atención se dará a explicar los métodos que ofrece el Ministerio de Salud y Deportes de manera gratuita. Tiene importancia la identificación de los servicios de salud donde se encuentran disponibles.
- Orientación sobre métodos de anticoncepción. La orientación es una técnica de información, educación y comunicación personalizada utilizada por el personal de salud como parte de la satisfacción de necesidades de atención en salud

³⁴ Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición*. MB – MSPS – 05 – 2000. Bolivia. (2005): 46.

reproductiva solicitados por personas en edad fértil, facilitando la elección voluntaria por éstas, de métodos anticonceptivos.

- Orientación en salud sexual y reproductiva. La orientación es un contacto directo y privado, donde la adolescente participa, pregunta, expone sus dudas, dificultades, expectativas y sentimientos. Es una comunicación interpersonal en la que se ayuda y poya a la adolescente a tomar decisiones libres, voluntarias e informadas.

A través de la orientación, se clarifican dudas, se despejan mitos, conflictos, miedos y temores. La labor de la orientación es:

- Asistir a la adolescente a analizar, reflexionar y evaluar sus propios sentimientos, opiniones, y acciones en relación al problema por el cual solicita ayuda.
- Proveer información clara, concreta y apoyar en la toma de decisiones.
- Actuar como apoyo emocional del adolescente, ya que se encuentra en un periodo de descubrimiento y fortalecimiento de sus propias potencialidades y recursos para ayudarse a sí mismo a enfrentar, no sólo los conflictos actuales, sino que se constituye en una experiencia enriquecedora para situaciones futuras.

La orientación se realiza a través del modelo conocido como “Los Cinco Pasos”, que consisten en:

Paso 1: Establecer una relación cordial. Crear un ambiente de mutuo respeto, para que la adolescente se sienta confortable y tranquila para compartir sus problemas y/o necesidades. Implica un ambiente de privacidad (no sólo del ambiente físico) y confianza que facilite el proceso de comunicación.

Paso 2: Identificar sus necesidades. El (la) responsable de la actividad debe tener la habilidad suficiente para identificar adecuadamente las necesidades de cada persona, para lo cual debe indagar sobre aspectos relacionados a su vida sexual, reproductiva, de pareja, su historia anticonceptiva, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, etc.

Paso 3: Responder a sus necesidades. Ofrecer alternativas apropiadas según las necesidades. En este paso, se debe recurrir a material educativo y de apoyo para explicar en lenguaje comprensible al adolescente sobre sus inquietudes.

Paso 4: Verificar la comprensión. Es importante asegurarse que la adolescente comprenda la información. En este paso se pueden aclarar algunos puntos, para lo cual se deben formular preguntas específicas sobre su decisión.

Paso 5: Mantener una relación cordial. En este paso, se debe garantizar la satisfacción de la adolescente para que sea una cliente del servicio. En este momento, se debe resaltar la disponibilidad, horarios, servicios, formas de abastecimiento de métodos anticonceptivos, etc.

La orientación deberá adaptarse al nivel educacional, cultural y social de la adolescente.

x) Énfasis en la efectividad de la abstinencia

Toda orientación que tenga relación con métodos de anticoncepción en la adolescencia deberá poner especial énfasis en el señalamiento de que la abstinencia sexual es el método 100% eficaz en la prevención del embarazo; y de que ésta es practicada por la mayoría de las adolescentes a nivel mundial.

La orientación debería resaltar el hecho de que esta mayoría de adolescentes abstinentes (que no son sexualmente activos) es una “mayoría silenciosa” y que solo en apariencia es una minoría.

Las adolescentes que son objeto de exámenes médicos o aquellos que acuden a los servicios de salud y que carecen de experiencia sexual, deberían saber que

“no son los únicos” adolescentes abstinentes, y que deberían asumir con coraje la presión de otros jóvenes de su edad por involucrarlos sexualmente.

Pero al mismo tiempo, las adolescentes deberían sentirse suficientemente cómodos y libres y para solicitar apoyo y orientación profesional cuando deseen iniciarse como sexualmente activos.

Prevención

En relación de la prevención en la adolescencia, existen tres tipos de prevención a aplicar en estos casos³⁵:

Prevención Primaria

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo limitada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres y adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes (docentes, líderes) para la atención de aquellos adolescentes en situaciones de alto riesgo.
- Captación por el personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

Prevención Secundaria

- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándole a asumir su rol.

³⁵ Heredia Copa Virginia. "Embarazo en la adolescencia". Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000. 25.

- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.
- Estas acciones deberán ser llevadas a cabo en lo posible dentro de programas integrales de atención en adolescentes, con personal de las áreas médica, social y psicológica, que funcionen como equipo intertransdisciplinario.

Prevención Terciaria

- Acciones que atenderán al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres.
- Vigilancia del vínculo madre-hijo, padre-hijo, prestando atención a signos de alarma.
- Favoreciendo de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

2.2. Formulación de la hipótesis

La condición socioeconómica y la falta de educación sexual que inciden en la iniciación precoz de la sexualidad son los principales factores por los cuales, las mujeres adolescentes comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que acuden al Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro se embarazan.

2.3. Marco contextual

El Centro de Salud Rafael Pabón se encuentra en la zona sudeste de la ciudad de Oruro, en las calles Arica y Tomas Frías y Lizárraga, pertenece al distrito 4 del municipio de Oruro.

Sus límites:

Norte: la calle Murguía.

Este: Urbanización Pumas Andinos- Urbanización San Isidro- Sector de arenales.

Oeste: Avenida 6 de Agosto – Canal de aguas Servidas- Urbanización Verde Uno. **Sud:** Zona Quitaya.

Ocupa una extensión territorial de 50 Km², según I.N.E., tiene una población de 22.014 habitantes, con una densidad de 3 hbts. Por Km². El crecimiento paulatino de las urbanizaciones en las áreas periurbanas se dan por la alta migración de pobladores del área rural, provienen del norte Potosí, el área del centro de salud Rafael Pabón cuenta con 36 juntas vecinales, 10 U. Educativas., el promedio de escolaridad es de 7,9 años de escolaridad, es decir que la población estudiada tiene un promedio de 7 años de escolaridad llegando a segundo de secundaria. Según el grado de instrucción de la madre, determinante muy importante en la salud de la familia, tenemos los siguientes datos: 55% de las madres de familia recibió educación primaria, 27% secundaria, 8% universitaria concluida y un 7% sin instrucción.

La ocupación de los pobladores del área son comerciantes, técnicos, labores agrícolas, operadores de maquinarias, peones y labores de casa. De un total de 4403 familias el 36% de estas indica que sus ingresos familiares les permiten ahorrar, 25% satisface sus necesidades, un 32% solo satisface sus necesidades básicas, un 24% que no le alcanza y un 17% que es insuficiente.

Del 100% de familias, tomando en cuenta las funciones básicas de la familia se tiene los siguientes datos: 81% de las familias ingresan al rango de funcionalidad y 19% son disfuncionales.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación

a) Enfoque de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo y cualitativo, basada en lo siguiente: Porque recolectamos datos para probar la hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico. Cualitativa porque también obtiene datos pero sin medición numérica que nos permiten descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de la misma.

Además las aproximaciones cuantitativas y cualitativas comparten estas estrategias:

- Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamentos.
- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

b) Tipo y diseño de la investigación Estudio

Tomando en cuenta los objetivos de la investigación científica se aplicó los siguientes tipos de investigación:

Según la manipulación de las variables o el papel que ejerció la investigadora es de tipo **no experimental** porque no se manipularon las variables de la familia, educación sexual de las adolescentes embarazadas que asistieron al centro de salud.

También según el alcance y profundidad de la investigación científica fue de tipo **descriptiva** porque establece las causas principales del embarazo en las adolescentes.

Además según el periodo y secuencia la investigación fue de corte **trasversal** porque se recolectaron los datos en un solo momento para las variables de familia, educación sexual y embarazadas adolescentes.

3.2. Población y muestra

La **población** está conformada por 509 mujeres adolescentes embarazadas, comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que acudieron solicitar servicios de atención al niño y de mujeres embarazadas del Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro en la gestión 2009.

Se decidió tomar una **muestra** porque no existía la posibilidad de contar a todas las adolescentes embarazadas. Para definir el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2p.q.}$$

Dónde:

N= Población total.

Z = Es el coeficiente de confianza suponiendo normalidad. Para la presente investigación se determinó un nivel de confianza del 90% d= Margen de error. En este caso es del 10%.
n= Tamaño de la muestra. p= Proporción de individuos que poseen características de estudio (0,5).

q = La proporción de individuos que no poseen características de estudio (0,5).

$$\frac{509(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,1)^2(509-1) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$\frac{488,84}{6,04}$$

$$n = 80$$

La muestra son 80 adolescentes, para seleccionar a los sujetos de estudio que conformaron la muestra, se aplicó el tipo de muestreo **no probabilístico por conveniencia**. Donde la investigadora tomando eligió a las adolescentes que asistieron al centro de salud. Los criterios para la selección fueron: embarazada adolescente de 15 a 17 años que asiste al control prenatal, adolescente madre que asiste al control de crecimiento y desarrollo de su niño y adolescente que asiste al control post parto.

3.3. Variables de estudio

a) Identificación de variables

Variable Independiente y Dependiente

- Condición socioeconómica de la adolescente
- Educación sexual de la adolescentes

Variable Dependiente

- Embarazo en mujeres adolescentes

Diagramación u Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Dimensiones o categorías	Escalas de medición	Instrumento
Condición socioeconómica de la adolescente	Dependiente	Edad de la adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • 14 años • 15 años • 16 años • 17 años • Ns/nr 	Guía de entrevista
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Concubina • Casada • Soltera 	

		<p>Edad de la pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor a ella • Menor a ella • De la misma edad <p>Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachiller 	
		<p>Razón por la que dejo de estudiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ayuda • Por cuidar a mi hijo • Falta de recursos • Por embarazo 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Otros • Ns/nr 	
		<p>Vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propia • Rentada • Otro • Ns/nr 	
		<p>Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electricidad • Alcantarillado • Agua potable 	
		<p>Número de personas por habitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • 2 personas • 3 personas • Ns/nr 	
		<p>Trabaja actualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	

		Lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Local • Tienda • Mercado • Restaurante • Ns/nr 	
		Desempeño de actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Cocinera • Ama de casa • Servicio • Vendedora • Estudiante • Ns/nr 	
		Salario	<input type="checkbox"/> 500 bs. <input type="checkbox"/> 550 bs.	
			<input type="checkbox"/> 650 bs. <input type="checkbox"/> 700 bs. <input type="checkbox"/> 800 bs. <input type="checkbox"/> 900 bs. <input type="checkbox"/> 950 bs. <input type="checkbox"/> Ns/n	

Variable	Tipo de variable	Dimensiones o categorías	Escalas de medición	Instrumento
Educación sexual de las adolescentes	Dependiente	Edad de la primera menstruación	<ul style="list-style-type: none"> • 11 años • 12 años • 13 años • 14 años • 15 años • Ns/nr 	Guía de entrevista

		Inicio de la actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • 13 años • 14 años • 15 años • 16 años • 17 años • Ns/nr 	
		Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 pareja • 2 parejas • 3 parejas • Ns/nr 	
		Información sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Tv • Familia • Amigos • Centro de salud • Otros 	
		Uso de métodos anticonceptivos	Actualmente del <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Cual..... • Antes embarazo • Si • No • Cual..... 	

		<p>Sentimientos que llevan a las relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cariño • Amor • Alegría • Felicidad • Afecto • Gusto • Ns/nr 	
		<p>Sentimientos después de las relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felicidad • Alegría • Tranquilidad • Bienestar • Ns/nr 	
		<p>Obligación a las relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • No • A veces • Ns/nr 	
		<p>Relaciones sexuales aumenta el amor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Ns/nr 	
		<p>Amor se demuestra con relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Ns/nr 	
		<p>Relaciones sexuales con varias parejas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Ns/nr 	

		Sexo para satisfacción personal o a otra persona	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Ambos • Ns/nr 	
		Independencia al tener relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Ns/nr 	
		Opinión de las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Es algo normal • Los dos deben estar de acuerdo • Debe haber amor • Se debe pensar bien • Otros 	

Variable	Tipo de variable	Dimensiones o categorías	Escalas de medición	Instrumento
Embarazo en mujeres adolescentes	Dependiente	Edad de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • 14 años • 15 años • 16 años • 17 años • 18 años • 19 años • Ns/nr 	Guía de entrevista

		Cuántas veces te embarazaste	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez • Dos veces • Más de 2 vs
--	--	------------------------------	---

Conceptualización de las variables

Condición socioeconómica de la adolescente

Esta característica clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas del Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad. La condición socioeconómica, una medida de situación social que incluye típicamente ingresos, educación y ocupación, está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental.

Educación sexual de las adolescentes

El término **educación sexual** hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar un estado específico de salud sexual y reproductiva¹ y también un estado satisfactorio de salud general, tanto física como emocional.^[cita requerida]

Embarazo en mujeres adolescentes

Es aquel que se produce en **adolescentes**. A partir de la pubertad, donde se inicia el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un ser capaz de la reproducción sexual. Estado de gestación de la mujer aquel que se produce cuando la misma es aún adolescente. Esto no quiere decir, sin embargo, que esté preparada para ser madre. La

mayoría de estos **embarazos** son **embarazos** no deseados. Es importante tomar en cuenta que un **embarazo** a edad muy temprana, en este caso en **adolescentes** puede ser peligroso para la madre gestante y para el bebé.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de Inclusión

Los Criterios de inclusión que debe cumplir el sujeto de investigación son: estar comprendida en el grupo atareo 15 a 19, estar embarazada y/o haber sido madre por lo menos una vez así mismo aceptar ser entrevistada o encuestada.

b) Criterios de exclusión

Respecto a los criterios de exclusión, por los cuales se tomaron acciones de cambio fue de una por no haber encontrado la dirección de la adolescente, otra por discapacidad mental y por ultimo una que no quiso responder a la entrevista. **3.5. Procedimientos para la recolección de la información**

a) Fuente de recolección de la información

En relación con la fuente que suministra los datos, esta es de fuente primaria porque el dato es tomado en el lugar de origen: Centro de Salud Rafael Pabón, sé entra en contacto directo con el sujeto de estudio a través de una guía de entrevista semiestructurada, instrumento propio diseñado para la recolección de información, lo que permite tener mayor control sobre los errores en la ejecución de dicho proceso.

b) Descripción del/ de los instrumentos

Se aplicó un método empírico permiten la obtención de los datos de manera empírica para medir las variables de estudio. En la presente investigación se aplicó una guía de **entrevista** semiestructurada que contenía una serie de preguntas abiertas y cerradas, para la obtención de datos sobre las causas principales que influyeron para que las adolescentes se embaracen. La misma estaba dirigida a cada una de las adolescentes embarazadas que asistieron al establecimiento de salud aplicada por la investigadora, interactuando entrevistador – entrevistado.

c) Procedimientos y técnicas

Tomando en cuenta los objetivos de la investigación científica se aplicaron los métodos empíricos, teóricos y estadísticos.

La concebimos como un proceso de relación que se da en un encuentro entre dos personas entrevistador y entrevistado con un propósito definido. Este proceso presupone la posibilidad de interacción verbal y no-verbal cuya finalidad es la investigación que realizamos. Es “la obtención de información mediante una conversación de naturaleza profesional”

3.6. (Plan de) Procesamiento y análisis de los datos.

a) Procesamiento de datos

Posterior a la recolección de los datos, se procedió a elaborar aplicando la estadística descriptiva, donde primeramente se revisaron los instrumentos de recolección de datos, si todas las preguntas fueron llenadas y si no existe incoherencias en las mismas, seguidamente se clasificaron las variables con escalas cuantitativas y cualitativas, posteriormente se realizó el cómputo para luego ser presentadas en tablas y gráficos.

b) Describir la forma de procesamiento de datos.

Se llevó adelante de forma manual y apoyada por el software Microsoft Word y el Microsoft Excel.

3.7. Delimitación de la investigación

a) Delimitación geográfica

La presente investigación se efectuó en el Centro de Salud Rafael Pabón de la ciudad de Oruro, Bolivia.

b) Sujetos

Los sujetos de estudio en la presente investigación son las mujeres adolescentes de 15 a 19 años que se embarazaron y/o son madres y acuden al Centro de salud Rafael Pabón.

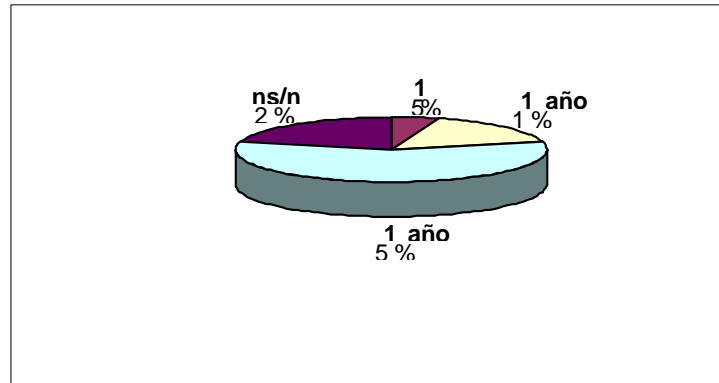
c) Delimitación Temporal

La ejecución de la investigación tuvo como espacio temporal en la gestión 2009

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este capítulo se presenta los resultados de la investigación para el logro de los objetivos determinados y dar respuesta al problema de la investigación planteada.

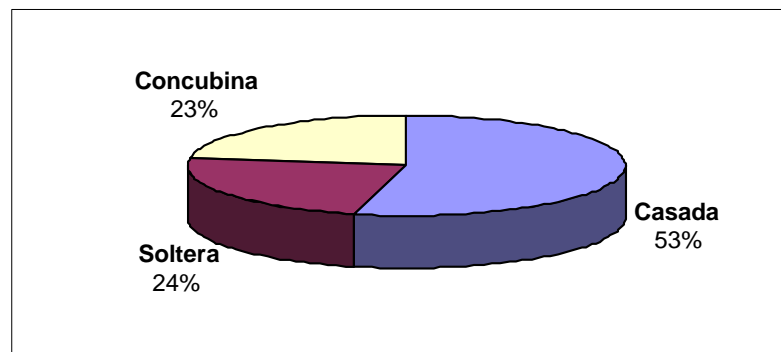
GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados de éste gráfico nos muestran que el 58% de la población encuestada tienen 17 años de edad, mientras que el 16% tiene 16 años de edad y un 5% tiene 15 años de edad. Un 21% de la población no quiso responder a esta pregunta, pudiera ser que en éste grupo se encuentren las adolescentes con menos años de edad y no quisieron contestar por sentirse avergonzadas.

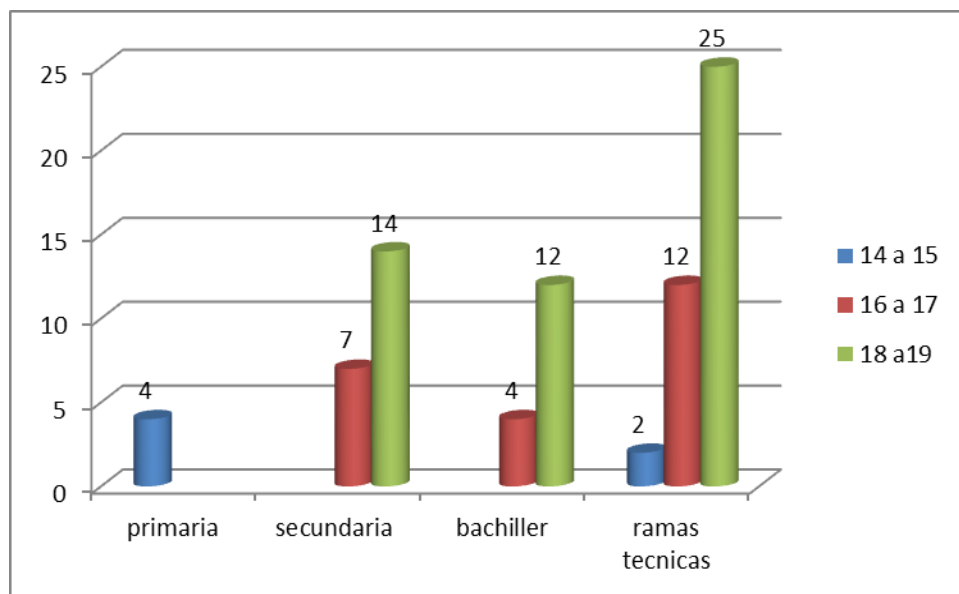
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de personas encuestadas, el 53% respondió que actualmente su estado civil es de Casada, el 24% respondió que es madre soltera y el 23% respondió que vive un concubinato. Al parecer solo la mitad de esta población mantiene relaciones de pareja formales, aunque se puede sospechar que éste dato sería no tan cierto si pensamos que por vergüenza las adolescentes optaron responder de ésta manera.

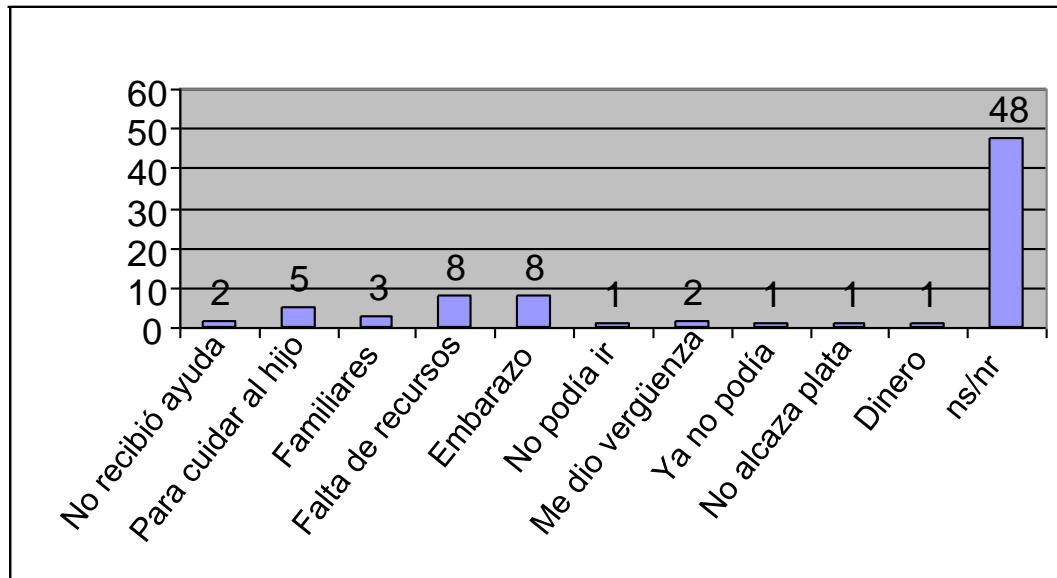
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Mediante este gráfico podemos observar que el 49% de la población encuestada optó por las ramas técnicas, un 26%, continúan en secundaria, solo un 20% llegó a ser bachiller y un 5% solo cursó la primaria.

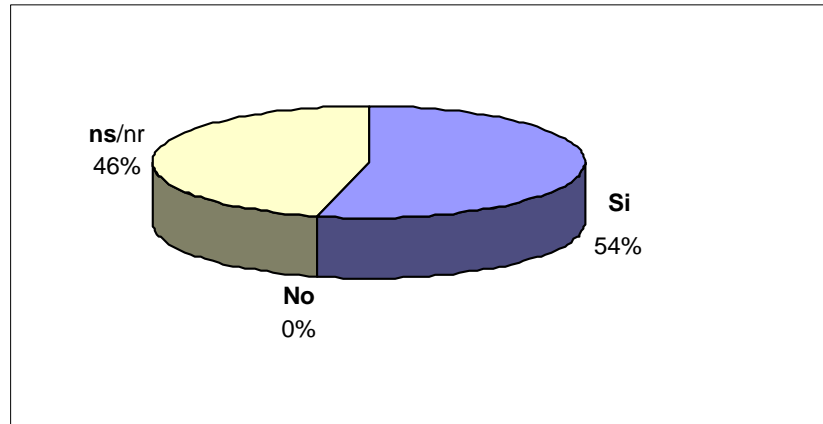
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN SEGÚN RAZÓN POR LA QUE DEJO DE ESTUDIAR GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Este gráfico de barras nos muestra que el 60% (48 personas) no sabe o no responde a esta pregunta, lo que nos da a entender que la mitad de la población de adolescentes embarazadas no dejó sus estudios. La otra mitad que sí dejó de estudiar, respondieron que en su mayoría es por falta de recursos y por la situación misma de embarazo.

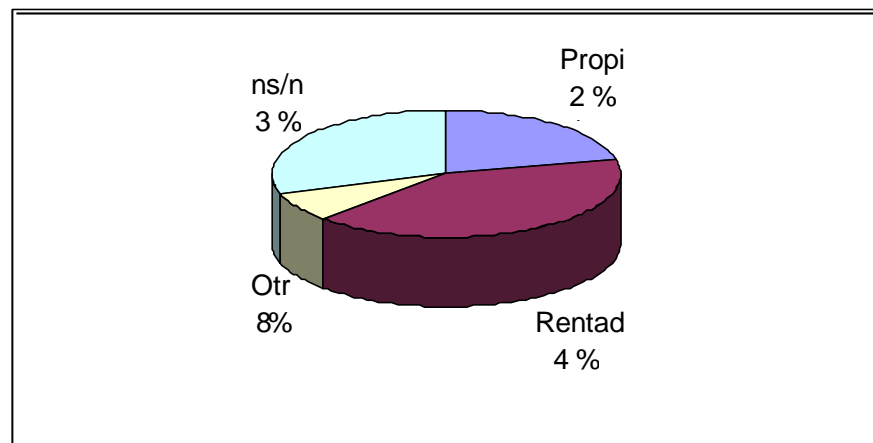
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN DESEO DE SEGUIR ESTUDIANDO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Mediante este gráfico podemos observar que del 100% de adolescentes embarazadas, la mitad de ellas aún tienen deseos de continuar sus estudios. Absolutamente nadie respondió que no tenía deseos de continuar sus estudios. Sin embargo un 46% de la población no sabe o no responde a la pregunta en cuestión.

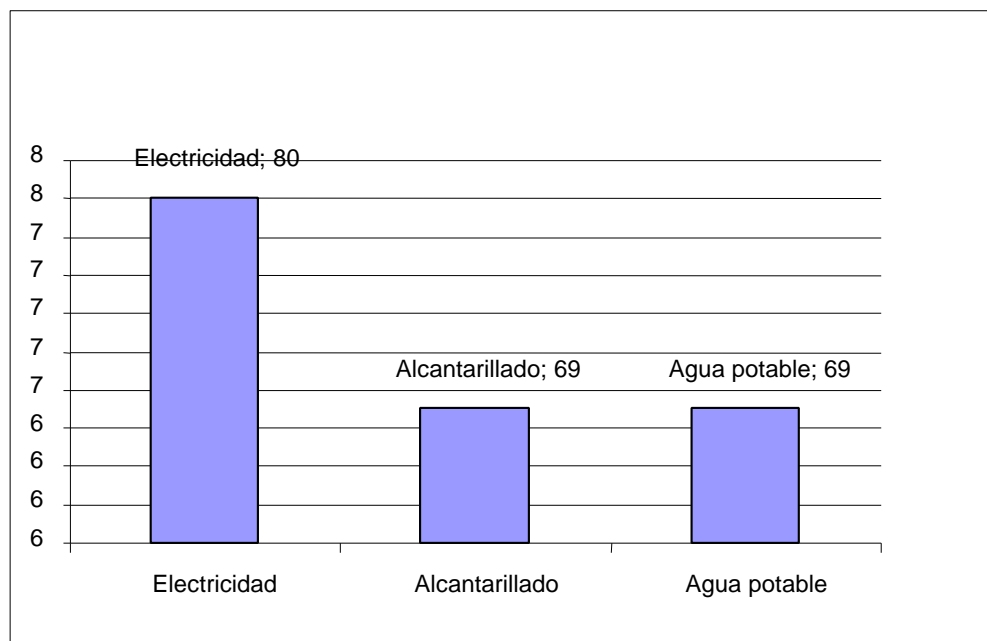
GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de personas encuestadas, el 41% respondió que la vivienda en que vive es alquilada, solo un 21% tiene una vivienda propia. Este es otro indicador que revela que la población de madres adolescentes y sus familias son del sector no muy favorecido económicamente de la población.

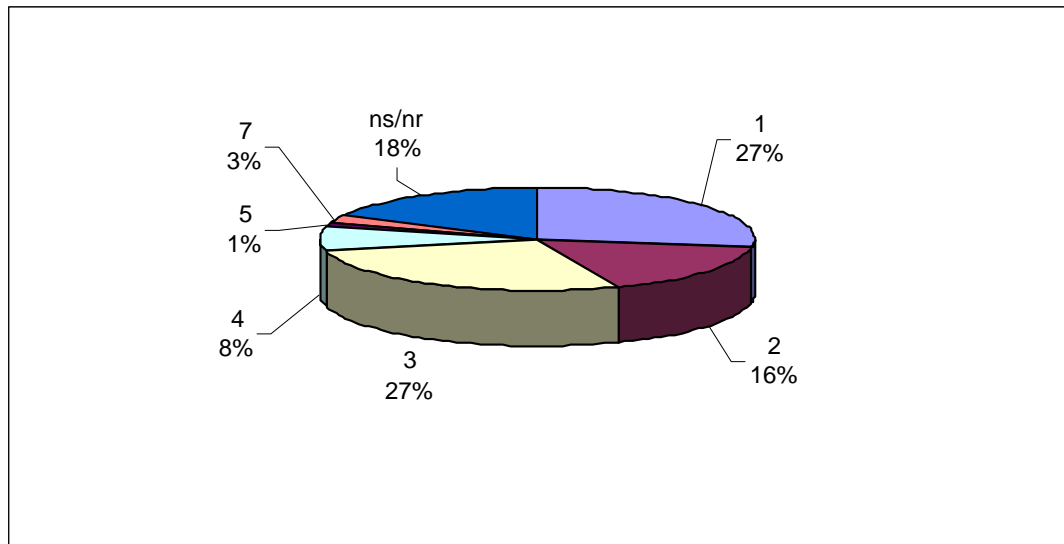
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas, prácticamente todas cuentan con electricidad, sin embargo el 24% de esta población aún no cuentan con alcantarillado ni agua potable. Nuevamente se puede observar otro indicador que devela el tipo de situación económica de las adolescentes embarazadas.

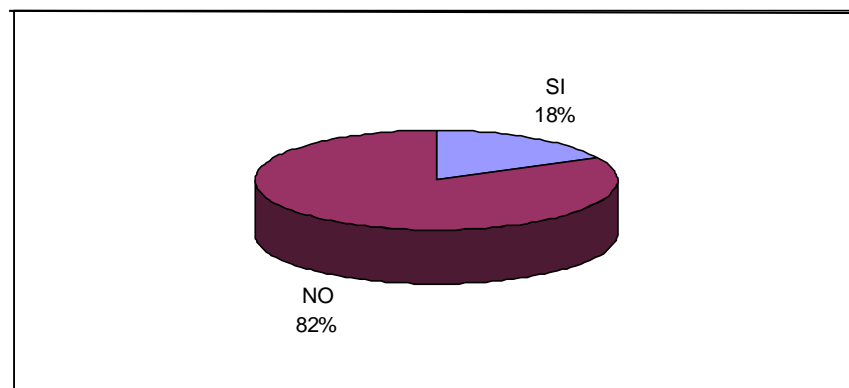
GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia.

Del 100% de adolescentes embarazadas encuestadas; los porcentajes más representativos respondieron: 1, 3 y 2 habitaciones, con un 27%, 27% y 16% respectivamente. Se puede interpretar que éste es otro indicador de la situación económica de las adolescentes embarazadas.

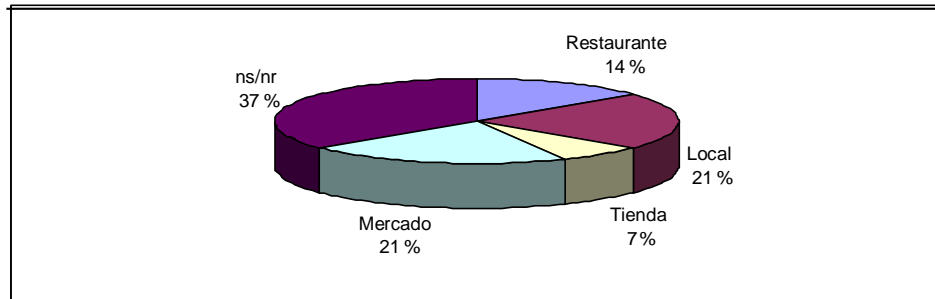
GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

El 82% de la población (66 personas) no trabaja actualmente, solo el 18% (14 personas) son las que trabajan actualmente.

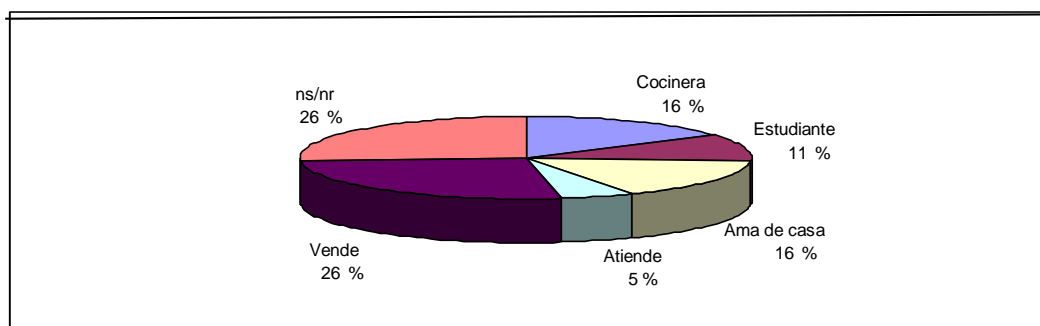
GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE TRABAJO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

De las 66 personas que contestaron afirmativamente, el 37% trabaja no sabe o no responde a la pregunta ¿dónde trabaja? Los porcentajes más representativos de las personas que respondieron son: En el mercado; y en un Local, ambas con 21% un 14% trabaja en restaurante.

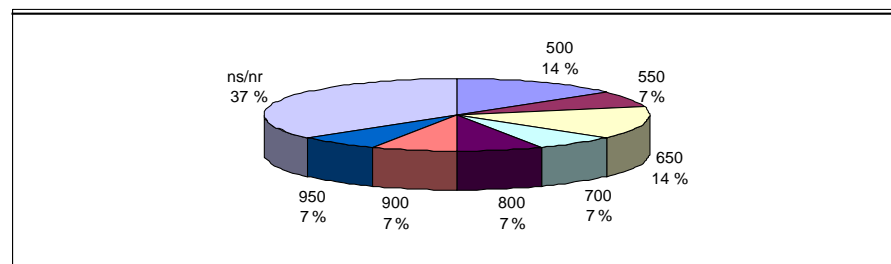
GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA EN EL TRABAJO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de personas que fueron encuestadas, el 26% no sabe o no responde a la pregunta; el porcentaje más representativo es el 26% que contestaron que la actividad que desempeñan es la venta de productos. Sin embargo otro 26% no sabe o no responde a la pregunta, contrastando con el gráfico anterior podemos interpretar que la mayoría de las adolescentes que trabajan lo hacen vendiendo productos en el mercado.

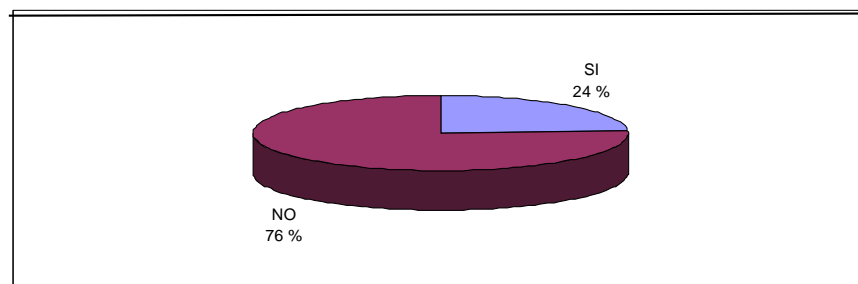
GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SALARIO QUE RECIBE EN EL TRABAJO LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

De las 14 personas que respondieron afirmativamente el 37% no quiso responder la pregunta del salario. Los siguientes porcentajes más representativos son 500 y 650 Bs. Ambas con el 14%. Podemos interpretar que existe un ingreso económico muy bajo asociado a las adolescentes embarazadas que trabajan.

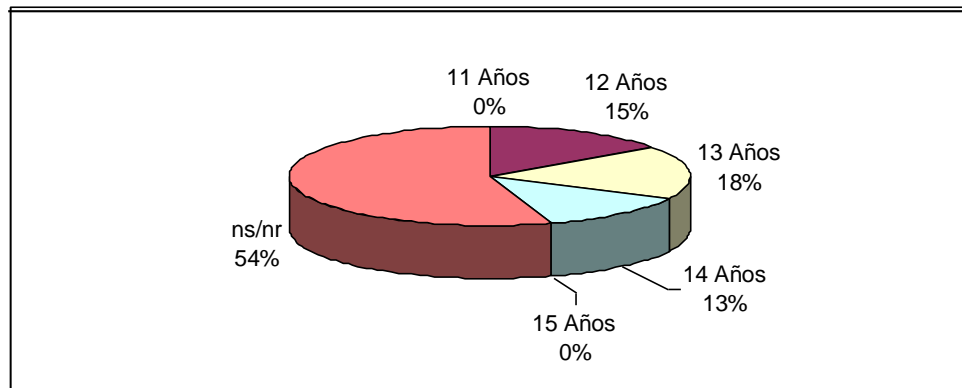
GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE TRABAJO ANTES DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Solo un 5% de adolescente que trabajaban dejaron de hacerlo. Lo que nos dice que les resulta necesario que las adolescentes embarazadas deben mantener su trabajo aun estando embarazadas.

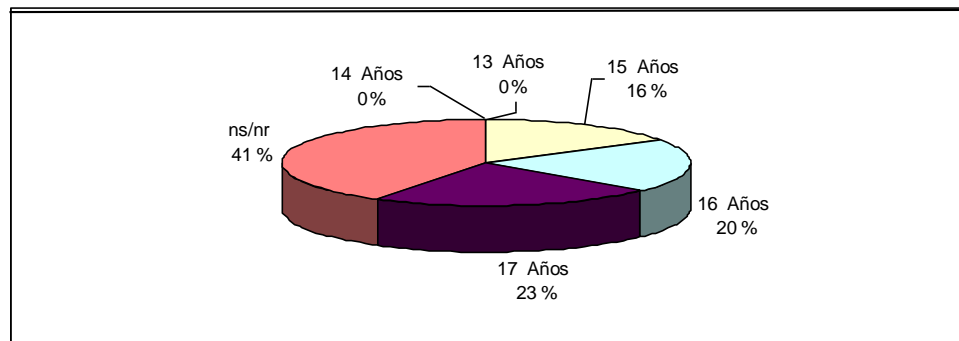
GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

En la pregunta, “Edad de la primera menstruación”, el 54% de la población estudiada (44 personas), no respondieron la pregunta. Lo que nos da a entender que la pregunta les resultó un poco incómoda o en verdad las encuestadas no recuerdan el dato. Las demás respuestas rondan por los 12, 13, y 14 años de edad.

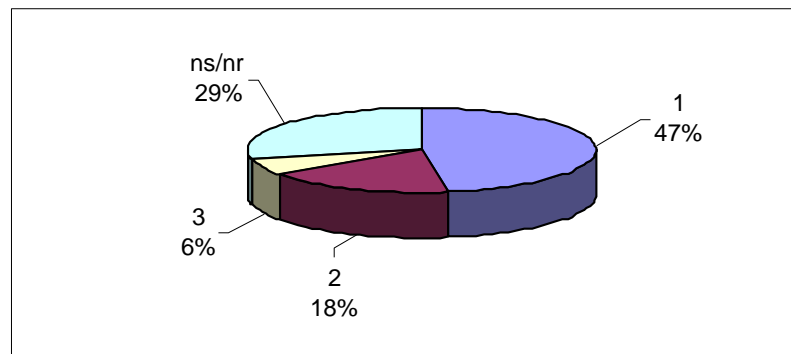
GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL INICIO DE SUS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

En la pregunta, “A qué edad inició su vida sexual activa”, el 41% de la población estudiada (33 personas), no respondieron la pregunta. El 16% inició su vida sexual activa a los 15 años, el 20% a los 16 años y el 23% a los 17 años. Estos son parámetros representativos.

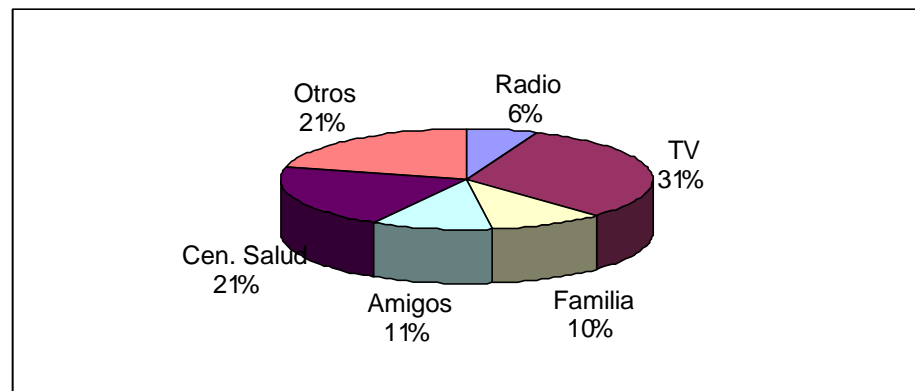
GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

El 47% de la población (38 personas) respondieron que solo tuvieron 1 pareja sexual, aunque es un porcentaje significativo, se debiera fortalecer este aspecto y promocionar relaciones de pareja saludables.

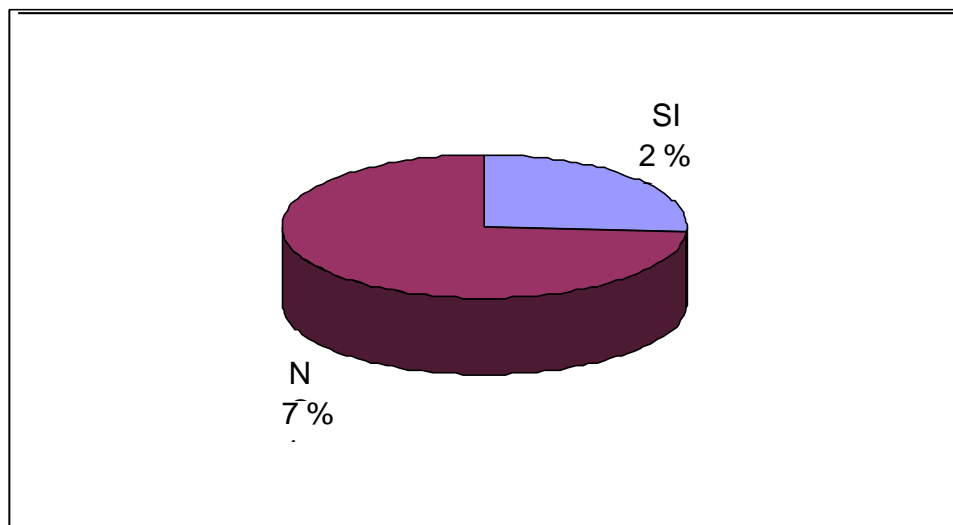
GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009



Fuente: Primaria elaboración propia

Varias personas optaron por marcar no solo una opción sino varias. El porcentaje representativo es el 31% de personas que respondieron que la TV sería el medio principal por el cual las personas se informan acerca de temas de sexualidad. Este dato nos hace reflexionar acerca de la necesidad de realizar una evaluación de los programas televisivos para ver si realmente la información sexual que reciben las adolescentes es pertinente.

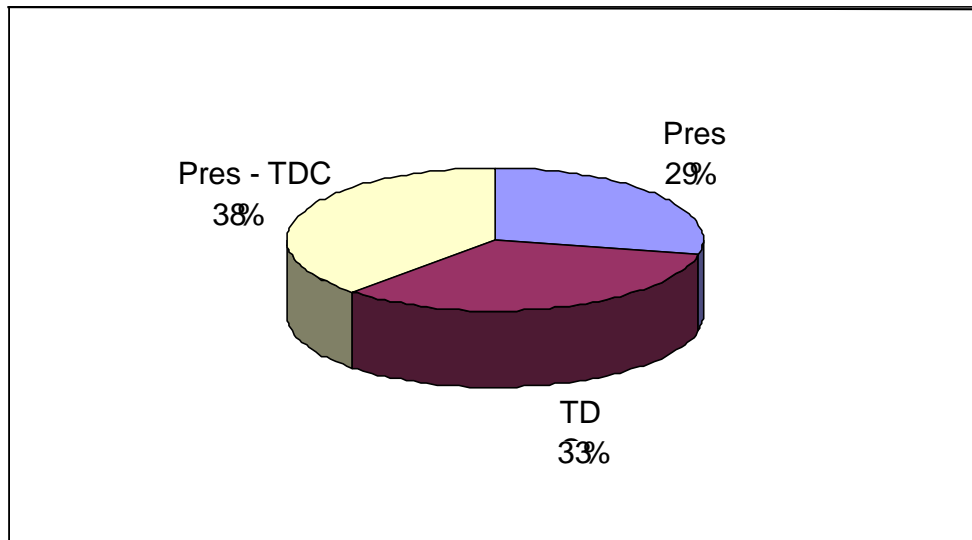
GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

El 74% de la población (59 personas) no utilizan ningún método anticonceptivo, resulta interesante observar que prácticamente todas las encuestadas respondieron a esta pregunta. Solo un 26% (21 personas) respondieron afirmativamente. Podemos observar que el desconocimiento y/o los prejuicios respecto de los métodos anticonceptivos son aún un factor importante en la temática del embarazo adolescente.

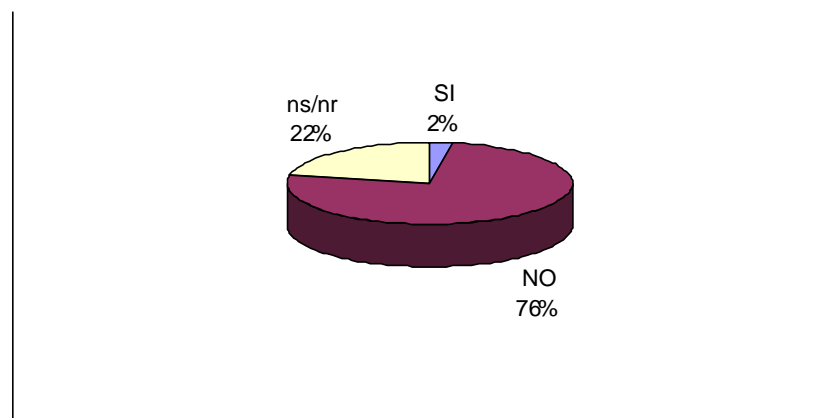
GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

En las 21 personas que respondieron que sí utilizaban métodos anticonceptivos, se puede observar una distribución equitativa entre los tipos de métodos anticonceptivos utilizados. El preservativo y el T D Cobre, son los más utilizados.

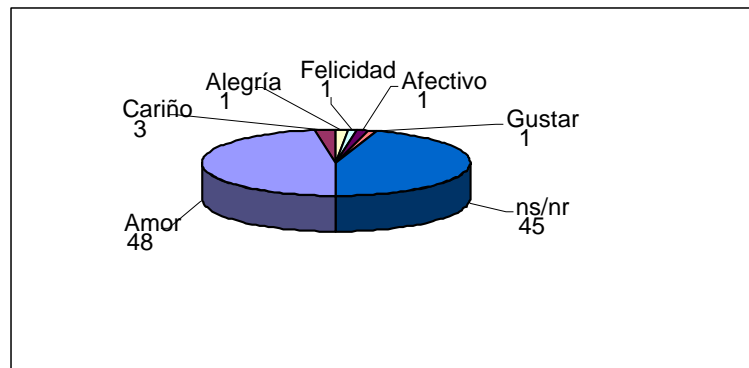
GRÁFICO 20. DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO AL EMBARAZADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Los resultados no varían tanto en cuanto a la población que respondió que no hace uso de métodos anticonceptivos. El 76% de la población (62 personas) no hizo uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo.

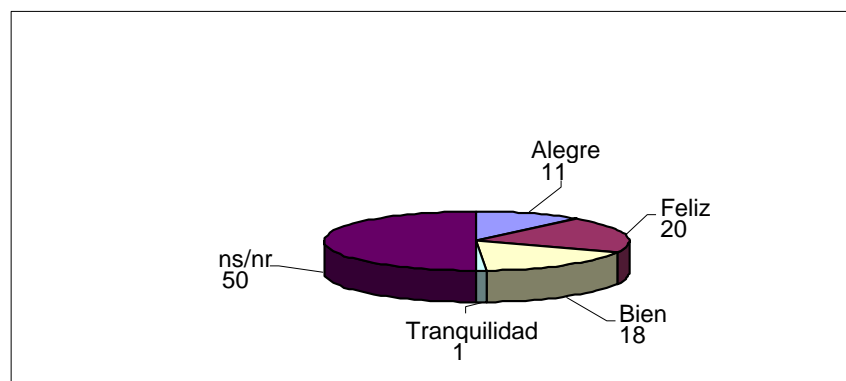
GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUE LLEVA A TENER RELACIONES SEXUALES A LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del total de personas encuestadas, el 55% expresaron sentimientos favorables al hecho de tener relaciones sexuales, un 45% no sabe o no responde a la pregunta en cuestión, lo que nos lleva a interpretar que la pregunta les resultó un tanto incómoda, pero también existiría mecanismos sociales que coartan o reprimen la libre expresión de este tipo de sentimientos.

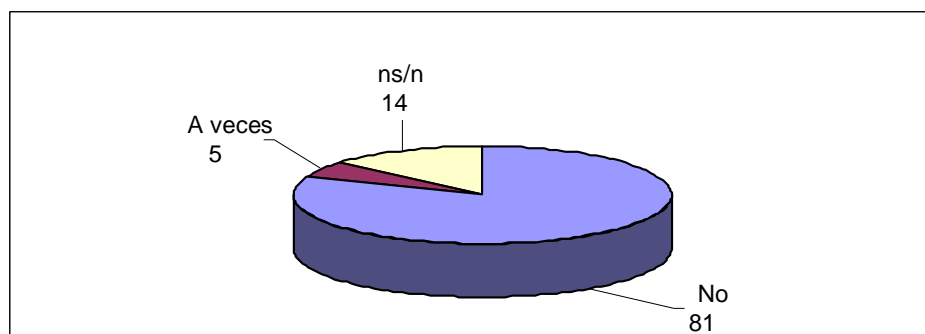
GRÁFICO 22. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SENTIMIENTOS DESPUÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

De la misma manera que en el gráfico anterior, solo la mitad de las adolescentes expresan sentimientos favorables, mientras que el otro 50% no sabe o no responde a la pregunta en cuestión.

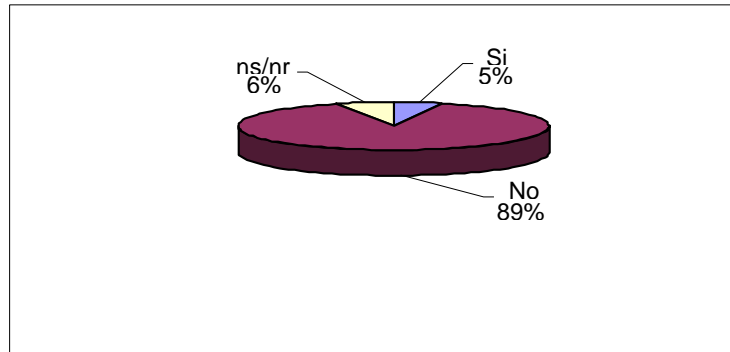
GRÁFICO 23. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OBLIGACIÓN POR LA PAREJA PARA TENER RELACIONES SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES QUE SISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas, el 81% de la población respondieron que no son obligadas a tener relaciones sexuales, un 14% no sabe o no responde, mientras que el 5% de las encuestadas respondieron que a veces son obligadas por sus parejas, aunque éste es un porcentaje mínimo, es preocupante que algunas adolescentes mantengan relaciones sexuales forzadas. También es un ámbito en que se debería trabajar.

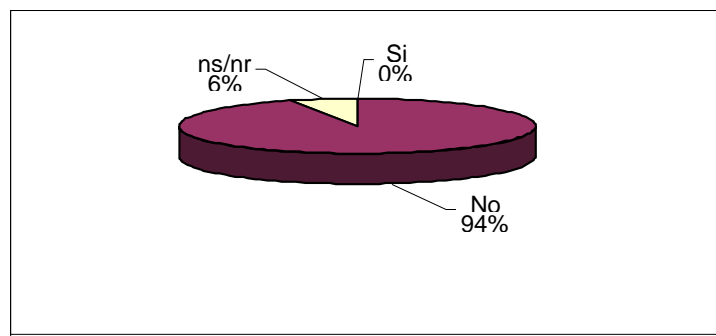
GRÁFICO 24. PERCEPCIÓN DE QUE LAS RELACIONES SEXUALES AUMENTAN EL AMOR EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas, no consideran a las relaciones sexuales imprescindibles para incrementar el amor en una relación de pareja. Solo un 5% respondió que sí es indispensable, y un 6% no sabe o no responde.

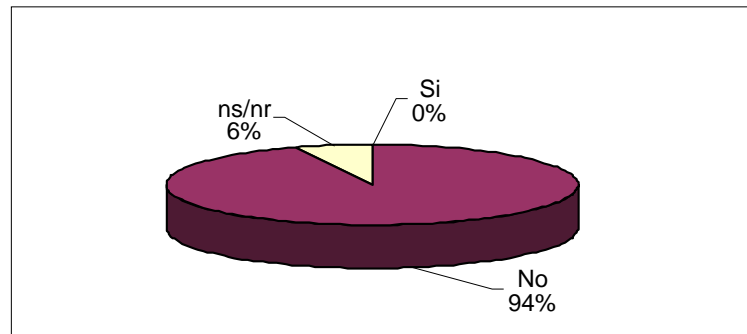
GRÁFICO 25. PERCEPCIÓN SOBRE QUE EL AMOR SE DEMUESTRA TENIENDO RELACIONES SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas, el 94% considera que el amor no se demuestra teniendo relaciones sexuales, y solo un 6% no sabe o no responde a la pregunta en cuestión, podemos interpretar que este pequeño porcentaje que sintió incómoda con la pregunta, pero también es ponderable observar que casi todas las adolescentes piensen de esta manera, lo que da a entender esta población contaría son niveles saludables de autoestima.

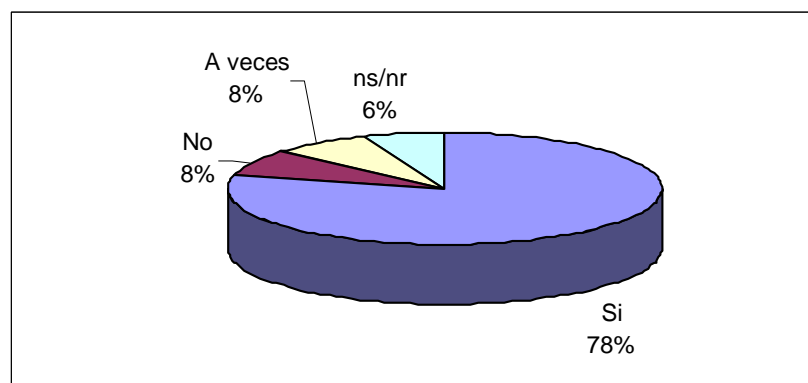
GRÁFICO 26. DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PAREJAS DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Al igual que el gráfico anterior, el 94% de las personas encuestadas manifestaron que no mantienen relaciones sexuales con varias parejas, nuevamente es necesario ponderar este tipo de comportamiento en las relaciones de pareja de las adolescentes.

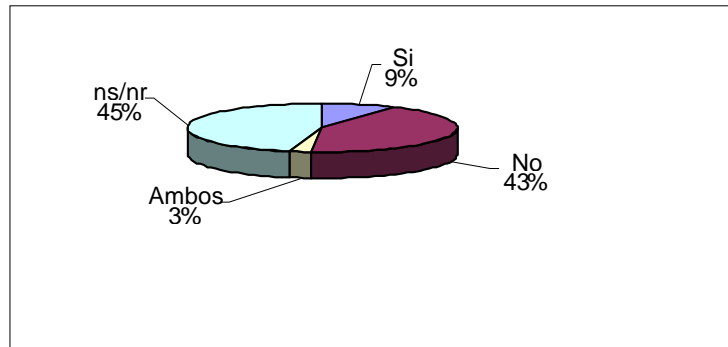
GRÁFICO 27. PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE SI LAS RELACIONES SEXUALES LES HACE SENTIR QUERIDAS



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas el 78% respondió afirmativamente al hecho de sentirse queridas teniendo relaciones sexuales, sin embargo, se puede observar que un 16% manifiestan opiniones contrarias a este hecho.

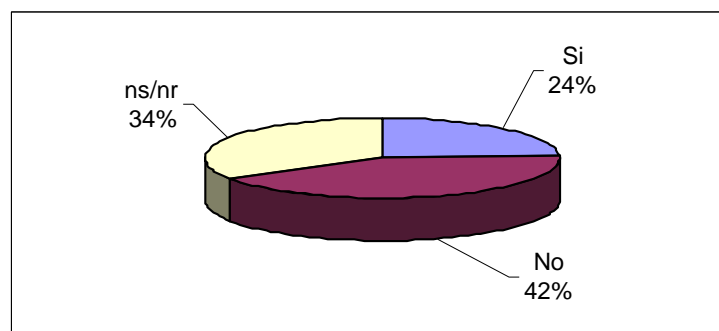
GRÁFICO 28. PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE SI TIENEN RELACIONES SEXUALES POR SATISFACERSE O HACER SENTIR BIEN A SU PAREJA.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas, un 45% no sabe o no responde a la pregunta, y un 43% responde negativamente sin especificar si se refieren a una u otra opción. Por lo que se observa en general, se puede afirmar que la pregunta resultó confusa y es necesario replantearla para investigaciones posteriores.

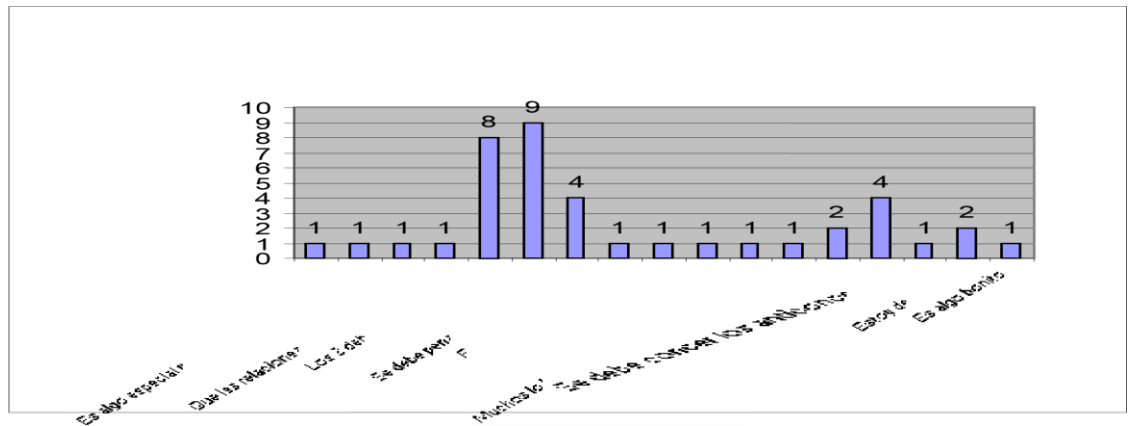
GRÁFICO 29. PERCEPCIÓN EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009. SOBRE LA INDEPENDENCIA AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del 100% de adolescentes encuestadas un 42% de la población respondió que no se sienten independientes al momento de tener relaciones sexuales, un 24% respondió afirmativamente, y un 34% no sabe o no respondió a la pregunta.

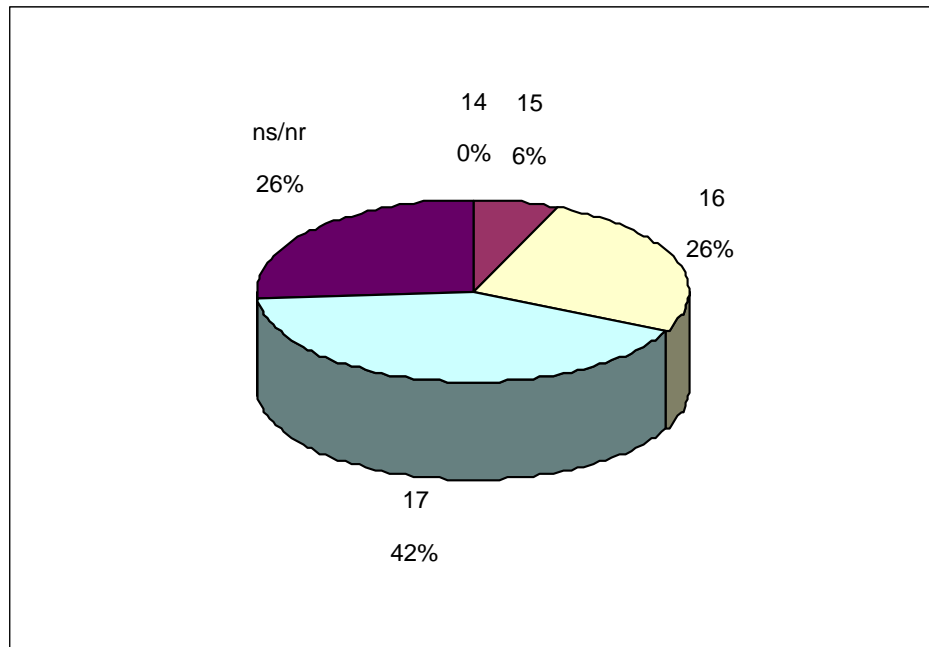
GRÁFICO 30. PERCEPCIÓN SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: *Primaria elaboración propia*

De las 32 persona que respondieron a esta pregunta se puede observar que 9 personas están de acuerdo que en las relaciones sexuales debiera haber amor, 8 personas están de acuerdo que para tener relaciones sexuales ambos debieran estar de acuerdo y no forzar a tener relaciones sexuales. El resto de las opiniones acerca de las relaciones sexuales expresan opiniones favorables y de recomendación.

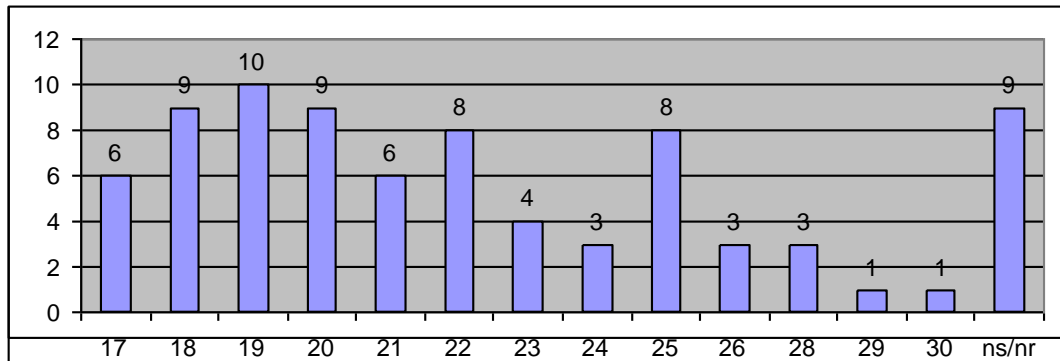
GRÁFICO 31. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZADO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

Del mismo modo que en el anterior gráfico la distribución de las respuestas no varían mucho. El 42% de la población respondió que tuvo su primer embarazo a los 17 años, un 26% no sabe o no responde, otro 26% tuvo su primer embarazo a los 16, y un 6% tuvo su primer embarazo a los 15 años. No se encontró adolescentes embarazadas de 14 años.

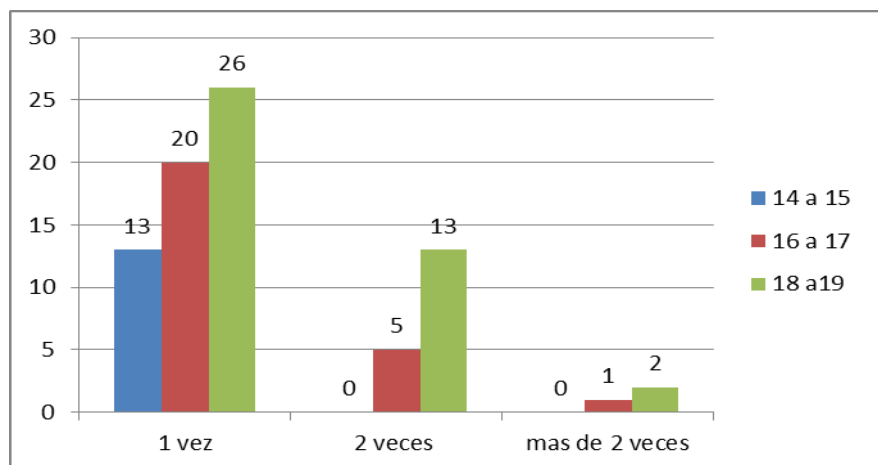
GRÁFICO 32. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

En este gráfico de barras podemos observar que los mayores porcentajes de edad de las parejas de las adolescentes embarazadas son de 18, 19 y 20 años de edad, podemos inferir que la edad de sus parejas no se distancia tanto de la edad de las adolescentes a excepción de la barra de 22 años y de 25 años. Es decir, de manera general - las adolescentes prefieren parejas de su edad.

GRÁFICO 33. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y NUMERO DE VECES DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD RAFAEL PABÓN GESTIÓN 2009.



Fuente: Primaria elaboración propia

En este gráfico de barras podemos observar que los mayores porcentajes de edad de las parejas de las adolescentes embarazadas que tienen 2 embarazos están en el grupo etario de 18 a 19 años y las que tienen más de 2 embarazos son las del grupo etario de 16 a 17 y de 18 a 19 años en conclusión, las que se han embarazado más de una vez son las adolescentes comprendidas de 16 a 19 años.

Otros Ns/nr

5. ¿Usted tiene deseos de seguir estudiando?

Si No

6. ¿La vivienda donde habita es?

Propia Rentada Otro

Ns/nr

7. ¿La vivienda cuenta con los servicios básicos de?

Electricidad Alcantarillado
Agua potable

8. ¿Cuántas habitaciones tienen la vivienda dónde vives?

1 habitación 2 habitación 3 habitación Ns/nr

9. ¿Usted trabaja actualmente?

Si No

10. ¿Dónde trabajas?

Local Tienda Mercado

Restaurante Ns/nr

11. ¿Qué actividad desempeñas en el lugar dónde trabajas?

- Cocinera Ama de casa Servicio Vendedora
 Estudiante Ns/nr

12. ¿Por el trabajo que realizas es salario que recibes es de? 500 bs. 550 bs.
 650 bs. 700 bs. 800 bs 900 bs.
- 950 bs. Ns/nr

13. ¿Antes de embarazarte trabajabas?

- Si No

II.- DATOS DE EDUCACION SEXUAL DE LA ADOLESCENTE

14. ¿A tus cuantos años fue tu primera menstruación?

- 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años
 Ns/nr

15. ¿A tus cuantos años iniciaste tus relaciones sexuales? 13 años 14 años 15

- años 16 años 17 años Ns/nr

16. ¿Cuantos parejas sexuales tuviste hasta ahora?

- 1 pareja 2 parejas 3 parejas Ns/nr

17. ¿Por qué medio te informaste sobre sexualidad?

Radio Tv

Familia Amigos

Centro de salud Otro

18. ¿Usas algún método anticonceptivo?

Si No

19. ¿Cuál método anticonceptivo utilizas?

Preservativo

T de Cobre

Preservativo y T de cobre

Otro.....

20. ¿Antes de embarazarte utilizabas anticonceptivos? Si No

21. ¿Antes de embarazarte que método anticonceptivos utilizabas?

Preservativo T de Cobre Preservativo y T de cobre

Otro.....

22. ¿Qué te lleva a tener relaciones sexuales?

Cariño Alegría

Felicidad Afecto

Gusto Amor Ns/nr

23. ¿Cuáles son los sentimientos que tienes después de tener relaciones sexuales? Alegría Felicidad Tranquilidad Bienestar Ns/nr

24. ¿Alguna vez fuiste obligado para tener relaciones sexuales? Si No

A veces Ns/nr

25. ¿Crees que tener relaciones sexuales aumenta el amor? No Si Ns/nr

26. ¿Crees que el amor se demuestra teniendo relaciones sexuales? No Si Ns/nr

27. ¿Tuviste varias parejas sexuales?

No Si Ns/nr

28. ¿Las relaciones sexuales te hace sentir amada? Si No

A veces Ns/nr

29. ¿Tiene relaciones sexuales por satisfacer vos o satisfacer a tu pareja?

Si No

Ambos Ns/nr

30. ¿Tiene independencia al momento de tener relaciones sexuales? Si

No Ns/nr

31. ¿Cuál es tu opinión sobre las relaciones sexuales?

Opinión.....

III.- DATOS EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES

32. ¿A qué edad te embarazaste?

14 años 15 años 16 años 17 años Ns/nr

33. ¿Qué edad tiene tu pareja?

17 a 20 años 21 a 24 años 25 a 28 años 29 a

32 años Ns/nr

Gracias por su colaboración

BIBLIOGRAFÍA

1. Heredia Copa Virginia. “Embarazo en la adolescencia”. Ed. Cultura. Oruro – Bolivia. 2000.
2. Rivera R Gabriela; Arango Clara. “Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes”. Documentación de Phatnfinder, cuaderno de trabajo N° 3. México (1995).
3. Católicas por el Derecho a Decidir. “El 60% de las adolescentes con hijo no planificó su maternidad”. La Prensa (Bolivia). 18-12 (2008). 1-3.
4. Sociedad. “Madres embarazadas en la Adolescencia”. Revista Sociedad (Bolivia). 197 (2008). 1-3.
5. Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud. “Actividad Sexual en la Adolescencia”. El Diario. 17-9 (2005). La Paz – Bolivia. s. pág.
6. Cuba Oré Víctor. Encuesta de Juventudes en Bolivia. “Cifras de las nuevas generaciones para el nuevo siglo”. Bolivia. 139.
7. Issler R. Juan. “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina. N° 107.* (Argentina). 8 (2001).
8. Norma Boliviana de Salud. “Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes”. *Segunda Edición. MB – MSPS – 05 – 2000.* Bolivia. (2005).
9. Salas Ariel. “Sociedad Boliviana de Pediatría”. Factores de Riesgo Asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes mujeres de los últimos años de secundaria de colegios públicos y privados de la ciudad de la Paz. (Septiembre, 28 de 2009). pág.
10. Disponible Internet. www.adolescencia/sociedad%20boliviana%20de%20pediatría.mht. 1 diciembre 2009.

11. *Infanto-Juvenil*". Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000: 42. Biblioteca práctica para padres y educadores. *"Pedagogía y Psicología*.
12. Biblioteca práctica para padres y educadores. *"Pedagogía y Psicología InfantoJuvenil"*. Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000.
13. Molina y González. Citados en Biblioteca práctica para padres y educadores. *"Pedagogía y Psicología Infanto-Juvenil"*. Tomo III. Pubertad y Adolescencia. Editorial Cultura. Madrid – España. 2000.
14. Tango, Oscar. "Embarazo en la Adolescencia – Información General". *Revista Afectividad y Sexualidad* (Argentina). 3-12 (2008).
15. Apprende. "Embarazo en la Adolescencia". *Oficialía Mayor de Desarrollo Humano del Gobierno Municipal de la Paz*. Bolivia (2007).
16. Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Medicina del Adolescente". Publicaciones OPS, Editores. Dra. M. Magdaleno. Serie Paltex N° 20. Estados Unidos. 1992: 479 – 482.