

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SANDRÉS  
FACULTAD E MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POST-GRADO**



**FACTORES INDIVIDUALES QUE PREDISPONEN LA  
PREVALENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER, GESTIÓN 2013**

**Postulante: Lic. Claudina Laura Ticona  
Tutora: Lic. M. Sc. Ana María Herrera Morón**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister  
Scientiarum en Enfermería Materno Perinatal**

La Paz – Bolivia  
2013

**FACTORES INDIVIDUALES QUE PREDISPONEN LA  
INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER LAPAZ  
PRIMER SEMESTRE 2013**

### **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico a mi familia, mi esposo Ricardo, a mis queridos hijos Julio Cesar, José Manuel y Claudia Lizeth, por su apoyo moral e incentivarme a seguir adelante en mi carrera profesional.

### **Agradecimiento**

Agradezco a Dios, a nuestro Señor Jesús y a la Virgen María por iluminar mi camino y poder cumplir mis propósitos. A mi familia por darme todos los días un motivo para continuar...A mi tutora Mg. Ana María Herrera Morón A mi coordinadora Mg. Miriam Vargas Vilela Todo mi reconocimiento por su colaboración y apoyo brindado durante la ejecución de mi tesis.

**Muchas Gracias.**

## **INDICE DE CONTENIDO**

### **I.- PARTE INTRODUCTORIA**

Contenido.....	I
Acrónimos.....	II
Resumen.....	III

### **II.- DISEÑO DE INVESTIGACION**

I.- Introducción.....	2
II.-Antecedente.....	4
II.- Planteamiento del problema.....	7
III.- Pregunta científica.....	7
IV.-Justificación.....	8
V.- Objetivos.....	9
VI.- Variables.....	10
VII.- Marco teórico.....	14
VIII.- Diseño metodológico.....	31
8.1.-Tipo de estudio.....	31
8.2.- Población de referencia.....	31
8.3.- Tamaño de la Muestra.....	31
8.4.- Población y lugar.....	32
8.5.- Método.....	32
8.6.- Instrumento.....	32
8.7.- Aspectos éticos.....	32
8.8.- Criterio de inclusión.....	33
8.9.-Criterio de exclusión.....	33
8.10.-Análisis de la información.....	33

### **III.- DISEÑO OPERATIVO**

IX.- Presentación de resultados.....	35
X.- Análisis y discusión.....	59
XI.- Conclusiones Recomendaciones.....	64
XII.- Bibliografía.....	68
XIII.-ANEXOS.....	71

## ACRÓNIMOS

- **CIES** Centro de Investigación, educación y Servicios
- **ENDSA** Encuesta Nacional de Demografía y Salud
- **INE** Instituto Nacional de estadística
- **MSD** Ministerio de Salud y Deportes
- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **UNICEF** Fondo de Naciones Unidas para la infancia
- **UNFPA** Fondo de población de las Naciones Unidas
- **SUMI** Seguro Universal Materno Infantil

## **RESUMEN.-**

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la prevalencia de embarazos en mujeres menores de 19 años, influenciada por diferentes factores condicionantes y determinantes.

Aspectos que motivaron a la investigación de que factores influyen al embarazo en adolescentes con el objetivo de determinar su prevalencia sobre qué factores predisponen al embarazo en adolescentes. Se realizó una investigación de tipo transversal observacional y descriptivo realizada en gestantes adolescentes que asistieron al Hospital de la Mujer de mayo a julio del 2013, aplicando un instrumento estructurado con variables relacionadas a factores socio demográficos, económicos, biológicos e individuales cuyos resultados muestran una predisposición mayor a factores individuales asociados a la familia. La adolescente determina su inicio de actividad sexual a factores externos como familias disgregadas o disfuncionales, donde la comunicación es dificultosa y no se habla de sexualidad manteniéndose como tabú (65.7%) que se convierte en un proceso de desinterés por las adolescentes sin afecto y con muchas restricciones. Llamando la atención que la pareja masculina es 8 años mayor a las adolescentes en promedio, no usan anticonceptivos y con obligación a cumplir otros roles de adultos a través del concubinato obligado (65-7%), siendo el embarazo no deseado en el 83 % de los casos, entre otros factores encontrados y desarrollados en la investigación.

**Palabras clave:** Adolescencia, Factores individuales, sexualidad, embarazo en adolescentes

## **SUMMARY.-**

The sexual activity of adolescents is increasing worldwide, that is increasing the prevalence of pregnancies in women under age 19, influenced by different factors and determinants.

Aspects that motivated the investigation of factors that influence teen pregnancy in order to determine its prevalence on what factors predispose to teenage pregnancy. An investigation of cross-sectional and descriptive type conducted in pregnant teenagers that were attending to the Women's Hospital from May to July in 2013, using a structured instrument with related varieties to socio-demographic, economic, biological and individual factors that shows the results of a greater predisposition of individual factors associated with family. Teen girl determines the start of sexual activity to external factors such as disrupted or dysfunctional families, where communication is difficult and not talking about sexuality remained taboo (65.7 %) that becomes into a process of disinterest, disaffect and many restrictions for teenagers. Drawing attention that the male partner is eight years higher than the average teen girl, not using contraception and obligating teens to comply with other adult roles through the forced concubinage ( 65-7 %), and unwanted pregnancy in 83% cases, among other factors found and developed in the research.

Keywords: Adolescence, Individual factors, sexuality, teen pregnancy



## **II. DISEÑO DE INVESTIGACION**

## **I.- INTRODUCCION**

La salud de los adolescentes y jóvenes va adquiriendo relevancia progresivamente en el mundo entero, tanto por una mejor comprensión de la importancia de este grupo etéreo en salud pública, como por el aumento de los riesgos en salud, debido a los cambios de patrones de conducta.

La sexualidad es un componente del desarrollo humano y parte esencial de la salud integral. Los aspectos individuales y sociales incluidos en el concepto de salud reproductiva repercuten principalmente en la adolescencia. El lugar que los adolescentes tienen asignado en la sociedad y la forma cómo son tratados es determinante para su salud reproductiva, porque el bienestar físico y psicosocial contribuye al desarrollo de conductas sexuales y reproductivas saludables.

Las y los adolescentes han constituido, efectivamente, un porcentaje significativo de la población durante décadas, pero sólo en los últimos diez años se percibe una mayor atención sobre sus necesidades y derechos, tanto como grupo demográfico, como en su calidad de actores sociales por las características que les son propias.

En nuestro país, si bien existe un programa de salud reproductiva con sus respectivas normas no ha superado el rechazo de la sociedad a los embarazos precoces y no facilita para nada a los jóvenes a llegar a soluciones maduras para enfrentar el problema, incluyendo la conducta del personal de salud.

El embarazo en las adolescentes representa un problema real dentro de la comunidad, con un impacto negativo al adolescente, a su futuro hijo/hija,

familia y sociedad en los diferentes ámbitos de vida social, económico, político, educativo y salud, por lo que constituye la problemática actual de los adolescentes.

En las adolescentes gestantes existen determinantes sociales, económicas que influyen directa e indirectamente en los habitantes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención médica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas, tales como violencia social, agrupaciones ilícitas, bajo nivel educativo y económico, maltrato y abuso sexual en todas sus formas, desintegraron familiar, delincuencia entre otros.

Es por ello el interés y la importancia de la investigación, pretendiendo identificar y analizar los factores que influyen en la prevalencia de los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescente que acuden al Hospital de la Mujer y que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en las adolescentes.

## II.- ANTECEDENTES

A nivel mundial ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas; el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-29 años. (2).

En Honduras el embarazo en adolescentes se ha constituido en un problema que va creciendo aceleradamente y resulta alarmante desde la perspectiva social, económica y cultural. (2)

Según un informe realizado en 2004 por el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas con sede en Nueva York, indica: (3).

- El promedio de muertes maternas en la región es de 194 mujeres por 100 mil nacimientos, la cuarta tasa más alta del mundo. La causa principal es el aborto clandestino que llega a los 4 millones al año, de los cuales 800 mil requieren hospitalización por complicaciones.
- En el Caribe, un tercio de todos los embarazos del mundo, es decir 80 millones por año, son no deseados", exhortando a los gobiernos a que amplíen el acceso a los servicios de planificación familiar.
- Todos los años 15 millones de mujeres menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios.
- En países de África y América Latina, un 20% a 60% de las mujeres menores de 20 años actualmente embarazadas declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.
- A nivel mundial la mayoría de las personas se inician sexualmente durante la adolescencia.
- En América Latina y el Caribe esta cifra disminuye a una tercera parte. En su mayor parte, los embarazos y partos involuntarios eran más bien inoportunos que no deseados.

- En los Estados Unidos, donde anualmente quedan embarazadas 1 millón de mujeres menores de 20 años, el 82% de esos embarazos son involuntarios.
- En América, las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años.
- El 12,5% de todos los nacimientos en Estados Unidos son de madre adolescentes. De estas, el 19.4% tuvo un niño una vez y el 4,0% había dado a luz dos veces. A la edad de 20 años, el 40% de mujeres blancas y 64% de mujeres negras habrá experimentado por lo menos 1 embarazo.
- Desde el punto de vista social, numerosos estudios han descrito características económicas, sociales y culturales que se vinculan a este fenómeno, además de sus causas. Cuando se comparó con otras naciones industrializadas, los Estados Unidos tienen una altísima tasa de embarazo, aborto, y nacimientos de adolescentes, a pesar de que la estadística en cuanto a la actividad sexual es similar a la de otros países.
- En Panamá, cada año está aumentando el número de madres adolescentes, lo cual ha hecho que este se considere éste como un problema social y de salud pública. (4)

Bolivia al igual que los países de Centroamérica, se caracteriza por tener un alto porcentaje de población adolescente, según las proyecciones oficiales del *Instituto Nacional de Estadística (INE)*, indica que el 2008 existen en Bolivia unos 2.2 millones de adolescentes, se estima que de 520,000 adolescentes de entre 15 y 19 años, 80,000 ya son madres o se encuentran embarazadas.

El *Instituto Nacional de Estadística (INE)*, respecto al perfil de la salud sexual y reproductiva (SSR) en las adolescentes bolivianas mantiene las

tasas de fecundidad global mas altas de la región(4,4% para menores de 19 años, en relación al 3,8% de las mujeres en edad fértil del país); constituye el 21% de los embarazos esperados, por tanto 14 de cada 100 mujeres entre estas edades ya son madres o están embarazadas de su primer hijo; partir de los 19 años la cifra se eleva a 30 de cada 100 mujeres.

En Bolivia de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (**ENDSA** 2003), alrededor del 16% de las adolescentes, cuyas edades estaban entre 15 y 19 años, se encontraban embarazadas (13%) o eran madres (3%). Entre las adolescentes de 19 años, una de cada tres (34%) ya ha estado embarazada y el 29% ya son madres.

El 2005, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (**UNFPA**), realizo una investigación en las ciudades de La Paz, El Alto y Santa Cruz, se encontró que 70 por ciento de las adolescentes que habían estado embarazadas declaró que no habían planificado su embarazo, llegando a la conclusión de que el 16 por ciento de las adolescentes bolivianas son madres o están embarazadas.

### **III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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.

De acuerdo a los datos estadísticos del hospital de la Mujer se atendieron 789 adolescentes el 2012, con un promedio de 2 a 3 adolescentes día aproximadamente, en consulta externa (prenatal) o solicitando atención de emergencia (trabajo de parto), llamando la atención que estos embarazos se están incrementados en estos últimos años.

La revisión documental realizada para esta investigación, afirma que nada es más importante que la prevención del embarazo, y por consiguiente el parto, en nuestras adolescentes; pero para que esta premisa sea cumplida a cabalidad, se requiere implementar un enfoque diferente en el manejo de las adolescentes y padres de familia, planteando estrategias y proyectos que ayuden a disminuir este problema.

### **PREGUNTA CIENTIFICA**

¿Cuáles serán los factores que predisponen la prevalencia de embarazos en adolescentes?

#### **IV.-JUSTIFICACION**

El embarazo en adolescentes en nuestro país va cada día en aumento, lo cual se demuestra con la alta tasa de fecundidad que es de 136 nacimientos por cada 1,000 adolescentes, una de las más altas en América Latina, con un promedio de dos hijos por cada tres adolescentes.

La inquietud para realizar el presente trabajo es la situación de la adolescente en relación con la salud reproductiva y particularmente la mortalidad materna que se atribuye a los abortos ilegales, embarazo de alto riesgo, partos prematuros. La salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que los adolescentes enfrentan para así desarrollar programas de promoción, de protección y de prevención efectivos y eficaces, especialmente aquellas adolescentes que vienen del área rural.

Ante este panorama tan preocupante de la alta prevalencia de embarazos en adolescentes que acuden al hospital de la Mujer, se eligió este grupo vulnerable.

Con el presente trabajo se pretende conocer los factores individuales asociados a embarazos de adolescentes y los resultados permitirán plantear estrategias y proyectos que ayuden a disminuir la magnitud del problema.

Los resultados de este estudio se presentarán a las autoridades del hospital de la Mujer, para implementar un enfoque diferente al manejo de las adolescentes y padres de familia, considerándolas no solo desde el punto de vista Biológico sino Integral u Holístico que nos permita coadyuvar en esta problemática



## **V.-OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de embarazos en adolescentes por factores individuales en el Hospital de la Mujer.

### **5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar factores individuales como la falta de actitud preventiva, conducta de riesgo; abuso de alcohol-droga, familias conflictivas y tipo de carácter
- Conocer las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio.
- Establecer condicionantes biológicas como: menarquia, uso de métodos anticonceptivos, Inicio de actividad sexual.
- Identificar aspectos Psicosociales; como conocimiento de las consecuencias, acceso a servicios de orientación en anticoncepción.

## **VI.- VARIABLES**

Las variables se realizaron de acuerdo con los objetivos trazados, tomando en cuenta:

### **6.1. VARIABLE DEPENDIENTE**

Embarazo en adolescentes

### **6.2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

Que son: Factores Pre disponibles:

#### **1. Características socio demográficas de adolescentes**

- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Procedencia
- Religión

#### **2. Condicionantes biológicos**

- Menarquia
- Inicio de Vida Sexual
- Conoce métodos de anticoncepción
- Método más usado

#### **3. Aspectos psicosociales**

- Comunicación con padres
- Educación de sexualidad en la familia
- Conocimiento de riesgos

- Conocimiento de servicios de Orientación en salud sexual reproductiva
- Fuentes de información sobre anticoncepción

#### **4. Factores individuales**

- Relación con los padres
- Normas en la familia
- Empleo de su tiempo libre
- Consumo de alcohol/drogas
- Edad de inicio consumo de alcohol/drogas

### 6.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

**VARIABLE: Adolescencia,** Termino que deriva de la palabra latina **adoleceré**, significa: **crecer hasta llegar a la madurez**, comienza aproximadamente a los 10 años de edad.

DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Edad	<b>Número de años desde su nacimiento</b>	Incidencia de la edad en el embarazo	Ordinal < - 13 14 - 15 16 - 17 17 – 18	Cuestionario
Estado Civil	Condición jurídica de una persona.	Influencia del Estado Civil	Nominal Soltera Casada Concubina	Cuestionario
Escolaridad	Grado de escolaridad de la adolescente, que le permite saber leer y escribir	Determinación del embarazo por falta de educación	Ordinal Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria	Cuestionario
Menarquia	Primera menstruación que presenta toda mujer según edad.	Inicio de la posibilidad de embarazo	Ordinal < - 13 14 - 15 16 - 17 17 – 18	Cuestionario
Inicio de relaciones sexuales	Cuando la adolescente tiene su primera relación sexual.	Sexualidad Activa	Ordinal < - 13 14 - 15 16 - 17 17 – 18	Cuestionario

**VARIABLE: Factores de embarazo en adolescentes**

Causas o elementos que contribuye, sólo o conjuntamente con otros elementos, a que se produzca un efecto determinado.

DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Factores individuales	Factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes	Principales factores que permiten el embarazo en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con los padres</li> <li>• Normas en la familia</li> <li>• Empleo de su tiempo libre</li> <li>• Consumo de alcohol/cigarro</li> <li>• Edad de inicio de consumo de alcohol/cigarro</li> </ul>	Cuestionario
Factores Psicosociales	Aspectos que influyen en la autoestima relacionados con el medio ambiente	Causa dominante de origen psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Comunicación con padres</li> <li>•Educación de sexualidad en la familia</li> <li>•Conocimiento de servicios de Orientación en salud sexual reproductiva.</li> <li>•Fuentes de información sobre anticoncepción</li> </ul>	Cuestionario
Factores biológicos	Características propias de la feminidad y su desarrollo	Señales biológicas que aceleran la maduración reproductiva del adolescente	<p>Nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Inicio de vida sexual</li> <li>•Conoce métodos de anticoncepción</li> </ul>	Cuestionario

## VII.- MARCO TEORICO

### 7.1 Adolescencia:

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. (5).

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. 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.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. (En Bolivia está en el 21 % según el INE y el Censo del 2012). La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

#### **7.1.1. Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.). (6).

### **7.1.2. Adolescencia Media: (14-17 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces. (7).

### **7.1.3 Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. (8).

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño. (9).

## **7.2 El Embarazo en la adolescencia:**

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola – rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente. Es consecuencia de falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, los factores socioculturales que juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones prematrimoniales de los adolescentes, por consiguiente están temerosos de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud. (10).

### **7.3 Factores de riesgo del embarazo de la adolescente:**

Los factores de riesgo del embarazo de la adolescente involucran tres niveles: individual, familiar y social. Todos ellos ejercen una influencia en las manifestaciones de la sexualidad de los adolescentes, cuyo resultado pueden ser favorables o desfavorables para la prevención del embarazo.

A continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con el:

#### **7.3.1 Factores Individuales:**

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. (11).

Factores individuales que constituyen un mayor riesgo de inicio temprano de la actividad sexual son: menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, inseguridad, temor al rechazo, bajas aspiraciones educacionales y de logro, impulsividad, mala relación con los padres y menor compromiso religioso. Además, se describe en adolescentes un uso marginal e inconsistente de los métodos anticonceptivos.



Otros factores de riesgo descritos son el uso de drogas y alcohol, el tener amistades con actitudes permisivas en materia sexual y relación con compañeros sexualmente activos.

La familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; se describen como factores importantes a considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas y la manera en que se resuelven conflictos.

Surgen como factores de riesgo para la aparición de embarazo, situaciones desfavorables como violencia intrafamiliar, permisividad de los padres, madre poco accesible o aislada, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas.

En el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad

### **7.3.2. Biológicos**

Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de anticoncepción en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. (12).

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

### **7.3.3 Psicosociales**

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun concientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

Psicológicas: 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, 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 influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. (13).

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

#### **7.3.4. Factores Sociales**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de anticoncepción. (14).

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis. Entre los factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

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 exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. (15).

Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo.

Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención medica. (16).

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.

4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (17).

### **7.3.5 Factores Familiares**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (18).

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que

condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.

Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

## **7.4 Aspectos Psicosociales del Embarazo en las Adolescentes**

### **7.4.1 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 pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. 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 del 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.

#### **7.4.2 Actitudes hacia el embarazo**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. 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.

En la **adolescencia temprana**, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban 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.

En la **adolescencia media**, 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, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su 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.

En la **adolescencia tardía**, luego de los 18 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, donde 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.



### 7.4.3 El Padre Adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.), que precipitaran su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso

con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".  
(19)

## **7.5 Situación actual del Embarazo de Adolescentes en Bolivia**

### **7.5.1 El embarazo precoz trunca el crecimiento físico, psicológico e intelectual de las adolescentes**

El embarazo adolescente termina por truncar el crecimiento físico, psicológico e intelectual principalmente de las mujeres, quienes generalmente terminan como madres solteras; así abren de par en par las puertas de la pobreza y la marginación. En Bolivia cada hora tres adolescentes se embarazan, según datos de Marie Stopes-Bolivia.

No es culpa de las niñas madres, es un error de la sociedad que vive en una continua doble moral: condena a las adolescentes que se embarazan, y al mismo tiempo les oculta información por "vergüenza". No acepta fácilmente la educación sexual porque teme "abrirles los ojos", prefiere que lo haga la televisión donde todo se puede ver sin que nada se tenga que explicar.

El embarazo precoz termina con el proyecto de vida de las adolescentes. Esa es una verdad que no se puede negar; pero en realidad ¿hay un proyecto de vida? El mayor problema es que en la mayoría de los casos no hay proyecto de vida. La sociedad no da la posibilidad, la oportunidad, la libertad, para que una adolescente construya su proyecto de vida; y esa falta se convierte en una causa para incrementar la tasa de embarazos en niñas que crecen en una sociedad donde los adolescentes no cuentan, porque son una población sándwich, no son niños, tampoco adultos, parece que no son nada, es la "edad del burro" a la que nadie entiende y tampoco interesa entender, aunque todos hayamos pasado por ella. (20)

**7.5.2 La encuesta** a 5000 personas de 12 a 22 años, en las ciudades de La Paz y el Alto, el 2011, que sirvió como base para la realización del “primer foro Internacional Dirigido a Construir los derechos sexuales y reproductivos; cuyo resultados revelan lo siguiente:

- Las adolescentes afirman que las políticas sobre salud sexual siempre fueron hechas por adultos.
- Siete de cada 100 adolescentes menores de 18 años, tuvieron al menos tres embarazos y hasta alcanzar la mayoría de edad, se embarazó al menos una vez.
- Refieren que tienen escasa información y educación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, que de los 10 derechos solo conocen uno, el derecho a la salud, aunque el nivel de interpretación del mismo es básico
- Falta de comunicación entre los jóvenes y sus padres. (21)

## **7.6 Servicios de Salud Amigables a los y las Adolescentes y Jóvenes**

A partir del análisis de la situación de los países de la región y de la experiencia realizada en Bolivia, Ecuador y Perú, se consideraron centrales para promover servicios de salud amigables a los y las Adolescentes y jóvenes. Estos elementos son los que guiaron la construcción de las herramientas estableciendo el hilo conductor que unifica la propuesta.

Cabe señalar que lo que se propone representa el ideal hacia el que todos los servicios de salud dirigidos a la población adolescente y joven deberían orientarse. Sin embargo, se sabe que la construcción de servicios de salud amigables es un proceso, y que los y las profesionales de salud, así como los tomadores de decisión, deberán ir adecuando y adaptando esta propuesta a sus recursos y a su realidad. Así se irán definiendo, de manera

gradual, los desafíos que deberán superar en el camino que los llevara a acortar cada vez más la distancia que separa a los servicios de los y las Adolescentes y jóvenes.

Un servicio de Salud amigable a los y las adolescentes y jóvenes se enmarca en un enfoque de desarrollo que plantea que trabajar por la salud del y la adolescente incluye tanto la prevención de los problemas como promoción del desarrollo. Se adecua a las necesidades que varones y mujeres Adolescentes tienen en el ámbito de su sexualidad, encontrando formas de intervención que responden a sus expectativas y que constituyen una invitación para atraerlos al servicio.

Parte de la premisa de que los y las adolescentes se constituyen en un actor social clave, capaz de proponer estrategias para la “construcción” de su salud y la de su comunidad; por lo tanto, busca incorporar sus opiniones e intereses en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas.

El o la adolescente es reconocido/a como una persona que tiene derechos. Así, el servicio amigable hace que se cumpla el derecho que tiene este sector poblacional tanto a recibir información sobre su salud en general y su salud sexual y reproductiva en particular como a que se respete su capacidad para tomar sus propias decisiones en este ámbito y gozar de una sexualidad saludable.

El establecimiento de salud que brinda este servicio se reconoce también así mismo como un actor clave de la comunidad, que promueve la articulación de esfuerzos entre diferentes instancias comunitarias para responder a las necesidades físicas y psicosociales de los las adolescentes.

El acceso implica tanto que los y las adolescentes lleguen al servicio y sean atendidos/as en este, como que el establecimiento de salud desarrolle diferentes estrategias que permitan que la población adolescente “acceda” a la información, la orientación y el soporte que requiere en los espacios naturales en los que se desenvuelve. Para ello, el establecimiento debe propiciar la articulación de redes conformadas por las instancias de la comunidad relacionadas con la promoción de la salud.

Por lo tanto, la calidad del servicio debe ser evaluada de acuerdo con las Normas y políticas que el centro de salud establece para atender a los y las adolescentes tanto al interior (atención intramural) como al exterior (atención extramural) de su local.

La organización al interior del servicio amigable contempla aspectos como los horarios y los espacios adecuados a las necesidades de los adolescentes, la distribución espacial del servicio, la comodidad del ambiente, la buena organización de los procedimientos administrativos, así como los aspectos vinculados a los diferentes tipos de consulta que se brindan, incluyendo la orientación, la consejería y la provisión de los insumos necesarios.

Adicionalmente, considera como un aspecto esencial las características del personal, experiencia, capacitación, trato adecuado y como ya se ha señalado, se interesa por las percepciones sobre el servicio que tienen los adolescentes y jóvenes. El servicio amigable tiene políticas y programas que atraen a los y las adolescentes.

En esta medida, los servicios de salud amigables toman distancia de aquella mirada limitante que considera que el establecimiento de salud es el experto en esta materia y es el único responsable en el tema.

El servicio de salud amigable se constituye, en cambio, en un actor que aporta a la construcción de pautas de auto cuidado de la salud, comprendiendo que esta es responsabilidad de todos los miembros de la comunidad en la que trabaja.

El servicio de salud debe articularse, pues, con programas de educadores de pares o promotoras de salud que ya existen. También debe realizar en la comunidad acciones conjuntas de sensibilización tendentes a promover que las normas socioculturales favorezcan la adopción de comportamientos de auto cuidado de la salud de los y las adolescente, así como el respeto por su derecho a tomar sus propias decisiones. (22)

## **VIII.- DISEÑO O METODOLOGIA**

### **8.1. Tipo de Estudio**

Observacional, porque permitirá recolectar datos de un registro sistemático, valido y confiable.

Transversal, porque se realizara recolecciones de datos de las encuestas aplicadas a las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer.

Descriptivo, porque se pretende explicar en forma ordenada y sistemática el fenómeno de estudio.

Cuantitativo porque el estudio se realizara a través de datos estadísticos de acuerdo al planteamiento del problema y objetivos.

### **8.2. Población de referencia (Universo)**

Se tomara como universo a todas las adolescentes entre 13 y 19 años embarazadas que acuden al hospital de la Mujer, en el periodo entre mayo a julio 2013.

### **8.3. Tamaño de la Muestra**

No se tomó muestra porque se realizó la investigación en todas las embarazadas por primera vez entre las edades de 13 a 19 años atendidas en el Hospital de la Mujer.

#### **8.4. Población y Lugar**

La población es la adolescente embarazada que asiste al Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz en el periodo de mayo a julio de 2013.

#### **8.5. Métodos**

Se aplica un instrumento para esta investigación que es a través de una encuesta.

\*Cuestionario de preguntas estructuradas

Se realiza en todos los turnos en forma personal, para mantener la calidad de datos

#### **8.6. Instrumento**

El instrumento que se utiliza consta de un cuestionario estructurado, que tiene una duración de aplicación de 15 a 20 minutos

#### **8.7. Aspectos Éticos**

- Se solicitó por escrito autorización de la Dirección, jefatura de enseñanza e investigación y Jefatura de Enfermería para efectuar la investigación.
- Todas las participantes de la encuesta lo hicieron previo consentimiento informado.
- La aplicación de la encuesta es anónima

#### **Comisión científica u autoridades**

Se envió cartas de solicitud a dirección, jefatura de Enseñanza, jefatura del servicio de obstetricia y jefatura de enfermería para la realización de la



investigación FACTORES INDIVIDUALES QUE PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, GESTION 2013

#### **8.8. Criterio de inclusión**

Se incluye a todas las adolescentes embarazadas por primera vez de 13 a 19 años de edad que acudan al Hospital de la Mujer.

#### **8.9. Criterio de exclusión**

Se excluirá a las adolescentes con problemas mentales y adolescentes con segundo embarazo.

#### **8.10. Análisis de la información**

##### **Plan de Tabulación**

- Es a través de Software EPINFO de acuerdo a los resultados de las encuestas.
- Procesamiento de datos
- El procesamiento de datos se lo realiza utilizando estadística descriptiva obteniendo, porcentaje por haber tomado una muestra del 100%.

### **III. DISEÑO OPERATIVO**

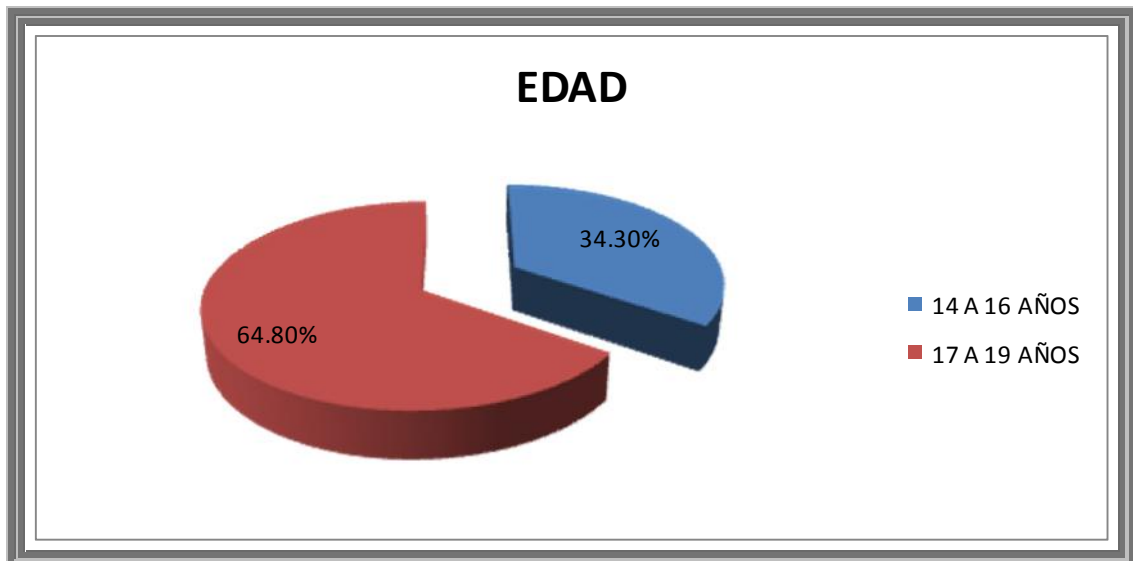
## **IX. RESULTADOS.-**

Para comprobar que los factores individuales son los que determinan la mayor prevalencia de embarazos, se procedió a realizar una prueba piloto para validar el cuestionario, realizado este proceso se recolectó datos de las pacientes adolescentes gestantes que acuden al Hospital de La Mujer de La Paz, cuyos resultados procesados en EPI INFO 3.2.5 nos muestra los siguientes resultados.

**CUADRO 1.- EDAD DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

EDAD DE ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 16 años	34	34.3 %
17 a 19 años	74	64.8 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

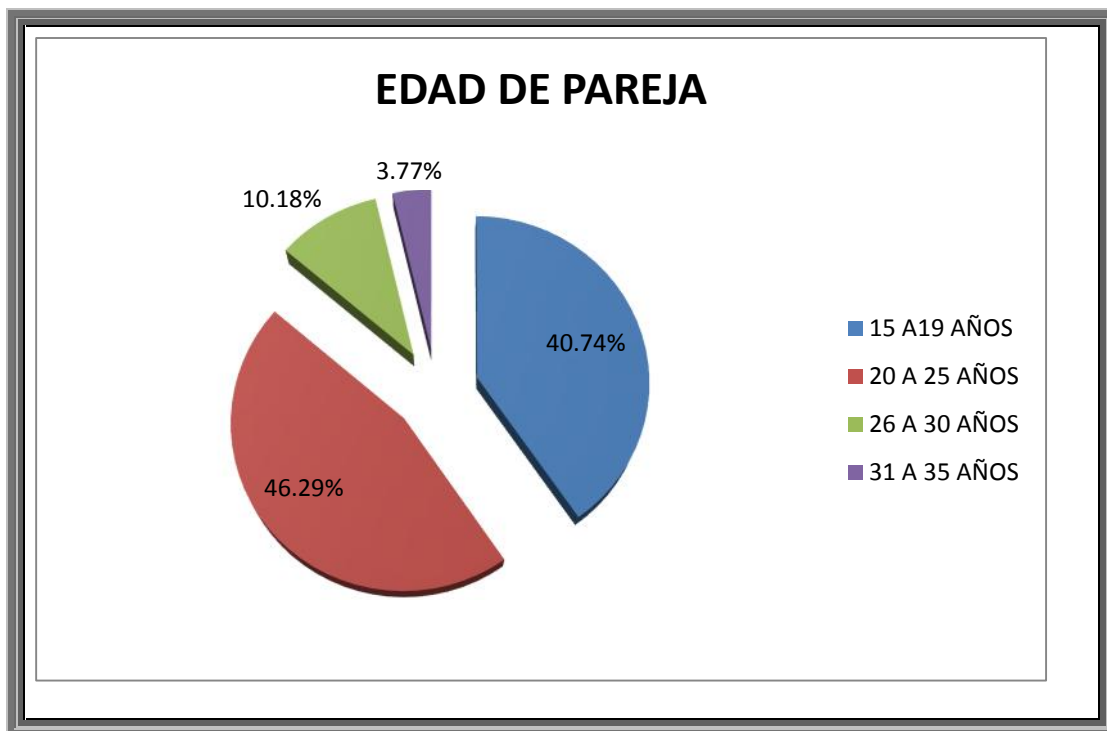


La mayor parte de los embarazos en adolescentes se presentan en el grupo etareo de 17 a19 años con el 64,8 % de las encuestadas, que representa embarazo en los últimos años de colegio.

**CUADRO 2.- EDAD DE LA PAREJA DE ADOLESCENTES GESTANTES  
HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

EDAD DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 A 19 AÑOS	44	40.74
20 A 25 AÑOS	50	46.29
26 A 30 AÑOS	11	10.18
31 A 35 AÑOS	3	2.77
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

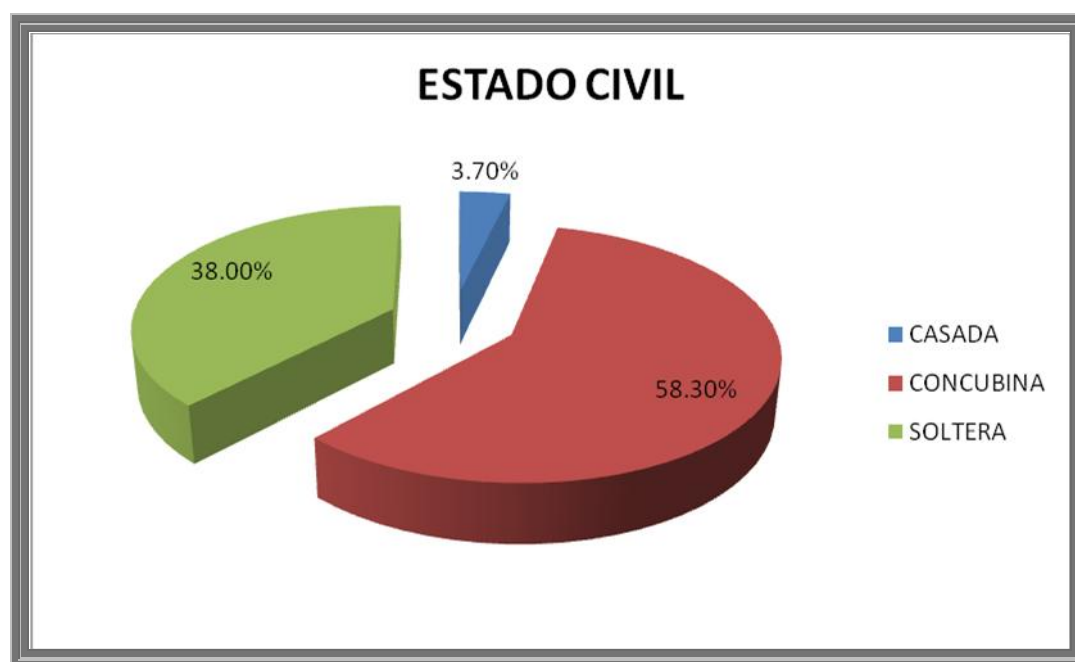


En relación a la pareja masculina, se encuentra que los progenitores varones son de 20 a 25 años con el 46.29 %, con un rango de 1 a 16 años de diferencia de edad mayor que la pareja adolescente.

**CUADRO 3.- ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES  
HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	4	3.7 %
CONCUBINA	63	58.3 %
SOLTERA	41	38.0 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

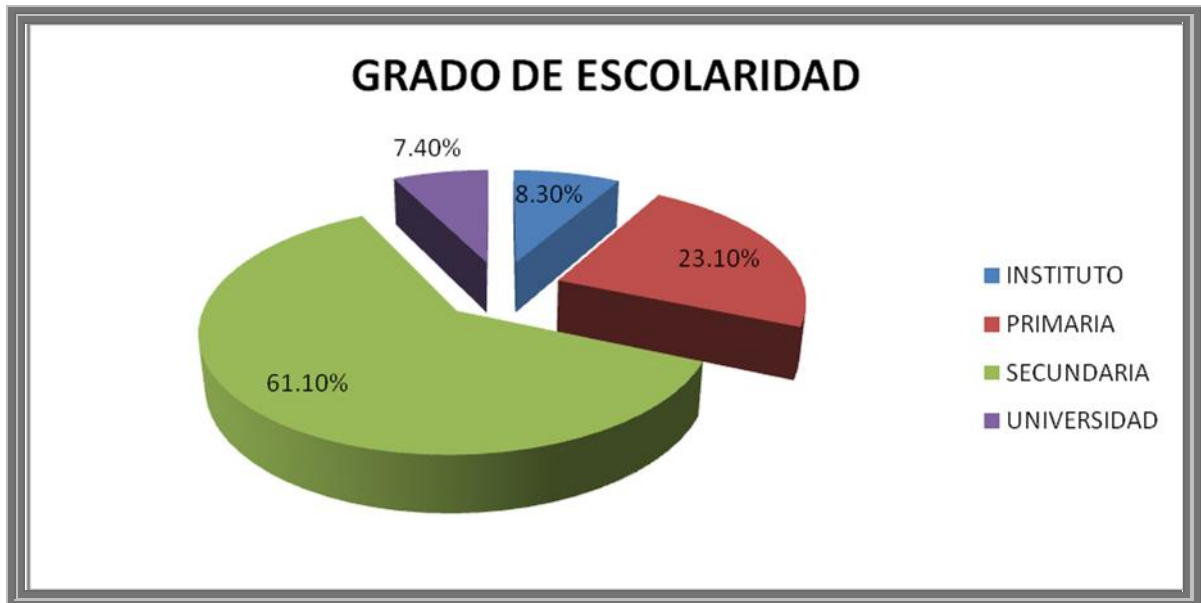


El estado civil predominante es soltera, incluyendo al concubinato que es un estado civil aceptado por la sociedad y reconocido por el Estado luego de dos años de concubinato, así el 38% está soltera y en concubinato el 58,3% incluyendo las uniones por obligación o impuestas.

**CUADRO 4.- GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES. HOSPITAL DE LA MUJER -2013**

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSTITUTO	9	8.3 %
PRIMARIA	35	23.1 %
SECUNDARIA	66	61.1 %
UNIVERSIDAD	8	7.4 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

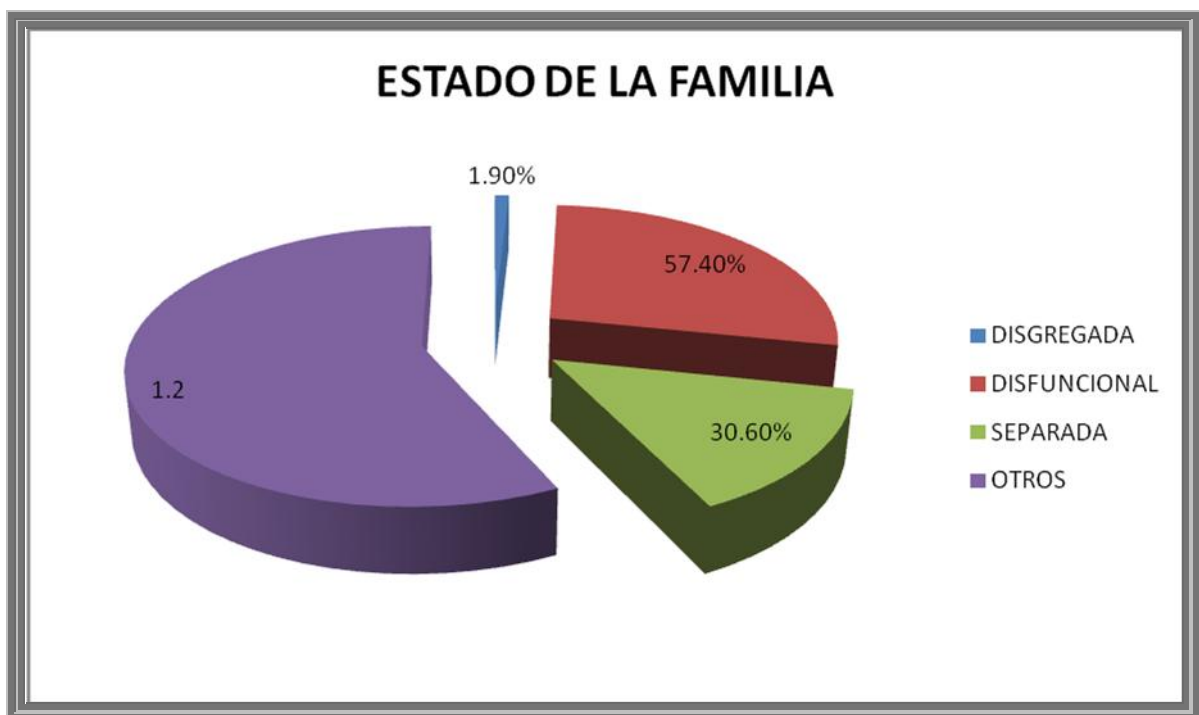


La mayor parte de las adolescentes esta en Colegio en el momento de la gestación (61.1%), pero existe un porcentaje importante de casi un tercio que es adolescente con educación primaria y que en el colegio es embarazada.

**CUADRO 5.- ESTADO DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

ESTADO DE LA FAMILIA	DELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISGREGADA		2	1.9 %
SEPARADOS O		33	30.6 %
DIVORCIADOS		62	57.4 %
DISFUNCIONAL		11	10.2 %
ESTABLE (CASADA)			
TOTAL		108	100.0 %

Elaboración propia



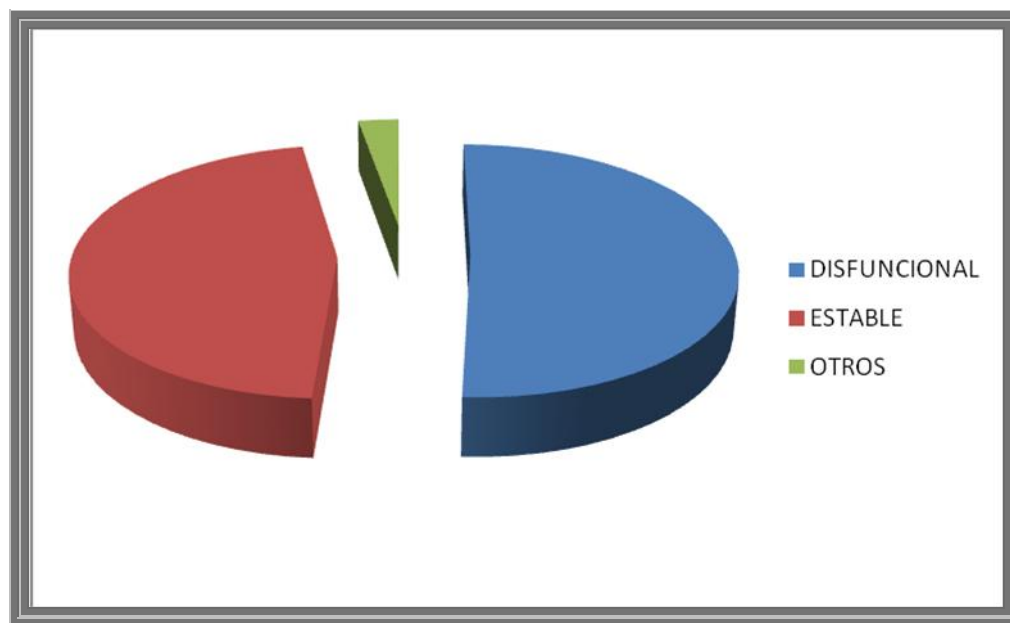
El problema de la gestante adolescente es la presencia de familias disfuncionales, donde los cónyuges están juntos pero no funcionan como pareja y dejan abandonadas a sus hijas quienes se embarazan siendo adolescentes (57.4%).



**CUADRO 6.- RELACION DE LOS PADRES CON LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

RELACION CON LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Disfuncional	55	50.9 %
Estable	50	46.3 %
Otros	3	2.8 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

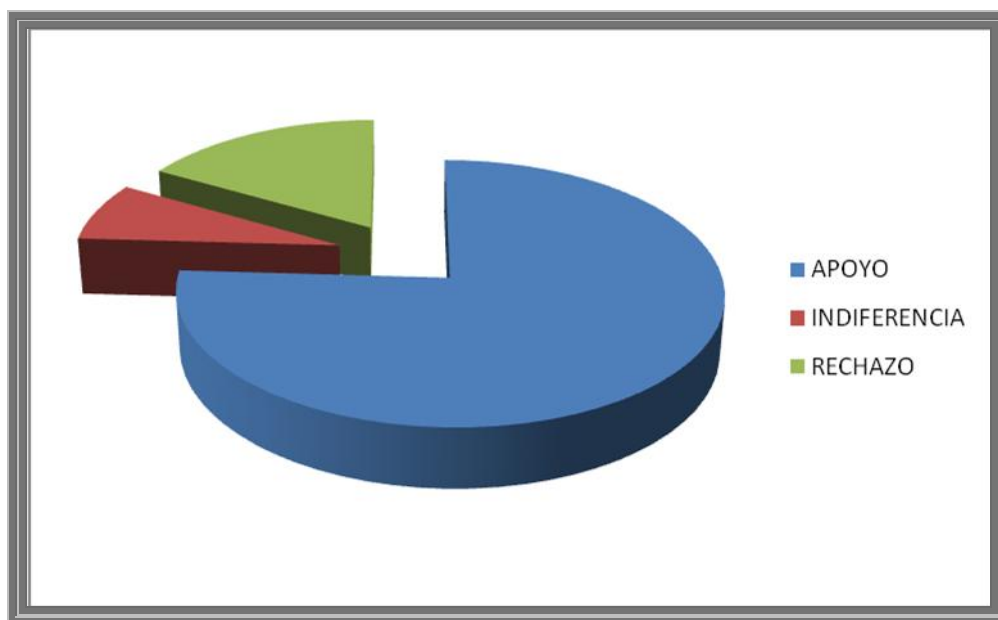


Esta disfuncionalidad de los hogares se refleja en la comunicación interna de padres a hijas, siendo una consecuencia la falta de comunicación con las adolescentes que se embarazan.

**CUADRO 7.- ACTITUD DE LOS PADRES FRENTE AL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

ACTITUD DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apoyo	82	75.9 %
Indiferencia	8	7.4 %
Rechazo	18	16,7 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

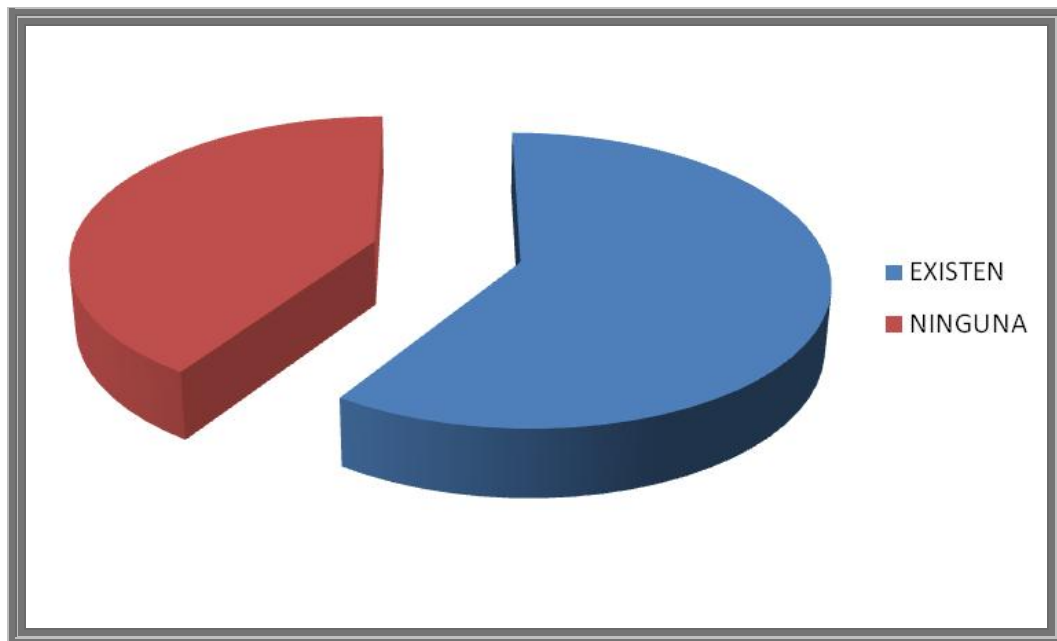


Como cualquier padre de familia se observa que existe apoyo en el 75.9 % de los casos, en el rubro de indiferencia se incluyo a los padres de familia que abandonan en la ciudad a sus hijas por diferentes motivos y no saben que están embarazadas.

**CUADRO 8.- NORMAS DE CONDUCTA EN EL HOGAR DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

NORMAS DE CONDUCTA ESTABLECIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	64	59.3 %
NO	44	40.7 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

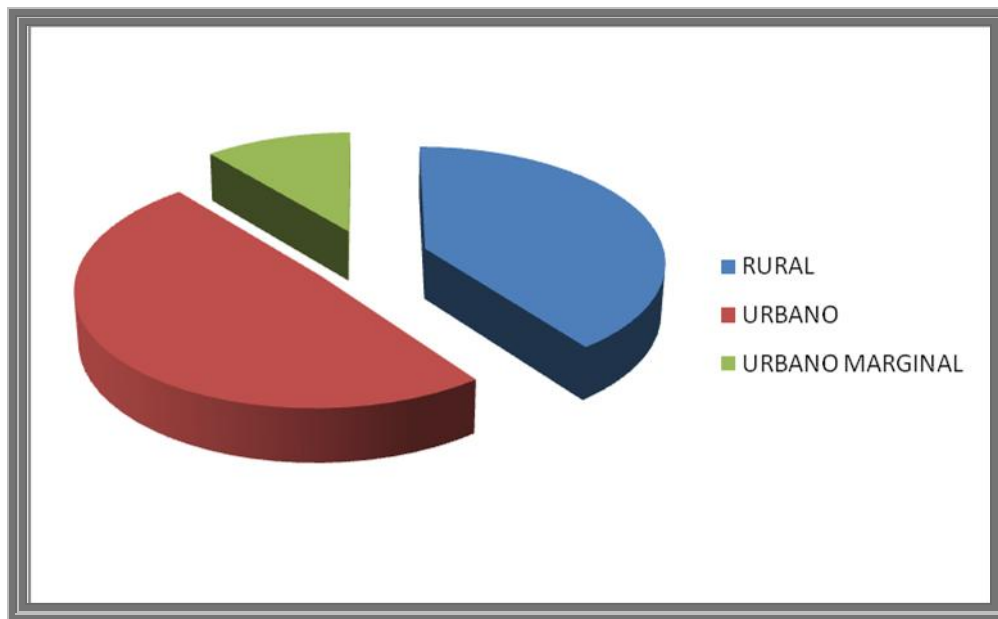


Se ha observado que existen normas para las adolescentes que se practican con frecuencia como “no llegar tarde”, “no salir de noche” en el 59.3 % pero a pesar de estas normas del hogar existen embarazos en adolescentes.

**CUADRO 9.- PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE-  
HOSPITAL DELA MUJER 2013**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	43	39.8 %
Urbano marginal	12	11.1 %
Urbano	53	49.1 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

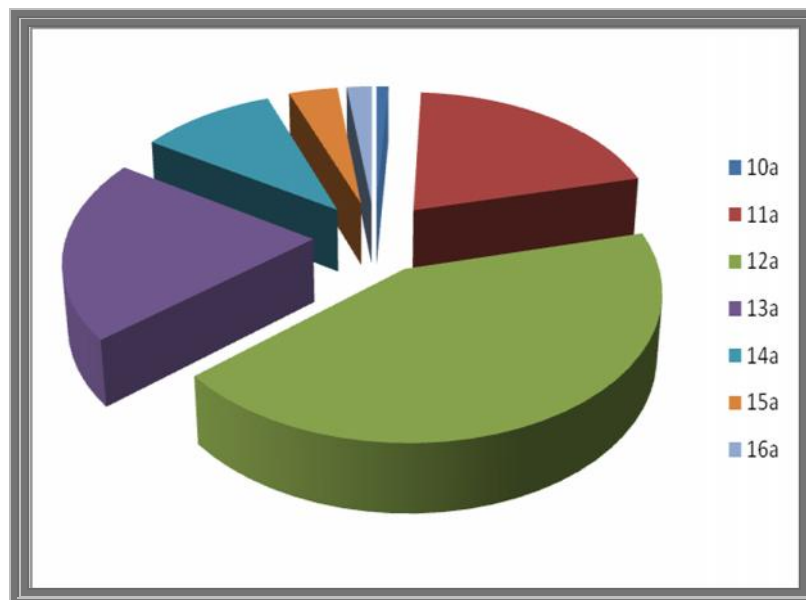


Contra toda suposición, las adolescentes gestantes se encuentran más de origen urbano que rural, sin embargo no es una diferencia importante por lo que la procedencia no está en relación a los embarazos de adolescentes.

**CUADRO 10.- EDAD DE MENARCA EN ADOLESCENTE GESTANTE-  
HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

EDAD DE LA MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	1	0.9 %
11	22	20.4 %
12	46	42.6 %
13	22	20.4 %
14	11	10.2 %
15	4	3.7%
16	2	1.9 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

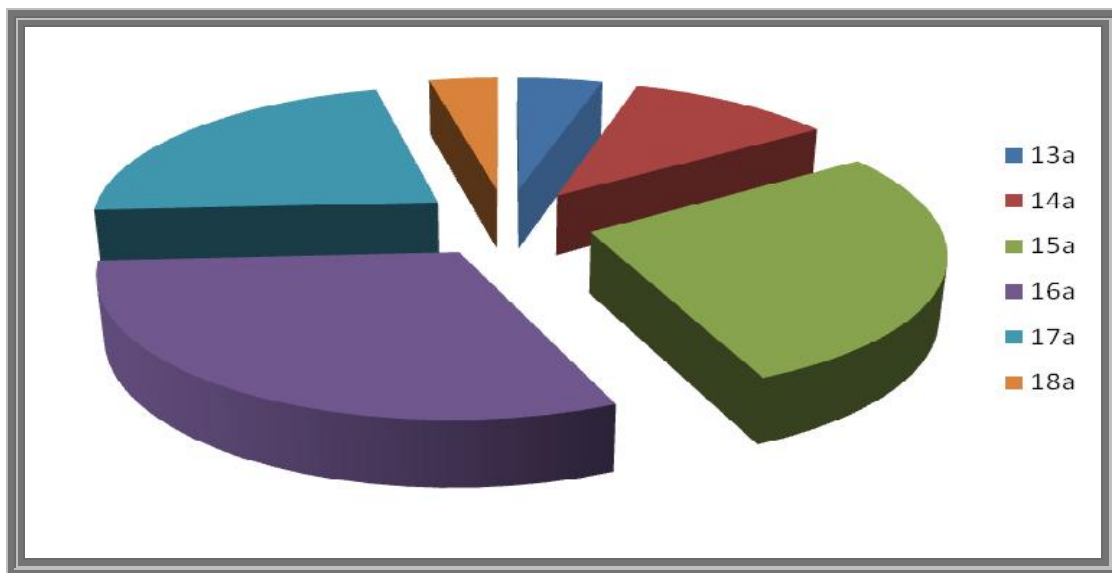


La edad mas frecuente para la aparicion de la menarca en las adolescentes es de 12 años (42.6%), y desde ese momento estan en condiciones de ser madres, siendo en algunos casos su primera experiencia sexual, su embarazo de adolescente.

**CUADRO 11.- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	5	%
14	12	11.1 %
15	30	27.8 %
16	33	30.6 %
17	24	22.2 %
18	4	3.7 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

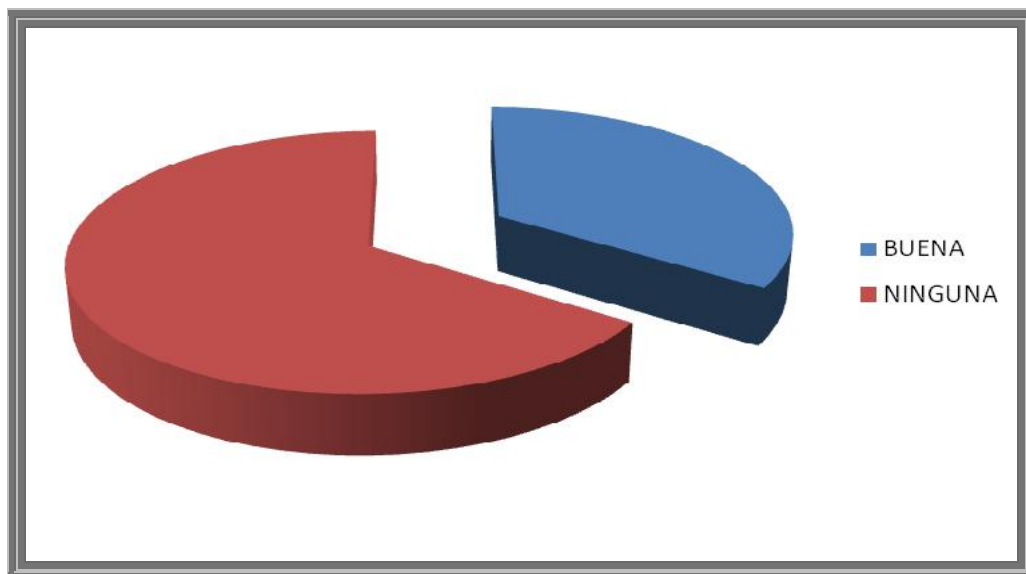


Las primeras relaciones sexuales se producen a los 15 años, coincidiendo con los cambios en la sociedad de paso de niña a mujer caracterizado por fiestas que son el inicio de amistades con el sexo opuesto.

**CUADRO 12.- COMUNICACIÓN CON PADRES Y CONVERSACION SOBRE SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	37	34.3 %
NO	71	65.7%
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

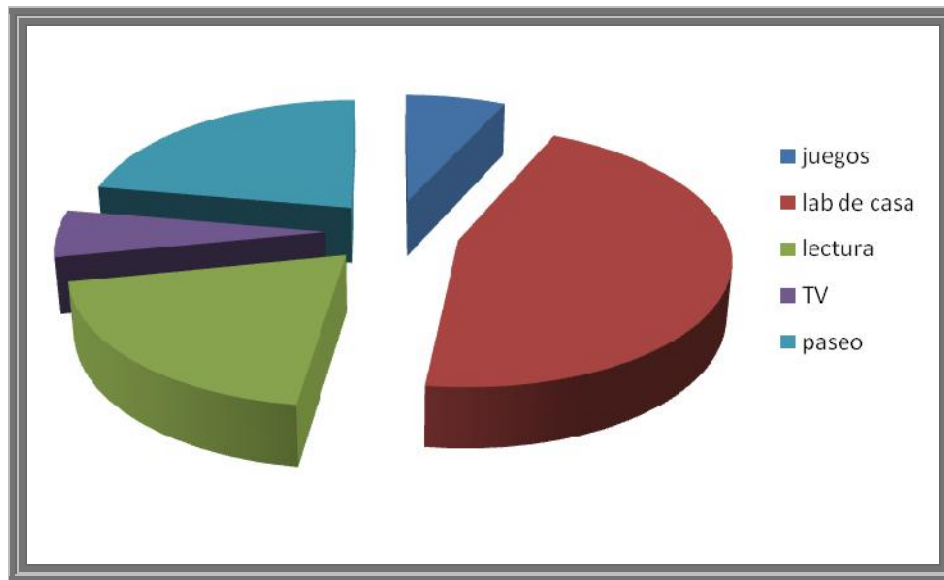


Los padres continúan con el tabú del sexo y la sexualidad, porque evitan hablar de este tema con los adolescentes, colocando en riesgo a las mismas por la tormenta de mensajes que se tiene en radio, televisión, amigos y una sociedad que ha cambiado.

**CUADRO 13.- DEDICACION DEL TIEMPO LIBRE DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

TIEMPO LIBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Juego y deporte	7	6.5 %
Labores casa	46	42.6%
Lectura	20	18.5 %
Mirar TV	6	5.6 %
Salir con amigos	21	20.9 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia



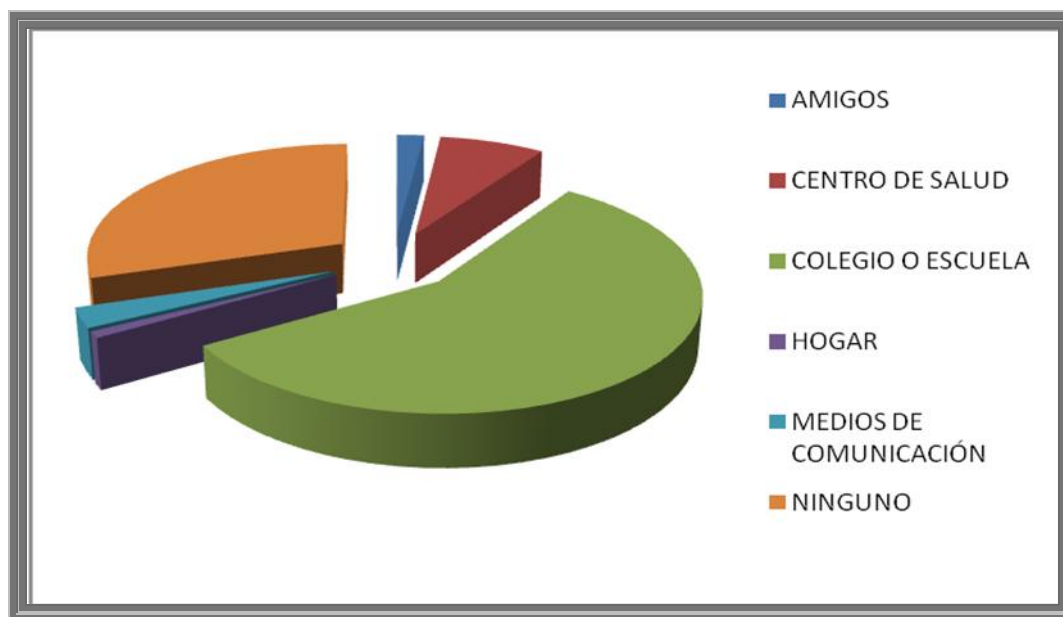
No existe una cultura adecuada para aprovechar el tiempo libre, la mayor parte de las encuestadas continua con las labores de casa (42.6%) solo el 20.9% de las entrevistadas refirio preferir salir de paseo o a bailar con amigos en su tiempo libre.



**CUADRO 14.- INFORMACION DE SEXUALIDAD RECIBIDA POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amigos	2	1.9 %
Centro de salud	8	7.4 %
Colegio o escuela	61	56.5 %
Hogar	1	0.9 %
Medios de comunicación	3	2.8 %
Ninguno	32	29.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100.0 %</b>

Elaboración propia

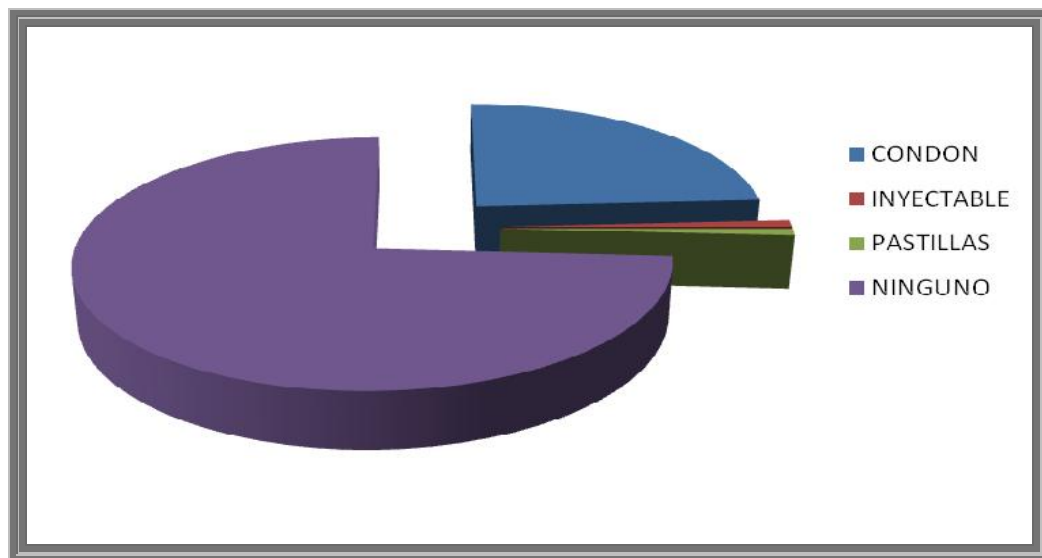


Una gran parte de las adolescente encontro informacion parcial de sexualidad en el colegio o la escuela (56.5b %), pero una tercera parte no tienen informacion adecuada de sexualidad que aumenta el riesgo de embarazos en adolescentes.

**CUADRO 15.- CONOCIMIENTO Y USO DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

CONOCIMIENTO Y USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONDON	26	24.1 5
INYECTABLE	1	0.9 %
PASTILLAS	1	0.9 %
NINGUNO	80	74.1 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

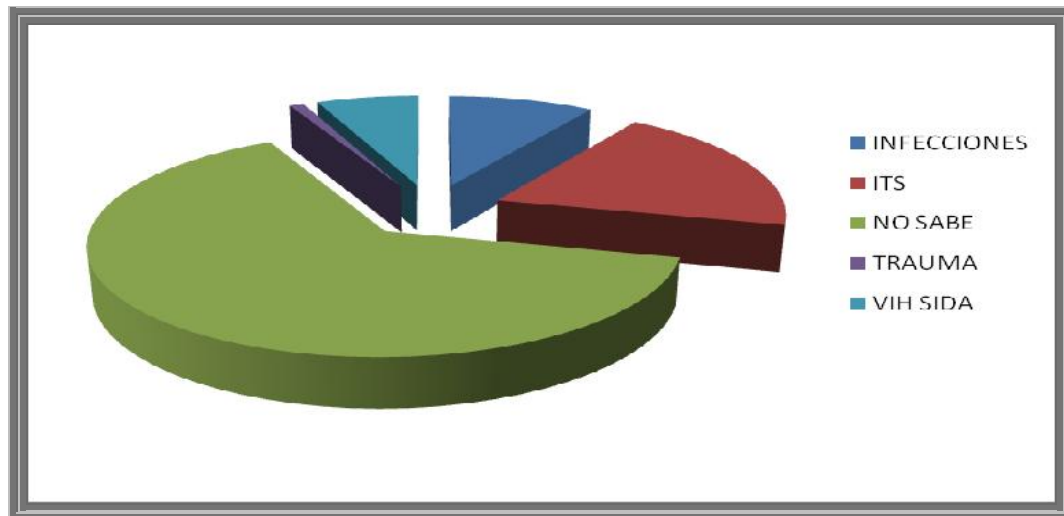


A pesar de tener una información parcial de sexualidad, la mayor parte de las adolescentes no conoce los medios anticonceptivos (74.1 %) que confirma la información parcial recibida en colegio o escuela.

**CUADRO 16.- CONOCIMIENTO DE CONSECUENCIAS DE RELACIONES SEXUALES POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCIONES	10	9.3 %
ITS	21	19.4 %
NO SABE	69	63.9 %
TRAUMA	1	0.9 %
VIH SIDA	7	6.5 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

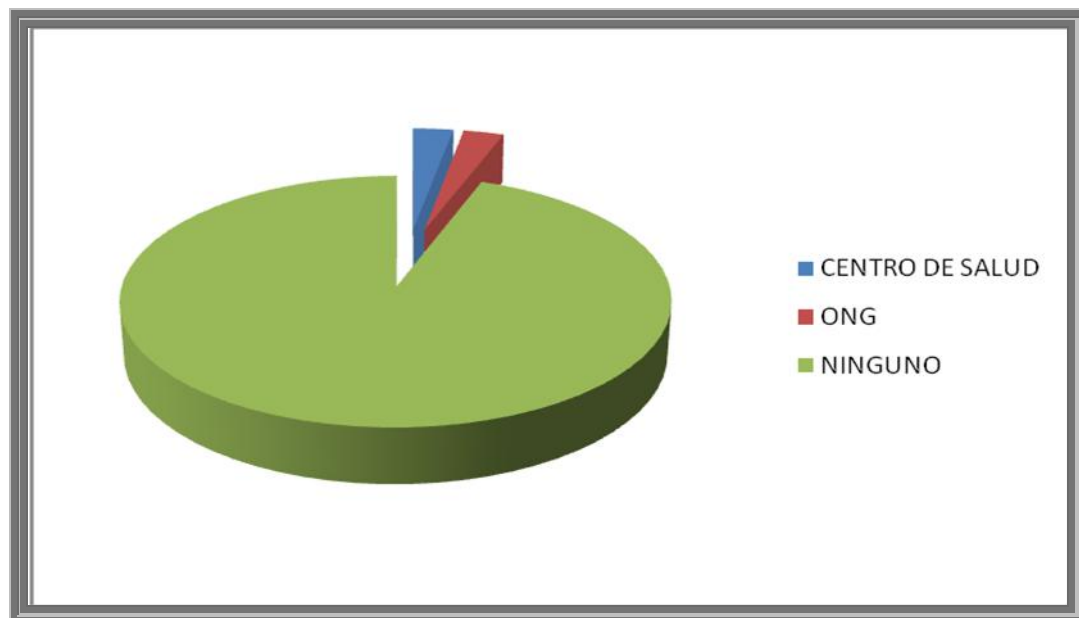


63.9 % no sabe las consecuencias de una relación sexual además del embarazo, y más aun si se practica sin protección, que plantea la necesidad de cambiar los contenidos de salud reproductiva y sexualidad.

**CUADRO 17.- CONOCIMIENTO DE SERVICIOS DE ORIENTACION SEXUAL POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

SERVICIOS DE ORIENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Centro de salud	3	2.8 %
ONG	3	2.8 %
Ninguno	102	95.3 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

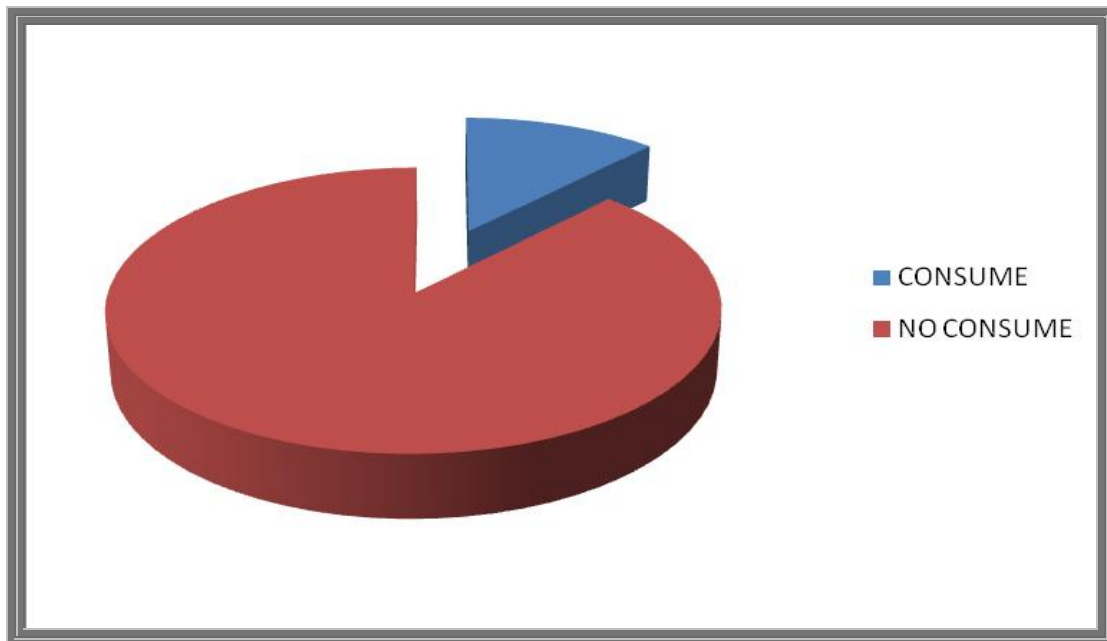


Una información distorsionada o una falta de la misma, se observa en adolescentes que en el 95.3 % no conocen ningún centro de salud sexual reproductiva.

**CUADRO 18.- CONSUMO DE CIGARRILLOS O DROGAS POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

CONSUMO DE CIGARRILLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	12.0 %
NO	95	88.0 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

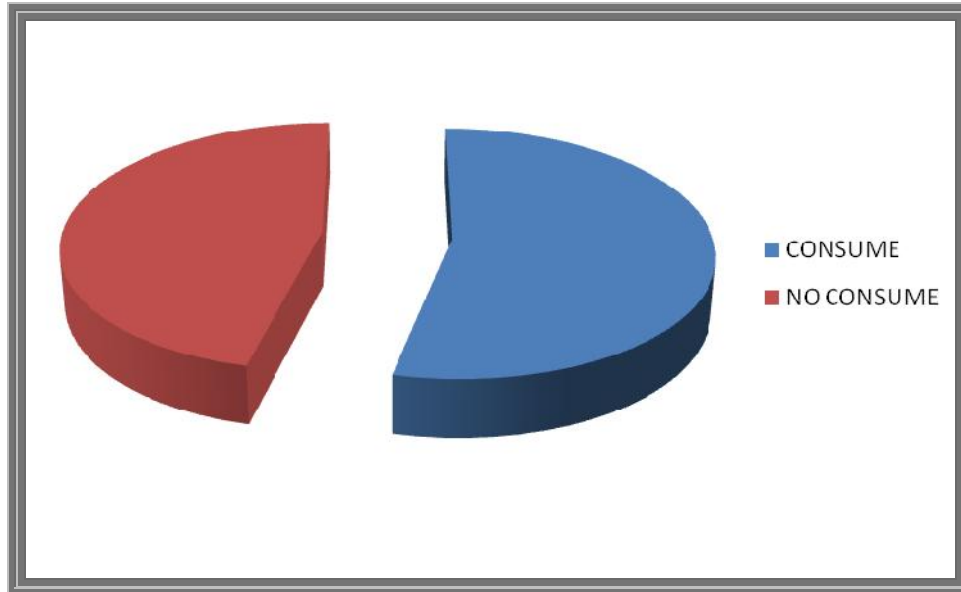


El 88.0% de las adolescentes no consume cigarrillos, e indirectamente están protegidas por el consumo de drogas, no considerándose un riesgo para el embarazo de adolescentes.

**CUADRO 19.- CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	53.7 %
NO	50	46.3 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

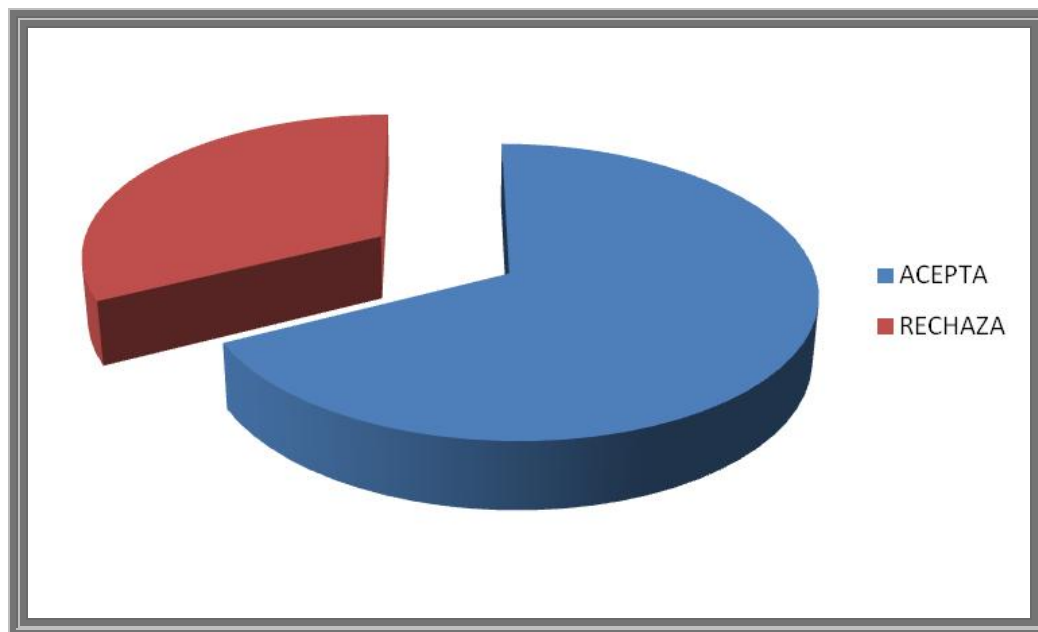


El 53.7 % de las adolescentes consumen bebidas alcohólicas, mas aun si están en concubinato y asumen un rol de mujer, pareja y esposa, donde asisten a compromisos sociales con consumo de bebidas alcohólicas,

**CUADRO 20.- ACEPTACION DE LA PAREJA DE RESPONSABILIDAD DE EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

ACEPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	73	67.6 %
NO	35	32.4 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia

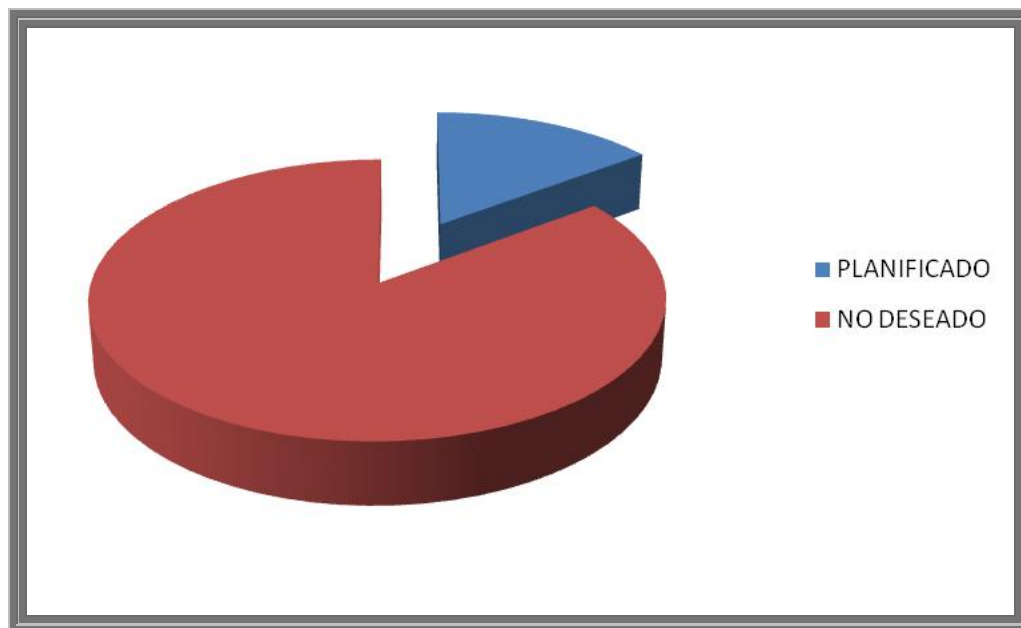


Existe un 32.4% de parejas que no aceptan el embarazo de la adolescente y prefieren dejarlas solas, el resto una mayoría acepta el embarazo como responsabilidad paterna.

**CUADRO 21.- EMBARAZO DESEADO POR LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

EMBARAZO DESEADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	14.8 %
NO	92	85.2 %
TOTAL	108	100.0 %

Elaboración propia



El 85 % de las encuestadas señalan que el embarazo es no deseado, requiriendo una reorientación en su nuevo rol de madres por parte de psicología familiar.



**CUADRO 22.- OCUPACION DE LA PAREJA AL MOMENTO DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE GESTANTE- HOSPITAL DELA MUJER 2013**

OCUPACION DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	29	21.1 %
Chofer	9	8.3 %
Artesano	8	7.4 %
Profesional	8	7.4 %
Agricultor	7	6.5 %
Albañil	5	4.3 %
Empleado	5	4.3 %
Fabril	3	2.8 %
Comerciante	4	3.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100.0 %</b>

Elaboración propia

La mayoría de los padres es estudiante 321.1 5 pero también son choferes, artesanos y profesionales de diferentes ramas, lo que muestra un mayor problema en la educación sexual de los estudiantes varones.

**CUADRO 23.-OCUPACION DE LA ADOLESCENTE EN MOMENTO DE EMBARAZO- HOSPITAL DE LA MUJER 2013**

OCUPACION DE ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ayudante	8	7.4 %
Comerciante	5	4.6 %
Empleada	7	6.5 %
Estudiante	78	72.2 %
Otros	10	9.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100.0 %</b>

Elaboración propia

Las mujeres adolescentes son víctimas de embarazo en el colegio la mayoría (72.2%) es estudiante que no tiene independencia ni solvencia económica para llevar adelante una familia.

## **X.- ANALISIS Y DISCUSIÓN**

Es difícil determinar con exactitud las razones de la presencia de embarazo en las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí. Una de las principales podría ser la situación individual donde vemos que los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; así muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes y la adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá. De tal manera, que ante cualquier llamada de atención, contrasta con los hechos pasados justificando el embarazo

El análisis del perfil de las adolescentes gestantes muestra que el promedio de edad es de 15 años y sus parejas son mayores en edad por lo menos 8 años y que llegan al concubinato en el periodo de gestación, la diferencia de edad con el padre de su bebe, es un grito de auxilio a la sociedad sobre la indiferencia y falta de apoyo al desarrollo psicobiológico de la mujer en el periodo crítico de la adolescencia, presumiblemente se debe a la búsqueda de apoyo psicológico y mayor seguridad al entablar comunicación con personas mayores que le dan el apoyo ausente en el hogar, así mismo los resultados de la investigación mostraron 9que la pareja no trabaja ( tanto hombre como mujer) que muestra una casi única y exclusiva dedicación a la relación íntima de la pareja sin pensar en el futuro.

La escolaridad comprende el periodo de secundaria en colegios desnudando la falta de orientación en salud reproductiva y sexualidad, añadido a la procedencia que en la investigación es del área urbana (o se discrimino si es urbana o urbana marginal) dejando claro que no existe relación de procedencia.

Los padres adolescentes no trabajan (72.2 %) y ambos están en colegio cursando secundaria (61.1%) que descarta la teoría de falta de grado de instrucción, incluso la procedencia es urbana en el 66.2 % de los casos. Existe un 59,7 % de los casos, no tienen claro el uso del tiempo libre, porque dedica el mismo a labores de casa que predispone a una conducta sumisa de mujer en el hogar.

El resultado de la investigación sobre factores que influyen en el embarazo de adolescentes mostró hallazgos importantes que se encuentran en el ámbito individual especialmente en el área afectiva, y en la familia. En el área situacional individual, la familia constituye un elemento determinante para el inicio de la actividad sexual. Aparece en la investigación una importante polaridad de los límites establecidos por los padres, que se manifiesta en aquellas familias que establecen límites estrechos como también en aquellas en las que predomina la “negligencia paterna”. Al analizar la relación de la adolescente con los padres se observa que hay una norma de conducta repetitiva en el hogar como “no salir de noche” (59.3 %), que podría actuar como factor de riesgo para el embarazo en adolescentes, provocado ante el temor de la adolescente de ser castigada o por huir de una situación familiar disgregada y disfuncional (57.8%), y se embaraza para enfrentar a sus padres. Por otro lado, los padres separados o divorciados (57.8 %) y más aún los viudos muestran negligencia paterna descrita, como aquella situación totalmente desinteresada sobre la adolescente.

Los padres ausentes del hogar constituyen un factor psicosocial para el embarazo adolescente, donde la familia otorga a los jóvenes la oportunidad de permanecer solos familia separada 30,6% y disfuncional 57,4%. Esta situación se produce en aquellas familias en que ambos padres trabajan, también sucede en el período estival, en el campo, cuando los padres relajan sus límites y permiten que los adolescentes permanezcan sin

vigilancia, deteriorando la comunicación de padres a hijos adolescentes según los resultados obtenidos solo el 51.9 % de los casos se comunica pero esta comunicación es deficiente, porque no hablan de temas específicos sino de forma general (46.7%) y no se aborda el tema de sexualidad y reproducción en el 65.7% de los casos que constituye la “familia poco acogedora” corresponde a una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad, manifestado como “... *se sienten solas en su casa...*”. De igual modo, aquellas familias en que existen conflictos de pareja entre los padres, se produce una situación que provoca en las adolescentes sentimientos de incomodidad (50.9%). En este contexto, la adolescente busca evadir la situación de incomodidad y/o satisfacer sus carencias afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace más probable el contacto sexual sin protección.

La aceptación del embarazo adolescente y reacción frente al mismo, por los padres alcanza al 75.9 % de los casos investigados, el resto presenta un rechazo de los padres o desconocimiento en los casos donde las adolescentes viven alejados de sus padres y con poca o ninguna comunicación.

Es evidente que la menarca precoz induce a los embarazos adolescentes y se observa que la menarca promedio es de 12 años e inicio de la vida sexual activa a los 16 años, tres años más tarde, sin embargo hay desconocimiento de las consecuencias de las relaciones sexuales a pesar de recibir información en los colegios, no hay información sobre el uso de métodos anticonceptivos.

UNICEF ha descrito como factor de riesgo de embarazo en adolescentes la falta de conocimiento en sexualidad, asociado a escasa escolaridad, en la

investigación este factor se ha considerado una norma endocultural, dado que si bien existen políticas educacionales que permiten el acceso a la información en sexualidad, ésta llega por medio del colegio o escuela a los adolescentes (66.5%) moderada por la familia y por la escuela. Aspecto que origina el uso marginal e inconsistente de los métodos anticonceptivos (no usa el 74.1%), a pesar del conocimiento respecto de su existencia (97.6%). Así mismo, las adolescentes refieren desconocimiento de lugares de orientación sexual y reproductiva (74.1 %) y que el no uso de métodos anticonceptivos se debe a que no acuden a los centros de salud donde se distribuyen y se explica el uso de éstos, por miedo a ser puestas en evidencia, principalmente frente a la familia.

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la menarca temprana, el promedio encontrado en la investigación fue de 12 años (42.6 %) y el inicio de una vida sexual promedio de 16 años (30.6%) que condicionaron a un embarazo no deseado en el 85 % de los casos que se asocia al no uso de anticoncepción, dado que en ese contexto la introducción de los métodos anticonceptivos daría cuenta de una falta de confianza en la pareja que reconoce el embarazo y acepta el mismo en el 67,6 %. Otra causa importante es la diferencia de edad con la pareja, ( varones promedio 23 años mujeres 15 años) refuerza la teoría de machismo para forzar la relación sexual con adolescentes, existen casos importantes donde la pareja tiene hasta 16 años de diferencia y solo en dos caso las mujeres tuvieron mayor edad que el varón. El concubinato libre o impuesto es la norma general (58.3%) y es menor a 10 meses, es decir es originado por la gestación de la adolescente.

El factor individual es prioritario en la gestación de las embarazadas, porque la comunicación intrafamiliar es mala, debido a la disgregación familiar o su disfunción interna a pesar de que existen normas de conducta principalmente

prohibitivas para las adolescentes, que no saben usar su tiempo libre y se dedican a labores de casa. En cuanto al consumo de alcohol es importante luego del concubinato, pero un gran porcentaje no fuma ni consume drogas.

En esta investigación no se confirma el reporte de Bower y Stern respecto de la asociación consumo de sustancias y embarazo, porque las adolescentes que consumo de alcohol (59.7 %) inician esta actividad con el concubinato y asumen el rol de compañera, aun cuando las adolescentes de 16 años prefieren mantenerse solteras (46.2 %) y evitar el concubinato, también se descarta como causa del embarazo, el uso de droga como causal del no uso de Métodos Anticonceptivos, no hay relación porque el 88.2 % de los casos no fuma y no tiene hábitos de drogadicción.

## **XI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

Al determinar la prevalencia de embarazos en adolescentes por factores individuales en el Hospital de la Mujer, encontramos que:

El embarazo en adolescentes es resultado multifactorial donde se destacan los factores individuales en la adolescentes, producto del proceso de desarrollo de niña a mujer, no acompañada por el entorno social, con escasa comunicación 65.7% y orientación psicobiologica 95.3%.

Las adolescentes tienen entre sus características socio demográfico que son inducidas al embarazo por las parejas mayores porque el promedio de edad de embarazadas adolescentes es de 15 años y de varones responsables del embarazo es de 23 años

En cuanto a sus características biológicas, las adolescentes tienen su menarca a los 12 años 42.6% e inician su vida sexual a los 16 años 30.6%, no saben de planificación familiar ni usan anticonceptivos por desconocimiento 74.1%. Tampoco conocen centros de orientación sexual y reproductiva 100%.

En los aspectos psicosociales: El colegio y la escuela son los lugares de información relativa de sexualidad y reproducción 56.5%. Porque la mayor parte de las embarazadas señalan que no saben las consecuencias del embarazo a pesar de haber recibido información en escuelas o colegios.

En cuanto a factores individuales, las adolescente embarazadas proviene en su mayoría de hogares o familias disgregadas, disfuncionales 54.7%, que



solo tienen normas de conducta autoritaria, con falta de orientación para utilizar el tiempo libre 42.6%, no consumen cigarrillos 88%; pero si alcohol 53.7% por compromisos derivados del concubinato al que son sometidas por el embarazo adolescente.

## **RECOMENDACIONES**

Es importante realizar un enfoque psicológico y biológico a los padres de familia para fortalecer la unión familiar y la intercomunicación interna principalmente con los adolescentes

Mejorar la comunicación de padres e hijas con procesos educativos de sexualidad, comportamiento de los padres y apoyo psicológico a las hijas evitando las amistades con personas mayores de la adolescente que deben ser una preocupación de los padres para evitar la gestación de las adolescentes.

El establecimiento de salud, debe de actuar en forma más protagónica, potenciando el papel social de la participación, con el enfoque de género, incorporando los aspectos culturales en la comprensión de la vivencia de la sexualidad y de la necesidad de priorizar las estrategias que conllevan a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de la población de los/las adolescentes.

Desarrollar talleres participativos en forma conjunta e interrelacionados con maestros, alumnos, padres de familia y personal de salud, sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Los temas de salud sexual y reproductiva, deben ser impartidos por los maestros con todo el conocimiento sobre el tema, dándole la confianza al alumno para que pregunte las dudas que pueda tener; previo a esto debe existir un proceso de coordinación, capacitación y retroalimentación continua por parte del personal de salud del establecimiento hacia los diferentes centros educativos.

Las instituciones educativas deben mantener comunicación constante con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas de salud sexual y reproductiva enfocada a los adolescentes. Solicitar a los centros escolares, incorporar conductas saludables en los adolescentes, fomentando el protagonismo juvenil y desarrollando diferentes actividades socio-recreativas, incluyendo extracurriculares, para mantener a los adolescentes “ocupados” y alejados de las conductas de riesgo.

### **XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

#### **A. TEXTOS**

1. LOPEZ LEDA, Embarazo en adolescentes, Problemas Sociales. Director centro para jóvenes pro familia, EE.UU.2007
2. ALATORRE J. TAQUIN L. El Embarazo Adolescente y la Pobreza. UNICEF. Situación de los adolescentes centroamericanos, tendencias y perspectivas. Universidad de Costa Rica, 1991.
3. INFORME del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Nueva York, 2004
4. A. ESQUIVEL, Adolescentes embarazadas un problema de todos, Nueva York, 2005
5. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA, Programa salud reproductiva, módulo salud sexual y reproductiva para la población adolescente, Tegucigalpa, Honduras, 2000.
6. DR. SILBER TOMAS J. /Dra. MABEL I M. MUNIST. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington. Dic. Eur. 1,997.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Folleto San José, Costa Rica, Julio 1995.
8. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE HONDURAS. Programa de atención integral a la adolescencia. Adolescencia y Juventud en Honduras, Hoja de abogacía, número 3, Septiembre 2000.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de promoción y protección de la salud. Programa de salud del adolescente, agencia sueca de desarrollo integral ASDI. Los adolescentes y jóvenes deben ser prioridad para los gobiernos. Hoja de abogacía #4, Septiembre 2001.

10. MAGDALENA MATILDE, HARRISON MABEL, La salud de la adolescente y del joven. OPS. Oficina regional O. M. S 525 new.
11. JOKIN DE IRALA. Embarazos de adolescentes, Pup, 3 III.02
12. CASTRO LUCIA, Asociación de Salud con Prevención. SEXUALIDAD EN AL ADOCELSNCENCIA, CHILE 1999
13. RICO DE ALONSO A. Madres solteras adolescentes. Colombia. Plaza y Janes. Editores 34- 40. 1,986.
14. MONROY DE VELASCO. A. MORALES. M y VELASCO MONROY, La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No.22. 1,988
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica, 1998-2000, Página 69.
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales, Washington, 1998.
17. GONZALES SALGUERO FERNANDO. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2006.
18. LUGO AGUDELO, NERVIA VICTORIA. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / Thepregnant adolescent's affective world Invest. Educ. enferm; 20(1):10-22, mar. 2007.

#### **B. Publicaciones en revistas**

19. OPS/OMS REPRESENTACIONES BOLIVIA, La Paz, 9 de Noviembre de 2004

#### **C. Publicaciones en periódicos**

20. LA PRENSA, La Paz – BOLIVIA. 24 de marzo 2012
21. LA RAZON, La Paz – BOLIVIA. 09 de agosto de 2012

#### **D. Pagina web**

22. ACORTANDO DISTANCIAS ENTRE PORVEEDORES DE SALUD Y ADOLESCENTES Y JOVENES.

[www.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/acortandodistancias3.pdf.pag.3](http://www.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/acortandodistancias3.pdf.pag.3)

1-

## **XIV. ANEXOS**

## Anexo No 1:

### ENCUESTA

No. Ficha\_\_\_\_\_

#### A. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LAS ADOLESCENTES:

1. Cuántos años cumplidos tiene usted? \_\_\_\_\_
2. Cuántos años cumplidos tiene su pareja? \_\_\_\_\_
- 3.Cuál es su estado civil? Concubinato\_\_\_\_\_ Soltera\_\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_\_
4. Tiempo del concubinato? \_\_\_\_\_
5. Su unión es? : Libre \_\_\_\_\_ Obligada\_\_\_\_\_
- 6.Cuál es su grado de escolaridad? : Analfabeta\_\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universidad\_\_\_\_\_ Instituto\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_
7. Trabaja usted: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Donde\_\_\_\_\_
8. Trabaja su Pareja: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Donde\_\_\_\_\_
9. Procedencia: Rural\_\_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_ Periurbano\_\_\_\_\_

#### B. CONDICIONANTES BIOLÓGICOS

1. A qué edad le vino por primera vez su menstruación? \_\_\_\_\_
2. A qué edad inició su vida sexual? \_\_\_\_\_
3. Su embarazo actual fue planificado por usted: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
4. Su embarazo actual es aceptado por su pareja: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
5. Conoce usted que es planificación familiar?: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
6. Dónde Recibió información sobre los métodos de anticoncepción?: Hogar\_\_\_\_\_ Escuela/Colegio\_\_\_ Amigos\_\_\_ Medios de comunicación\_\_\_ C.salud\_\_\_ Ninguno\_\_\_
7. Ha usado anteriormente algún métodos de anticoncepción?: Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- 8.Cuál es el método de anticoncepción que utilizo?: Pastillas\_\_\_\_\_ Inyección \_\_\_\_\_ Condón\_\_\_\_\_ DIU\_\_\_\_\_ No utiliza \_\_\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_



### C. ASPECTOS PSICOSOCIALES

1. Habitualmente conversa con sus padres?: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ En que momentos\_\_\_\_\_

2. Conocimiento de sexualidad en su casa?: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

3. Sabia de las consecuencias de esta relación sexual: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Cuáles\_\_\_\_\_

4 . Conoces servicios de planificación familiar?: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Cuáles\_\_\_\_\_

### D. SITUACION INDIVIDUAL DE LAS ADOLESCENTES:

1. Los miembros de tu familia: Viven juntos\_\_\_\_\_ Divorciados\_\_\_\_ Separados\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_

2. Cómo es la relación familiar con sus padres?: Estable\_\_\_\_\_ Disfuncional\_\_\_\_  
Disgregada (madre) (Padre)

3. El embarazo actual sus padres?: Apoyan\_\_\_\_\_ Rechazan \_\_\_\_\_

4. Tienen alguna norma de conducta establecida en su casa?: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Cuáles\_\_\_\_\_

5. A que dedica tu tiempo libre?: \_\_\_\_\_

6. Consume alcohol actualmente?: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

7. A qué edad inició dicho consumo?: \_\_\_\_\_

8. Consume droga?: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Cuales\_\_\_\_\_

9. A qué edad inició dicho consumo?: \_\_\_\_\_

## **Anexo No. 2:**

### **Carta de consentimiento informado**

Fecha: \_\_\_\_\_

La incidencia de embarazos en adolescentes continúa en ascenso, por lo que estoy interesada en apoyar en la investigación sobre los factores sociales, familiares etc. que están asociados al incremento de este problema.

Debido a que nunca se ha hecho este estudio en el hospital de la Mujer, se realizará una investigación que contribuirá al planteamiento de un plan preventivo de estos embarazos.

#### **RIESGOS:**

No hay ninguno, ya que la información se obtendrá por una entrevista personal directa a la adolescente embarazada que llegue al hospital de la Mujer y será confidencial y anónimo.

¿Tiene usted alguna pregunta acerca de la información que se le acaba de explicar?

#### **DECLARACION**

He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han brindado amplias explicaciones en cuanto a mi participación en esta investigación y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción. Se me garantizó que toda la información es privada y me reservo el derecho a abandonarla en cualquier momento

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

\_\_\_\_\_

**FIRMA O HUELLA DIGITAL N. DE EXPEDIENTE** \_\_\_\_\_