



VICERRECTORÍA DE POSTGRADO E INTERNACIONALIZACIÓN

Escuela de Graduados

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA
ALTAGRACIA. MARZO-ABRIL 2017.
INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE PLAN PARA PREVENCIÓN**

SUSTENTANTES

**JOSÉ RAFAEL DE LANCER DESPRADEL
NELSON ADALBERTO MOLINA CABRERA**

**Para la obtención del grado de Magister
En la Maestría en Gestión de Proyectos**

ASESORAS

**MARÍA JOCELYN QUEZADA
MARÍA DÍAZ SOLÍS**

**SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA
MAYO, 2017**

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA
ALTAGRACIA. MARZO-ABRIL 2017.
INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE PLAN PARA PREVENCIÓN**

Tabla de Contenido

Página

Introducción	4
Capítulo 1. Marco introductorio	7
1.1 Definición del problema	7
1.2 Justificación	9
1.3 Objetivos	10
1.3.1 Objetivo general.....	10
1.3.2 Objetivos específicos:	10
1.4 Planteamiento del problema.....	11
1.5 Preguntas de investigación.....	11
Capítulo 2. Marco Teórico	13
2.1 La adolescencia.....	13
2.1.1 Etapas de la adolescencia.....	14
2.1.2 Teorías sobre el desarrollo de la adolescencia	16
2.2 Embarazo en la adolescencia como riesgo psico-social	20
2.3 Antecedentes.....	24
2.4 Revisión de la Literatura.....	27
2.4.1 Aspectos demográficos	27
2.4.2 Aspectos educativos.....	32
2.4.3 Aspectos de salud y fecundidad	37
2.4.4 Aspectos legales y jurídicos	40
2.4.5 Aspectos laborales.....	43
2.4.6 Aspectos culturales.....	46
2.4.7 Aspecto de deportes y recreación.....	54
2.5 Intervenciones efectivas para reducir embarazos en adolescentes	54
2.6 Costos del embarazo en adolescentes	61

Capítulo 3. Marco Metodológico.....	64
3.1 Diseño de la investigación	64
3.2 Contexto de la investigación.....	64
3.3 Casos, universo y muestra	64
3.4 Técnicas de investigación	65
3.5 Instrumentos de investigación	65
3.6 Fuentes de recolección de datos.....	65
3.7 Proceso de recolección de datos	66
3.8 Procedimiento	66
Capítulo 4. Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.....	67
4.1 Resultados	67
4.2 Discusión	86
4.3 Conclusiones	90
4.4 Recomendaciones	93
Propuesta de lineamientos para el diseño de un plan de prevención de embarazos en adolescentes	96
Bibliografía.....	123
Referencias bibliográficas.....	124
Anexos	132

Introducción

La presente tesis tuvo por objetivo hacer una caracterización del perfil de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia sobre todo en lo referente a la deseabilidad o no de sus embarazos y las tipologías de las uniones tempranas entre ellas, para poder tener una mejor comprensión de las estrategias que pudieran ser pertinentes a la hora de plantear una respuesta nacional a esos fenómenos.

Es de interés nacional la mejor comprensión de estos fenómenos sociales que tienen múltiples vertientes, que son multicausales y que tienen impacto en aspectos sociales, económicos y de desarrollo en sentido general en la sociedad.

A pesar de que el embarazo en adolescentes en sentido general ha sido un fenómeno ampliamente estudiado a nivel nacional e internacional, hay un aspecto vinculado a él, que es el de las uniones tempranas, que no ha sido lo suficientemente visibilizado y mucho menos estudiado aun. Pero además, la realidad dominicana sobre el embarazo en las adolescentes aparenta que se ha ido transformado, demostrado en unas pocas investigaciones nacionales existentes, pasando de ser un fenómeno mayormente no deseado, no planificado y producto de una relación sexual sin protección o de una violación, a un evento deseado, buscado y planificado por las mujeres jóvenes.

Los expertos nacionales en estos temas coinciden en afirmar que no hay suficiente evidencia aun en el país sobre la deseabilidad de esos embarazos. No hay suficientes investigaciones que cuantifiquen ese deseo. Esto implica una nueva mirada, un replanteamiento en el abordaje que debe dar el Estado a esta situación.

Las propuestas de solución que ha ejecutado el Estado dominicano, los organismos de cooperación, y las ONG vinculadas al tema, hasta ahora, han estado partiendo de la premisa

avalada por numerosos estudios nacionales en las últimas dos décadas, de que era un fenómeno no deseado, por tanto dichas propuestas han estado muy enfocadas a reducir ese tipo de embarazos, y no así los embarazos deseados, que obviamente ameritan de intervenciones diferenciadas.

Se hace necesaria la producción de estudios nacionales que aborden esta cuestión. Este trabajo de tesis se enmarcó en esa necesidad nacional de producir investigaciones en este sentido.

Se hizo una revisión de la literatura nacional e internacional existente tanto en lo referente a aspectos conceptuales como de investigaciones que hayan abordado la problemática, y se hizo una investigación prospectiva en un hospital de referencia nacional que refleja con bastante claridad la realidad del país. Finalmente se hizo una propuesta de lineamientos que no deberían faltar en cualquier iniciativa de respuesta nacional a esta situación.

En el capítulo 1 se presenta la definición del problema, la justificación, los objetivos generales y específicos y el planteamiento del problema.

En el capítulo 2 dentro del marco teórico se abordan los aspectos conceptuales sobre la adolescencia, el embarazo en la adolescencia, los antecedentes, las diferentes perspectivas del fenómeno del embarazo en adolescentes: aspectos demográficos, educativos, de salud y fecundidad, legales y jurídicos, laborales, culturales y de deportes y recreación.

También una revisión de intervenciones efectivas para reducir embarazos en adolescentes y sobre los costos estimados de este fenómeno.

En el capítulo 3 se plantea el marco metodológico, con el diseño y contexto de la investigación, la selección de casos y muestra, las técnicas e instrumentos de investigación, y las fuentes y proceso de recolección de datos

En el capítulo 4 se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones de una investigación en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia que busco caracterizar un perfil de las adolescentes embarazadas que acuden a ese centro, y una propuesta de lineamientos para el diseño de un plan de prevención de embarazos en la población adolescente.

Capítulo 1. Marco introductorio

1.1 Definición del problema

El embarazo en adolescentes es un fenómeno multifactorial, que tiene implicaciones para la salud, la integridad, el desarrollo psico-social y económico no solo de la joven embarazada, sino que representa un importante factor reproductor de pobreza, y que impacta negativamente en los índices de desarrollo humano de los países.

En la República Dominicana viven alrededor de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan cerca de la cuarta parte del total de la población dominicana; sin diferencias significativas en la distribución por sexo. (Oficina Nacional de Estadísticas, 2010). Se evidencia una clara correlación entre educación e incidencia de embarazos en adolescentes. A menor educación mayor proporción de embarazo en adolescentes según datos arrojados en la Encuesta Demográfica y de Salud, (ENDESA). (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Entre los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes, la disfunción familiar y la presencia de violencia intrafamiliar o sexual ha sido señalada por diversos autores como un factor predisponente al embarazo en adolescentes (Silber y Munist, 1992).

Las adolescentes menores de 16 años tienen un 25% más riesgo de morir durante el embarazo, parto y post parto que el grupo mayor de 20 años. (ENDESA, 2007) El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) estima que en las maternidades del país se registran alrededor de 25,000 abortos al año, correspondiendo cerca del 20% de este total a adolescentes. La maternidad temprana está vinculada estrechamente a mayor incidencia de morbi-mortalidad materna e infantil.

Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud más reciente (ENDESA 2013) 20.5% de todas las adolescentes ya son madres o han estado embarazadas alguna vez, y el

20% de todas las muertes maternas que ocurren en el país corresponden a mujeres de menos de 20 años. El embarazo en edades tempranas aumenta las probabilidades de complicaciones en el estado general de salud, de padecer anemia, inmunodeficiencia, o enfermedades infectocontagiosas. Pero no solo es un aumento de riesgo para la salud y la propia vida de las adolescentes, la mortalidad neonatal es 50% mayor en las menores de 15 años que en el grupo de 20 a 24 años. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Estos niños hijos de adolescentes tienen riesgos de padecer desnutrición, anemia, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias. Son también más propensos a menor desempeño escolar, y evidencian mayores tasas de deserción escolar. El embarazo en adolescentes es un perpetuador del ciclo de la pobreza. Es un fenómeno más frecuente en mujeres de estratos económicos bajos y de menor escolaridad. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de abandonar la escuela. Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2013 el embarazo y la maternidad son la primera causa de deserción escolar entre las mujeres. Esto a su vez reduce las posibilidades de conseguir trabajos mejor remunerados, aumenta la dependencia económica del hombre y con ello la vulnerabilidad para la violencia de género. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Desde el punto de vista jurídico, el embarazo de una adolescente pudiera ser producto de una violación, incluso por parte de un familiar cercano, incluyendo a su propio padre. La Ley No. 136-03 (Código para la protección de los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes) establece sanciones de tipo penal para el hombre que embarace una adolescente cuando la diferencia de edad entre él y ella sea mayor a 5 años, independientemente de que se alegue "mutuo consentimiento en la relación", también establece sanciones para los padres de la menor embarazada.

Así mismo, mientras menor edad tiene la adolescente, mayores probabilidades hay de que el embarazo haya sido producto de una violación. Se trata entonces también de un problema de desconocimiento de derechos fundamentales establecidos por todo el marco jurídico de protección a niños, niñas y adolescentes no solo en el ámbito local, sino en todo el sistema universal de protección a esas poblaciones.

1.2 Justificación

Con este trabajo se pretendió analizar el fenómeno del embarazo en adolescentes en las usuarias que asisten al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia por tratarse de un centro de salud de referencia nacional, la mayor maternidad del país, y la que recibe el mayor número de adolescentes embarazadas, procedentes de toda la geografía nacional, pero con preponderancia de su mayor área de influencia, que es el Gran Santo Domingo.

Esta investigación sobre este fenómeno que impacta negativamente indicadores de salud, educación, económicos y sociales de la República Dominicana, pudiera servir de insumo para los planes que desarrolla el Estado dominicano en aras de reducir el mismo.

La maternidad voluntaria amerita de más estudios que permitan conocer con mayor profundidad sobre las condiciones en las que se da y sus consecuencias. Tradicionalmente se ha manejado la hipótesis de que un embarazo a temprana edad troncha el proyecto de vida de una joven mujer, sin embargo, hay otras miradas que lo entienden como parte de ese proyecto de vida y no necesariamente como un obstáculo.

Se necesitan más estudios que de manera cuantitativa determinen qué porcentaje de estos embarazos son voluntarios. Se necesitan más estudios cuantitativos y cualitativos sobre maternidad en menores de 15 años, ya que la mayoría de la bibliografía disponible no

ha estudiado a profundidad el fenómeno en este grupo etario en particular. Este proyecto de tesis buscó hacer un aporte en este sentido.

Por otro lado, hay un fenómeno subyacente en los embarazos en las adolescentes, que no ha sido visibilizado lo suficiente y que está íntimamente vinculado al embarazo en edades tempranas. Se trata del matrimonio precoz o uniones tempranas.

Este proyecto de tesis, así como todos los estudios e investigaciones nacionales e internacionales existentes y en curso que tienen que ver con el tema, son insumos para la construcción de la respuesta nacional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Determinar deseabilidad de los embarazos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo marzo-abril 2017.

1.3.2 Objetivos específicos:

- 1- Identificar razones aducidas para desear un embarazo.
- 2- Identificar las razones de las adolescentes para haber quedado embarazadas, aun sin desearlo.
- 3- Determinar la relación entre las embarazadas y la persona que la embarazo así como la diferencia de edad entre ellos.
- 4- Proponer lineamientos para un proyecto que contribuya a reducir el embarazo en adolescentes.

1.4 Planteamiento del problema

En la República Dominicana el 20.5% de todas las adolescentes ya son madres o han estado embarazadas alguna vez. La maternidad temprana aumenta las probabilidades de complicaciones en el estado general de salud. La mortalidad neonatal es 50% mayor en las menores de 15 años que en el grupo de 20 a 24 años.

El embarazo y la maternidad son las primeras causas de deserción escolar entre las mujeres. Esto a su vez reduce las posibilidades de conseguir trabajos mejor remunerados, aumenta la dependencia económica del hombre y con ello la vulnerabilidad para la violencia de género.

Hay un fenómeno que no ha sido suficientemente estudiado aun en el país y es la deseabilidad de esos embarazos por parte de las jóvenes, y por otro lado las uniones tempranas y todo el entramado multifactorial que precipita esas uniones, y que a su vez precipita embarazos tempranos, y es barrera para el desarrollo pleno de las niñas toda vez que interrumpe sus potencialidades, vulnera sus derechos y tiene impacto en el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

1.5 Preguntas de investigación

Se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

1-¿Qué porcentaje de las adolescentes embarazadas deseaba su embarazo antes de quedar embarazada y cuáles son las principales razones que aducen para desear un embarazo?

2-¿Cuáles son las principales razones que aducen las adolescentes para quedar embarazadas?

3-¿Cuál es la relación que tienen las adolescentes embarazadas con la persona que la embarazó, y cuál es la diferencia de edad entre ambos?

4-¿Cuál es la edad a la primera relación sexual y a la primera unión?

5-¿Cuál es el estado civil de las adolescentes embarazadas?

6-¿Cuáles son las preferencias de fecundidad después del embarazo actual entre las adolescentes, y cuál es el deseo en cuanto a estudios después del embarazo?

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 La adolescencia

La adolescencia es un término que proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer y desarrollarse.

Hay otros dos términos que tienden a usarse incorrectamente como sinónimos, que son *pubertad* y *juventud*.

El término *pubertad* tiene su origen en el latín (*pubere*) que quiere decir cubrirse de vellos, y se refiere principalmente a los cambios que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (2016), define adolescencia como el periodo de crecimiento humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, y comprende entre los 10 y los 19 años.

El término *juventud* se utiliza para aludir a los procesos formativos y de ingreso al gran mundo laboral a partir de la *pubertad* y se extendería más allá de los 20 años. La ONU se refiere a esta como el periodo que va de los 15 a los 25 años.

Desde la perspectiva de OMS la adolescencia es considerada como una etapa de transición y de hecho una de las más importantes en el ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado solo por el proceso que viven los lactantes, y que está condicionado por diversos procesos biológicos. El comienzo de la *pubertad* marca el paso de la niñez a la adolescencia.

Según OMS los determinantes biológicos de la adolescencia son universales pero la duración y las características propias de este periodo pueden variar entre diferentes culturas

y contextos socioeconómicos. En el siglo pasado se han registrado cambios en esta etapa, como el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio y el cambio en actitudes y prácticas sexuales.

Sin embargo, esta es una mirada muy biologicista. La adolescencia identificada como tal es anterior al siglo XX como lo demuestran los trabajos de Kett (1977), Demos (1986) y Katz (1975), pero solo surgió como una etapa diferenciada de la vida a mediados del siglo XX. Según Furstenberg, el desempleo, la extensión en la educación y la decadencia de la granja familiar iniciaron la creación de una nueva clase social de personas que no se les consideraba niños ni adultos. (Furstenberg, Noviembre 2000, pp. 896-910)

Stanley Hall, con su publicación de 1904, se considera el pionero en la investigación sobre adolescencia, y aun su enfoque como una etapa problemática de la vida de los seres humanos persiste hasta nuestros días.

2.1.1 Etapas de la adolescencia

Según la OMS y según Piaget, la adolescencia se divide en dos etapas: temprana y tardía. Hay ligeras diferencias en cuanto a las edades que demarcan cada una. Mientras para la OMS la primera etapa va de 12 a 14 años y la segunda de 15 a 19, para Piaget los rangos son entre 10 a 14 y 15 a 18 años respectivamente. Por otro lado, la Academia Americana de Pediatría la divide en tres etapas. En sentido general, las características de cada etapa son las siguientes:

Adolescencia temprana (11-13 años): Se caracteriza la experimentación de cambios físicos a una gran velocidad. El adolescente ve cómo su cuerpo va evolucionando, y esto

provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones lo acercan a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, y existe una identificación grupal. No se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos continúa pensando en concreto, no ha podido desarrollar la abstracción del pensamiento. No percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto. Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

Adolescencia media (14-17 años): Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual. Sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha podido adquirir más del 90 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo.

Durante estos años se desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las consecuencias futuras de sus acciones, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. También desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La unión de un grupo social y la necesidad de independencia respecto a la familia también son consecuencias directas de los cambios psicológicos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos. Presenta su propia imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de obtener atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el

adolescente tiende a ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas.

El contacto con el sexo opuesto se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también a la exploración de los propios límites, porque necesita poner a prueba el grado de atracción que tiene.

Adolescencia tardía (17-21 años): El desarrollo físico y sexual ha finalizado. Ya el adolescente es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, comienza a confrontar las exigencias del mundo adulto, y las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

2.1.2 Teorías sobre el desarrollo de la adolescencia

Hay múltiples teorías que tratan de explicar el desarrollo en el ser humano. Aunque ninguna por sí sola pueda explicar todos sus aspectos, y aunque muchas de ellas son contradictorias entre sí, hay muchos conceptos que son complementarios y mirándolas en su conjunto nos permiten tener una idea amplia sobre el desarrollo en los adolescentes.

Presentamos a continuación las teorías más conocidas sobre el desarrollo en el ser humano:

Teorías psicoanalíticas, teoría cognitiva, teoría del aprendizaje conductual y social, y teoría ecológica.

1-Teorías psicoanalíticas

Sigmund Freud describió el desarrollo como un proceso inconsciente e indisolublemente atado a las emociones. Según los psicoanalistas el comportamiento es una mera característica superficial que traduce el funcionamiento interno del pensamiento, y hacen énfasis en el concepto de que las experiencias tempranas con los padres moldean de manera dramática el desarrollo.

En su planteamiento de la estructura de la personalidad, Freud definió tres estructuras diferentes: el id o ello, el ego o yo, y el superego o superyó. Según esta teoría, el id es inconsciente y no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando un niño se enfrenta a las exigencias y restricciones de la realidad entonces emerge otra estructura de la personalidad, el ego, que es quien afronta esa realidad mediante la toma de decisiones racionales. Estas dos primeras estructuras no tienen moralidad, o sea, no tienen conciencia de las cosas, y no distinguen el bien del mal. Entonces la tercera estructura, el superego, es a lo que Freud le atribuyó la conciencia.

Según Freud los adolescentes son una gran amalgama de tensiones y conflictos, que reprimen con una negación inconsciente como mecanismo de defensa. Él había identificado sus famosas cinco fases psico-sexuales del desarrollo: oral, anal, fálica, latente y genital, y que en cada una de ellas el ser humano va experimentando el placer en distintas partes del cuerpo (en las primeras cuatro fases, en el propio cuerpo o en el de los padres). Según esta

teoría, la quinta fase, la fase genital, inicia en la pubertad y llega hasta la adultez y en ella por primera vez el placer se enfoca en una persona fuera del contexto familiar.

Aunque ciertamente las teorías freudianas han sido objeto de duras críticas, por su difícil demostración por métodos científicos, y por ser consideradas machistas y patriarcales por el feminismo, aún permanecen en el imaginario de la colectividad científica fuertemente enraizadas, particularmente en lo que tiene que ver con la concepción que se tiene sobre la adolescencia como una etapa problema en el desarrollo.

2-Teorías cognitivas

Contrario al enorme peso que le otorga el psicoanálisis al inconsciente, las teorías cognitivas lo otorgan a los pensamientos conscientes. Los más insignes postulantes de teorías cognitivas son Jean Piaget y Lev Vygotsky.

Piaget (1896-1980) postuló que las personas construyen activamente su comprensión del mundo pasando por cuatro estadios de desarrollo cognitivo vinculados a la edad. Las etapas que plantea son cuatro:

Estadio sensorio-motor, en la que los bebés construyen una comprensión del mundo coordinando experiencias sensoriales con acciones físicas, y dura hasta los dos años.

Estadio pre-operacional, en el que los niños comienzan a representar el mundo con palabras e imágenes y tienen mayor desarrollo del pensamiento simbólico. Va de los dos hasta los siete años.

Estadio de las operaciones concretas, en el que los niños razonan de manera lógica. Desde los siete a los once años.

Estadio de las operaciones formales, en el que los adolescentes razonan de forma más abstracta, idealista y lógica, y es a partir de los once años. En esta etapa los adolescentes pueden elaborar pensamientos hipotéticos y pueden reflexionar sobre la paternidad-maternidad ideal. Comienzan a proyectar lo que les puede deparar el futuro, y son más sistemáticos.

Vygotsky (1896-1934) plantea una teoría cognitiva sociocultural, en la que importantizan las relaciones sociales. Uno de sus principales planteamientos es que las habilidades cognitivas se originan en las relaciones sociales y culturales y que el funcionamiento cognitivo tiene origen social.

3-Teorías conductuales y socio-cognitivas

Estas teorías enfatizan la necesidad de estudiar las experiencias ambientales y el comportamiento observable. Según el conductismo el comportamiento puede ser modificable y que el comportamiento, el ambiente y los factores personales/cognitivos son vitales para entender el desarrollo.

Albert Bandura es considerado el exponente contemporáneo de estas teorías. El afirma que el ambiente puede determinar el comportamiento pero que hay que tomar en cuenta que a la inversa, el comportamiento de la persona puede modificar el ambiente. Hace énfasis en que la autoestima es capaz de permitirle al individuo obtener resultados positivos en diferentes situaciones. Considera que el aprendizaje basado en su propia observación es fundamental en el ser humano, lo que explica el niño que presencia violencia de su padre en su hogar, y el la reproduce con otros niños. También, es lo que explica el modelamiento de la conducta hacia formas más asertivas, cuando se observa a pares.

4-Teoría ecológico-contextual

Propuesta originalmente por Urie Bronfenbrenner, y sostiene un enfoque ambiental en el desarrollo infantil. Propone la existencia de cinco sistemas ambientales, desde la interacción directa con agentes sociales menores, como la que ocurre en la familia, la escuela y el barrio, pasando por sistemas intermedios o distintos sistemas menores o microsistemas, hasta la interacción con lo que denomina macro-sistema, que es la cultura (pautas de conducta, creencias y valores transmitidos de generación en generación) en la que vive y crece el individuo. Esto contempla la influencia de las cuestiones socio-históricas sobre el desarrollo del individuo.

Todas estas teorías son útiles para entender el desarrollo de los adolescentes. Ninguna puede considerarse como infalible. Todas tienen fortalezas y debilidades, pero vistas de manera integrada, permiten comprender la complejidad del comportamiento, el deseo, la conducta, el pensamiento de los seres humanos y en este caso en particular, de los y las adolescentes.

2.2 Embarazo en la adolescencia como riesgo psico-social

El fenómeno del embarazo en adolescentes ha sido ampliamente investigado desde la perspectiva de la medicina y sus complicaciones en la salud. Numerosas publicaciones han vinculado el embarazo en la adolescencia con un mayor riesgo de complicaciones, como hipertensión, infecciones, rotura de membranas, parto pre-termino, y hemorragia postparto. (Valenzuela, 2007, pp. 207-215)

Alison (1995), reporto mayores tasas de cesárea, y mayor prevalencia de prematuridad y bajo peso en los recién nacidos de madres adolescentes.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la República Dominicana reporta tasas de cesárea más elevadas en la población adolescente que en el grupo de mujeres por encima de 20 años.

También hay numerosos estudios que reportan no haber encontrado mayor incidencia de morbi-mortalidad materna y perinatal en este grupo de edad aunque si mayor mortalidad infantil (durante el primer año de vida), y mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual. (Villanueva, Pérez, Martínez y García, 1999, pp. 354-359.)

Jolly (2000), reportó como mayores causas de mortalidad durante el embarazo en adolescentes las condiciones infecciosas, lo que aumenta la prevalencia de partos pre-termino. También reportó que en este grupo etario la pre-eclampsia y la anemia son más frecuentes.

Otterblad (1997), reportó aumento en el riesgo de parto pre-termino y muerte perinatal en adolescentes menores de 17 años, sin embargo ese riesgo se reduce cuando se controlan las variables económicas, nivel de escolaridad bajo, bajos presupuestos destinados a salud y rechazo de la sociedad. (pp. 451-457)

En el estudio de Zamora et al (2013), comparando un grupo de embarazadas adolescentes con un grupo control entre 20 y 30 años, no se encontraron diferencias en cuanto a asistencia al control prenatal, ni en problemas durante el embarazo (amenaza de aborto, parto pre-termino, hipertensión y diabetes), ni en la vía de nacimiento. Si hubo mayor incidencia de episiotomías entre las adolescentes. (p. 234)

Hay estudios que si reportan mayor incidencia de complicaciones en los embarazos en adolescentes como anemia, hipertensión, abortos, parto pre-termino, infecciones de vías

urinarias, vaginosis, y recién nacidos de bajo peso. (Lira, Oviedo y Simón, 2006, pp. 241-246)

Sin embargo hay otros estudios que reportan que las complicaciones no son diferentes en las adolescentes con respecto a mujeres por encima de 20 años, en condiciones adecuadas de nutrición, salud, atención prenatal y contexto social y familiar favorable. (Stern, 1997, pp. 137-143.)

En un estudio publicado en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia se encontró mayor incidencia de aborto, pre-eclampsia, parto pre-termino, cesáreas, puerperio patológico, patología neonatal y bajo peso al nacer en las adolescencia temprana (menores de 16 años), cuando se comparó con la adolescencia tardía (mayores de 16 años). (Mejía, 2000).

En una investigación publicada por Atienzo et al (julio 2016), el 50% de las adolescentes inicio el control prenatal en el tercer mes del embarazo en comparación con el 50% de las adultas que lo inicio en el segundo mes. También hubo diferencias en el número de controles prenatales (7 en adolescentes y 8 en adultas).

El embarazo en la adolescencia está asociado a violencia intrafamiliar y en el influyen varios factores como nivel educativo, estado civil de los padres, nivel de ingresos del hogar, el no uso de métodos de barrera como el condón, y el número de parejas sexuales (Moreno, 2017)

En una investigación de tesis de la mencionada autora, se analizó la relación existente entre la incidencia de infecciones de transmisión sexual con violencia intrafamiliar entre adolescentes embarazadas de un municipio del Ecuador en 2016, no encontrando relación

estadísticamente significativa entre embarazadas adolescentes e infecciones de transmisión sexual o violencia intrafamiliar.

Las mismas conductas que predisponen a embarazos entre las adolescentes como son múltiples parejas sexuales y el no uso o falta de consistencia en el uso del condón, las exponen a infecciones de transmisión sexual, entre ellas, VIH. (UNFPA, 2012)

En México, en 2010, el 40 de las adolescentes que se embarazaron no planearon o no desearon el embarazo en ese momento. (Mendoza-Victorino, Sánchez-Castillo, Hernández-López y Mendoza-García, 2010, pp. 25-36)

Las complicaciones por abortos inseguros son causa de morbi-mortalidad entre adolescentes. Estas últimas recurren más tarde que las mujeres adultas a la interrupción del embarazo, lo que significa un aumento en el riesgo general para su salud y sus vidas. (Collado, Alva, Villa, López, González de León y Schiavon, 2008, pp. 17-30)

En el año 2007 el Gobierno del Distrito Federal de México inició la implementación del programa de interrupción legal del embarazo. Durante los tres primeros años de implementación el 5.1% de las que accedieron a este programa tenían entre 11 y 17 años y el 12% entre 18 y 19 años. El 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (antes de las 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción fueron falta de recursos económicos (34%) y deseo de posponer la maternidad (32%). (Olavarrieta, et al, 2012 pp. 15-20)

En estratos sociales bajos la prevalencia de embarazos en adolescentes es superior a la observada en los estratos altos y esto puede ser debido a que se considera el embarazo como la única opción viable para las más jóvenes. (Stern y Herrera, 2008), o que en

poblaciones marginadas están restringidas las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres. (Szasz, 2003. pp. 35-57.)

2.3 Antecedentes:

A pesar de que el embarazo en adolescentes ha sido ampliamente estudiado en el país y en todo el mundo y de que la bibliografía disponible es abundante, durante mucho tiempo en nuestro país se ha manejado la hipótesis de que en la mayoría de los casos el embarazo de una adolescente es no deseado o no planificado, o secundario a una violación.

Esta afirmación ha sido documentada por numerosas investigaciones dentro de las que se pueden citar las ENDESA quinquenales 1986-2007. Sin embargo, un estudio más reciente, (el de PROFAMILIA 2011), “Embarazo en adolescentes, una realidad en transición?” muestra una realidad diferente, el embarazo como una decisión de la adolescente, como un acto consciente, planificado, deseado. Este último aspecto aún no está suficientemente estudiado en nuestro país.

Pérez, Miric, y Vargas (2011) han planteado el concepto de la “*satanización de la maternidad adolescente*”, proveniente de una mirada exclusiva del adulto -centrismo, y estigmatizadora de los y las adolescentes como individuos incapaces de tomar decisiones responsables en lo que atañe a sus propias vidas. (p.11)

“El embarazo adolescente se presenta como una decisión vinculada a la construcción de un proyecto de vida, asociada a alegría y esperanza” (Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez, 2014, p.74) y da al traste con el mito de que el embarazo es deseado por ausencia de un proyecto de vida.

Hay otro mito muy difundido y es el que atribuye a la adolescencia el estigma de un periodo de *“fascinación por el riesgo y no medir consecuencias”*. (Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez, 2014, p.13)

Mientras la tasa nacional de adolescentes embarazadas es de 20.1% (Encuesta Demográfica y de Salud, del 2013) la mayoría de las fuentes, las uniones tempranas representan el 37% (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016). A simple vista las uniones tempranas prácticamente duplican a los embarazos en adolescentes. Dicho de manera gráfica, el embarazo en adolescente sería la punta de un iceberg cuya gran base invisible son las uniones tempranas.

Según estudio de la Oficina Nacional de estadística (2014) el 65% de las menores de 18 años tienen parejas 5 años mayores y 25% parejas 10 años mayores. Resulta pues de alto interés estudiar mejor la voluntariedad o no en las uniones entre adolescentes y hombres mayores.

El 25% de la población de la República Dominicana se encuentra entre los 10 y 19 años. (Censo ONE 2010). El enfoque de políticas públicas basado en ciclos de vida permite focalizar intervenciones específicas y contenidos diferenciados de acuerdo a las vulnerabilidades particulares de cada grupo etario. La población adolescente se ha identificado como grupo objetivo que amerita intervenciones específicas ya que se consideran agentes activos para el desarrollo social y económico de la nación.

El Estado dominicano ha diseñado y ejecutado políticas públicas dirigidas a la población adolescente dado el impacto que esto tiene en los indicadores de salud, educación, económicos y de desarrollo en sentido general. Los riesgos y vulnerabilidades a que está expuesta la población adolescente son, entre otros, deserción escolar, suicidios,

infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA, uso de sustancias psicoactivas, conductas reñidas con la ley, violencia, y por supuesto, el embarazo antes de la edad adulta.

Es responsabilidad del Estado dar respuesta a los fenómenos que de una u otra manera impactan en el desarrollo en sentido general, como el embarazo en edades tempranas. El Estado dominicano ejecuto el "Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes" en el periodo 2011-2016. Esta fue una iniciativa multisectorial que buscó darle respuesta al fenómeno. Su ejecución culminó el 31 de diciembre del 2016, y su base jurídica fue el Decreto 264-13.

Coincidiendo con el momento de realización de este proyecto de tesis, el gobierno dominicano está enfrascado en la elaboración de la "Respuesta Nacional al Embarazo en Adolescentes" probablemente con un horizonte al año 2030. Se está convocando a una veintena de instituciones gubernamentales, ONGs y Organismos Internacionales a conformar, bajo la conducción del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales que dirige la Vicepresidenta de la República, el Comité Intersectorial que tendrá el mandato, por decreto presidencial, de elaborar dicha respuesta y vigilar por su ejecución.

En el estudio realizado por la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia y el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil Dr. Hugo Mendoza en el 2011, denominado "Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición?", se plantea que "una proporción importante de las adolescentes embarazadas parece querer sus embarazos".

2.4 Revisión de la Literatura

2.4.1 Aspectos demográficos

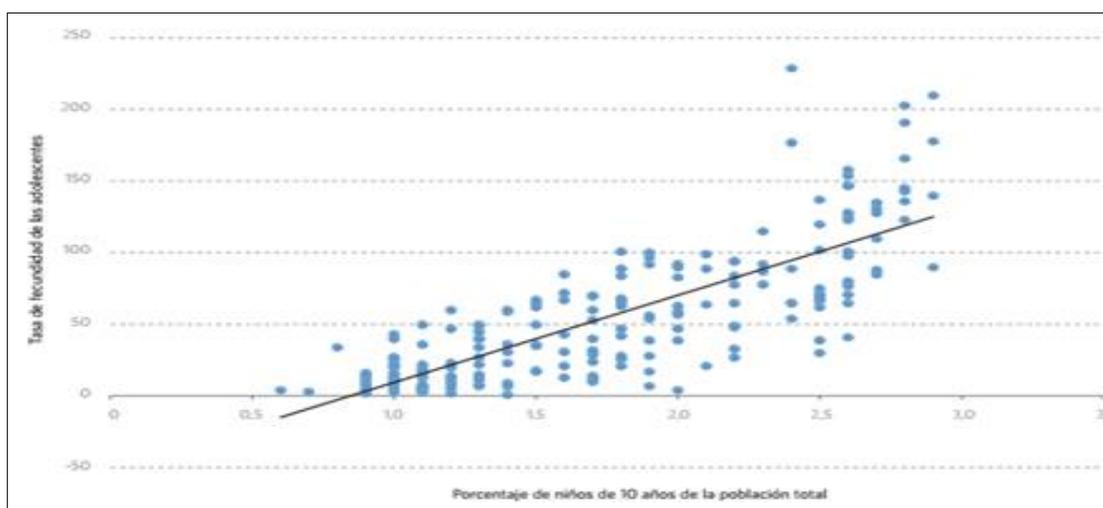
La República Dominicana está entre los cinco primeros lugares de los países de Latinoamérica con mayores tasas de natalidad en adolescentes, con 90 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, cifra que está por encima del promedio de Latinoamérica que es de 77 por cada 1000. (Fondo de Población de las naciones Unidas, 2016)

País	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años (2006-2015)
Bolivia	116
Honduras	101
Venezuela	95
Nicaragua	92
Guatemala	91
Panamá	91
República Dominicana	90
Colombia	84
México	83
El Salvador	72
Argentina	68
Haití	66
Brasil	65
Perú	65
Uruguay	64
Paraguay	63
Costa Rica	61
Cuba	53
Chile	52
Ecuador	Sin datos
Promedio de Latinoamérica	77

Tasa de natalidad en adolescentes en Latinoamérica.

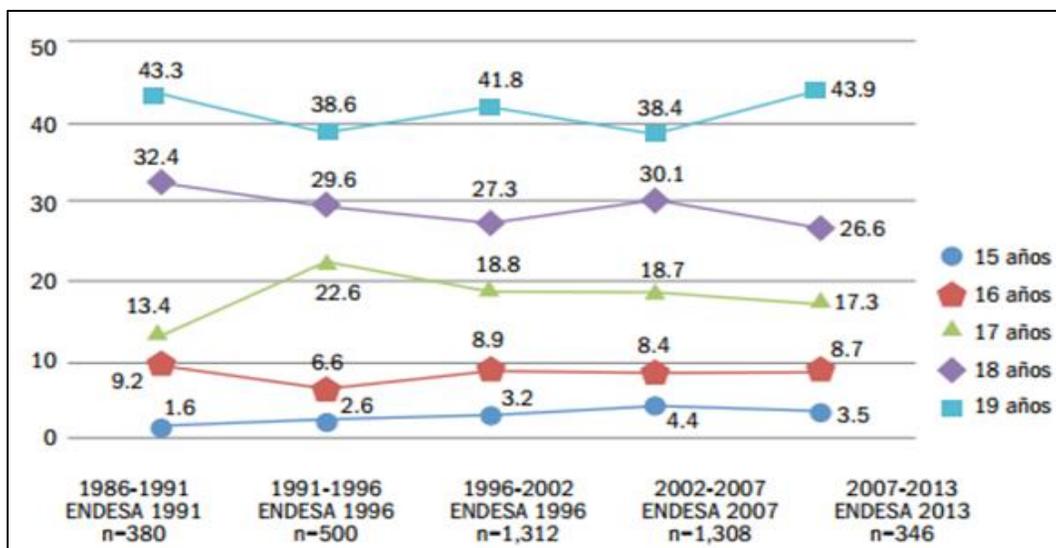
Fuente: UNFPA, 2016

En ese mismo informe de la población mundial se estableció que de los 196 países incluidos en el análisis, el número de adolescentes que son madres es superior en los países con un porcentaje de población de niños de 10 años más elevado. Para la República Dominicana se estimó una población de niños de 10 años de 103,000 en el año 2016. En el siguiente grafico se muestra una relación estrecha entre la tasa de fecundidad de las adolescentes y el tamaño de la cohorte de niños de 10 años de edad con respecto a la población total del país. (Fondo de Población de las naciones Unidas, 2016)



*Relación entre tasas de fecundidad en adolescentes y tamaño de la cohorte de niños de 10 años.
Fuente: UNFPA, 2016)*

Las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA) realizadas en el país cada lustro desde el año 1986 hasta el 2013, revelan primero un notable aumento durante la primera década de ese periodo y luego una reducción a partir del año 2007 aunque con un estancamiento durante el último lustro.



Porcentaje de nacimientos en adolescentes entre 15-19 años según edad y ENDESA.
Fuente: ENDESA, 2013.

Hay que destacar que las ENDESA para calcular estas tasas utilizan el criterio de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es jóvenes entre 15 y 19 años, por lo que están fuera de estas estimaciones todas las menores de 15 años que se embarazan. En nuestra investigación incluimos a todas las embarazadas por debajo de 19 años, sin límite inferior de edad.

En el estudio publicado por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), en el Distrito Nacional se registraron 24,669 mujeres entre 12 y 17 años que fueron consultadas sobre embarazo y de esas 1,832 declararon haber estado alguna vez embarazada, lo que representa un 7.4% de ese grupo etario. (2012, p.203)

Este estudio encontró que las comprendidas entre 12 y 15 años muestran tasas de embarazo por debajo de las comprendidas entre 15 y 17 años. Para las de 12 años 0.0%, para las de 13 años 0.4% y para las de 15 años 4.4% (ver la tabla siguiente). Por su ubicación geográfica la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia recibe a gran parte de esta población.

Alguna vez ha estado embarazada						
Edad	Si		No		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
12	2	0.0	4,153	100.0	4,155	100.0
13	17	0.4	3,987	99.6	4,004	100.0
14	72	1.8	3,913	98.2	3,985	100.0
15	179	4.4	3,853	95.6	4,032	100.0
16	630	14.8	3,625	85.2	4,255	100.0
17	932	22.0	3,306	78.0	4,238	100.0

*Distribución de la población entre 12 y 17 años, según condición de haber estado embarazada alguna vez.
Fuente: SIUBEN. 2012)*

El embarazo entre las adolescentes es frecuente en las poblaciones donde predominan la desigualdad social, la cultura machista, la falta de políticas públicas y de educación sexual en las escuelas.

El Estado Dominicano ha hecho esfuerzos (como la creación del Programa Nacional de Atención a la Salud de los y las Adolescentes en 1993, el Plan Estratégico Nacional para la Salud de Adolescentes 2010-2015, o el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011-2016), para la reducción del embarazo en las mujeres jóvenes en las últimas dos décadas, entendiéndolo como un problema multidimensional que tiene implicaciones en el desarrollo nacional.

Numerosas investigaciones nacionales e internacionales han planteado que el embarazo en las adolescentes impacta en su esfera psicosocial y que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos/as, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, que contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y a lo que se ha venido llamando “feminización de la miseria”.

En el embarazo en edades tempranas con frecuencia hay una relación intergeneracional, o sea que en las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias culturales en las que intervienen factores contribuyentes a la ocurrencia del embarazo precoz. Esto ha sido documentado en numerosas investigaciones internacionales (González, Leal, Molina y Chacón, 2013)

El embarazo en adolescentes pone en evidencia la desigualdad que permite que las más afectadas sean las de menor nivel educativo, las más pobres y las residentes en áreas rurales, (Ministerio de Salud Pública (2014). En cuanto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%. (Despacho de la Primera Dama et al, 2011). La maternidad es una condición más frecuente entre las adolescentes que la paternidad de los varones de ese mismo grupo etario, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. (Ministerio de Salud Pública (2014).

En la encuesta sobre prevención de embarazos en adolescentes que aplicó el Ministerio de la Juventud (2014), el 46.3% de las jóvenes entre 15 y 17 años ya había iniciado su vida sexual activa.

Tradicionalmente se han identificado numerosos factores que inciden en la iniciación cada vez más temprana de la sexualidad y como consecuencia en el aumento de los embarazos en adolescentes. Dentro de esos factores podemos citar: cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida, insuficiente educación en sexualidad, carencia de políticas efectivas en salud sexual y salud reproductiva, no valoración de derechos sexuales y derechos reproductivos, presión de grupo, curiosidad, abuso sexual, sexo por paga, falta de empoderamiento de las mujeres y en especial las más jóvenes, entre otros. (Holguín, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña y Acuña, 2013)

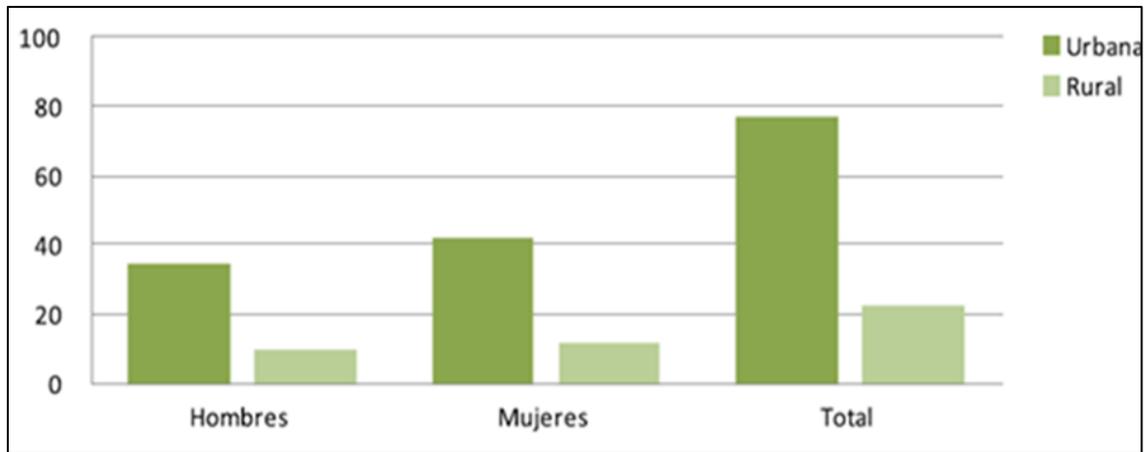
2.4.2 Aspectos educativos

La variable educación es uno de los pilares vinculados al tema de embarazos en adolescentes. Se entiende que a mejor educación, a mayor nivel de educación alcanzada menor es la probabilidad de que ocurra un embarazo en edades tempranas y se considera factor protector frente a los problemas que pudieran derivarse de un eventual embarazo.

Según ENDESA 2013, que comparó los datos con los obtenidos por la ENDESA anterior (2007), los niveles de asistencia "neta" y "bruta" a la escuela primaria se estancaron durante los últimos 6 años anteriores a 2013, registrándose en cambio incrementos importantes para la escuela secundaria, más fuertes en el segundo tipo de asistencia que en el primero.

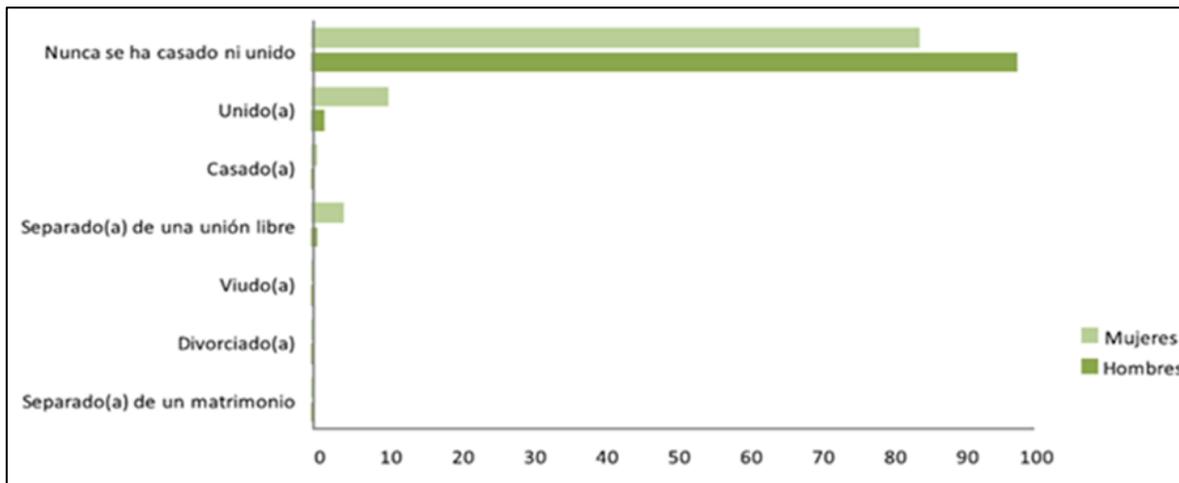
ENDESA 2013 establece que "El riesgo de una adolescente de quedar embarazada es 6 veces superior en las mujeres de educación primaria respecto a las de educación superior y de 4 veces superior cuando se relacionan las mujeres del quintil más pobre con las del quintil más rico." También se observó que la razón más importante para dejar de estudiar es el haber quedado embarazada (20%).

En una publicación realizada por la Oficina Nacional de Estadística (2016), titulado "Perspectivas de la educación media en la República Dominicana", en él se analizaron datos del Censo Nacional de Población y vivienda 2010 sobre los adolescentes entre 14 y 19 años que asisten a los centros educativos del nivel medio, la población femenina muestra predominio frente a la masculina con 42% del total de los asistentes a nivel nacional. Esto se puede ver en el siguiente gráfico.



Distribución de la población de 14-19 años que asiste al nivel medio según zona de residencia por sexo.
Fuente: (ONE, 2010).

En cuanto al estado conyugal de la población entre 14 y 19 años que asiste a la educación media, el 6.6% está casada o unida. Dentro de estos, las del sexo femenino son el 11.3% y la masculina el 1.7%.



Porcentaje de población entre 14-19 años que asiste a la escuela por sexo según estado conyugal.
Fuente: (ONE, 2016)

En la referida publicación de la Oficina Nacional de Estadística (2016) las principales causas del matrimonio o unión entre la población femenina fueron:

Embarazo adolescente

Conflictos intrafamiliares

Legitimación de la actividad sexual

Represión de las actividades recreativas-lúdicas en su familia

Para los del sexo masculino las principales causas fueron:

Establecimiento de pareja sexual fija con carácter de posesión

Matrimonio forzado por la familia de la novia

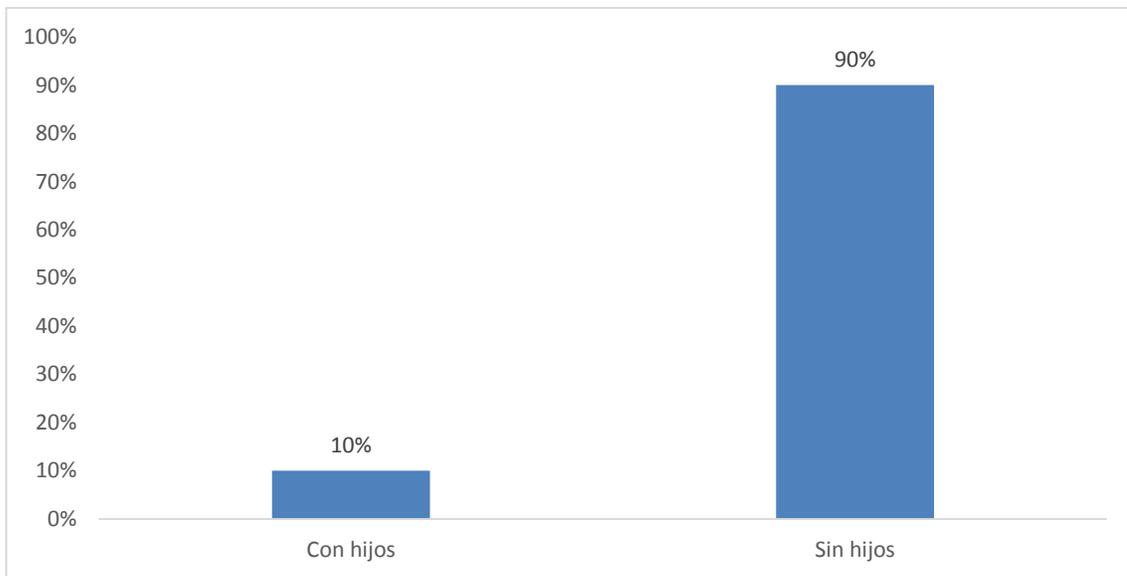
Posesión de una pareja en disponibilidad de “atender” al marido

En cuanto a la relación matrimonio-escuela se resaltaron realidades que entran en contradicción con numerosas investigaciones nacionales que dan cuenta de que las uniones tempranas representan una barrera en el acceso a la educación de las adolescentes.

En un abordaje cualitativo en este estudio se evidenció que la unión en lugar de ser barrera era motivación para continuar los estudios, que muchos cónyuges eran entes motivadores para la permanencia en la escuela, que muchas de ellas mantienen buen rendimiento, o que incluso los cónyuges se convierten en apoyo económico para la permanencia. También se determinó que las adolescentes embarazadas son víctimas de bullying por su condición.

En el Informe Vargas y Ramírez (2007), ya se había mostrado mediante investigación cualitativa que las adolescentes que se embarazan tendían a mantener buen rendimiento académico y a continuar con estudios universitarios después de sus embarazos.

Según el Censo Nacional 2010 el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que asisten al nivel medio de educación y que son madres es de 10%.



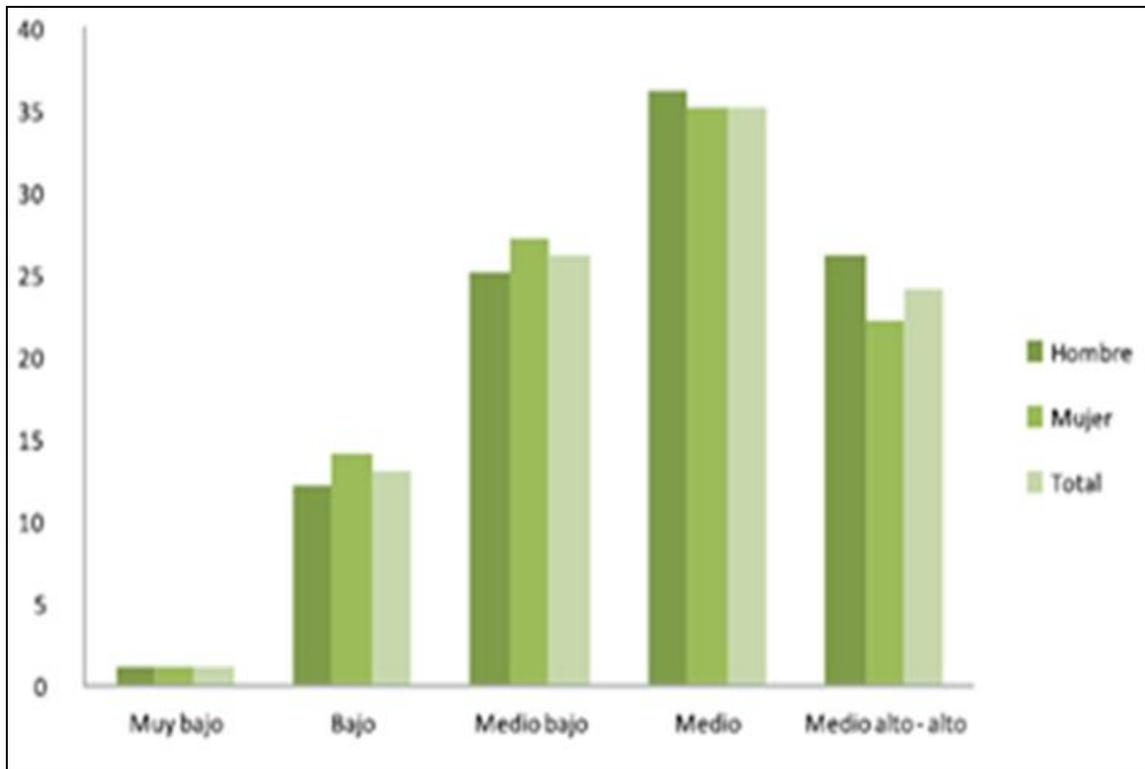
*Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que asisten al nivel medio según tenencia de hijos.
Fuente: ONE, 2010.*

También de manera cualitativa, el estudio previamente citado de la Oficina Nacional de Estadística (2016), abordó las causas del embarazo adolescente en esta población que asiste al nivel medio y determinó que las principales causas fueron falta de prevención (no usaron ningún método y el embarazo fue un accidente), embarazo no planificado post-uni6n, y embarazo deseado y planificado.

El estudio de Cáceres et al. (1997) mostr6 que el embarazo era deseado en un 62.3% de las adolescentes, y el estudio de P6rez, Miric y Vargas (2011) report6 40.1%.

Un dato que resalta en el estudio de Vargas y Ram6rez (2007), es el hecho de que las escuelas no ofrecen las condiciones f6sicas (butacas adecuadas para una embarazada) y tampoco las adecuaciones a las jornadas extensas dif6ciles de soportar para una embarazada.

En cuanto al nivel socioecon6mico de la poblaci6n que asiste al nivel medio, el Censo 2010 evidenci6 que el 60% de esta poblaci6n pertenece a los niveles medio y alto.



Porcentaje de mujeres entre 14-19 años que asisten al nivel medio por grupo socioeconómico y sexo.
Fuente: ONE, 2010.

Dentro de los temas relacionados a embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, y salud sexual y salud reproductiva en sentido general, el que más ha postergado la República Dominicana y en el que los avances han sido más tímidos es el concerniente a la educación integral en sexualidad. Esta intervención ha sido definida como decisiva en la reducción de embarazos en adolescentes cuando se consultan las intervenciones efectivas basadas en evidencia científica.

Está demostrado que ha mayor educación sexual recibida desde edades tempranas en la niñez, acorde al desarrollo de los niños y niñas, más se posterga el inicio de las relaciones sexuales, se reducen los embarazos tempranos, se reducen las enfermedades de transmisión sexual y en sentido general se disfruta de una vida más plena y saludable.

2.4.3 Aspectos de salud y fecundidad

“Una de cada 5 mujeres de 15 a 19 años ha tenido hijos o ha estado embarazada. La prevalencia del embarazo y la maternidad adolescente se asocian directamente a la pobreza y la baja educación”. ENDESA 2013.

En esta encuesta, la edad mediana a la primera unión entre las mujeres fue 19 años mientras que para los hombres 24 años. En cuanto a la primera relación sexual antes de los 18 años en las mujeres es 48% y en los hombres 70%. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

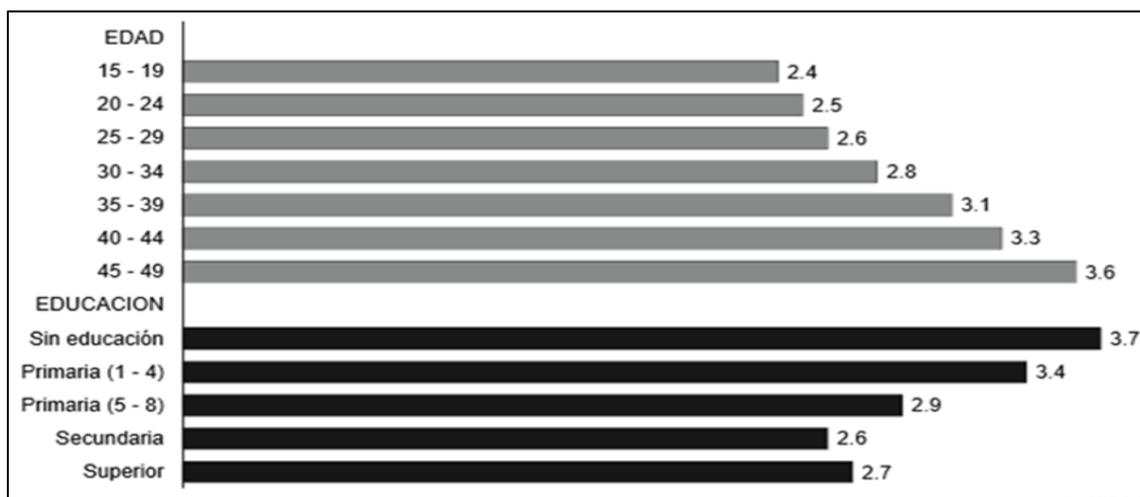
Cuando se desagrega el dato, la edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres con educación primaria o menos es de 16 años, en las de educación superior es superior a 20 años. Entre los hombres de igual rango de edad la mediana a la primera relación sexual no muestra diferencias según características demográficas o socioeconómicas. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Dulanto (2000), reveló que el inicio temprano de las relaciones sexuales mantiene una estrecha relación con hogares donde hay ausencia de figura paterna y antecedentes de madres y hermanas mayores con iniciación precoz y embarazo en la adolescencia.

La fecundidad ha registrado un descenso importante en la República Dominicana en las últimas décadas y esto ha venido acompañado de un cambio en las preferencias reproductivas de las mujeres. Las ENDESA estudian las preferencias reproductivas de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) específicamente sobre el deseo de tener más hijos (deseo de limitar los nacimientos) y el tiempo que les gustaría esperar antes de tener más hijos (deseo de espaciar los nacimientos).

Entre las mujeres entre 15 a 49 años casadas o unidas el 61% no desea tener más hijos y 20% no desea tener más hijos en el futuro. (Ministerio de Salud Pública, 2014). Las mujeres jóvenes desean menos hijos. El ideal reproductivo para las mujeres entre 15 a 19

años es de 2.4 hijos y para las mujeres entre 45 a 49 años es 3.6 hijos. Según el nivel de educación, las mujeres sin educación prefieren 3.7 hijos frente a 2.7 hijos que prefieren las mujeres con educación superior.



Promedio ideal de hijos por edad y educación. Fuente: ENDESA 2013

A medida que aumenta la edad de la madre el porcentaje de nacimientos que no fueron deseados se incrementa notablemente. En las mujeres menores de 20 años es de 5% y de 40% en las mujeres entre 40-45 años.

Orden de nacimiento y edad de la madre al nacimiento	Intención reproductiva de la madre				Total	Número de nacimientos
	Lo quería entonces	Lo quería más tarde	No lo quería	Sin información		
Orden de nacimiento						
1	57.6	39.2	2.5	0.7	100.0	1,537
2	51.4	40.0	8.4	0.1	100.0	1,187
3	48.0	31.9	20.0	0.1	100.0	779
4+	43.1	18.5	38.2	0.2	100.0	594
Edad de la madre al nacimiento						
<20	47.8	46.5	5.0	0.7	100.0	927
20-24	49.2	40.7	9.7	0.4	100.0	1,363
25-29	53.3	31.9	14.7	0.1	100.0	948
30-34	59.4	22.1	18.2	0.2	100.0	546
35-39	58.6	9.5	31.9	0.0	100.0	265
40-44	(55.8)	(4.3)	(39.9)	(0.0)	100.0	47
45-49	*	*	*	*	100.0	2
Total	51.9	35.0	12.7	0.4	100.0	4,098

Distribución porcentual de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta (incluyendo embarazo actual), por la intención reproductiva de la madre, según orden de nacimiento y edad de la madre al nacimiento. Fuente: ENDESA, 2013.

La anticoncepción es una estrategia que contribuye al desarrollo. Les permite a las mujeres y hombres planificar su vida y tener control sobre su reproducción. Les permite decidir el momento para tener hijos y el espaciamiento entre ellos, o el derecho de no tenerlos. El adecuado conocimiento sobre la existencia y correcto uso de los diversos métodos anticonceptivos es una medida de mucha utilidad como indicador de población y de desarrollo de una sociedad.

Conocer de un método anticonceptivo no garantiza su correcto uso pero da una idea del nivel de empoderamiento de las personas y del acceso que tienen a información. En sentido general las mujeres dominicanas, independientemente de la edad, procedencia, residencia, nivel educativo, o quintil de riqueza, tienen altos conocimientos con respecto a la existencia de métodos anticonceptivos modernos como se evidencia en numerosas investigaciones nacionales, como ENDESA 2013.

Edad	Método moderno										
	Algún método	Algún método moderno	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Píldora	DIU	Inyecciones	Implantes	Condón masculino	MELA ¹	Otro método
TODAS LAS MUJERES											
Edad											
15-19	22.8	21.4	0.0	0.0	9.5	0.4	4.3	0.1	6.2	0.3	0.4
20-24	44.6	41.5	3.1	0.0	21.4	1.8	7.6	0.4	6.2	0.3	0.6
25-29	60.1	56.0	17.7	0.0	21.4	3.2	6.2	0.2	6.3	0.4	0.6
30-34	67.9	64.9	40.1	0.0	12.3	2.5	4.3	1.3	4.2	0.2	0.1
35-39	72.3	69.9	56.8	0.5	5.3	1.0	2.8	0.2	3.3	0.0	0.1
40-44	71.4	69.4	62.0	0.0	3.4	0.4	1.3	0.0	2.0	0.0	0.3
45-49	70.2	68.9	66.0	0.4	1.6	0.1	0.3	0.1	0.6	0.0	0.0
Total	55.1	52.6	29.8	0.1	11.7	1.4	4.2	0.3	4.5	0.2	0.3
MUJERES ACTUALMENTE CASADAS/UNIDAS											
Edad											
15-19	54.5	51.7	0.2	0.0	30.7	1.0	13.4	0.7	3.5	1.6	0.6
20-24	60.6	56.6	4.7	0.0	32.7	1.9	12.0	0.6	4.0	0.4	0.2
25-29	71.1	66.4	23.5	0.0	29.0	3.1	7.7	0.2	2.3	0.5	0.1
30-34	73.2	69.3	42.8	0.0	14.2	2.9	4.2	1.4	3.4	0.3	0.0
35-39	81.0	78.5	64.2	0.8	6.2	1.5	3.2	0.2	2.4	0.0	0.0
40-44	77.4	75.4	66.8	0.1	4.2	0.4	1.7	0.0	1.8	0.0	0.5
45-49	77.4	75.4	71.3	0.6	2.5	0.1	0.4	0.1	0.4	0.0	0.0
Total	71.9	68.6	40.9	0.2	16.6	1.7	5.7	0.5	2.6	0.3	0.2
NO UNIDAS SEXUALMENTE ACTIVAS²											
Edad											
15-19	61.0	56.7	0.0	0.0	21.0	1.6	9.3	0.0	22.3	0.0	2.6
20-24	61.6	55.4	2.6	0.0	25.6	2.8	6.3	0.7	14.8	0.0	2.7
25-29	79.2	70.2	11.0	0.3	20.7	5.8	7.8	0.2	23.5	0.0	0.8
30-34	76.8	75.2	41.6	0.0	11.7	2.5	8.4	1.9	8.8	0.0	0.5
35-39	75.7	68.9	43.2	0.0	10.4	0.0	1.4	0.0	13.9	0.0	0.0
40-44	62.2	62.2	56.8	0.0	4.7	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0
45-49	(62.9)	(61.7)	(60.2)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(1.5)	(0.0)	(0.0)
Total	68.3	63.4	20.1	0.1	17.5	2.4	6.3	0.5	15.1	0.0	1.4

Uso actual de métodos anticonceptivos por edad. Fuente: ENDESA, 2013.

En la Encuesta sobre prevención de embarazos en adolescentes aplicada por el Ministerio de la Juventud (2014), en una muestra nacional en 23 provincias, el 92% de las entrevistadas refirió conocer los métodos anticonceptivos.

La prevalencia anticonceptiva de la República Dominicana estimada por las subsecuentes ENDESA alrededor del 73% se considera un excelente indicador de país, y uno de los más altos en toda América Latina. Eso es una fortaleza del país. La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (11% según ENDESA) es relativamente baja cuando se compara con el promedio de América Latina, sin embargo cuando se desagrega por grupos de edad, es mayor en las adolescentes, en los que viven en zonas rurales y en los quintiles más bajos.

Por supuesto que la anticoncepción es una estrategia útil en aquellas poblaciones que no desean tener hijos o que desean espaciar el nacimiento, pero no funciona en las poblaciones que desean tener un hijo en el momento.

2.4.4 Aspectos legales y jurídicos

La explotación sexual infantil es una forma moderna de esclavitud y además constituye una violación flagrante a los derechos humanos. En la República Dominicana este es un problema no suficientemente visibilizado.

Estadísticas de la Procuraduría General de la República del año 2015 dan cuenta de que ese organismo recibió 6,741 denuncias por delitos sexuales durante ese año. De ese total, 1,767 (26%) correspondieron a menores de edad. En los primeros 5 meses del 2016 el número de denuncias fue 20% superior al mismo periodo del año anterior.

Se reconoce un sub-registro en estas estadísticas ya que no existe en la población la conciencia sobre la explotación sexual como delito. La presunción es que miles de niños,

niñas y adolescentes son víctimas de explotación sexual, pornografía infantil, y trata con fines de explotación en nuestro país. Se estima que una de cada diez personas en comercio sexual en el país son menores de edad. Los explotadores sexuales son dominicanos y extranjeros.

El periodista Pérez (sep., 18, 2016), reporto a Rosa Elcarte representante en el país de UNICEF, quien declaró que en un estudio realizado en cinco municipios del país en ese año, el 45% de los adolescentes dijo conocer al menos un niño, niña o adolescentes que tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos. Los municipios, aunque no especificados, corresponden a Santo Domingo, San Pedro de Macorís y La Altagracia. Se refirió a como “el cuerpo del niño, y más frecuentemente de la niña, se consideran como herramienta económica”.

Hay muchos casos de menores de edad que son unidas en relaciones maritales con adultos 5 y más años mayores que ellas, lo que por demás es un delito consignado en la ley 136-03.

La Procuraduría General de la República reportó que de 2013 a 2016 se lograron apenas 20 condenas por delitos sexuales de este tipo y que de 2003 a 2012 apenas 3 condenas.

En el Estado de la Población Mundial 2016 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se consigna que el 40% de las dominicanas entran en unión marital antes de los 18 años y el 13% antes de los 15 años. En ese mismo informe se consigna que el 25.8% de las menores entre 15 y 17 años que están sexualmente activas, reportan tener sexo con hombres 10 o más años mayores que ellas.

En el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2016), titulado “10: nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esa edad decisiva”, se enfocó

en este año a las niñas de 10 años y estima que esa población es de 60 millones en todo el mundo, y 103,000 en la República Dominicana.

Esa es una población determinante porque invirtiendo en su desarrollo podrán efectivamente usar su potencial de llegar a la edad adulta y contribuir con el desarrollo y progreso social y económico de la sociedad. Explicó la Representante en el país del UNFPA, Sonia Vásquez, que “las inversiones que se hagan en las niñas de 10 años pueden triplicar el ingreso que tendrán durante sus vidas y generar un ciclo de infantes más sanos y mejor educados.”

El informe también estableció que la educación en las niñas es la mejor inversión del mundo y que en ese momento había 61 millones de niñas y adolescentes que no asistían a la escuela, y una de las razones para la no asistencia escolar es el matrimonio infantil o uniones tempranas.

El matrimonio temprano, matrimonio infantil o unión temprana, (cualquiera de las tres denominaciones), es un fenómeno que impacta negativamente la vida de las niñas y que debe ser enfrentado con fuerza por el Estado y lo primero que debe hacer es aumentar la edad mínima para el matrimonio a 18 años.

El Código Civil de la República Dominicana establece en 15 años la edad mínima para casarse en el caso de las niñas y 16 en el caso de los niños, sin embargo el mismo instrumento jurídico faculta a un juez a externar una dispensa ante “causa justificada”. Esta legislación debe ser modificada para que no siga siendo tan flexible, y más protectora del adulto abusador que de las niñas.

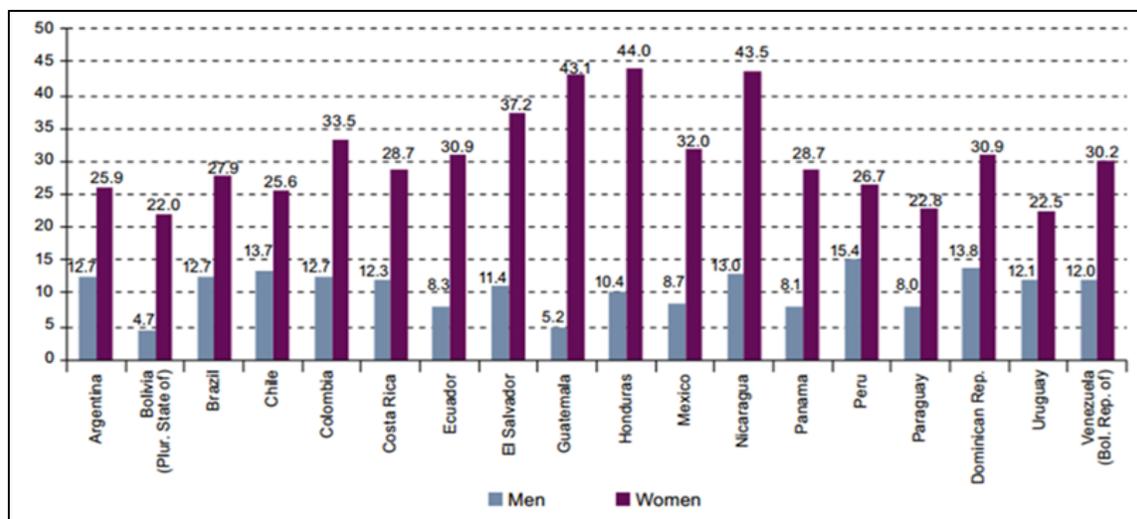
Basta con que un hombre adulto, ante el hecho de haber violentado a una menor de edad, apele a esta legislación y como sucede frecuentemente “subsane” el delito con la dispensa de un juez, en contubernio con los padres de la menor que reciben a cambio

compensación económica directa o con el “alivio económico” que les representa el “entregarle” a su hija.

La asesora de género de Plan International en el país, Santa Mateo en declaraciones a la prensa nacional dijo que el cambio en esta legislación “daría una mayor coherencia al marco legislativo nacional, porque ya en el Código Penal y el Sistema de Protección de la Niñez se considera abuso de un menor cualquier relación sexual entre un niño o niña menor de 18 años con una persona cinco años mayor” (Acento, Abr, 20, 2017)

2.4.5 Aspectos laborales

Mientras por un lado se estima que el 12.8% de los niños entre 5 y 17 años (323,000 niños) se encuentran trabajando en actividades prohibidas para su edad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012), por el otro lado, 17.6% de los jóvenes dominicanos hábiles para trabajar, ni estudian ni trabajan (Observatorio de Políticas Sociales para la Inclusión Social y Económica, 2016, p.8). Según la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) el porcentaje de los jóvenes que ni estudian ni trabajan es de 13.8% para los hombres y 30.9% para las mujeres. (2016, p. 298)



Jóvenes de 15-19 años que ni estudian ni trabajan en Latinoamérica, por sexo y país. 2014.
 Fuente: CEPAL 2016.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para 2014 la tasa de desempleo entre jóvenes (31%) duplica el nivel general de desocupación en República Dominicana (14.7%) y además es la más alta para toda América Latina y El Caribe. Esto quiere decir que por cada dos adultos sin empleo, uno tiene menos de 24 años.

En el Panel sobre "Juventud y mercado laboral: Retos del Empleo Juvenil en la República Dominicana" organizado por el Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo de la Vicepresidencia de la República Dominicana en Marzo 2017, el experto nacional en banca Lic. Marte, consideró que la falta de empleo afecta más a las mujeres jóvenes (9.7 por ciento) que a los hombres (4.1 por ciento)

Estas cifras muestran que las mujeres, y sobre todo las más jóvenes, son las menos favorecidas con oportunidades de trabajo digno.

El experto indicó que una de las principales razones de la problemática del desempleo en los jóvenes es el desacoplamiento entre la academia y el sector empleador. En este panel los exponentes concluyeron que el desempleo juvenil está ligado a las inequidades sociales,

a los altos índices de delincuencia, inseguridad alimentaria y violencia. (Marte, abr, 4, 2017)

En el panel, los especialistas participantes coincidieron en afirmar que existen tres factores que inciden en el desempleo juvenil: nivel de educación o formación alcanzada, experiencia laboral y capacidad del sistema económico de generar nuevos puestos de trabajo.

El Estado debe propiciar el diseño y la puesta en ejecución de políticas públicas focalizadas que mejoren el acceso de los jóvenes al mercado laboral. La Vicepresidenta de la República doctora Margarita Cedeño en su ponencia en el panel citado más arriba externó: “Nuestra preocupación por la impostergable necesidad de ampliar el acceso de los jóvenes a empleos de calidad, mejorar las habilidades de este sector de la población y habilitarles espacios para el empleo digno, nos impulsó a generar espacios de diálogo y de creación de soluciones a estas problemáticas”.

Ramírez (2017), economista del Banco Central, consideró otros retos para la elaboración de políticas de empleo: reducir el empleo de baja calidad e informalidad; reducir la profundización de la disparidad entre habilidades y formación; mejorar la falta de acceso a capital y a entrenamientos sobre emprendimiento; así como reducir la discriminación y marginalización.

Expresó que para combatir el desempleo es necesario diseñar objetivos bien definidos y orientados a la oferta a través de políticas sectoriales como la inversión intensiva; acceso al financiamiento de pequeñas y medianas empresas; y además, a la demanda laboral, mediante la educación y formación de los jóvenes en habilidades y experiencia; y promoción de la igualdad de género.

Por otro lado, la Encuesta sobre transición de la escuela al trabajo realizada en 2015 estimo que al 40.3% de los jóvenes se les hace difícil conseguir empleo por escasos de puestos; al 21.8% por falta de experiencia; y al 15.5% por falta de formación relevante.

Por grupo ocupacional predominaron los trabajadores no calificados con un 23.4% (vendedores ambulantes, servicio doméstico, peones u obreros de carga), trabajadores de los servicios con 20.2%, y operarios y artesanos 13.5%.

El desempleo juvenil trae consigo consecuencias negativas en los aspectos económico y social, genera impacto negativo en la autoestima de los jóvenes al sentirse faltos de oportunidades, menospreciados o no valorados justamente para el mercado laboral.

El embarazo adolescente limita las oportunidades de empleo y de ingresos futuros y esto se traduce en una mayor presión en los servicios sociales y afecta el crecimiento económico de todo un país, distorsiona la distribución del ingreso e impacta en los niveles de pobreza.

Toda propuesta de intervención que procure contribuir a reducir el embarazo en adolescentes debe necesariamente hacer énfasis en el aspecto empleo juvenil y primer empleo, como plantearemos más adelante en nuestro trabajo.

2.4.6 Aspectos culturales

Al mismo tiempo que la sociedad dominicana se conmueve por las altas tasas de embarazos en adolescentes, simultáneamente, y de manera contradictoria, es una sociedad muy machista y con una exagerada idealización de la maternidad como fin supremo para la consecución del ideal de mujer.

Los mensajes son abiertamente fomentadores de que una mujer solo podrá considerarse "completa" cuando alcance la maternidad. "Tienes que tener tus hijos", "Tienes que tener tus

hijos temprano”, “Los hijos es lo único que le queda a uno”, son frases muy difundidas en nuestra sociedad.

En esto hay un trasfondo económico. Realmente las mujeres ven en su descendencia la seguridad económica que todo el entramado social no les puede garantizar. ¿Qué le garantiza a una mujer (o a un familia) un futuro mínimamente digno?, ¿quién le garantiza cobertura de salud o seguridad social?, ¿quién le garantiza los cuidados que pudiera necesitar en su vejez? Probablemente la respuesta sea que los hijos.

Por otro lado está el temor transmitido de generación en generación de “quedarse jamona”. Hay una fuerte presión social para que, sobre todo la mujer, encuentre pareja temprano, y se considera un desprecio o una afrenta insoportable el que la mujer, llegada a una “edad para casarse” no lo haya hecho. Esto también es reflejo de profundas raíces de inequidades de género, donde la mujer es percibida como débil y necesitada de la compañía de un hombre proveedor.

La realidad es que cada vez más la mujer se ha ido empoderando y ha ido desmontando estos roles estereotipados y asignados socialmente. Cada vez son más las mujeres que no ven como necesidad absoluta de tener una pareja para completar sus proyectos de vida. Cada vez son más las mujeres que deciden postergar la maternidad, y priorizar otros proyectos profesionales, económicos, o de cualquier otra índole.

Sin embargo esta es una realidad cambiante pero en las clases sociales más altas. Para las mujeres más pobres todavía estos paradigmas están muy presentes en sus vidas.

Desde tiempos inmemoriales las mujeres tenían sus hijos desde que salían de la niñez, y el ser madres era prácticamente la única función que de manera abusiva se les asignaba socialmente.

Según estimaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016), en su Estado de la Infancia 2016, de continuar la tendencia actual a nivel mundial (cada año 15 millones de niñas contraen matrimonio alrededor del mundo) para el 2030 habrá 950 millones de mujeres que habrán contraído matrimonio siendo niñas, y la estimación para el 2016 es de 700 millones. Este informe establece que “subordinadas a sus esposos y familias, las niñas casadas son más vulnerables a la violencia doméstica”.

Las niñas son en sentido general menos valoradas en la sociedad. Si a esto se le agrega pobreza y educación deficiente, las oportunidades que tienen son aun menores. Es así como la unión temprana se presenta como una opción de futuro.

Por otro lado está la cuestión de que hablar de embarazos en adolescentes es implícitamente hablar de sexo, y eso es un tema tabú. La sexualidad humana ha sido motivo de vergüenza y ha estado atravesada por temas de moral desde siempre.

Los adultos deben ser capaces de separar el embarazo en una adolescente como un fenómeno que ciertamente puede entorpecer su desarrollo pleno como ser humano, del tema de las relaciones sexuales en los adolescentes, que es un fenómeno no necesariamente vinculante al primero, y al que hay que quitarle todo el peso y lastre moral que arrastra.

El discurso moralista, religioso, ha sido el de satanizar las relaciones sexuales especialmente en adolescentes. Los adolescentes son sujetos de derecho y la sexualidad, acorde a su desarrollo, es un aspecto fisiológico. Las relaciones sexuales “antes del matrimonio” han sido duramente criticadas durante siglos, y de hecho en la actualidad esa prohibición es una causal de gran peso para que nuestras adolescentes decidan irse de sus hogares.

Cuando a los adolescentes se les amenaza con discursos moralizantes o religiosos sobre su sexualidad lo que se consigue es aumentarle las barreras al acceso a servicios de salud,

impedirles la posibilidad de recibir información adecuada, y a fin de cuentas empujarlos a conductas sexuales de riesgo, a embarazos no deseados y no planificados, a enfermedades de transmisión sexual, y en sentido general a una vida menos plena y con mucho más insatisfacciones.

En el país abundan las investigaciones que demuestran vinculación entre embarazos en adolescentes y falta de educación sexual, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, deficiente acceso a servicios integrales de salud, pobre educación en sentido general, entre otros factores, sin embargo el fenómeno del "embarazo deseado" no ha sido suficientemente investigado entre la población adolescente. Dentro de las investigaciones que han mostrado que las adolescentes "quieren" embarazarse podemos citar Estudio Cualitativo sobre Maternidad y Paternidad en la Adolescencia de Vargas y Ramírez.

La sociedad esta estratificada no solo económica y socialmente, sino también culturalmente, y no solo se deben promover cambios en políticas públicas sino que también, y para que estas políticas sean efectivas, se deben entender esos aspectos culturales.

Si bien es cierto que el embarazo es alto en la población adolescente, hay muchas otras adolescentes con los mismos perfiles sociales económicos, culturales, educacionales, que no se embarazan. Hay que preguntarse ¿por qué en una misma población algunas se embarazan y las otras no? Debemos investigar también ¿por qué las que no se embarazan no lo hacen? ¿Por qué se embarazan las que se embarazan y por qué no se embarazan las que no? Ambas pobres, ambas con bajo nivel de educación, ambas del mismo barrio.

Pero también se debe investigar que pasa antes de la adolescencia, la malnutrición infantil, patrones culturales desde la niñez y también es necesario escuchar más a los

adolescentes, permitirles ser individuos activos y participantes de las cuestiones que atañen a sus propias vidas, tal como se propondrá más adelante.

En noviembre 2016 los autores hicieron una entrevista exclusiva para este proyecto de tesis a la doctora Tahira Vargas, antropóloga con vasta experiencia en el tema del embarazo en adolescentes, con numerosas investigaciones publicadas. Su primer planteamiento pudiera sonar chocante: "la adolescencia no existe. No es una etapa en la cultura popular como la definen los organismos internacionales".

Y reflexiona aun con más profundidad cuando se pregunta: ¿"Por qué hemos problematizado el embarazo en adolescentes?" y continua diciendo que "no podemos tener una mirada europea a un fenómeno que se vive y se comprende de manera diferente en diferentes culturas" y lo explica: "mientras para una adolescente europea su proyecto de vida es educarse y posteriormente, en etapa de adultez comenzar a tener hijos, en África esta normalizado que una joven de la misma edad en su proyecto de vida incluya tener hijos tempranamente" sigue preguntándose: ¿"Desde que perspectiva las estamos mirando?"

Esto lleva a reflexionar sobre ¿qué es lo normal? ¿Qué es lo aceptado socialmente?

Ella plantea que el dato de que las jóvenes que tienen hijos abandonan la escuela, es un mito, a pesar de que esto ha sido demostrado en numerosas investigaciones nacionales. Asegura que abandonan, pero de manera transitoria los estudios. Vuelven a la escuela luego de sus embarazos. De hecho numerosas investigaciones nacionales también muestran que la mayoría de las personas en educación universitaria son del sexo femenino.

Pero además muchas de las que no retornan a la escuela por ser madres no lo hacen porque no tienen una red de apoyo para el cuidado de su hijo.

La Doctora Vargas coincide en que no existen aún suficientes estudios de investigación sobre por qué muchas adolescentes desean embarazarse en la República Dominicana.

Plantea que en el imaginario popular la de 15 años que está teniendo relaciones sexuales "no es una niña" y que por tanto se tiene que ir del hogar. Aquí se dan dos situaciones o ella misma decide su partida o es forzada a ella por su propia familia. Muchas de ellas se van pero vuelven a sus hogares.

"En nuestra cultura machista", sostiene la experta, el varón tiene permiso para tener relaciones sexuales y quedarse en su casa pero no así la hembra. "La muchacha se va de la casa porque quiere sexo" O por el contrario los padres le dicen: "llegaste a las 2 de la mañana, te tienes que ir" Esto lo que plantea es que el problema de base es que las adolescentes no tienen espacio para la relación sexual mientras vivan con sus padres.

En la ENDESA 2013 el 48% de las mujeres entrevistadas declararon pertenecer a la religión católica, 20% a la evangélica, y 28% a ninguna religión. En el imaginario religioso "para tener sexo hay que estar casada". Pero esto solo es válido para la muchacha de estratos sociales bajos. La adolescente de clase media tiene permiso para tener relaciones sexuales aun viviendo en casa de sus padres.

La doctora Vargas plantea que hay una subcultura de "presión social para crecer" hacia las adolescentes desde la familia, el barrio, la comunidad, y se pregunta ¿"cómo se da esa dinámica para que la adolescente quiera embarazarse?" Hace la siguiente reflexión: ¿"el problema es embarazo en adolescentes o es pobreza?" pero no todo es siempre un tema económico, y pregunta: ¿"Es elección el matrimonio infantil?" y recuerda que no todos los matrimonios infantiles son de niña con adulto.

La entrevistada dice que "la familia tiene muchas expectativas sobre las niñas", ("tienes 12, ya tienes un cuerpecito formado...tienes que ir pensando en un hombre...").

En cuanto al problema de la prostitución sostiene que en el imaginario popular esa no es la concepción. En estos estratos sociales bajos se mira como "chapeo" en la cultura de la

sexualidad. Esa es la que usa su cuerpo y se empodera, entonces la respuesta país debe tomar en cuenta esa cultura. Se habla de familias que "venden a las hijas"

La Doctora Vargas sostiene que esta es una sociedad muy erotizada y que primero debe preguntarse ¿"por qué vemos el erotismo y la sexualidad como malos?", "contradictoriamente somos una sociedad muy católica pero muy sexualizada"

Los días 1 y 7 de noviembre 216 UNICEF República Dominicana convoco a unas reuniones de reflexión sobre uniones tempranas y matrimonio infantil. Participaron expertos en el tema de la Vicepresidencia de la República, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Plan Internacional, PROFAMILIA, DIGEPEP, PNUD, UNFPA, OPS, ONU Mujer, y ONU Sida.

En este espacio se planteó el "paquete cultural dominicano" que incluye entre otras cosas la realidad de que los feminicidios cada vez más se están concentrando en mujeres jóvenes. Se vio la necesidad de estudiar más a profundidad la variable incesto. Se planteó una pregunta para reflexión colectiva: ¿"queremos generar cambios en uniones tempranas? ¿En embarazos, o en cuestiones de prácticas de sexualidad?"

¿Qué deben hacer los diseñadores de políticas públicas con la mujer que dice "con mi marido yo no tengo que usar condones"?

Se hizo énfasis en que se debe mirar el tema de sexualidad y género, masculinidad, responsabilidad de los hombres en el fenómeno, paternidad responsable, paternidad adolescente, paternidad de hombres mayores parejas de adolescentes, involucramiento del hombre en los temas de salud sexual y salud reproductiva. Hay que preguntarle a la masculinidad ¿porque quieren unirse con más jóvenes? ("el varón del barrio quiere un hijo rápido porque sabe que se va a morir pronto").

Pero también se debe estar consciente de que la sexualidad y los embarazos, se dan con uniones y sin uniones. ¿La vulnerabilidad es por la unión o es por otras causas? Hay que mirar los grupos de pares. En un entorno de pobreza, ¿porque algunas familias empujan y otras no? Hay que comparar las que están casadas con las que no lo están.

Se debe comprender mejor la manera en que los adolescentes perciben sus experiencias de embarazo, maternidad, paternidad, sexualidad. Hay que estudiar mejor por que "eligen" embarazarse.

Se hacen necesarias más investigaciones sobre la tipología de las uniones tempranas así como sobre la voluntariedad o no de las mismas, indagar sobre cuales factores subyace en esa voluntariedad. En tal sentido estudiar si es violación, y cuál es el contexto urbano/rural. También indagar sobre cuál es el impacto de las migraciones en las uniones tempranas, cuál es el impacto de las uniones tempranas en el PIB. Luego de que se embarazan o se unen, ¿se cumple el proyecto de vida?

Para la magnitud del problema hay pocas investigaciones aun. Algunos de estos tópicos han sido abordados en la investigación de los autores como se verá más adelante, y se necesitaran muchas más, dado lo complejo del fenómeno y la abundancia de preguntas aun sin contestar.

Por todo esto se entiende que no hay fórmulas únicas, que no hay una sola mirada al fenómeno, y que las políticas públicas deben tomar en cuenta todas estas miradas si pretenden ser efectivas. En la propuesta de lineamientos para un proyecto que contribuya a la reducción del embarazo en adolescentes que se presenta más adelante, se plantean intervenciones sustentadas en las evidencias disponibles hasta el momento.

2.4.7 Aspecto de deportes y recreación

Los niños niñas y adolescentes de la República Dominicana no tienen suficientes espacios de recreación, esparcimiento o para práctica de deportes o actividades culturales, que les permitan tener alternativas sanas y que fomenten el bienestar general y que formen parte de sus proyectos de vida. Una niñez y adolescencia ocupada en espacios extracurriculares que fomenten el desarrollo personal estaría menos expuesta a conductas de riesgo para su propia integridad.

Concomitantemente hay una proliferación excesiva de bancas de apuestas, "colmadones", "drinks", con escasa o nula regulación sobre su funcionamiento. Estos últimos espacios son atractivos para una juventud ociosa y falta de oportunidades. En ellos se espera encontrar salidas, evidentemente transitorias e insostenibles, a la pobreza y la marginalidad.

Es muy intenso el bombardeo mediático a que son sometidos nuestros niños, niñas y adolescentes fomentando la vida disoluta, estilos de vida caracterizados por el hedonismo, el consumo de alcohol y otras drogas, la imposición de patrones culturales foráneos (como el fumar "hooka") que ya ha costado la vida numerosos jóvenes de los barrios más pobres.

2.5 Intervenciones efectivas para reducir embarazos en adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), ha planteado una serie de intervenciones que la evidencia demuestra que son efectivas para reducir los embarazos entre las adolescentes.

Estas directrices incluyen 4 ejes estratégicos que se detallan a continuación:

1-Limitar el matrimonio antes de los 18 años:

Para ello se recomienda prohibir el matrimonio antes de los 18 años, desarrollar intervenciones para aumentar la permanencia escolar en las niñas, influir sobre los patrones culturales que normalizan las uniones tempranas, y fomentar investigaciones sobre intervenciones existentes y puestas en práctica y otras que no, que puedan impactar en la reducción de esta realidad.

2-Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años:

Hay que comprender el embarazo en adolescentes como el resultado de una compleja combinación de factores sociales, tradiciones y patrones culturales, y variables económicas.

3-Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de adolescentes:

Se requiere educar a los y las adolescentes en el uso de anticonceptivos, así como mejorar el acceso a ellos, reducir las barreras para la entrega de métodos no solo en los servicios de salud sino también a nivel comunitario. La OMS insta a comprender de qué forma las cuestiones de género impactan sobre la aceptación y uso de anticonceptivos.

4-Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes:

Empoderando a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas y se protejan a sí mismas y para que pidan y obtengan asistencia, mediante programas que fortalezcan la autoestima, que desarrollen habilidades para la vida. También influyendo sobre las normas sociales que son flexibles ante las relaciones sexuales bajo coacción. En el anexo 1 se reproducen las directrices de OMS

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016) plantea como estrategias de eficacia demostrada para reducir los matrimonios en las niñas el fomentar el acceso de las niñas a la educación, capacitarlas con conocimientos y destrezas, educar a sus padres y madres y a las comunidades, aumentar los incentivos económicos, crear y fortalecer leyes y

políticas que establezcan como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años para ambos niños y niñas.

La educación se considera un factor protector frente al matrimonio infantil. UNICEF plantea que “Cuando una niña va a la escuela, es más probable que los que están a su alrededor la vean como una niña, más que como una mujer preparada para ser esposa y madre. Y la experiencia de asistir a la escuela fomenta la autonomía de las niñas al permitirles adquirir habilidades y conocimientos y forjar redes sociales mediante las cuales puedan comunicarse y defender sus intereses”.

En una publicación del Banco Interamericano de Desarrollo se sistematizaron intervenciones que la evidencia demostró ser efectivas para reducir la probabilidad de embarazo precoz. Las intervenciones analizadas se desarrollaron en diferentes países de la región, con diferente inversión, tiempos de exposición, y grupos de edades. (Vivo, López-Peña y Saric, Feb, 2012). (En el anexo 2 se reproduce el cuadro con el resumen de la sistematización.)

En la citada publicación del BID se identificaron 11 intervenciones que efectivamente redujeron embarazos en adolescentes. De esas, nueve impactaron de manera colateral otros indicadores de interés, siete impactaron en la reducción de incidencia de sexo sin protección y uso de métodos anticonceptivos, 6 impactaron en la edad al inicio de las relaciones sexuales, dos impactaron en el número de parejas sexuales y tres impactaron en el acceso a servicios de salud. Ninguna de las intervenciones logro opción de pareja sexual única y apenas uno redujo la frecuencia de relaciones sexuales.

Cuatro tuvieron impacto sostenido en el largo plazo, seis fueron diseñadas para poblaciones de alto riesgo o vulnerables. Los contenidos fueron heterogéneos, de diferente intensidad, rangos de edad, cultura, y entorno rural/urbano.

Las intervenciones en educación, desarrollo de habilidades para la vida y el fomento de métodos anticonceptivos demostraron reducir el riesgo de embarazos NO planificados en ciertos contextos, para algunas poblaciones, y para algunos indicadores, pero la evidencia sobre el impacto individual de cada una de ellas sigue siendo débil.

En esta publicación concluyen que no fue posible definir un patrón sistemático de "mejores prácticas" y que no existe un "programa ideal" que pueda ser recomendado como receta universal.

En sentido general las intervenciones en las escuelas tendieron a ser más prolongadas (durante todo el año escolar y en todos los grados) y las intervenciones en centros de salud tendieron a ser más breves.

Los indicadores colaterales que se vieron impactados fueron consumo de alcohol, rendimiento académico, tasas de deserción escolar, niveles de delincuencia, consumo de marihuana, incidencia de ETS, y calidad del empleo entre jóvenes.

Algunas intervenciones incluyen actividades extra-curriculares deportivas o de ocio, otras incluyen algún tipo de incentivos, capacitaciones a los padres, otras capacitan a los jóvenes como multiplicadores pares.

Algunas intervenciones demostraron ser más efectivas en un género que en otro e incluso se vio una intervención no dirigida a adolescentes (dirigida a niños y niñas en la primera infancia para promoción del desarrollo infantil), sin el objetivo específico de reducir embarazos en adolescentes, que sin embargo logro este cometido.

Esta revisión recomienda que para impactar en el inicio precoz de las relaciones sexuales las intervenciones deben iniciarse en edades tempranas de la infancia.

Los contextos culturales son diferentes y eso debe ser tomado en cuenta para el diseño de las intervenciones. Lo que funciona para una población de jóvenes de un país y una ciudad no funciona necesariamente para los jóvenes de otro país.

Las intervenciones en centros de salud tendieron a ser más homogéneas ya que tienen más elementos en común y los servicios son más estandarizados. Las intervenciones en centros comunitarios incluyen actividades recreativas y culturales. Las intervenciones más intensivas y prolongadas, integrales y multidisciplinarias mostraron impactos más positivos aunque sus costos son mayores.

“A pesar de lo limitado de la evidencia, los estudios sugieren que los programas cuyo núcleo se basa en el desarrollo no cognitivo (promover la confianza, autoestima, habilidades de negociación, etc.) especialmente cuando está reforzado por factores socio-emocionales, y combinados con habilidades técnicas (educación y desarrollo profesional), pueden aumentar el uso de métodos de planificación familiar y reducir los índices de embarazo.”

Esta revisión demostró que de manera individual la abstinencia, el acceso a servicios de salud y a métodos anticonceptivos, no reducen los indicadores de interés. Las evidencias demuestran que las intervenciones que combinan acceso a servicios con el desarrollo de habilidades técnicas y educación sexual sí reducen los índices de embarazo adolescente. (Vivo, López-Peña y Saric Feb, 2012, p.13)

Kirby (2007) (citado por Vivo, López-Peña y Saric (Feb, 2012) señalan que los programas basados en habilidades fueron más efectivos produciendo cambios de comportamiento que los basados en transferencia de conocimientos o información. En esta revisión se concluye que los cambios en actitudes y creencias no necesariamente implican

cambios de comportamiento y esto fue especialmente valido para las intervenciones basadas en promover abstinencia. (p. 13)

Al analizar un programa de Profamilia en Colombia muy focalizado a la provisión de métodos anticonceptivos se comprobó un reducido efecto en los índices de fertilidad, y el impacto importante solo fue en el retraso en la edad del primer embarazo. Con esto se sugiere que la mera oferta de métodos anticonceptivos, de manera aislada, sin incluir estrategias para aumento en su demanda (que es lo que a fin de cuenta traduce un cambio de conducta) no es muy efectivo.

En una revisión los autores Oringanje, Meremikwu, Eko, Esu, Meremikwu A, (abr, 3, 2016), revisaron 53 estudios randomizados controlados comparando intervenciones en salud, educación, consejería, educación en salud más habilidades para la vida, educación en salud más información de contracepción, educación en contracepción más distribución de métodos, grupos basados en fe, consejería individual para incrementar conocimientos y actitudes relacionadas a riesgo de embarazos no deseados, promover retardo en la iniciación sexual , contra grupos control y concluyeron que la combinación de educación con promoción de anticonceptivos reduce embarazos no deseados en adolescentes.

En una revisión de Solís, (2004). Consultora del Banco Interamericano de Desarrollo para la formulación de un proyecto piloto de reducción de embarazos en adolescentes en dos comunidades de la República Dominicana compilado en un documento no publicado titulado "Abordaje de la salud integral de adolescentes con énfasis en la reducción de embarazos y mortalidad materna 2013-2015. Propuesta de intervención", la consultora recogió en un cuadro intervenciones efectivas para reducir el embarazo adolescente que cuentan con alguna evidencia sobre sus resultados, y que se reproduce en el anexo 3, con permiso de la autora.

Hasta este punto la gran mayoría de las intervenciones a que hemos hecho referencia están focalizadas en reducir embarazos no deseados, sin embargo las intervenciones efectivas para reducir los embarazos deseados no han sido objeto de tantos estudios y son escasas, y este objetivo es más difícil de lograr porque tienen que ver con la voluntariedad, con la decisión de la adolescente de embarazarse.

Así mismo, todas las políticas públicas diseñadas y ejecutadas por el estado dominicano así como la mayoría de los programas, proyectos e intervenciones que se han ejecutado con el apoyo de ONGs y organismos de cooperación internacional que buscan reducir el embarazo en las adolescentes han estado focalizadas casi con exclusividad a los embarazos no deseados o no planificados.

Cualquier intervención dirigida a este grupo en particular necesariamente tiene que estar fundamentada en aspectos culturales, y estar enfocada a modificar ese deseo. En su propuesta los autores hacen énfasis en esa proporción de embarazos deseados que tradicionalmente no ha sido objeto de la suficiente atención en las políticas públicas.

De los resultados del análisis de "Embarazo en adolescentes en República Dominicana, ¿una realidad en transición? de Pérez Then, Miric y Vargas 2012 se extrae el siguiente párrafo: "Una proporción importante de las adolescentes embarazadas parece querer sus embarazos, lo cual implica la necesidad de revisar las intervenciones que actualmente orientan a la prevención del embarazo en adolescencia, centradas, en gran parte, en la prevención del embarazo accidental o no deseado".

Se hace impostergable incluir estrategias específicas para tratar e impactar en aquellos embarazos que son deseados o planificados por las mujeres jóvenes.

Otro aspecto que no ha sido suficientemente estudiado y que tampoco ha sido objeto de intervenciones focalizadas para su reducción, es la paternidad en adolescentes. Por cada

mujer joven que está embarazada hay un hombre que la embarazo. Este ha sido un fenómeno tradicionalmente invisibilizado y en esto subyacen inequidades de género que pretenden hacer cargar con la exclusividad de la responsabilidad de los embarazos a las mujeres. Se hace necesario pues un más amplio abordaje de la masculinidad, una mirada más abarcadora del fenómeno

2.6 Costos del embarazo en adolescentes

Como todo fenómeno social o de salud, la maternidad en adolescentes tiene un impacto económico en ellas mismas, las familias y la sociedad en su conjunto. Los tomadores de decisiones necesitan tener la comprensión de los costos de los problemas a los que están planteando posibilidades de solución y también necesitan saber el costo de estas soluciones.

Como se muestra en la siguiente tabla, según estimaciones del Banco Mundial en el 2003 los costos sociales netos de por vida de una cohorte de madres adolescentes era de 336 millones de dólares.

Tipo de costo	Anual por nacimiento (US\$)		Anual por cohorte (US\$)		De por vida por cohorte (US\$)	
	Financiero	Económico	Financiero	Económico	Financiero	Económico
Barbados	262	303	118	137	4.6	6.4
Rep. Dominicana	60	165	2.595	7.130	85.8	336.3
Guyana	28	33	28	34	1.0	1.6
Jamaica	122	167	587	805	22.2	38.0
Islas Kitts and Nevis	234	363	33	51	1.1	2.4
Santa Lucía	98	162	55	91	1.8	4.3
Trinidad y Tobago	130	216	156	260	5.0	12.6

Costos estimados del embarazo adolescente en relación con el embarazo de adultos jóvenes en US\$ dólares. Fuente: Banco Mundial, 2003.

En el estudio de Lizardo, et al. (Nov, 2013), por el Programa de Estudios Socio-demográficos del Instituto Tecnológico de Santo Domingo, con el apoyo del UNFPA se

estimó en 2,103.3 millones de pesos por año el gasto directo para los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes. De este total, 1,189.2 millones (57%) corresponden a hospitales públicos y 914.1 millones (43%) a clínicas privadas.

Ese gasto en los hospitales públicos representa el 96% del total presupuestado para todos los servicios de salud colectiva del Ministerio de Salud y equivale a 21 veces el presupuesto total del Programa Materno Infantil y Adolescentes del ministerio.

En lo que se refiere al gasto en embarazos y maternidad en adolescentes en los hospitales públicos en el año 2013, ese gasto fue 11.9 veces mayor que el total presupuestado para esos hospitales y represento el 5% del total del gasto público en salud del país.

En cuanto a los hogares, se estimó que el gasto de bolsillo de los hogares dominicanos para servicios de salud por embarazos y maternidad en adolescentes fue de 34.6% del total de gastos en salud. Esto es 728.7 millones de pesos que anualmente le cuesta a los hogares dominicanos el embarazo en adolescentes.

Si se compara el gasto en atención al embarazo con lo que se presupuestó para el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (un plan quinquenal 2011-2016 cuyo costo se estimó en RD\$388,562,986.00) el gasto en la atención fue 33 veces superior a lo presupuestado para la prevención.

Y estos son solamente los costos directos a la atención en los servicios de salud. A esto hay que agregarle el costo por el retraso en la asistencia escolar, el costo de la manutención en si del nuevo niño o niña, los costos en servicios de salud para esos niños y niñas, los costos por el ausentismo laboral o por la no consecución de empleos dignamente remunerados, entre otros.

En un estudio realizado por Sheehan (Abr, 19, 2017), et al. se concluye que:

“Las inversiones coordinadas en salud y bienestar de los adolescentes brindan altos rendimientos económicos y sociales y están entre las mejores inversiones que puede hacer la comunidad para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes.

“La inversión de US \$ 5,2 por habitante cada año en 75 países de ingresos bajos y medianos en programas para mejorar la salud física, mental, sexual y reproductiva y reducir las lesiones por accidentes de tránsito mostrará beneficios económicos y sociales diez veces mayores, ahorrando 12,5 millones de vidas, evitando más de 30 millones de embarazos no deseados y evitando la discapacidad generalizada”

“A un costo de \$ 3,8 por habitante cada año, los programas reducirán sustancialmente el matrimonio de niños, mientras que se mostrarán beneficios de aproximadamente seis veces los costos”

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1 Diseño de la investigación

Se trata de un estudio de aspectos que conforman un modelo mixto, cuantitativo y cualitativo, mediante el cual se analizó y sistematizó la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población, a partir de estudios previos producidos en el país.

El componente cuantitativo se basó en entrevistas a adolescentes embarazadas que acuden a la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

3.2 Contexto de la investigación

Se realizó una investigación en el en el área de consulta de adolescentes del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en la ciudad de Santo Domingo, entre el 13 de marzo y el 2 de abril 2017.

Previamente se obtuvo la autorización formal de la dirección del hospital y de su Departamento de Enseñanza e Investigaciones para llevar a cabo la investigación en ese centro. Cada adolescente entrevistada firmó un consentimiento informado donde se le dieron garantías de anonimato (no tenían que dar su nombre), confidencialidad y uso de la información solo para los fines de esta investigación. Estas autorizaciones las hacemos constar en los anexos.

3.3 Casos, universo y muestra

El universo estaba constituido por todas las embarazadas menores de 19 años que acudieron al área de consulta del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

durante el periodo de investigación y que al momento de la consulta no presentaran ninguna condición de gravedad en su estado general de salud.

Los casos fueron aquellas embarazadas que cumplían con los criterios de inclusión mencionados, que accedieron a participar de la investigación, y que completaron el cuestionario.

Dada la complejidad de la población y el hecho de que un mayor número rebasaría el alcance pretendido de la investigación, se escogió una muestra exploratoria, no probabilística, de 100 adolescentes embarazadas que acuden a la consulta en el referido hospital.

3.4 Técnicas de investigación

La técnica de investigación consistió en entrevistas mediante cuestionario aplicado cara a cara por una entrevistadora.

3.5 Instrumentos de investigación

A las adolescentes embarazadas se les aplicó un instrumento de recolección de información que contenía variables de características generales, demográficas, epidemiológicas, de historia obstétrica, anticoncepción, factores sociales entre otros. Primero se hizo un proceso de validación del formulario con 10 casos antes de iniciar el proceso de recolección de información.

3.6 Fuentes de recolección de datos

Las fuentes fueron primarias, dadas por todas aquellas adolescentes embarazadas a las que se les aplicó el formulario.

3.7 Proceso de recolección de datos

Para las entrevistas a las adolescentes, previamente se entrenó a una joven de 20 años de edad, estudiante universitaria de la carrera de medicina, con la finalidad de que las entrevistadas se sintieran cómodas, en confianza, y a la que sintieran como par. A esa entrevistadora se le hizo hincapié en nociones de respeto a derechos sexuales y derechos reproductivos, técnicas de entrevista, respeto a la confidencialidad.

La entrevistadora se apersonaba diariamente a la sala de espera del área de consulta del hospital, en donde se acercaba a las potenciales participantes solicitándoles amablemente su colaboración para participar en una investigación. A las que accedían a participar se les leía un documento de consentimiento informado y se les solicitaba firmarlo en caso de aprobación. La entrevistadora entregaba los formularios al final de cada día de trabajo a los autores para control de calidad y retroalimentación.

Las entrevistas fueron realizadas entre los días 13 de marzo y 2 de abril.

3.8 Procedimiento

Los formularios fueron elaborados en una encuesta de Google que permitía su tabulación automática tan pronto se digitaban, en frecuencias y porcentajes. Para presentar la información se utilizaron tablas y gráficos.

Para el componente cualitativo se describen percepciones del fenómeno del embarazo en adolescentes en la población de usuarias de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Capítulo 4. Resultados, Conclusiones y Recomendaciones

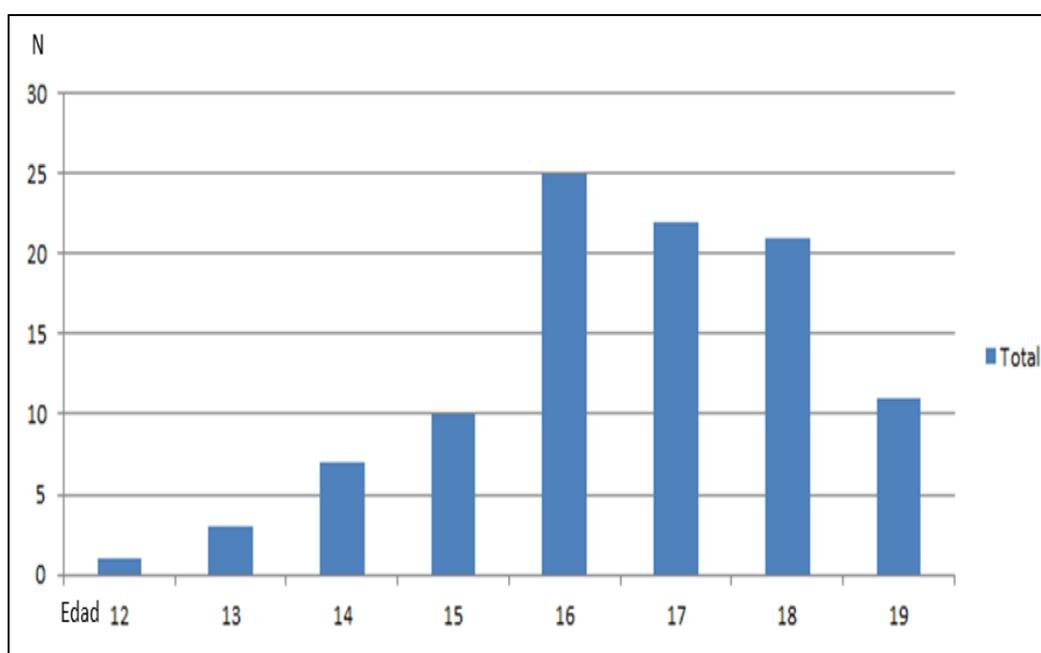
4.1 Resultados

A continuación se presentan los resultados.

Edad

El gráfico 1 contiene la distribución por edad del grupo investigado.

La edad más frecuente fue 16 años, con 25%. El grupo de edad entre 16 y 19 años represento el 79% y las menores de 15 años 21%. La de menor edad tenía 12 años.



Grafica 1. Distribución por edad de adolescentes embarazadas. (Elaboración propia)

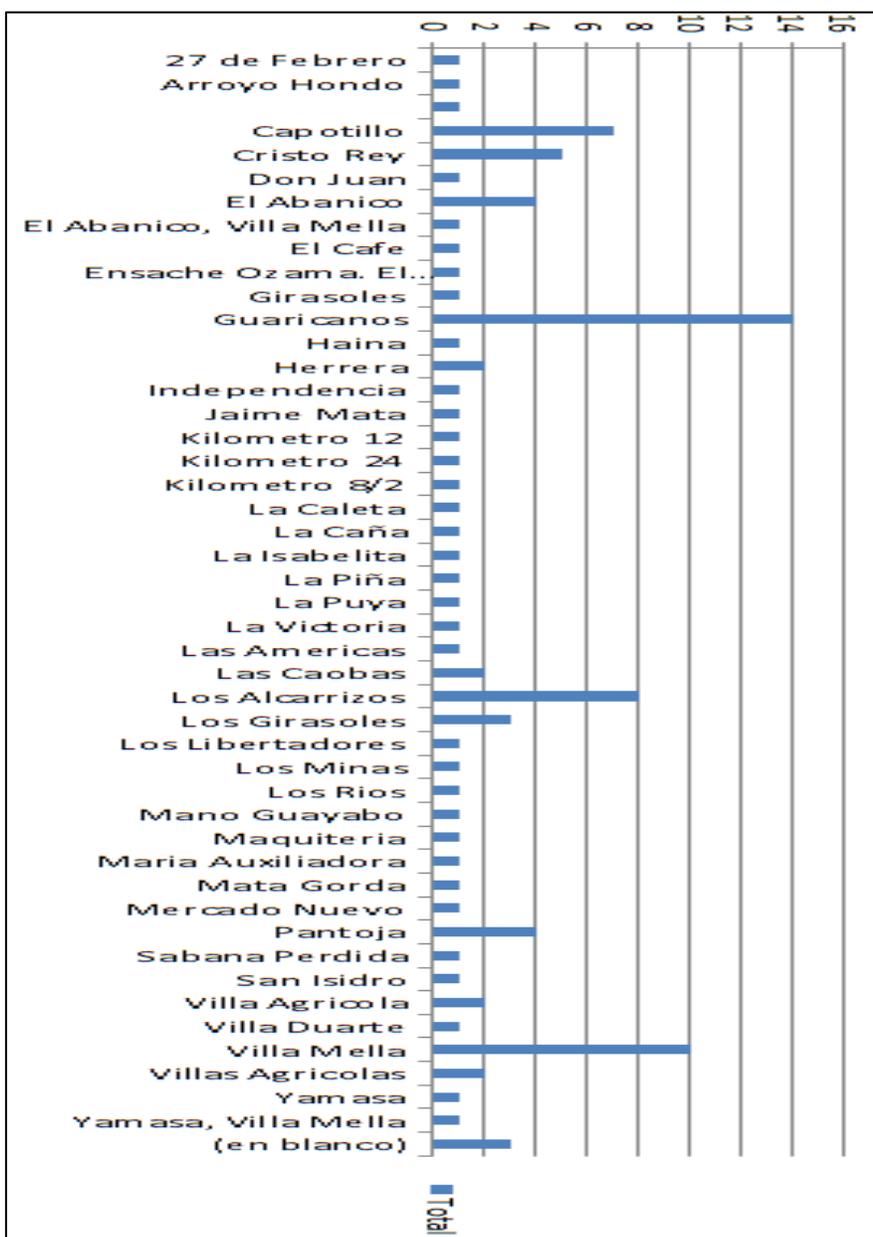
Procedencia

En cuanto al país de nacimiento, el 93% procede de República Dominicana y el 7% de Haití.

Residencia

El 96 % de las entrevistadas reside en el Gran Santo Domingo. Este hospital a pesar de ser de referencia nacional atiende principalmente a la población más cercana de su zona de influencia. El 4% restante residen en Monte Plata, Yamasa, San Cristóbal y Barahona.

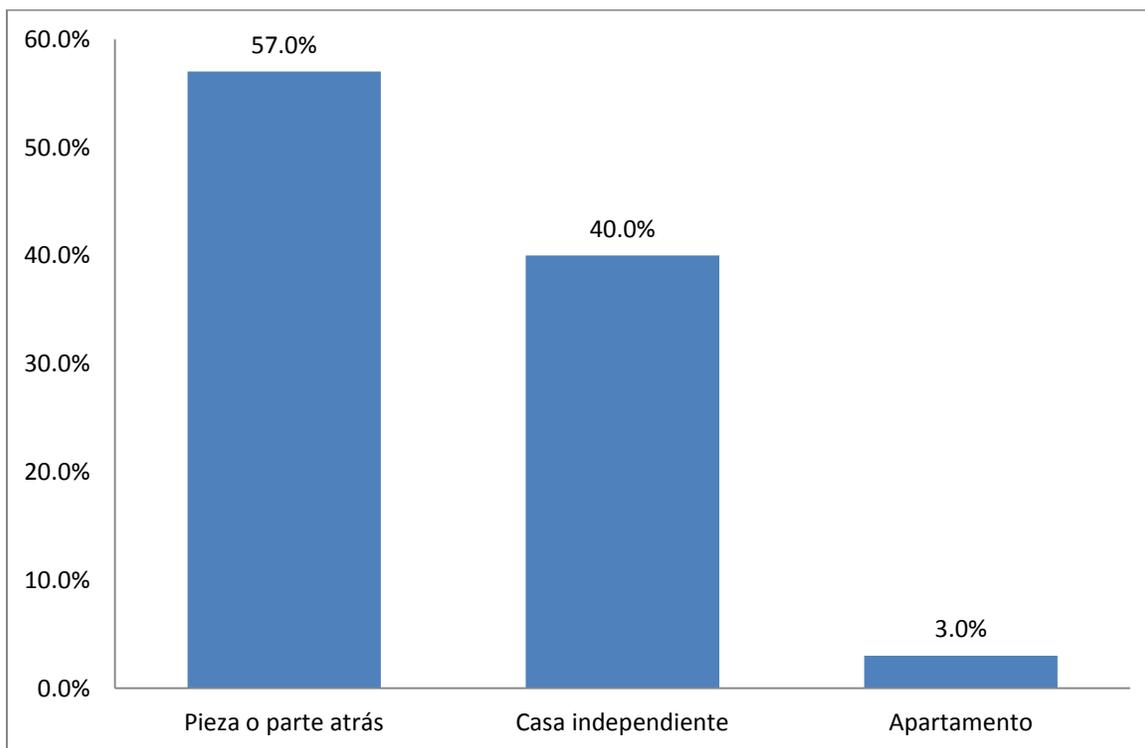
Los sectores de residencia de las entrevistadas se muestran en el siguiente grafico



Grafica 2. Total de embarazadas por barrio. (Elaboración propia)

Tipo de vivienda

El 57% prefiere vivir en una "pieza" o "parte atrás", 40% en una casa independiente y 3% en un apartamento. El 98% refiere que el piso de la vivienda es de cemento y 2% que es de tierra. 58% refiere que el techo es de zinc y 42% que es de cemento. 46% refirió que la casa tiene 2 dormitorios, 38% que tiene 1 dormitorio y 16% que tiene 3 dormitorios.



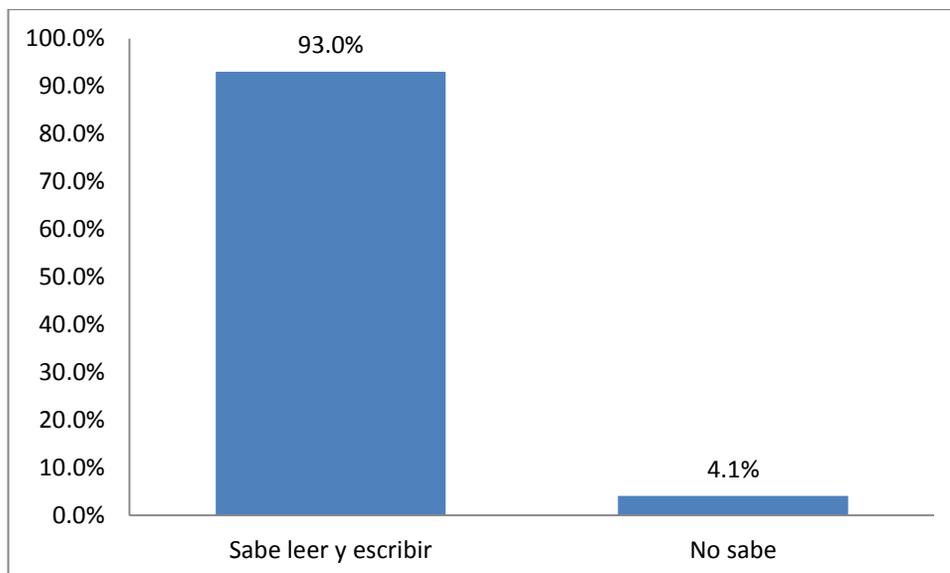
Grafica 3. Tipo de vivienda. (Elaboración propia)

Identidad

El 88% posee acta de nacimiento, el 10% no la posee y el 2% dijo no saber. De las que están en edad de tener cedula (66 adolescentes), 37.7% si la tiene y 62.3% no. Según la ENDESA 2013 el 27% de los jóvenes de 18-19 años, no habían obtenido la cedula de identidad.

Alfabetismo

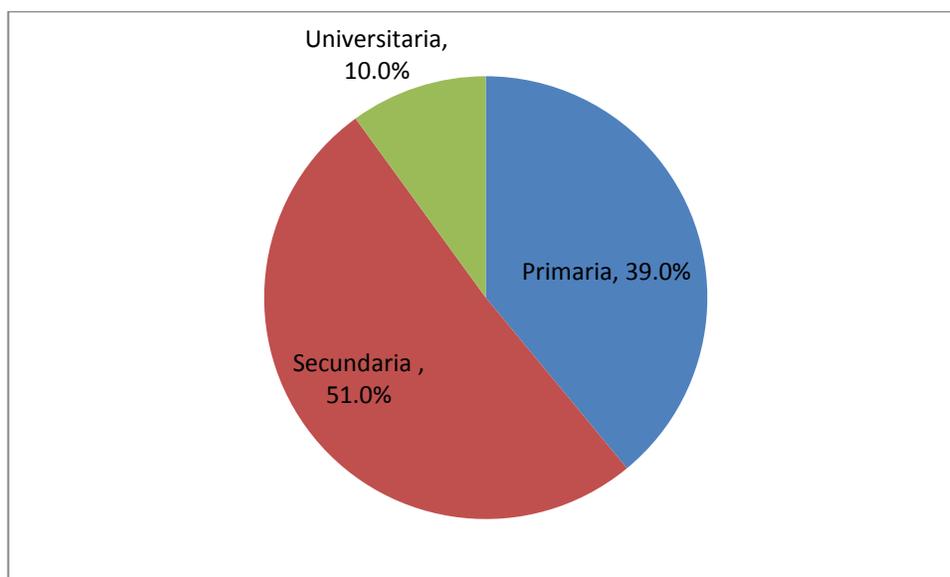
93% de las entrevistadas reporto saber leer y escribir, y el 4.1% reporto que no.



Grafica 4. Alfabetismo (Elaboración propia)

Escolaridad

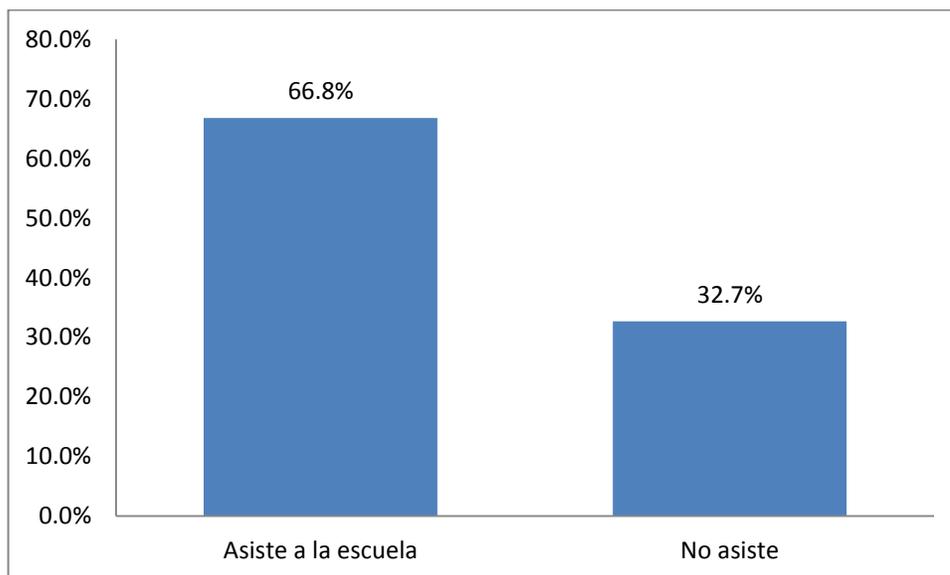
El 39% alcanzo el nivel primario de educación, 51% el nivel medio y 10% el nivel universitario.



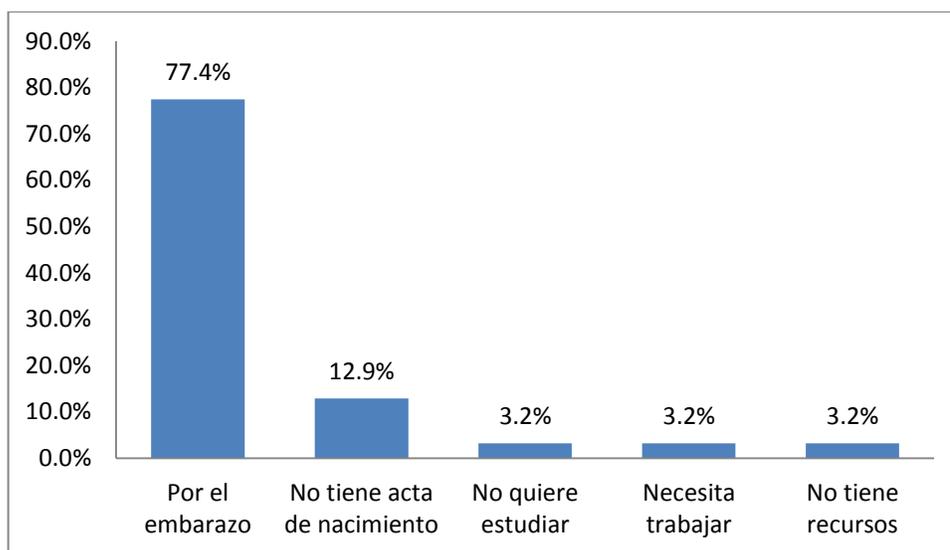
Grafica 5. Nivel de escolaridad. (Elaboración propia)

Asistencia escolar

El 66% asiste a la escuela y el 32.7% no. Gráfica 14. Entre las que no asisten, 23 (77.4%) dicen que la causa para no asistir es el embarazo, 3 (12.9%) dicen que por falta de acta de nacimiento, 1 (3.2%) no quieren estudiar, 1 (3.2%) porque necesita trabajar y 1 (3.2%) porque no tiene recursos. grafica 15



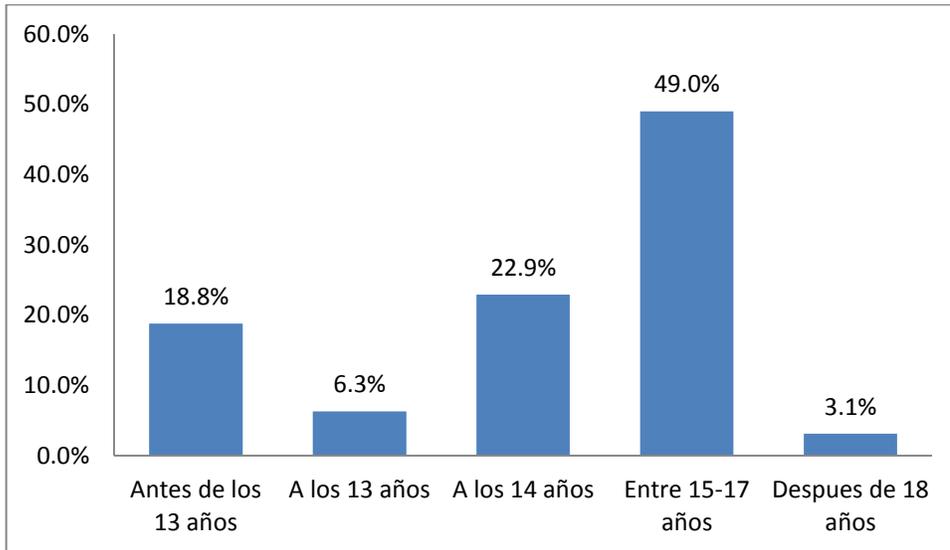
Gráfica 6. Asistencia escolar. (Elaboración propia)



Gráfica 7. Razones de no asistencia escolar. (Elaboración propia).

Edad a la primera relación sexual

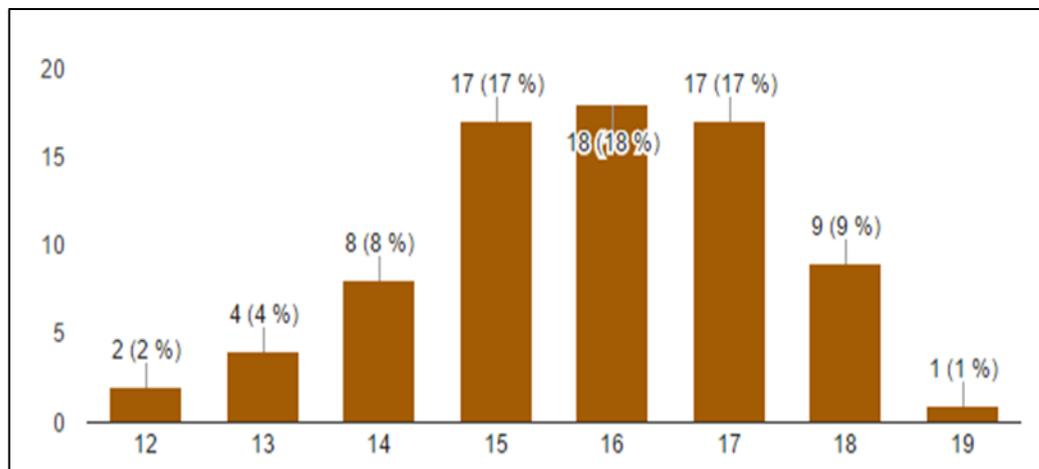
49% reportó haber tenido su primera relación sexual entre los 15 y 17 años, 22.9% a los 14 años, 18.8% antes de los 13 años, 6.3% a los 13 años, y 3.1% después de los 18 años, tal como se muestra en la siguiente gráfica.



Grafica 8. Edad a la primera relación sexual. (Elaboración propia).

Edad a la primera unión o matrimonio

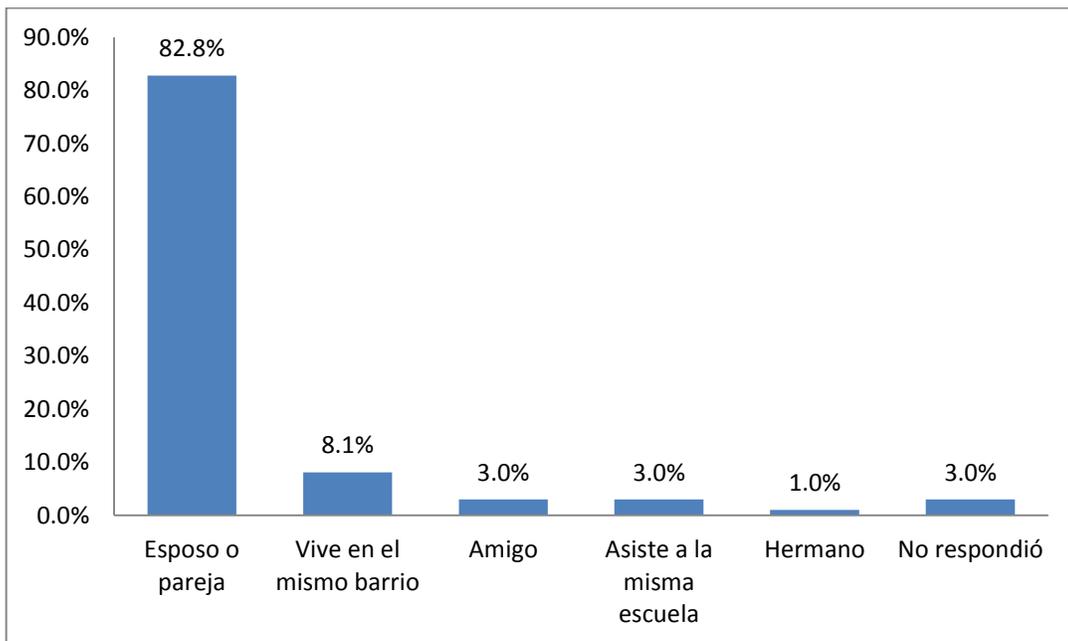
La mayoría (62%) tuvo su primera unión después de los 15 años. La edad a la primera unión o matrimonio se muestra en la siguiente gráfica.



Grafica 9. Edad a la primera union. (Elaboracion propia)

Relación con la persona que la embarazo

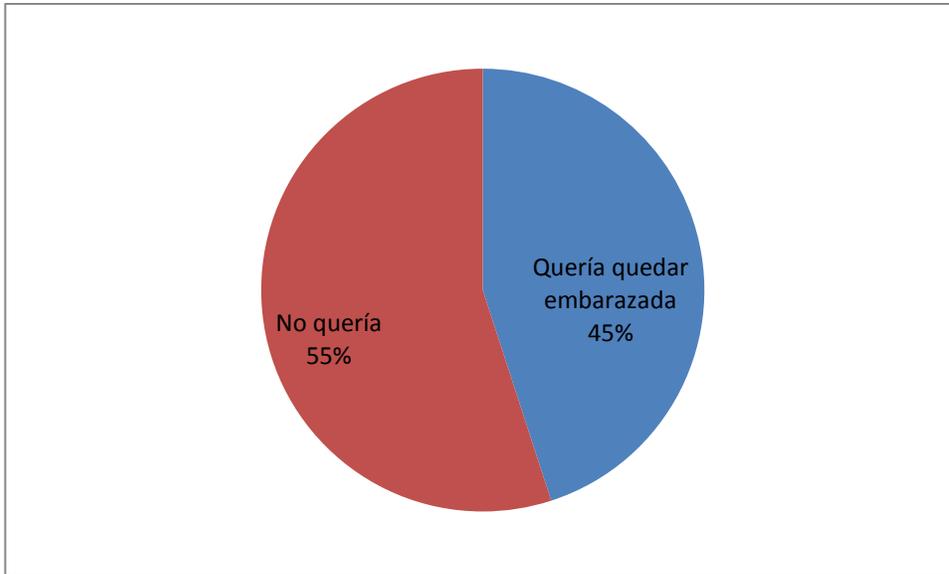
El 82.8% se refiere a la persona que la embarazo como su esposo o pareja, 8.1% dijo que es una persona que vive en el mismo barrio, 3% refirió que era un amigo, 3% que era una persona que asiste a la misma escuela, una (1%) de doce años de edad, reporto que el que la embarazo es su hermano. Tres de ellas (3%) prefirieron no responder la pregunta.



Grafica 10. Relación de la adolescente con la persona que la embarazó, en porcentaje. (Elaboración propia).

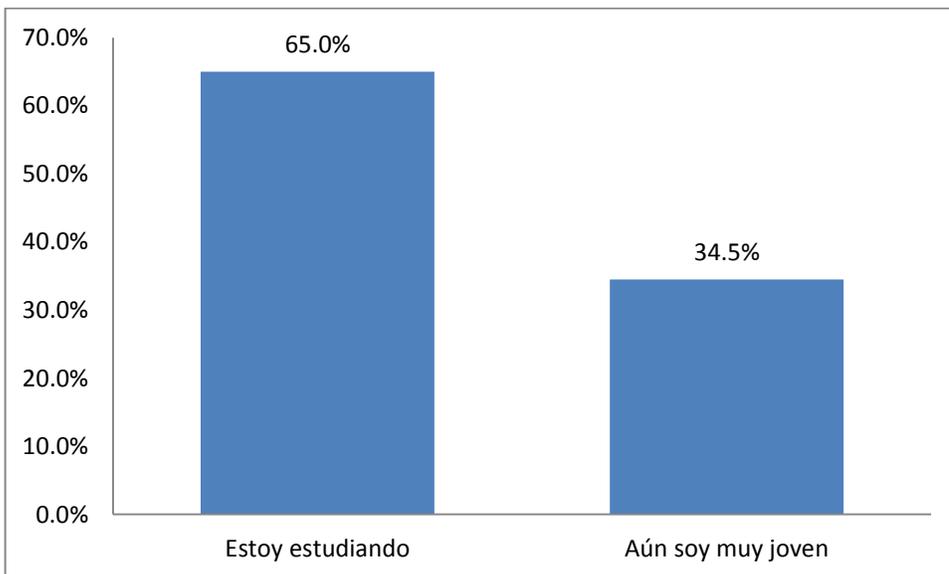
Deseabilidad del embarazo

Ante la pregunta ¿cuándo quedaste embarazada, tu querías quedar embarazada en ese momento? el 45% respondió que sí y el 55% que no.



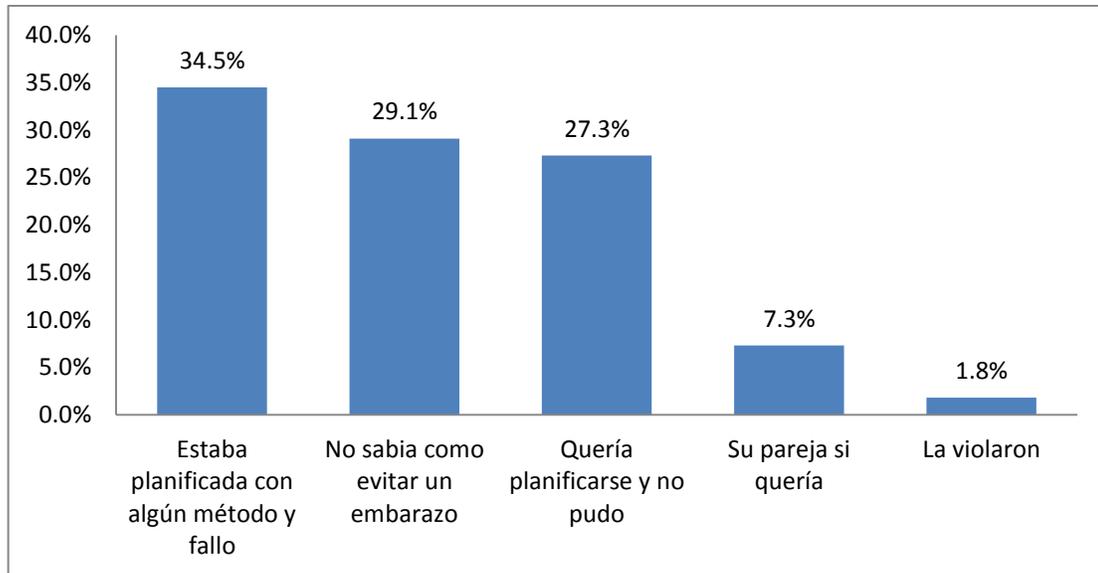
Grafica 11. Deseabilidad del embarazo actual. (Elaboración propia)

De las que no querían quedar embarazadas en ese momento, el 65.5% alego que no quería porque estaba estudiado y el 34.5% porque aún era muy joven.



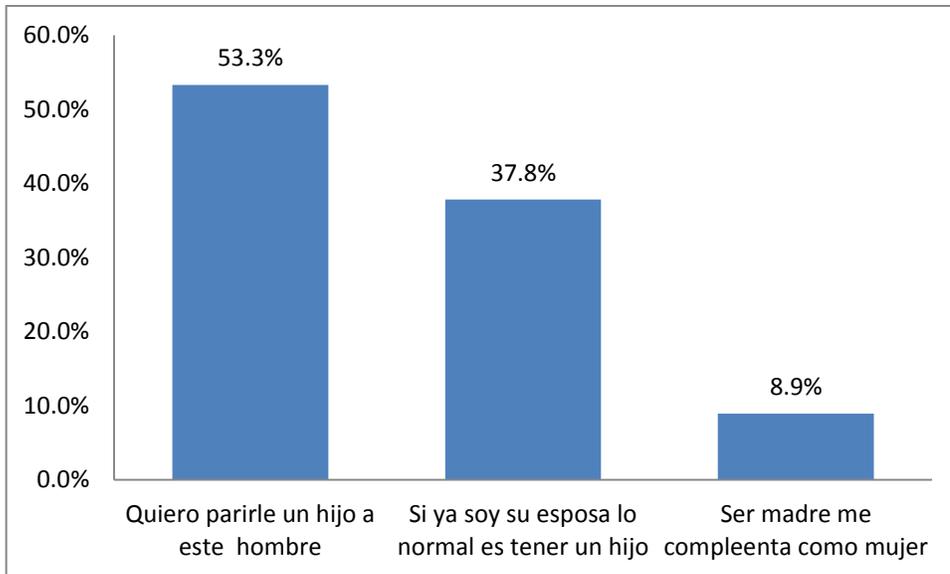
Grafica 12. Razones por las cuales no deseaban el embarazo actual. (Elaboración propia)

Dentro de ese mismo grupo se preguntó ¿por qué entonces quedaste embarazada? y el 34.5% respondió que estaba planificada con algún método y fallo, 29.1% que no sabía cómo evitar un embarazo, 27.3% que quería planificarse pero no pudo, 7.3% porque su pareja si quería, y una (1.8%) porque la violaron.



Grafica 13. Razón por la que quedó embarazada a pesar de no desearlo. (Elaboración propia)

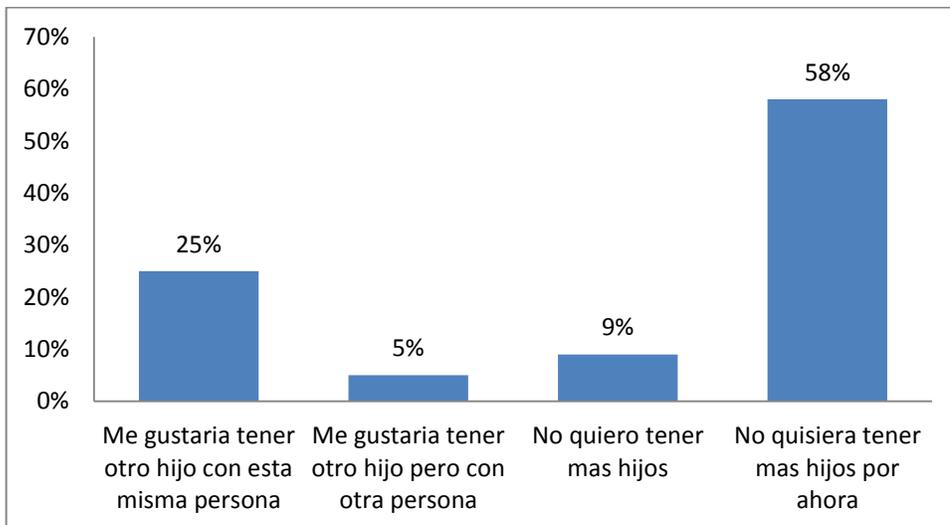
Dentro de las que respondieron que si querían quedar embarazadas, 24 (53.3%) respondieron que quisieron quedar embarazadas porque quería parirle un hijo a ese hombre, 17 (37.8%) porque si ya soy su esposa lo normal es tener un hijo con el, 4 (8.9%) porque ser madre me complementa como mujer.



Grafica 14. Razones por las que deseaba el embarazo actual. (Elaboración propia)

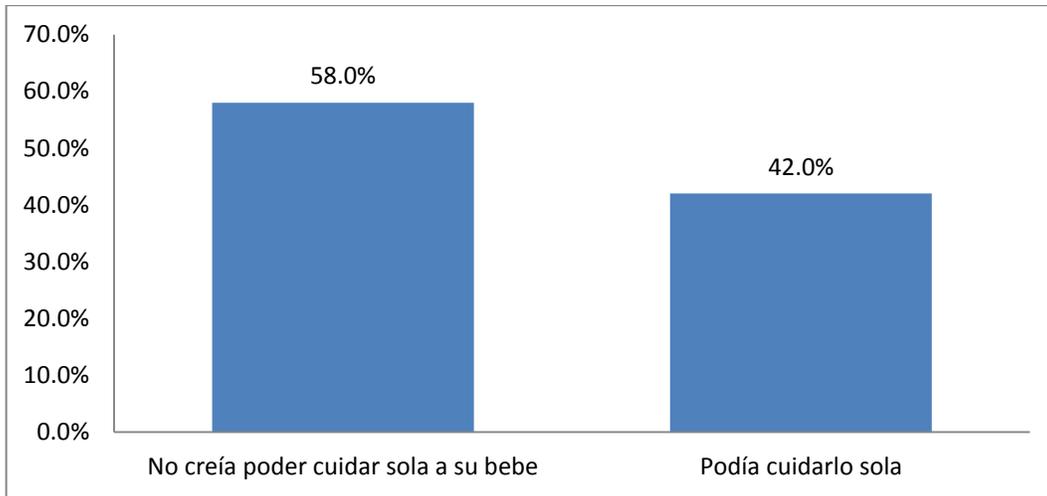
Futuro después del embarazo actual

El 58% de las entrevistadas respondió que no quisiera tener otro hijo por ahora después de su embarazo actual, 25% respondió que le gustaría tener otro hijo con esa misma persona, 9% que no querían tener más hijos, y 5% que les gustaría tener otro hijo pero con otra persona.



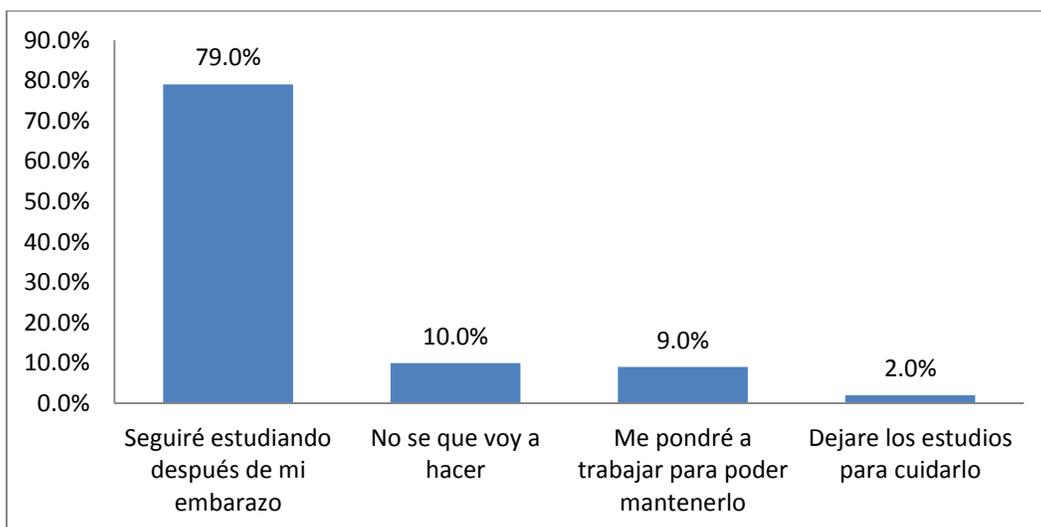
Grafica 15. Futuro después del embarazo actual (Elaboración propia)

El 58% respondió que no creía poder sola con el cuidado de su bebe y que necesitaría ayuda de su familia. El 42% respondió que podía cuidarlo sola.



Grafica 16. Necesidad o no de ayuda para cuidar al bebe al nacer. (Elaboración propia)

En cuanto a su proyecto de continuar los estudios después del embarazo actual, 79% respondió que los continuaría luego del embarazo, 10% respondió que no sabía que iba a hacer, 9% respondió que se pondría a trabajar para poder mantener el, y 2% respondió que dejaría los estudios para dedicarse a cuidar al bebe.



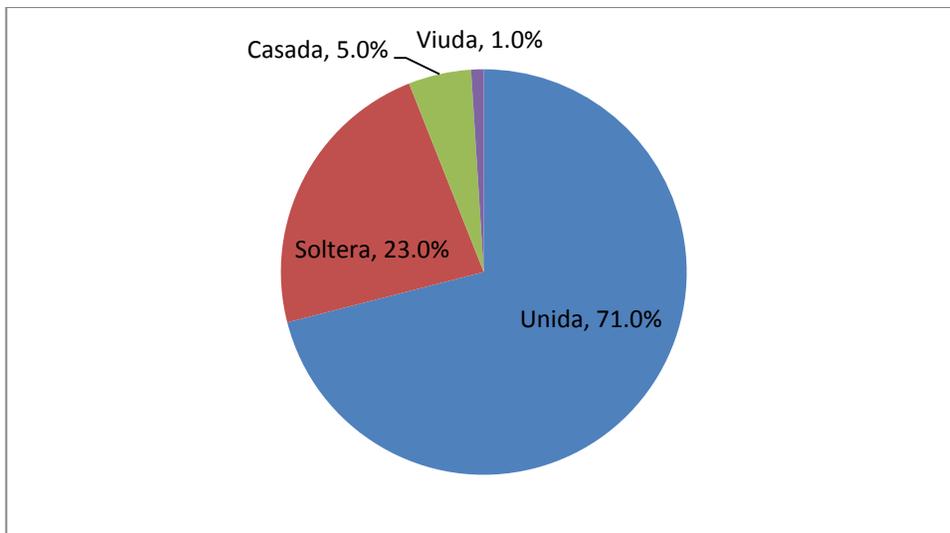
Grafica 17. Proyecto de continuar o no los estudios después del nacimiento del bebe. (Elaboración propia)

Hijos vivos actualmente

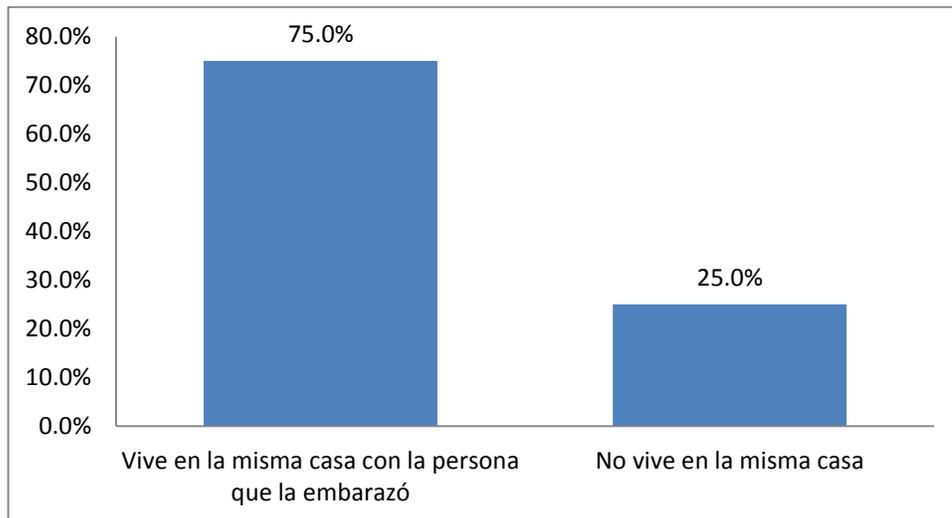
El 91% refirió no tener hijos vivos en el momento de la entrevista. 8 entrevistadas (8%) refirieron tener un hijo, y una entrevistada (1%) refirió tener dos hijos.

Estado conyugal

Al momento de la entrevista el 76% refirió estar unida o casada. 23% refirió estar soltera y 1 (1%) viuda. El 75% refirió que vivía en la misma casa con el padre de su embarazo y el 25% que no.

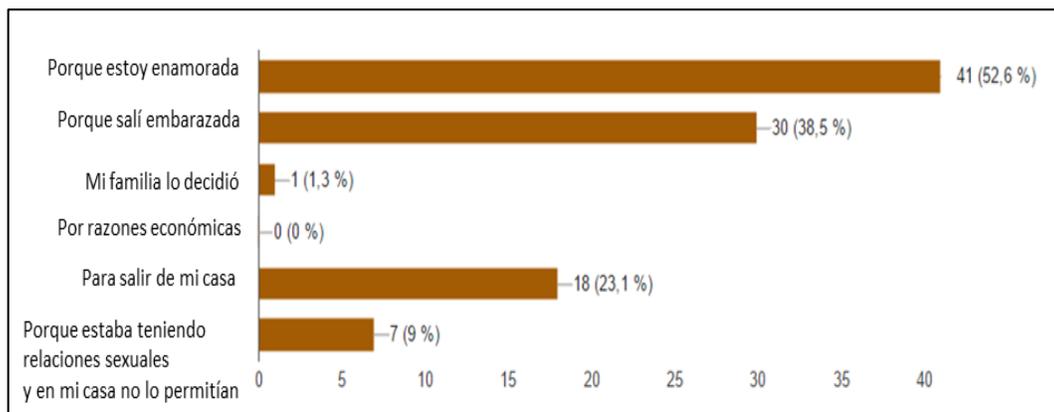


Grafica 18. Estado conyugal. (Elaboración propia)



Grafica 19. Embarazadas que viven en la misma casa con el padre del embarazo. (Elaboración propia)

De las casadas o unidas, 41 (52.6%) dijeron haberse casado porque estaban enamoradas, 30 (38.5%) porque salieron embarazadas, 18 (23.1%) para salir de su casa, 7 (9%) porque estaban teniendo relaciones sexuales y no se lo permitían en su casa, y 1 (1.3%) porque su familia lo decidió.

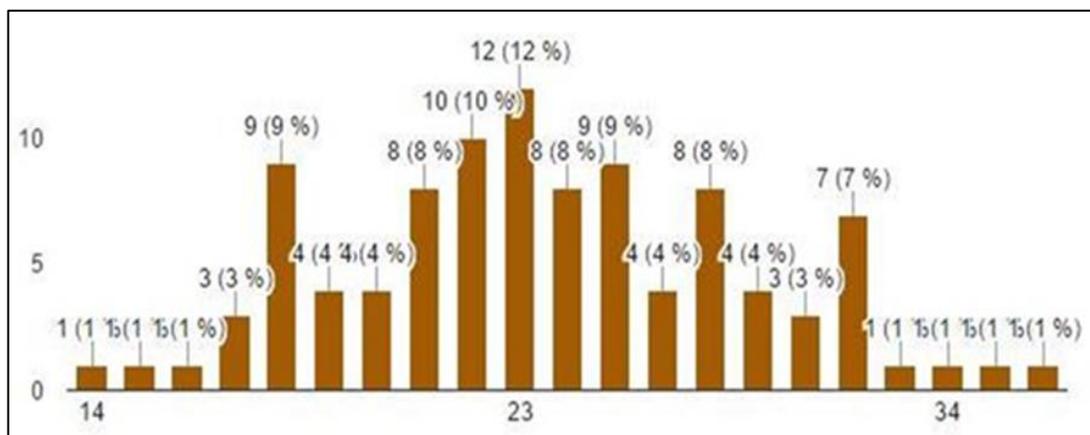


Grafica 20. Razones para haberse casado o unido. (Elaboración propia)

Edad del padre del embarazo

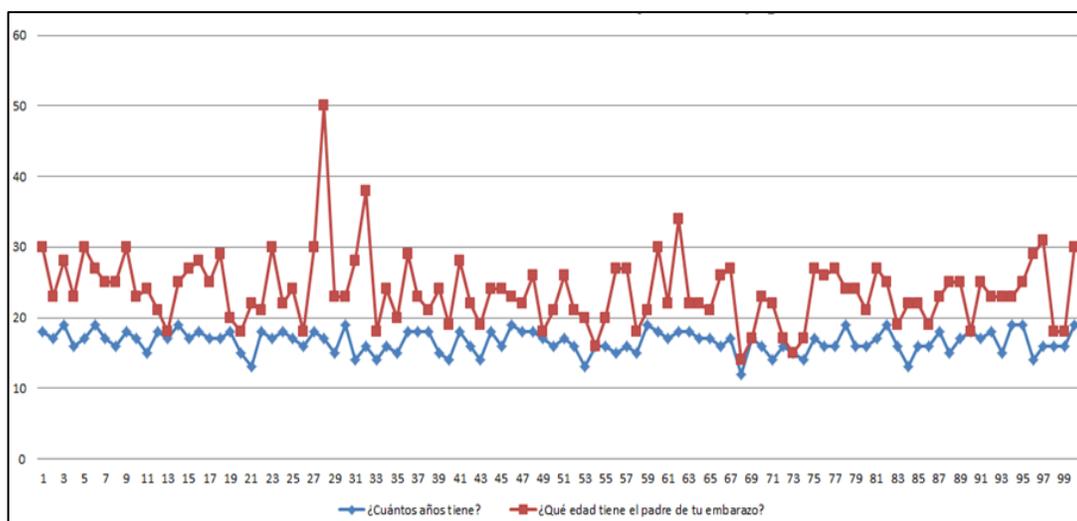
Las edades más frecuentes fueron 23 años (12%), 22 años (10%), 25 años (9.9%).

Las edades de los padres del embarazo se muestran en el siguiente grafico



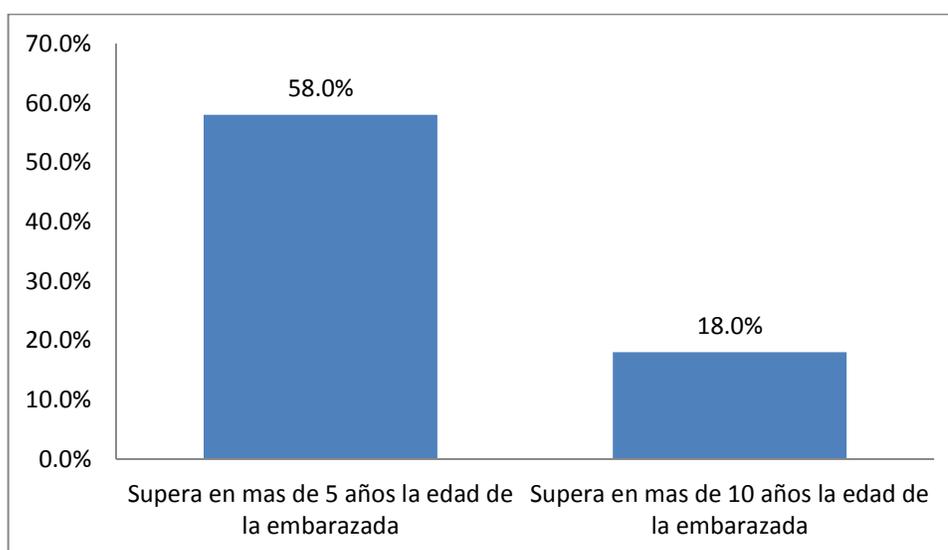
Grafica 21. Edad de los padres del embarazo. (Elaboración propia)

La relación entre la edad del padre del embarazo y la edad de la embarazada se muestra en el siguiente grafico



Grafica 22. Relación entre la edad de la embarazada y el padre del embarazo. (Elaboración propia)

El 58% de los padres de los embarazos superan en más de 5 años a las adolescentes embarazadas y el 18% en más de 10 años. La encuesta ENHOGAR 2014 había establecido 65% y 25% respectivamente esta diferencia de edad.

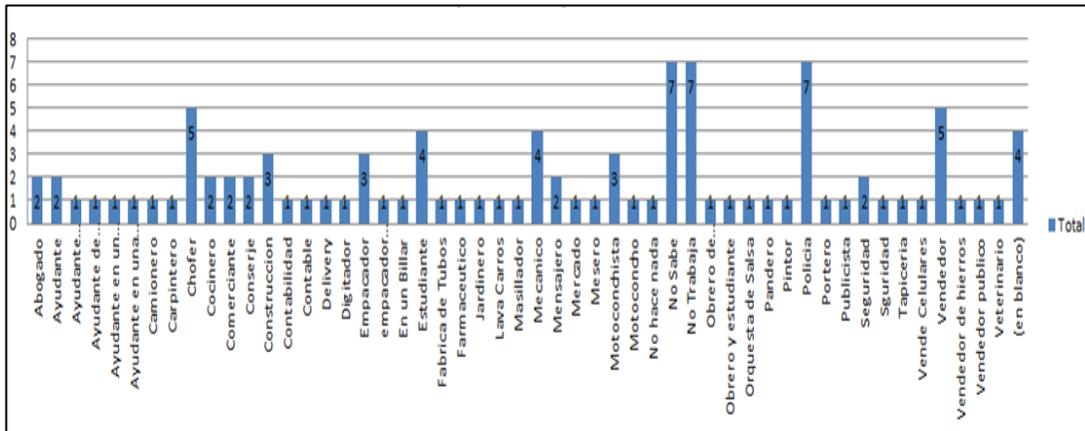


Grafica 23. Padres de los embarazos que superan en 5 años, 10 años, o más a las adolescentes embarazadas. (Elaboración propia)

Ocupación del padre del embarazo

Llama la atención que la ocupación más frecuente (7%) es la de policía, agentes del orden público que se suponen están para perseguir el delito

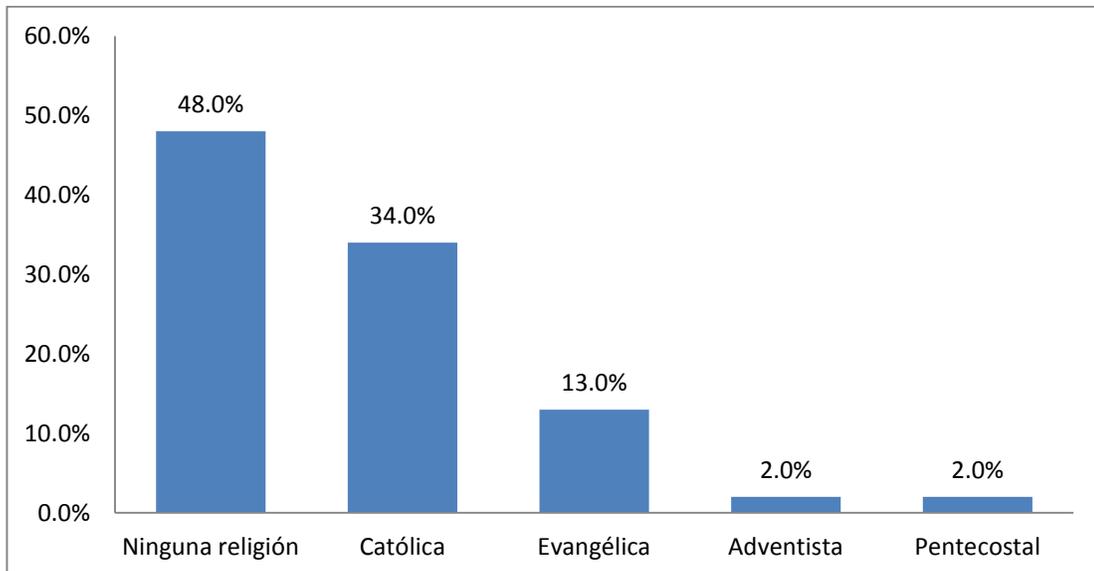
La ocupación del padre del embarazo se detalla en el siguiente cuadro



Grafica 24. Ocupación del padre del embarazo. (Elaboración propia)

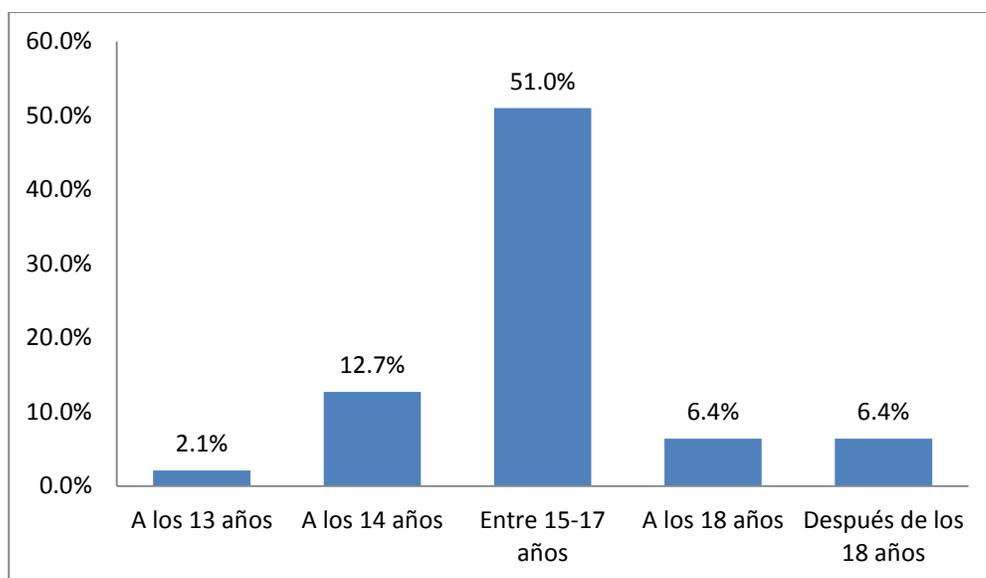
Religión

La mayoría (48.5%) refirió no pertenecer a ninguna religión. El 34.3% se identificó como católica, el 13.1% como evangélica, y el 2% como adventista.



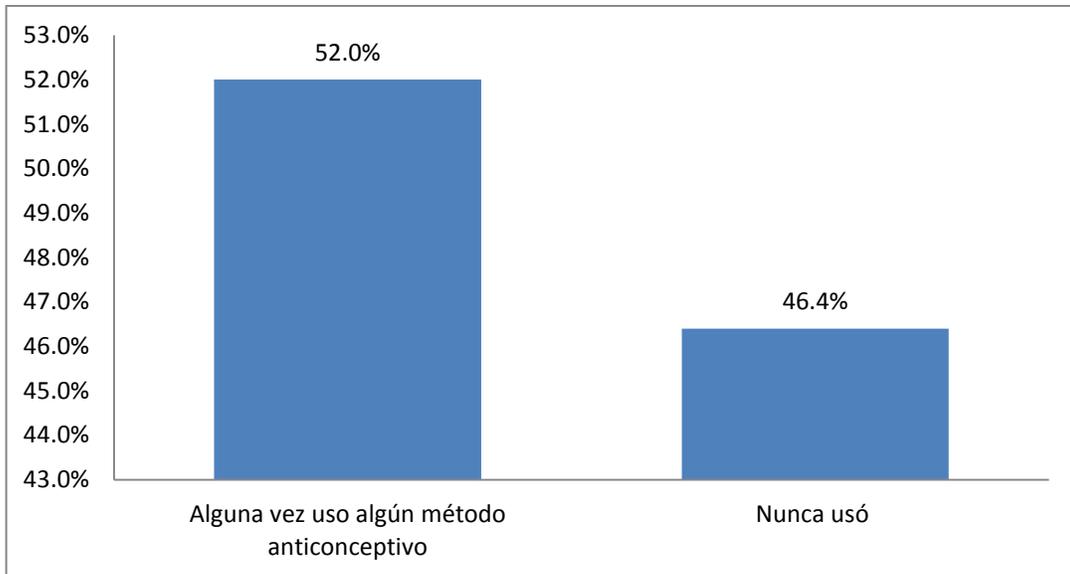
Grafica 25. Religión a la que dice pertenecer. (Elaboración propia)

Se pudiera suponer que la religión pudiera ser un factor de contención o de retardo para la primera relación sexual. Dentro de las 47 entrevistadas que se identificaron como católicas o evangélicas, 1 (2.1%) refirió haber tenido su primera relación sexual a los 13 años, 6 (12.7%) a los 14 años, 24 (51.0%) entre 15 y 17 años, 3 (6.38%) a los 18 años y 3 (6.38%) después de los 18 años. Si lo agrupamos, 14.8% de las que se identificaron como católicas o evangélicas tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y 63.76% por encima de los 15 años como se puede ver en la siguiente gráfica.



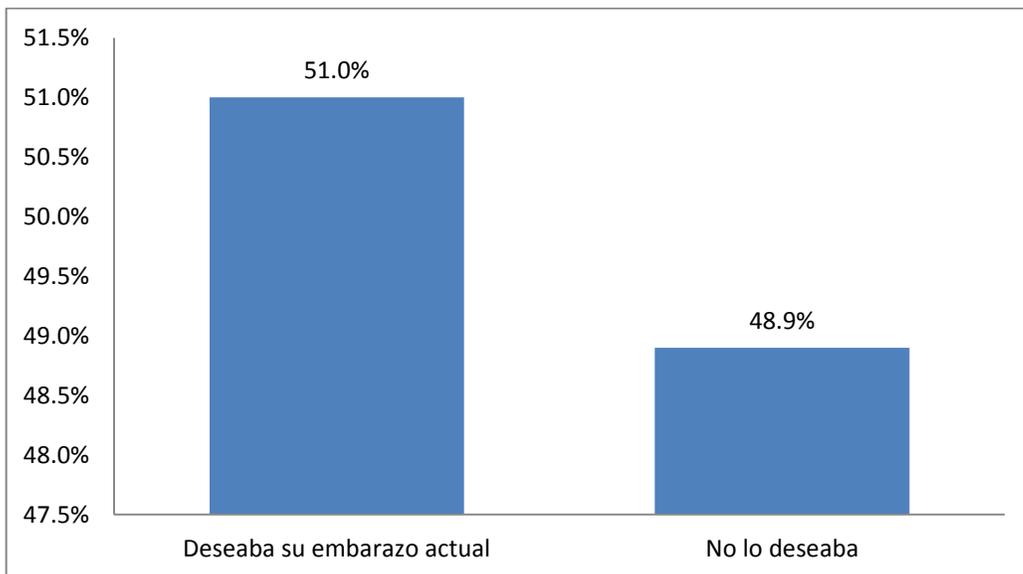
Grafica 26. Edad a la primera relación sexual entre las que se identificaron como católicas o evangélicas. (Elaboración propia)

De las que se identificaron como católicas o evangélicas, el 52% refirió haber usado alguna vez algún método anticonceptivo para no quedar embarazada y el 46.4% refirió que no.



Grafica 27. Adolescentes que se identificaron como católicas o evangélicas, que alguna vez han usado métodos anticonceptivos

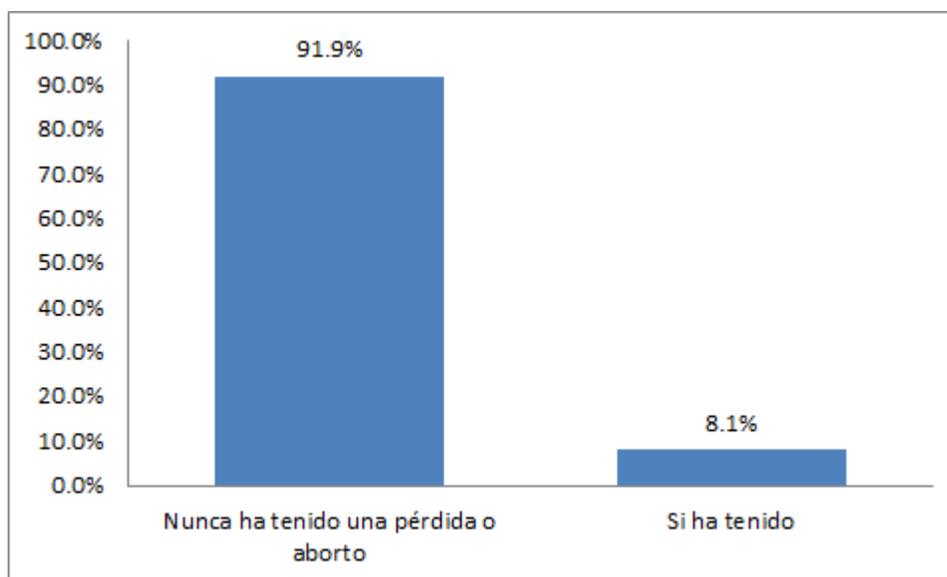
De las que se identificaron como católicas o evangélicas, 51% dijo que deseaba su embarazo actual y 48.9% dijo que no lo deseaba en ese momento, como se muestra en el siguiente cuadro



Grafica 28. Deseabilidad del embarazo actual entre las adolescentes que se identificaron como católicas o evangélicas. (Elaboración propia)

Aborto

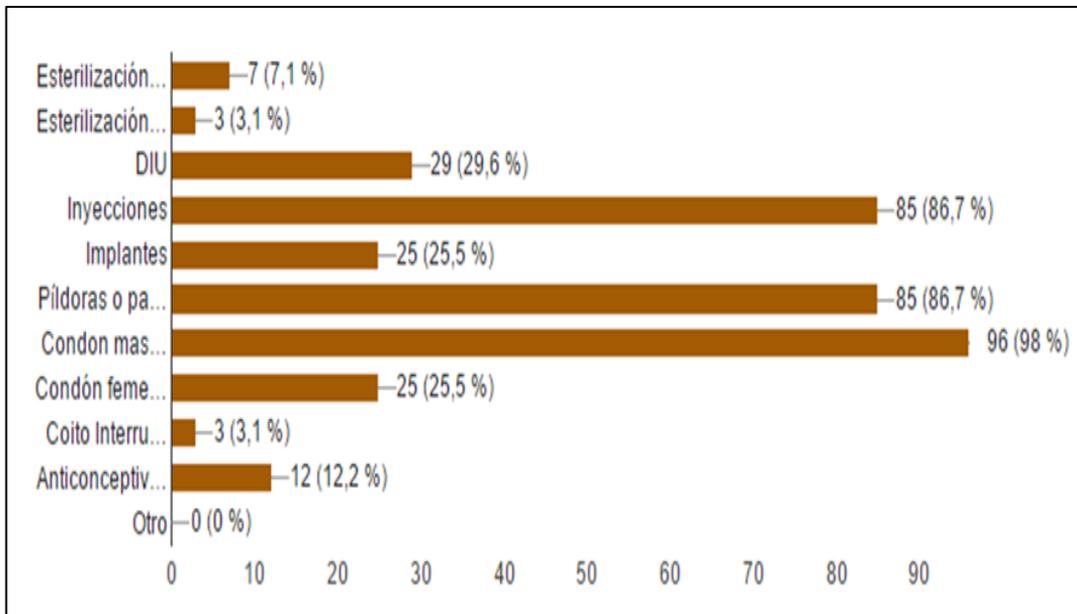
El 91.9% refirió nunca haber tenido una pérdida o aborto, y el 8.1% refirió que sí.



Gráfica 29. Porcentaje de adolescentes que refirieron haber tenido o no alguna vez una pérdida o aborto. (Elaboración propia)

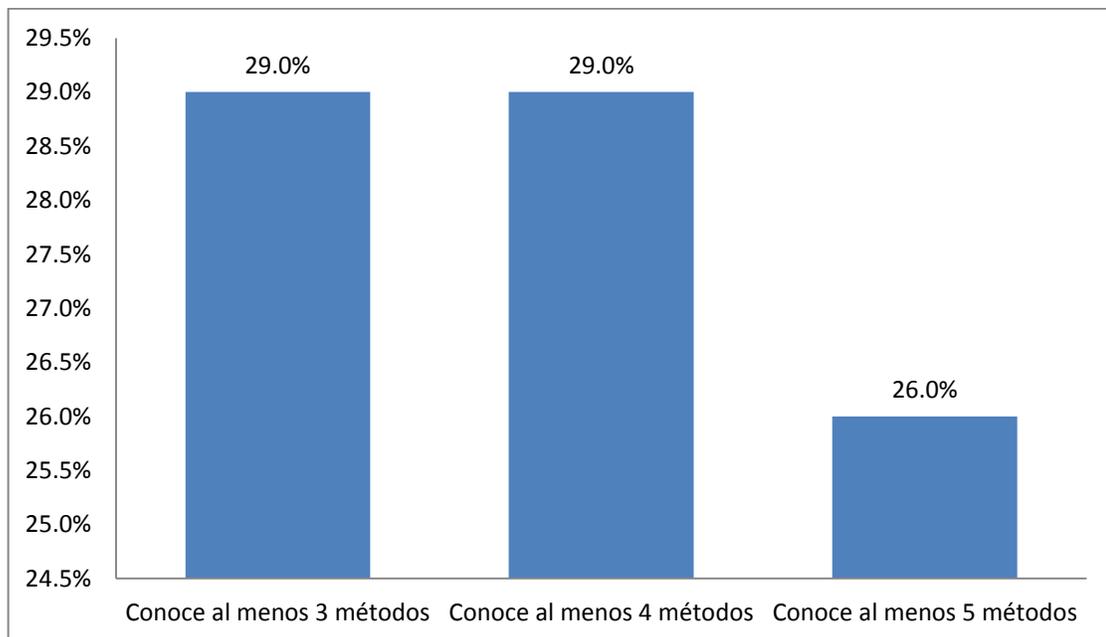
Conocimientos sobre anticoncepción

Coincidiendo con la mayoría de las investigaciones nacionales, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es muy alto en la población de adolescentes. La totalidad de las entrevistadas (100%) refirió conocer al menos un método de los que se le preguntó. El método más conocido es el condón masculino (98%), seguido por los anticonceptivos orales (pastillas) e inyecciones (86.7% para cada uno), dispositivo intrauterino (29.6%), implantes y condón femenino (25.5% para cada uno), anticonceptivo de emergencia (12.2%), esterilización femenina (7.1%), esterilización masculina (3.1%), todos los anteriores considerados métodos modernos, y coito interrumpido, método no moderno (3.1%).



Grafica 30. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos. (Elaboración propia)

29% de las entrevistadas refirió conocer al menos tres métodos, 29% refirió conocer al menos cuatro métodos, y 26% refirió conocer al menos cinco métodos.



Grafica 31. Adolescentes que refirieron conocer al menos tres, al menos cuatro, o más de cinco métodos anticonceptivos. (Elaboración propia)

Uso de anticonceptivos

El 50.5% de las entrevistadas refirió haber usado alguna vez algún método anticonceptivo para evitar embarazos y el 49.5% refirió nunca haberlo usado.



Grafica 32. Uso alguna vez de algún método anticonceptivo para evitar embarazo. (Elaboración propia)

4.2 Discusión

El 45% de las entrevistadas para la investigación de los autores respondió que deseaba el embarazo, lo que plantea un nuevo escenario en la República Dominicana, que aunque ya había sido señalado en la investigación de PROFAMILIA sobre la transición de la realidad del fenómeno en el país, aún no ha sido lo suficientemente documentado. El hecho de que en la presente investigación, prácticamente la mitad de los embarazos en las adolescentes fueron deseados o planificados, implica un cambio radical en el enfoque tradicional que han tenido las políticas públicas de que el fenómeno era mayormente no deseado, y por tanto las estrategias para afrontarlo, han sido diseñadas desde esta perspectiva.

De todos modos se hace necesaria la realización de otros estudios nacionales que profundicen en la cuantificación de esta deseabilidad y que analice las diferencias, si es que las hay, por regiones, edad, nivel de escolaridad, nivel económico, entre muchas otras variables, y que profundicen en analizar las causas de este deseo entre la población más joven de la República Dominicana.

Las tres principales razones aducidas para desear el embarazo entre las que refirieron desearlo fueron que querían parirle un hijo a ese hombre (53.3%), el hecho de que si ya era su esposa lo normal era tener un hijo (37.8%) y la percepción de que el ser madre la complementa como mujer (8.9%). Estas tres razones tienen un trasfondo común que implica serias inequidades de género. Traduce la percepción de que la mujer tiene como fin primordial la maternidad, que las relaciones de pareja son incompletas sin los hijos, que es un deber de las mujeres tener hijos. Estos estereotipos en los roles de género han sido documentados en numerosas investigaciones nacionales aunque no necesariamente como causales importantes en el deseo de las adolescentes para embarazarse.

En cuanto a las razones aducidas para haber quedado embarazada aun sin desearlo, el 34.5% refirió que estaba planificada con algún método y fallo, el 29.1% refirió que no sabía cómo evitar un embarazo, el 27.3% que quería planificarse pero no pudo. Estas tres razones tienen que ver directamente con conocimientos sobre sexualidad, disponibilidad, y acceso a métodos anticonceptivos y concuerda con abundante evidencia nacional que muestra la necesidad de incluir la educación sexual integral en todos los niveles de la enseñanza en el país, así como la necesidad de mejorar el acceso a métodos anticonceptivos para toda la población que los necesite y demande, en el momento que los demande.

El 1% refirió que su embarazo fue producto de una violación. Aunque no existen cifras nacionales sobre el número de embarazos productos de violación, si se tienen datos de la Procuraduría General de la Republica que revelan que el 90% de los crímenes sexuales reportados ante esa entidad (17,757 casos) en el periodo enero 2011 a septiembre 2013 correspondía a violaciones. Y hay que tomar en cuenta el sub-registro que existe en la notificación, o sea, que los casos son por encima de ese número. De todos modos, partiendo de estas cifras, la estimación es de 555 casos de crímenes sexuales al mes, o 18 por día.

El hecho de que el 83% de las entrevistadas se refiriera a la persona que la embarazó como su esposo o pareja, revela que la unión fue antes que el embarazo. Esto refuerza la evidencia de Plan Internacional y de UNICEF de que en el país, el fenómeno de las uniones tempranas prácticamente duplica a los embarazos en adolescentes y constituye una relación de causalidad, de precipitación, para este último. En el estudio de los investigadores el 68% de todas las entrevistadas tuvo su primera unión antes de los 18 años. Esto está muy por encima de los datos de Plan Internacional, que estimó el promedio de país en de 40%, y refuerza la necesidad de que se prohíba el matrimonio por debajo de los 18 años en todos los casos, para varones y mujeres.

La diferencia entre la edad del padre del embarazo y las embarazadas del estudio de los autores, es menor que la reportada en estudios nacionales previos. En el estudio de los autores el 58% de los padres de los embarazos superan en más de 5 años a las adolescentes embarazadas y el 18% en más de 10 años. La encuesta ENHOGAR 2014 había establecido 65% y 25% respectivamente esta diferencia de edad. De todos modos, no hay otros estudios nacionales que correlacionen estas variables por lo que se hace necesario investigar más sobre la consistencia de este dato.

En la investigación de los autores, el perfil general de las adolescentes embarazadas que fueron entrevistadas en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia concuerda en muchos aspectos con los datos de otros estudios nacionales, aunque discrepa en otros. El fenómeno es más frecuente en el grupo por encima de 16 años de edad que en el grupo de menores de 15 años. Factores como el lugar de residencia o el tipo de vivienda permiten inferir que las entrevistadas pertenecen a los estratos sociales más bajos. Estos datos son concordantes con otras investigaciones nacionales.

Al igual que numerosas investigaciones nacionales, en la investigación de los autores la principal causa para la no asistencia escolar fue el embarazo, y la edad a la primera relación sexual en el 49% de los casos fue entre 15 y 17 años. Este último dato refuerza la relación vinculante entre inicio temprano de relaciones sexuales y el riesgo de embarazos precoces.

En la investigación de los autores el 79% de las entrevistadas externó su deseo de continuar estudiando luego de su embarazo. Esto entra en contradicción con el planteamiento generalizado y sustentado por algunas investigaciones nacionales de que el embarazo en una adolescente trunca su proyecto de vida, su proyecto de continuar los estudios.

4.3 Conclusiones

Los diseñadores de políticas públicas deben tomar en cuenta la deseabilidad tan alta de las adolescentes por embarazarse y analizar más a profundidad este fenómeno. El Estado debe analizar si ese deseo es parte de patrones culturales particulares de la dominicanidad, que no necesariamente deban ser similares a los de otras sociedades, de normas socialmente aceptadas, de realidades diferentes a las de otras latitudes, y que por tanto están dentro del campo de la individualidad, los derechos individuales, que en lugar de tratar de cambiarse, deben ser respetados.

Si por el contrario el resultado de un análisis profundo demuestra que esa deseabilidad no corresponde a lo antes señalado, el diseño de las respuestas al fenómeno debe entonces incluir esta realidad. Las estrategias que busquen disminuir el embarazo en adolescentes, deberán entonces hacer énfasis en las intervenciones para cambio de comportamiento que implica el intentar modificar el deseo.

En este último planteamiento hay cuestiones éticas a tomar en cuenta. ¿Hasta dónde el estado tiene el derecho de intentar influir, cambiar, patrones culturales enraizados en la población, y que forman parte de la individualidad, del derecho de las personas a asumir comportamientos de acuerdo a sus propias creencias y sistemas de valores? Una mirada desde la antropología social se hace necesaria para intentar dar respuesta a esta interrogante.

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y esto puede comprometer su potencial de crecimiento económico. El embarazo en

adolescentes es más frecuente en los quintiles más bajos. Pobreza y exclusión predisponen a embarazos y los embarazos perpetúan una condición pre-existente.

Dentro de los hallazgos en la investigación de los autores cabe resaltar que el grupo de edad comprendido entre 16 y 19 años resultó ser el predominante entre las adolescentes embarazadas. Este dato pudiera considerarse halagüeño toda vez que en estudios nacionales previos el grupo menor de 16 años presentaba tasas muy similares al grupo de mayor edad.

Otro dato proveniente de la investigación de los autores, que también se pudiera considerar como positivo, es el hecho de que el 79% de las entrevistadas refirió que deseaba continuar estudiando después de su embarazo. Se ha manejado la hipótesis de que el embarazo en las mujeres jóvenes cercena su proyecto de estudios.

A pesar de que el embarazo en adolescentes ha sido objeto de suficientes investigaciones en sentido general, hay aspectos particulares vinculados a él que aún no han sido investigados lo suficiente en nuestro país. Tal es el caso de la vinculación directa entre este fenómeno y las uniones tempranas. También se hace necesario profundizar en las razones para que las adolescentes dominicanas, en una proporción tan elevada, elijan la maternidad temprana como proyecto de vida.

En el embarazo en adolescentes subyacen fuertes cuestiones de género, propios de una fuerte cultura patriarcal y sexista, patrones de masculinidad hegemónica, que asigna socialmente (con la aceptación del imaginario popular), roles estereotipados de género a las mujeres. Roles de objeto sexual, de sublimación de la maternidad como requisito para la razón misma de ser de las mujeres, roles de sumisión ante los deseos incontrolables de los

hombres incluso sobre los propios cuerpos de las mujeres y sobre sus decisiones en materia de sexualidad y reproducción.

Hay un dilema ético también cuando el estado intenta afrontar este fenómeno sin dar respuesta a causas raíces bien profundas que predisponen a este fenómeno como son la pobreza, educación deficiente, falta de oportunidades, brechas sociales en sentido general, que dejan a los más jóvenes sin alternativas más asertivas para su futuro. No es posible enfrentar el embarazo en adolescentes sin enfrentar la pobreza, sin abordar las cuestiones de derechos sexuales y derechos reproductivos con determinación, y sin un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género.

4.4 Recomendaciones

El Estado debe formular una respuesta nacional al embarazo en adolescentes tomando y para ello debe tomar en cuenta las recomendaciones que detallamos a continuación.

Elaborar, ejecutar y cumplir políticas públicas y programas basados en datos científicos demostrados con evidencia.

Tomar en cuenta el costo social y económico del fenómeno del embarazo en adolescentes para el estado y para las familias y hacer análisis de costo-efectividad de las intervenciones propuestas.

Evaluar el impacto y la efectividad del Plan Nacional de Reducción de embarazos en Adolescentes 2011-2016 así como de los principales programas y proyectos nacionales que se han ejecutado para tener lecciones aprendidas y buenas prácticas y desechar lo que la evidencia demuestre sea ineficaz o de poco valor.

Tomar en cuenta que los embarazos en adolescentes pueden ser deseados y planificados o no deseados y no planificados por lo tanto las propuestas de intervención deben ser diferenciadas.

Tomar en cuenta la secuencia inicio temprano de relaciones sexuales, uniones tempranas y embarazo en adolescentes como fenómeno de causa-efecto en el proceso de planificación y diseño de intervenciones que busquen disminuir el último fenómeno.

Hacer mayor énfasis en la reducción de las uniones tempranas como factor de riesgo, precipitante, favorecedor, del embarazo en adolescentes y de hecho de mayor frecuencia que este último.

Los sectores involucrados en el tema tienen diferente peso específico y su participación debe ser proporcional a su nivel de interés. Hay muchos interesados envueltos, pero los de mayor peso deben tener mayor nivel de responsabilidad y la contundencia de sus acciones debe ser mayor. Por otro lado, hay sectores, como ministerios de deportes y recreación, el de cultura y el de juventud, y el sector justicia, que han tenido escasa o nula participación en la respuesta al fenómeno y deben estar más involucrados.

Tomar en cuenta las diferentes intensidades, duración y alcance de las intervenciones que se propongan. Así mismo formular intervenciones diferenciadas para varones y mujeres y por grupos de edad.

Propiciar mayor visibilización de la responsabilidad del hombre no solo en el fenómeno del embarazo en adolescentes, sino en todas las cuestiones de salud sexual y salud reproductiva, y por tanto más intervenciones y de mayor peso dirigidas a la masculinidad.

Visibilizar más el acoso, sobre todo en sus formas más sutiles y menos obvias, violencia sexual, y construcciones sociales de género que normalizan estos fenómenos y que son favorecedores del inicio temprano de las relaciones sexuales, las uniones tempranas y el embarazo en adolescentes.

Poner más énfasis en los aspectos de comunicación social y en la participación de los medios de comunicación.

Garantizar la especialización y protección de fondos en el presupuesto nacional para las intervenciones en todas las instituciones involucradas.

Recolectar, analizar y difundir información oportuna y adecuada como herramientas indispensables para establecer prioridades en la elaboración de políticas públicas y evaluación de programas e intervenciones.

Se necesitan más investigaciones nacionales sobre embarazos deseados, uniones tempranas, deseos de paternidad y de unión con menores del hombre dominicano, aspectos sociales, antropológicos y culturales del fenómeno, diferencias entre estratos sociales, paternidad en adolescentes, así como también en lo referente a idealización de la maternidad, validación social de la adolescente que se hace madre, deseos de emancipación de las niñas y adolescentes dominicanas y el impacto de la satanización de las relaciones sexuales de las adolescentes que viven con sus padres.

Se necesitan más investigaciones sobre la cuantificación de la paternidad adolescente y sus perfiles de edad, escolaridad, estrato social, entre otros.

Propuesta de lineamientos para el diseño de un plan de prevención de embarazos en adolescentes

Luego de haber hecho una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre el embarazo en adolescentes y de realizar una investigación en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia sobre este tema, la tercera parte de este proyecto de tesis consiste en hacer una propuesta de lineamientos para la elaboración de lo que debería contener una respuesta nacional al fenómeno.

Esta propuesta pudiera ser un insumo para el equipo que está conformando el gobierno dominicano y que tendrá la responsabilidad de formular la respuesta del estado al fenómeno del embarazo en adolescentes.

Para la formulación de esta propuesta se usaron herramientas de gestión de proyectos. El proceso inició con dos metodologías de preparación de proyectos que son el análisis de involucrados y la construcción de un árbol de problemas, ambos procesos mediante lluvia de ideas por parte de los autores.

Para el análisis de involucrados se elaboró una lista, que aunque es amplia, intersectorial, y bastante abarcadora de instituciones vinculadas en mayor o menor grado al tema, pudiera ser ampliada aún más. Los interesados fueron agrupados en instituciones del gobierno central, instituciones descentralizadas, beneficiarios, ONG que trabajan el tema, organismos internacionales, justicia y grupos religiosos.

El proceso de construcción del árbol de problemas se inició con el árbol de efectos, analizando cuales son los efectos más potentes y visibles de la problemática y construyéndolo desde abajo hacia arriba, teniendo en la parte inferior el problema en

estudio (embarazo en adolescentes), en la parte media las consecuencias una tras otra (usando la técnica los cinco por qué) hasta culminar en la parte superior con la consecuencia ultima o lo que sería el "macro-problema", o la máxima repercusión.

Luego se continuó con el árbol de causas y para ello se colocó esta vez el problema en la parte superior, y de abajo hacia arriba también mediante los cinco por qué, se fueron identificando causas raíces en orden secuencial. Luego se colocaron ambos árboles uno encima del otro, el de causas debajo y el de efectos arriba, para construir el árbol del problema. Esto permite en una mirada rápida, en una sola figura, un panorama bastante claro, explicativo de lo que se está analizando.

Finalmente, en la parte más inferior del árbol de problemas, se construyó el árbol de objetivos, que no es más que ir dándole respuesta, una por una, a las "ramas" identificadas en el árbol de problemas lo que se convierte automáticamente en los objetivos (lo que se propone hacer para solucionar el problema) y las acciones necesarias para lograrlos.

Con todo este proceso culminado se elaboró una lista con los lineamientos estratégicos y acciones claves.

Posteriormente elaboramos un plan de gestión de riesgos y un análisis financiero sobre la pertinencia o no de invertir en una intervención para enfrentar el fenómeno del embarazo en adolescentes.

Árbol de efectos

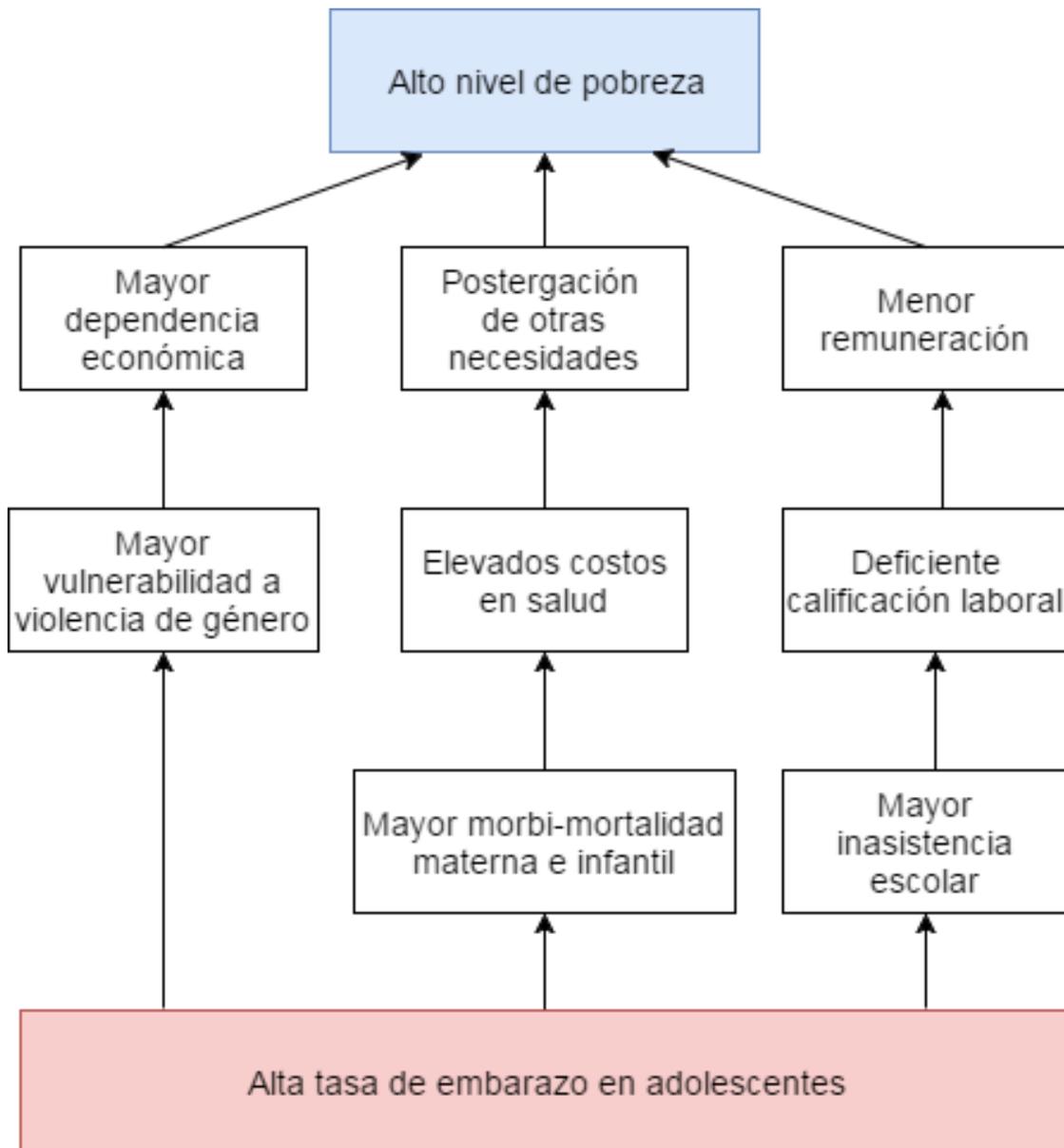


Figura 1 Árbol de efectos (Elaboración propia)

Árbol de causas

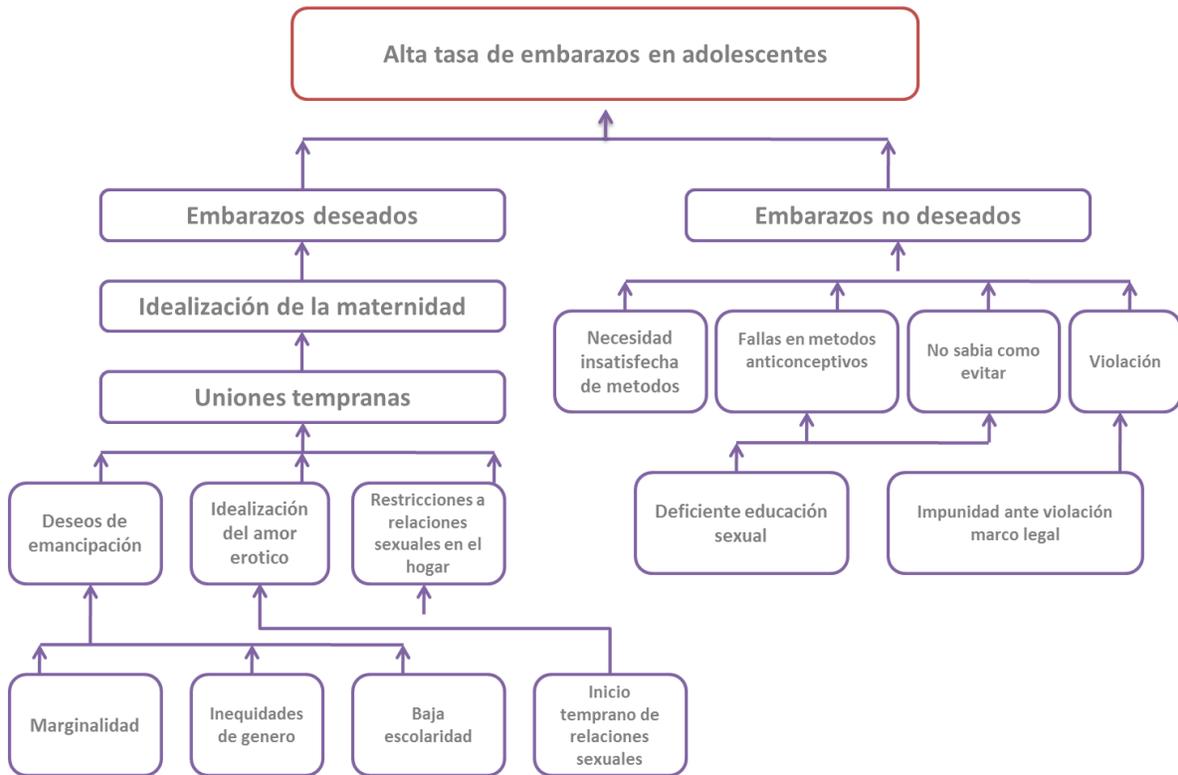


Figura 2 Árbol de causas (Elaboración propia)

Árbol del problema

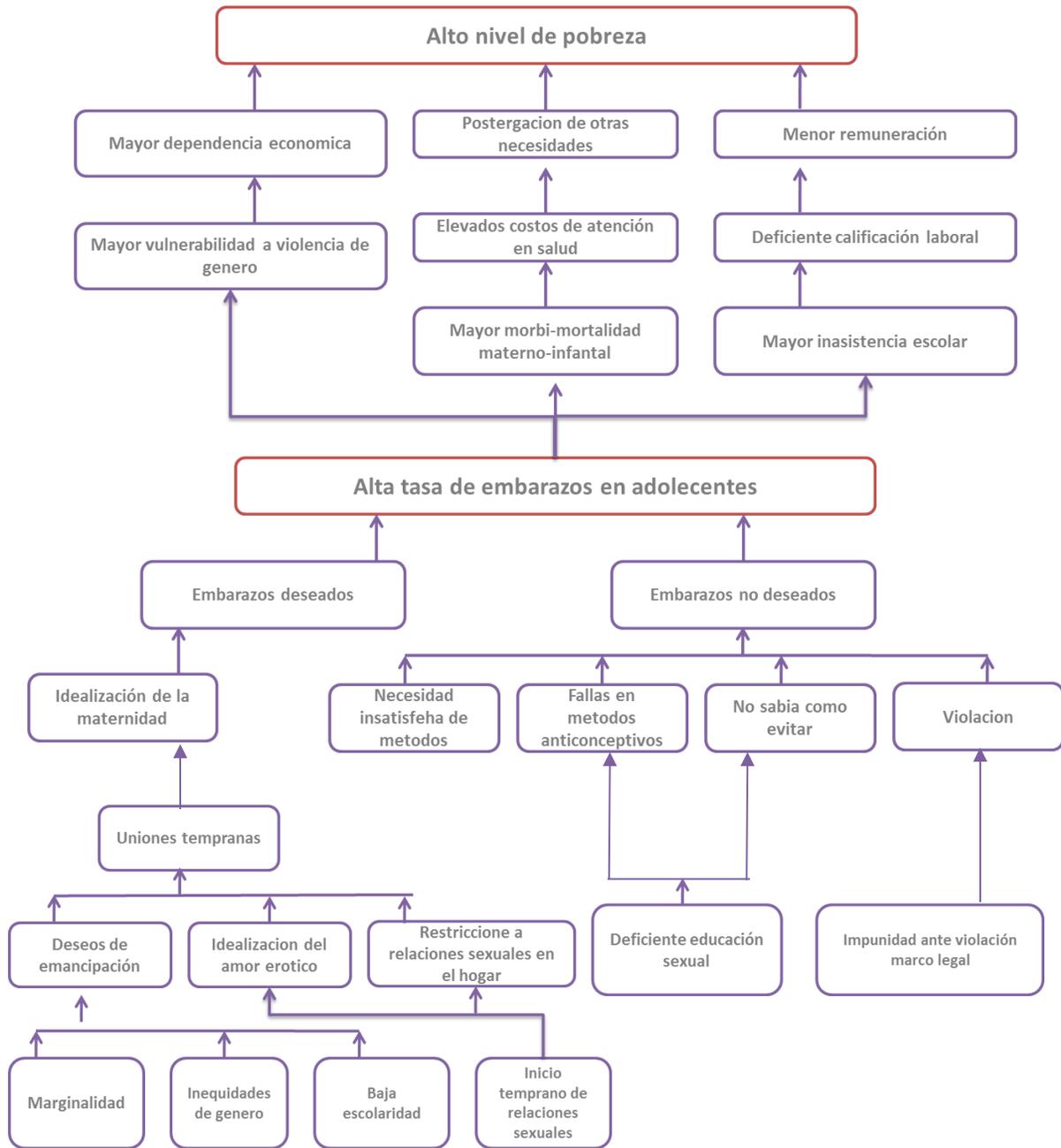


Figura 3 Árbol del problema (Elaboración propia)

Árbol de objetivos

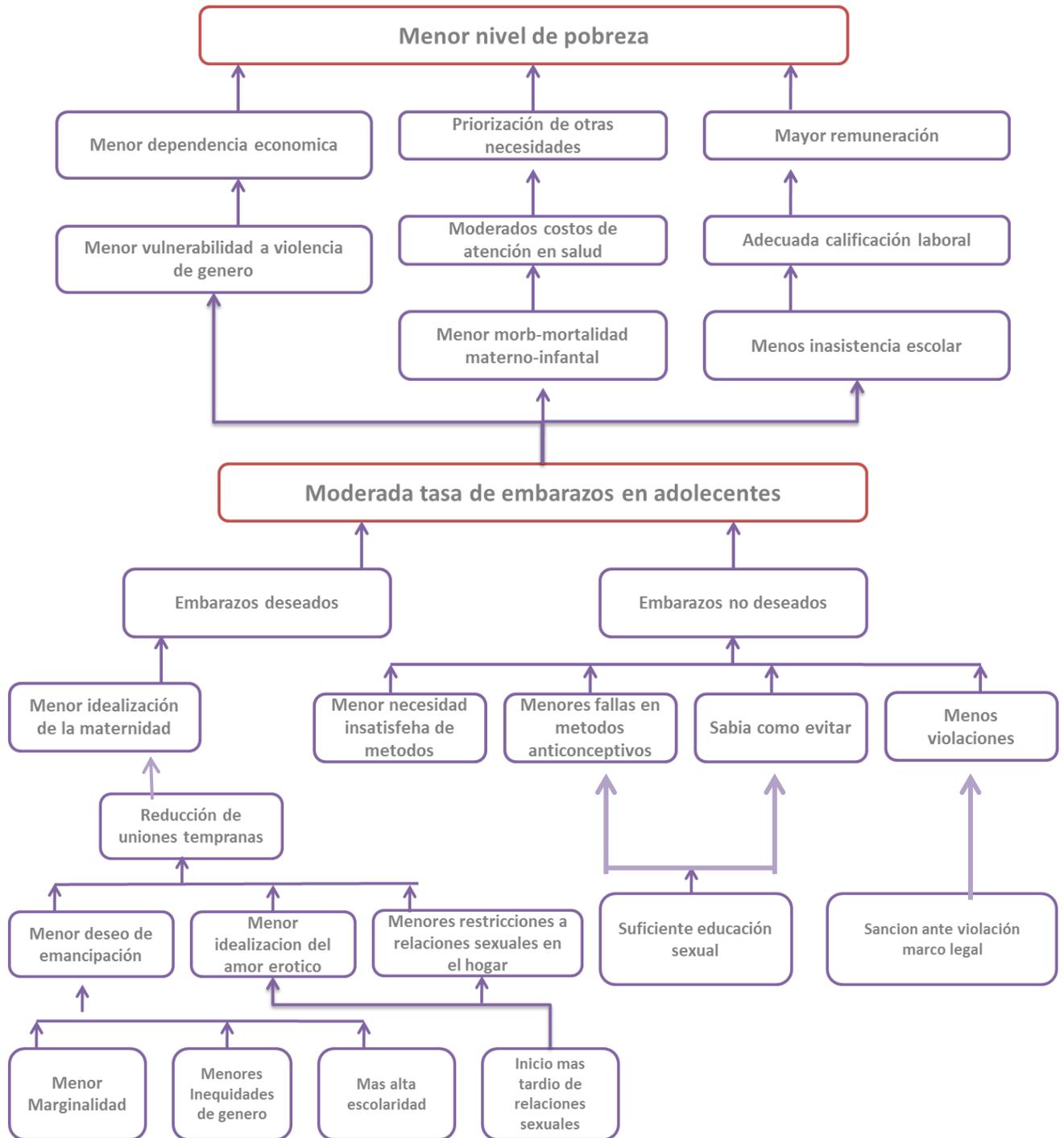


Figura 4 Árbol de objetivos (Elaboración propia)

Definición de acciones

Una vez completados el árbol de problemas y el árbol de objetivos, el siguiente paso fue identificar cuales pudieran ser algunas posible acciones necesarias para la solución del problema planteado, empezando también desde el nivel inferior del árbol hacia el nivel superior. Las agrupamos en 10 lineamientos estratégicos.

Lineamiento 1: ámbito legal

- Aumentar la edad del matrimonio a 18 años para varones y mujeres.
- Empoderar a las niñas para oponerse a relaciones sexuales bajo coacción.
- Influir en normas sociales que normalizan la coacción de hombres sobre niñas para las relaciones sexuales.
- Perseguir de manera activa la coacción sexual.
- Reducir el desconocimiento que tiene la sociedad sobre la ilegalidad de la coacción para las relaciones sexuales.
- Reducir el desconocimiento y la falta de sensibilidad que tienen las autoridades incluyendo policiales y judiciales sobre la ilegalidad de la coacción para las relaciones sexuales.
- Rendir cuentas sobre el monitoreo y cumplimiento de las leyes que castigan la coacción hacia las adolescentes.
- Implementar subsidios e incentivos económicos a las niñas y sus familias para retrasar las uniones tempranas.

Lineamiento 2: ámbito de patrones culturales

- Influir sobre normas culturales que normalizan las uniones tempranas.
- Difundir evidencia sobre la relación entre uniones tempranas y perpetuación del ciclo de pobreza y menor educación.
- Difundir evidencia sobre la relación entre uniones tempranas y resultados reproductivos adversos.
- Empoderar a las niñas en habilidades para la vida.
- Influir sobre normas sociales que idealizan la maternidad.
- Contribuir a contrarrestar la presión social y de grupo que predisponen a la actividad sexual precoz y sin protección.
- Contribuir a la desmitificación de las relaciones sexuales pre-matrimoniales como causa de exclusión del hogar.
- Fortalecer los programas que trabajan la masculinidad desde etapas de la niñez temprana y por ciclos de vida.

Lineamiento 3: ámbito de la educación

- Aumentar la cobertura de educación inicial temprana.
- Aumentar la permanencia en la escuela de las niñas.
- Implementar amplios programas de educación sexual desde la niñez temprana.
- Vincular los programas de educación sexual a servicios de consejería y anticoncepción.
- Mejorar las capacidades de los docentes en temas de derechos sexuales, derechos reproductivos, educación integral en sexualidad.

- Fomentar formación de profesionales en el área de atención integral a la adolescencia.

Lineamiento 4: ámbito de actividades extra-curriculares

- Aumentar la oferta de actividades extra-curriculares para niños y niñas.
- Aumentar la oferta de actividades deportivas y lúdicas para la población de niños niñas y adolescentes.
- Aumentar la oferta de oportunidades de formación artística para niños niñas y adolescentes.
- Aumentar las oportunidades de incentivos por práctica de deportes o actividades artísticas.
- Aumentar la oferta de capacitación en carreras técnicas.

Lineamiento 5: ámbito de políticas de juventud

- Fortalecer políticas públicas en favor de la juventud.
- Fortalecer programas de prevención de consumo de drogas y conductas de riesgo, cultura de paz, manejo de conflictos.
- Fortalecer programas de reinserción social para jóvenes en conflicto con la ley.
- Fortalecer programas de capacitación a jóvenes para oportunidades productivas para la salida gradual de la pobreza.
- Implementar subsidios por permanencia y desempeño escolar.

Lineamiento 6: ámbito laboral

- Aumentar el empleo juvenil.
- Implementar programas de inserción laboral, acceso a micro-créditos, emprendurismo para jóvenes.
- Permitir tratamiento especial al primer empleo con subsidios estatales o exención de impuestos a los empleadores.
- Fomentar el desarrollo de pasantías laborales en las empresas.

Lineamiento 7: ámbito de políticas y programas sobre anticoncepción

- Mejorar el acceso a anticonceptivos para las adolescentes.
- Educar a los y las adolescentes sobre el uso de anticonceptivos.
- Aumentar la cobertura de servicios de salud amigables para adolescentes.
- Aumentar la prevalencia de la anticoncepción post-evento obstétrico inmediato.
- Incidir sobre las normas socialmente establecidas que impiden mayor cobertura de uso de anticonceptivos en adolescentes varones.
- Mejorar las capacidades de los recursos humanos en salud que trabajan con adolescentes.

Lineamiento 8: ámbito de la investigación

- Fomentar la realización de investigaciones nacionales mediante la asignación de fondos especiales para incentivos a la investigación.
- Exigir a universidades un mínimo anual de investigaciones en materia de adolescencia.

Lineamiento 9: ámbito de la comunicación

- Diseñar y divulgar una estrategia de comunicación para incentivar cambios de comportamiento y normas culturales respecto a las uniones tempranas y los embarazos en adolescentes.
- Prohibir en medios de comunicación y publicidad en general, el uso de lenguaje y conducta sexista, violenta, que inciten la perpetuación de la discriminación por cuestiones de género o que fomenten algún tipo de violencia contra las mujeres, así como la perpetuación de los roles de género socialmente asignados.

Lineamiento 10: ámbito de la tecnología

- Aumentar el uso y empoderamiento de las niñas y adolescentes en las TIC como herramienta de desarrollo.
- Promover la inclusión social mediante la reducción de la brecha digital en los niños, niñas y adolescentes mediante uso de las TIC.

ANÁLISIS DE LOS INTERESADOS						
Nombre:	Interés:	Expectativa	Fuerza	Resultante	Posición potencial	Estrategias:
Vicepresidencia de la República	Coordinar Políticas Sociales	5	5	25	Alta	Monitoreo y seguimiento al plan
Ministerio de Educación	Promover educación de la población	5	5	25	Alta	Implementación
Ministerio Salud Pública	Promover salud de la población	5	5	25	Alta	Implementación
Ministerio de la Mujer	Promover políticas de equidad de genero	5	5	25	Alta	Implementación
Ministerio de Trabajo	Promover trabajo digno	5	5	25	Alta	Implementación
Ministerio de la Juventud	Promover políticas para la juventud	5	5	25	Alta	Implementación
Ministerio Economía Planif y Des	Conducir políticas macroeconómicas	5	5	25	Alta	Implementación
Consejo Nacional de la Niñez	Sistema de protección niños niñas y adolescentes	5	5	25	Alta	Implementación
Inst Nac Ate Integral a Prim Infancia	Sistema de protección niños niñas y adolescentes	5	5	25	Alta	Implementación
Procuraduría Gral. de la República	Garantizar derechos	5	5	25	Alta	Implementación
UNICEF	Organismo internacional vinculado al tema	5	5	25	Alta	Apoyo técnico y financiero
UNFPA	Organismo internacional vinculado al tema	5	5	25	Alta	Apoyo técnico y financiero
OPS	Organismo internacional vinculado al tema	5	5	25	Alta	Apoyo técnico y financiero
Consejo Nacional VIH SIDA	Reducir riesgo vulnerabilidad e impacto VIH	5	4	20	Alta	Implementación
PROFAMILIA	ONG vinculada al tema	5	4	20	Alta	Apoyo técnico
Ministerio Deportes y Recreación	Fomentar deporte y sana recreación	4	4	16	Media	Implementación
Ministerio de Cultura	Desarrollar identidad cultural dominicana	4	4	16	Media	Implementación
Plan Internacional	ONG vinculada al tema	5	3	15	Media	Apoyo técnico y financiero
Despacho de la Primera Dama	Apoyar iniciativas del gobierno	3	4	12	Media	Implementación
Ministerio Educación Superior	Fomentar competitividad económica	3	4	12	Media	Implementación
Visión Mundial Rep. Dom.	ONG vinculada al tema	4	3	12	Media	Apoyo técnico y financiero
Iglesias o grupos religiosos	Velar por espiritualidad de la población	-2	4	-8	Indiferente	Opositores parciales
Niños, niñas y adolescentes	Beneficiarios	3	2	6	Baja	Beneficiarios
Padres, madres, familias	Beneficiarios	3	2	6	Baja	Beneficiarios

Tabla 1: Análisis de los interesados (Elaboración propia)

Mapa de interesados

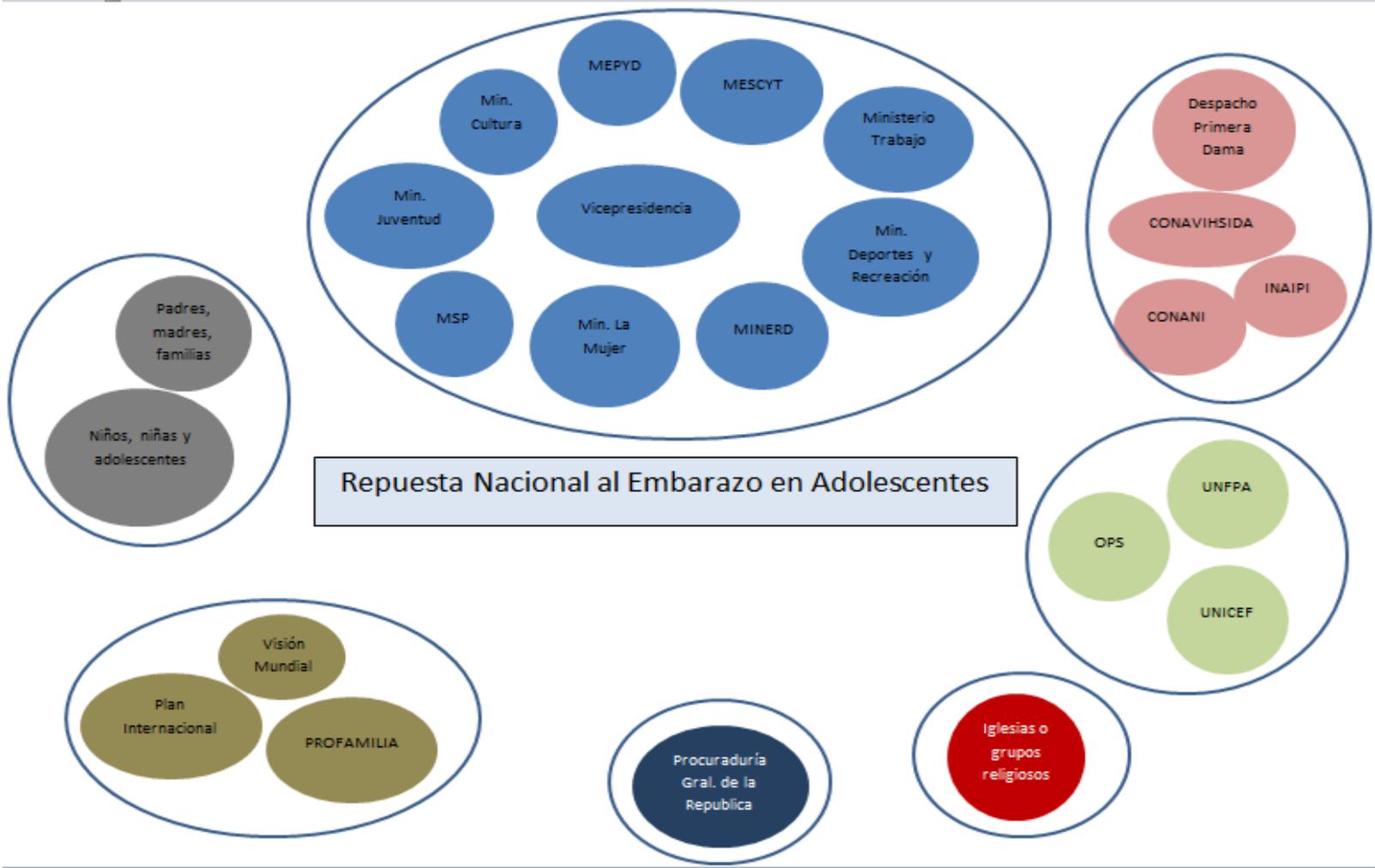


Figura 5. Mapa de interesados (Elaboración propia)

Gestión de riesgos

Este fue un ejercicio de identificación de posibles riesgos, que pudiera tener la respuesta nacional a embarazo en adolescentes, y aunque no se han identificado todos, si son los que se consideraron los más ilustrativos. Por supuesto, los responsables de formular la respuesta nacional tienen aquí un punto de partida para un ejercicio más amplio y abarcador.

Los estados son responsables de la respuesta a problemas o fenómenos sociales como este. La falta de confianza de la población en el gobierno es más que entendible y justificada. El temor del gobierno de que el pueblo no colabore como beneficiario también está justificado. Si a esto se le suman riesgos de desastres naturales, que pudieran hacer que el gasto del gobierno se reoriente, lesionando el presupuesto de la respuesta nacional, el panorama pudiera parecer desalentador.

Sin embargo, cuando se utilizan herramientas técnicas como el análisis de riesgo y aquellas para reducir el posible impacto de los mismos, las posibilidades de impacto negativo aunque no desaparecen por completo, pueden ser de menos efectos negativos

Para la realización del análisis de riesgo se utilizó el método de lluvia de ideas. Con esta metodología se pueden extraer las soluciones más precisas para enfrentar los diferentes riesgos que pudieran presentarse, usando las herramientas de respuestas generalmente utilizadas en la gestión de proyectos, tales como evitar, transferir, mitigar, etc.

Las lecciones aprendidas del Plan Nacional de Reducción de Embarazos en Adolescentes 2011-2016 fueron de gran utilidad para este ejercicio de identificación de riesgos.

Los riesgos fueron clasificados en cuatro categorías: socio-políticos, macroeconómicos, operativos y de fuerza mayor. Al hacer la desagregación de estas categorías, la mayoría de los riesgos que se identificaron corresponden a los socios-políticos.

Las áreas de impacto identificadas fueron tiempo, costo y alcance, y las fases del proyecto (repuesta nacional) inicio, ejecución y control.

Se elaboraron el análisis de los riesgos, estructura de desglose de los riesgos, la matriz de probabilidad de impacto de los riesgos, el plan de acción para reducir riesgos y el árbol de decisiones.

Análisis de riesgos

Se agruparon las causas potenciales de riesgo para el proyecto por categorías.

Socio-políticos:

-Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones gubernamentales.

-Cambios de gobierno que no garanticen compromiso del estado.

-Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por parte de instituciones del estado.

-Desacuerdos entre actores o partes interesadas.

-Falta de estructuras y marcos legales sólidos, o incumplimiento de los existentes, que garanticen el cumplimiento del estado.

-Falta de transparencia.

Macroeconómicos:

-Inestabilidad del sistema financiero nacional.

-Inestabilidad en las tasas de cambio.

Operativos:

-Aumento de los costos operativos.

-Tardanza en la erogación de recursos por parte del estado.

Fuerza mayor:

-Desastres naturales (ciclones, terremotos, epidemias, etc) que obliguen a reorientar el gasto público.

Estructura de desglose de riesgos (RBS)

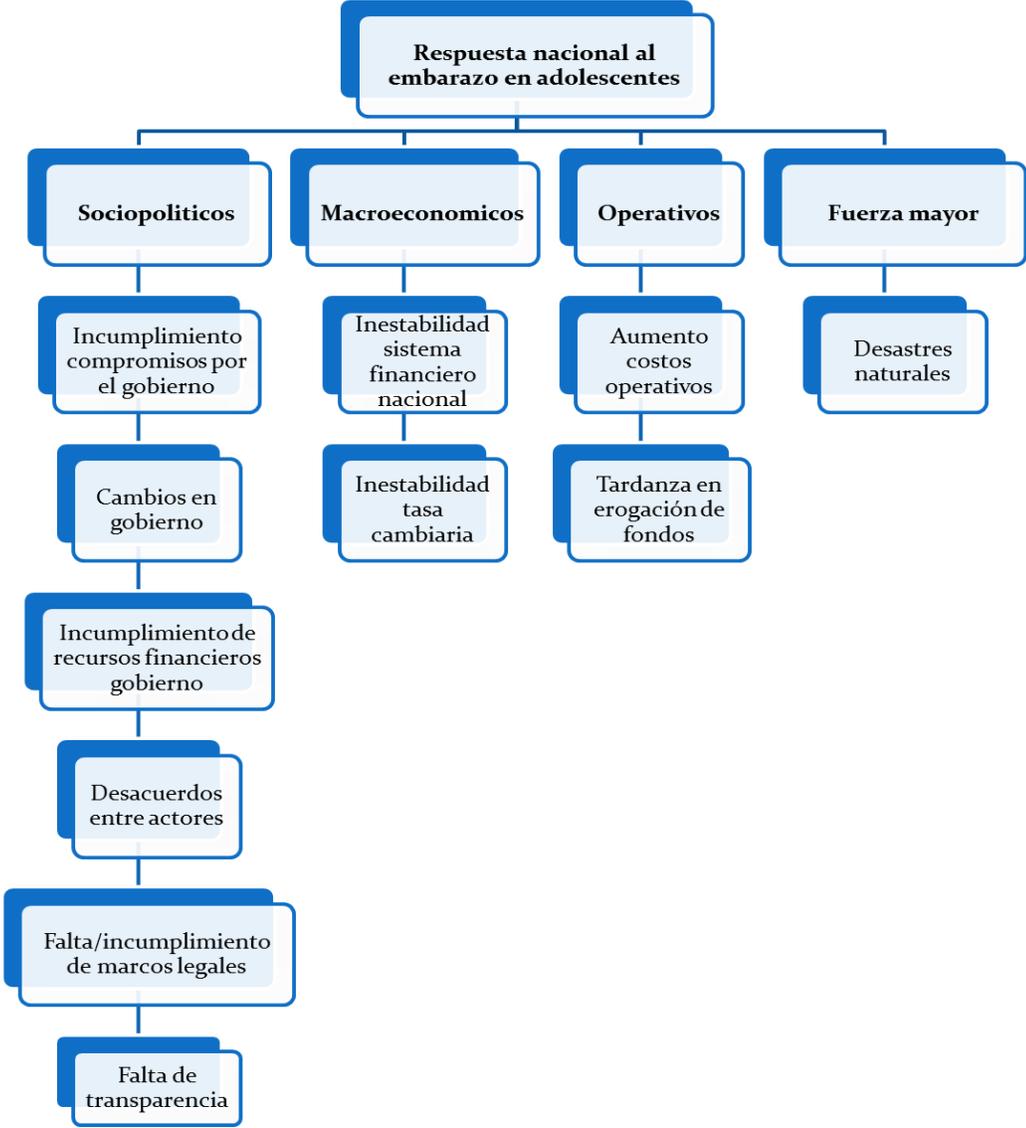


Figura 6. Estructura de desgloce de riesgos

Probabilidad de impacto de los riesgos

		Análisis Cualitativo								
Evento de Riesgo /Oportunidad	Área de Impacto	Probabilidad	Impacto	Matriz de Ubicación						
Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones gubernamentales	Tiempo	Moderada	Alto	Probabilidad	MA					
					A					
	M							X		
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Costo	Impacto									
Cambios de gobierno que no garanticen compromiso del estado	Tiempo	Moderada	Alto	Probabilidad	MA					
					A					
	M							X		
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Costo	Impacto									
Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por parte de instituciones del estado	Costo	Alta	Alto	Probabilidad	MA					
					A				X	
	M									
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Tiempo	Impacto									
Falta/incumplimiento de estructuras y marcos legales que garanticen cumplimiento del estado	Costo	Baja	Alto	Probabilidad	MA					
					A					
	M									
	B							X		
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Alcance	Impacto									
Falta de transparencia	Alcance	Moderada	Moderado	Probabilidad	MA					
					A					
	M						X			
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Costo	Impacto									
Inestabilidad del sistema financiero nacional	Costo	Moderada	Alto	Probabilidad	MA					
					A					
	M							X		
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Tiempo	Impacto									

Inestabilidad en las tasas de cambio	Costo	Alta	Alto	Probabilidad	MA					
					A				X	
	M									
	B									
	MB									
					MB	B	M	A	MA	
Impacto										
Aumento de los costos operativos	Alcance	Moderada	Moderado	Probabilidad	MA					
					A					
	M						X			
	B									
	MB									
	Costo				MB	B	M	A	MA	
Impacto										
Tardanza en la erogación de recursos por parte del estado	Costo	Moderada	Alto	Probabilidad	MA					
					A					
	M							X		
	B									
	MB									
	Calidad				MB	B	M	A	MA	
Impacto										
Desastres naturales	Costo	Alta	Alto	Probabilidad	MA					
					A				X	
	M									
	B							X		
	MB									
	Alcance				MB	B	M	A	MA	
Impacto										

Tabla 2. Probabilidad de impacto de los riesgos (Elaboración propia)

PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR POSIBLES RIESGOS					
Vulnerabilidad o Riesgo Identificado (Problema)	Acciones para reducir vulnerabilidades	Detalle de las Acciones			
		¿Quién lo va a hacer?	¿Cuándo se va a hacer?	¿Cómo se va a hacer?	¿Qué se va a necesitar?
Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones gubernamentales	Involucrar a todos los interesados (gobierno actual, congreso, políticos, etc.)	Gabinete Coordinación Políticas Sociales	Durante la formulación de la respuesta nacional	Mediante la convocatoria a una mesa o comité intersectorial	Un acuerdo de compromiso nacional por parte de las instituciones del gobierno
Cambios de gobierno que no garanticen compromiso del estado	Hacer un acuerdo político a largo alcance	Presidente de la República	Durante la formulación de la respuesta nacional	Mediante convocatoria de las fuerzas políticas, empresariado, sociedad civil, etc. A un dialogo nacional sobre el tema	Un acuerdo de nación entre todas las fuerzas políticas a 30 años para honrar los compromisos
Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por parte de instituciones del estado	Especializar fondos en el presupuesto nacional en cada una de las instituciones públicas involucradas	Dirección General de Presupuesto	Durante la formulación de la respuesta nacional	Enviando costeos por institución a la Dirección General de Presupuesto	Partidas presupuestarias protegidas
Desacuerdos entre actores o partes interesadas	Crear un comité técnico intersectorial	Comité técnico intersectorial	Durante la formulación de la respuesta nacional	Mediante un proceso de talleres para la elaboración del documento con la respuesta nacional	Documento contentivo de la respuesta nacional consensuada
Falta o incumplimiento de marcos legales que garanticen el cumplimiento del estado	Mantener vigilancia sobre indicadores de aspectos legales	Comité técnico intersectorial	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Creando un comité nacional de veeduría a la repuesta nacional	Mecanismo de rendición de cuentas

Falta de transparencia	Fortaleciendo oficinas de acceso a información pública	Por decreto presidencial	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Creando un comité nacional de veeduría a la respuesta nacional	Mecanismo de rendición de cuentas
Inestabilidad del sistema financiero nacional	Mantener vigilancia sobre indicadores macroeconómicos	Ministerio Economía Planificación y Desarrollo	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Análisis de situación financiera nacional	Informe periódico sobre situación financiera nacional y sus posibles repercusiones
Inestabilidad en las tasas de cambio	Mantener vigilancia sobre comportamiento tasas de cambio	Ministerio Economía Planificación y Desarrollo	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Análisis de tendencias en las tasas de cambio	Informes sobre tasas de cambio del Banco Central
Aumento de los costos operativos	Mantener vigilancia sobre índices de inflación	Ministerio Economía Planificación y Desarrollo	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Contemplando en los presupuestos una indexación por inflación	Presupuestos que contemplen indexación por inflación
Tardanza en la erogación de recursos por parte del estado	Garantizar cumplimiento decreto 15-17	Dirección General de Presupuesto	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Creando un comité nacional de veeduría a la respuesta nacional	Mecanismo de rendición de cuentas
Desastres naturales (ciclones, terremotos, epidemias, etc.) que obliguen a reorientar el gasto público	Proteger fondos en el presupuesto nacional en cada una de las instituciones públicas involucradas	Dirección General de Presupuesto	Durante todas las fases de la respuesta nacional	Enviando costeos por institución a la Dirección General de Presupuesto	Partidas presupuestarias protegidas

Tabla 3. Plan de acción para reducir posibles riesgos (Elaboración propia)

Árbol de decisiones

Se presenta un ejercicio financiero sobre invertir o no invertir en una respuesta nacional al embarazo en adolescentes. Para ello se plantean dos escenarios.

En el escenario 1, para “invertir” se usó el costeo del plan nacional de embarazos en adolescentes 2011-2016 que fue de RD\$388,563.04 para un periodo de cinco años, y simplemente se extrapoló ese costo a 30 años, que es el periodo que los autores recomiendan para el diseño de la respuesta nacional, sin calcular ajustes por inflación.

Para “no invertir” se hizo a partir de los costos directos estimados por servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes calculado anualmente, según el estudio “costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana” Lizardo (nov, 2013) que fue de RD\$2,103.3 millones de peso por año, y de RD\$ 728.7 millones de pesos por año como gastos de bolsillo de las familias por servicios de salud para adolescentes. Simplemente se extrapolaron estas estimaciones a 30 años, que es el periodo que recomiendan los autores para el diseño de la respuesta nacional, sin calcular ajustes por inflación. En el siguiente grafico se plantea el escenario 1.

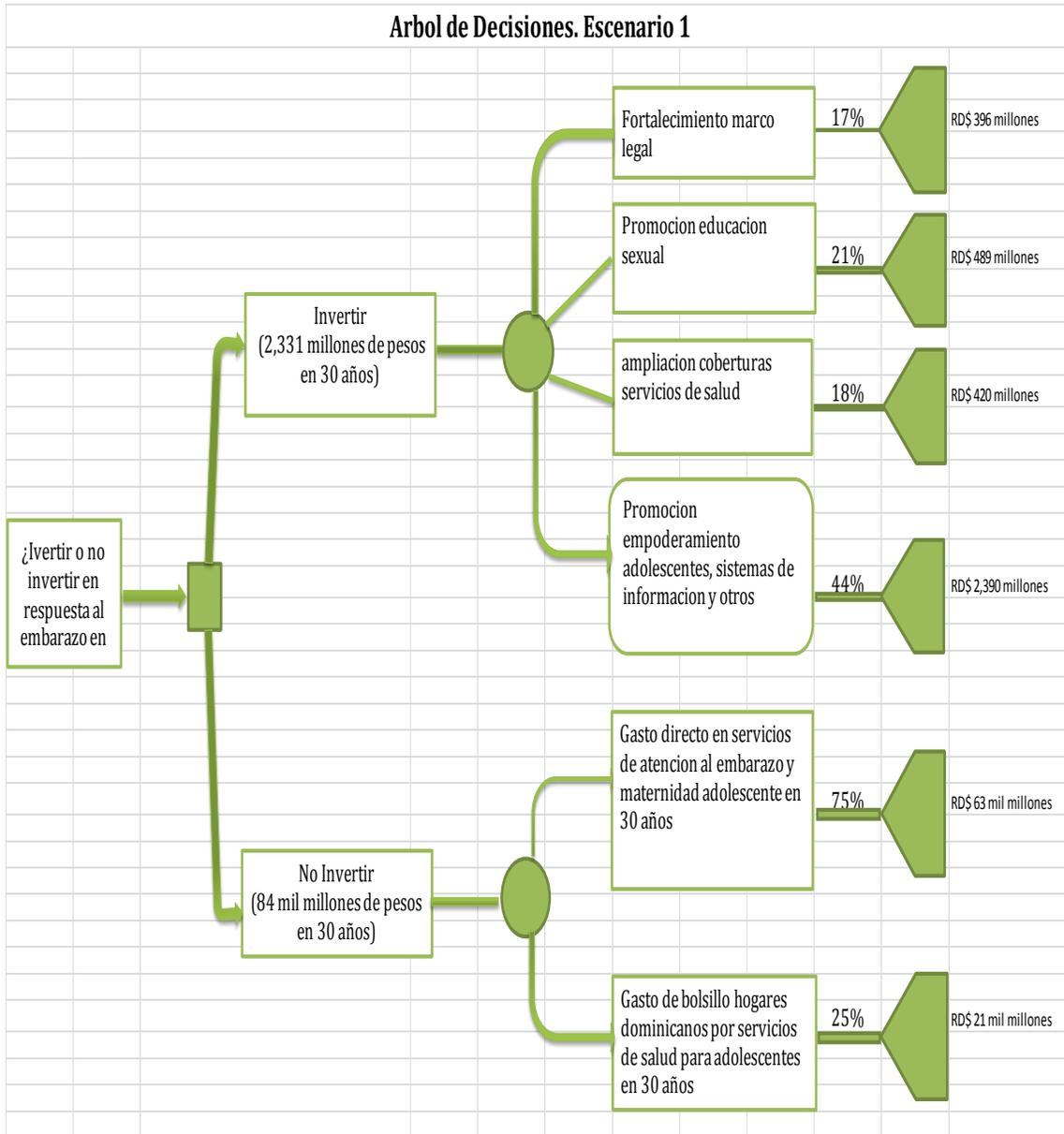


Figura 7. Árbol de decisiones escenario 1, (Elaboración propia)

En el escenario 2, para invertir se usaron los datos del estudio “Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents” (Sheedan, Abr, 19, 2017). En este análisis se plantea que una inversión de US\$5.2 (cinco dólares con veinte centavos) (RD\$247.00 pesos a una tasa de 47.50) por habitante por año ahorra 12.5 millones de vidas y evita 30 millones de embarazos no deseados en el mundo y una inversión de US\$3.8 (tres dólares con ochenta centavos) (RD\$180.00 pesos a la misma tasa) por habitante por año reduce el matrimonio infantil y genera beneficios por seis veces los costos.

Según estas estimaciones, una inversión total de RD\$427.00 por habitante por año produciría los beneficios descritos en el párrafo anterior. Si se utiliza el dato de 10 millones de habitantes en la República Dominicana, la inversión en la respuesta nacional sería de RD\$128,000 millones de pesos en 30 años, lo que generaría vidas salvadas, reducción de embarazos no deseados y beneficios económicos 6 veces la inversión, es decir, RD\$768,000 millones de pesos.

Para “no invertir” se usaron los mismos datos del estudio de Lizardo.

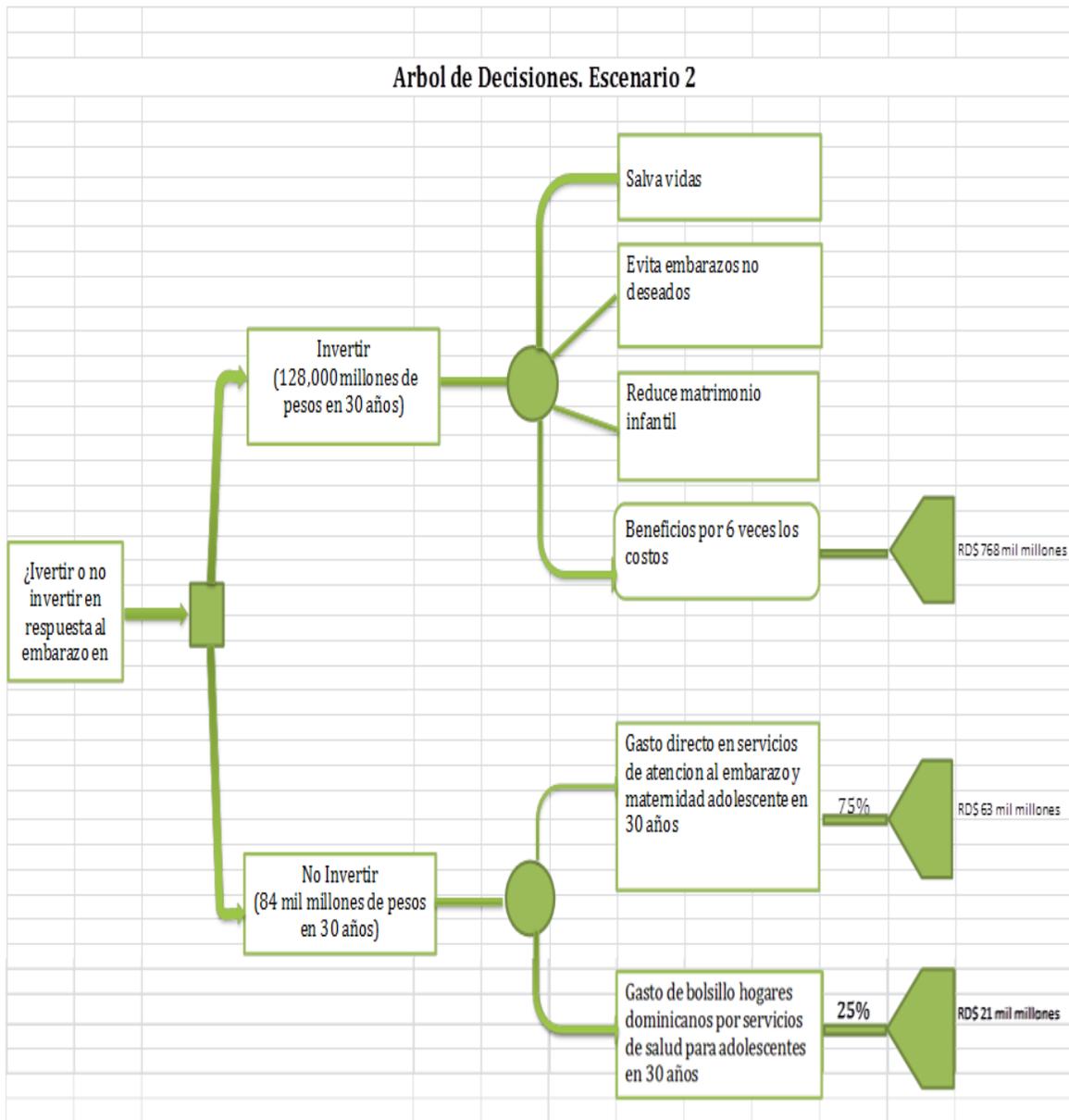


Figura 8. *Árbol de decisiones escenario 2 (Elaboración propia)*

En el escenario 1, si el Estado dominicano no invierte en una respuesta nacional al embarazo en adolescentes, continuaría como hasta ahora, gastando RD\$2,832 millones de pesos por año, que son los costos totales para el estado y como gasto de bolsillo de las familias en la atención al embarazo y maternidad en la población adolescente del país. Esto significa un gasto de RD\$84 mil millones de pesos para los próximos 30 años. Si por el contrario decide hacer una inversión de RD\$2,331 millones de pesos para el mismo periodo de 30 años, contribuiría a la reducción del fenómeno y significaría un ahorro por encima de RD\$81,000 millones de pesos en las próximas tres décadas. Está claro que la prevención es mucho más económica que la atención.

En el escenario 2, la decisión del estado de no invertir, por igual significaría un gasto de RD\$84 mil millones de pesos para los próximos 30 años. En este escenario planteamos una inversión mayor que en el escenario 1, de RD\$ 128 mil millones, que de todos modos significaría beneficios por 6 veces lo invertido.

En cualquiera de los dos escenarios planteados se visualiza claramente el beneficio de que el Estado dominicano invierta en una respuesta nacional al embarazo en adolescentes.

Supuestos claves

Un supuesto es un dato asumido como cierto a efectos de la planificación de un proyecto. Son condiciones que necesariamente tienen que darse para el éxito del mismo. Es preciso identificarlo y expresarlo claramente en la documentación de inicio del proyecto para que todo los involucrados los conozcan de antemano.

Para la respuesta nacional al embarazo en adolescentes sea identificado los siguientes supuestos claves:

-El gobierno dominicano comprende la verdadera magnitud del fenómeno y su impacto.

-El gobierno dominicano comprende que hay intervenciones basadas en evidencia que pueden contrarrestar el fenómeno.

-Existe presupuesto para invertir en una respuesta nacional.

-Existen fondos disponibles tanto en organismos de cooperación como en organismos internacionales que pueden destinarse a la respuesta nacional.

Restricciones

Según la OCIO (Office Of the Chief Information Officer Washington State), las restricciones son aquellos elementos que restringen, limitan o regulan el proyecto. Es una condición, circunstancia o evento limitante, que establece límites al proceso del proyecto y su resultado esperado.

Para la respuesta nacional al embarazo en adolescentes se identificó la siguiente restricción:

El gobierno dominicano debe garantizar todos los recursos económicos, políticos, de recursos humanos para que la respuesta nacional sea exitosa.

Bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Acento (Abr, 20, 2017) Campaña #18NoMenos exige elevar la edad mínima para casarse o unirse en República Dominicana. Recuperado de <http://acento.com.do/2017/actualidad/8450784-campana-18nomenos-exige-elevar-la-edad-minima-casarse-unirse-República-dominicana/>
- Alison MF, Brocker JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 27 (332): 1113-7.)
- Atienzo, E. (Julio, 2016). *Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas*. Lima: Rev Med Herediana 27 (3)
- Dulanto, E. El Adolescente. México. Asociación mexicana de Pediatría. Mc Graw-Hill. 1989. P: 522
- Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil Dr. Hugo Mendoza. "Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición? "Profamilia. República Dominicana, Marzo 2011.
- Cáceres, U. et al. (1997). *Madres adolescentes en la República Dominicana 1996: Informe general*. Santo Domingo: Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia, Cáceres; Tejada Holguín; Arregui, M; Castillo G; Quiterio, G: "Madres Adolescentes En República Dominicana. Santo Domingo. Iepd-Profamilia. 1996".
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos-CESDEM (2013), "Encuesta Demográfica y de Salud-2013". República Dominicana.
- Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y Salud en Cifras*. 2008; 6:17-30)
- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia /UNICEF (2007) "Desafíos", Boletín Número 4, enero de 2007. S Chile.
- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL (2008): "Nuevos desafíos con los y la jóvenes de Iberoamérica", Publicación CEPAL, 2008. Santiago, Chile.

- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL (2015). "Fecundidad adolescente en los países desarrollados. Niveles, tendencias y políticas. Mariachiara Di Cesare
- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL. (2016). *Latin American Economic Outlook 2017: Youth, Skills and Entrepreneurship*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40722/LCG2689_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL. 2016. "The social inequality matrix in Latin America." Santo Domingo. November 2016
- Comisión Económica para América Latina/ CEPAL. Notas de Población. No. 101. Santiago de Chile. Julio-diciembre 2015.
- Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Prevención del Embarazo En Adolescentes con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos. Editora Ortega. República Dominicana, Diciembre 2012.
- Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA (2008) "Maternidad y Paternidad en Adolescentes". Editora de Revista, S. A. República Dominicana.
- Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA. Julio 2007. "Informe Estudio Cualitativo Maternidad y Paternidad en la adolescencia". Tahira Vargas, Miguelina Ramírez.
- Despacho de la Primera Dama et al, (2011). *Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: "Hacia una política nacional"*. República Dominicana: Mediabyte, S.R.L
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Eliseo Mejia. Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 46, num. 2 (2000).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales, y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. En: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). *Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño*. Nueva York: UNICEF
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2012. "Análisis de la situación de la infancia y a adolescencia en la República Dominicana 2012".
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2016). 10 *Estado de la población mundial 2016*. Nueva York: Naciones Unidas
- Furstenberg, F. (Noviembre, 2000). *Journal of Marriage and the Family [Revista Profesional sobre el Matrimonio y la Familia]*, Vol. 62, No. 4.
- González, E., Leal, I., Molina, T., Chacón, P. (2013). *Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas*. Obtenido de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400006
- Hernández Sampieri, Roberto. "Metodología de la investigación". 5ta. Edición. Mc Graw Hill. www.FreeLibros.com
- Holguín, Y., Esquivel, C., Sánchez, R., Daraviña, A., Acuña, M. (2013). *Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia*. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo de la Asociación Pro Bienestar de la Familia/ IEPD-PROFAMILIA (1997) "Madres Adolescentes en la República Dominicana". Una publicación del IEPD. Santo Domingo, República Dominicana.
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Metodología del marco lógico. 2004
- Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). "Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana". Jeffrey Lizardo y col. Noviembre 2013.
- Jolly MC, Sebire N, Harris J. Obstetrics risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 96: 962-6.

- Lira PJ, Oviedo CH, Simón PLA. (2006). *Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas*. México: Ginecol Obstet Mex; 74 (5).
- Lizardo, J., et al. (Nov, 2013). *Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana*. Santo Domingo: INTEC
- Marcela Lagarde (1994) “Repensar y politizar la maternidad: un reto de fin de milenio” Grupo de Educación Popular con Mujeres. México.
- Marte, O. (abr, 4, 2017). *La oferta de formación laboral para jóvenes respecto a la demanda específica en el sector empleador en la República Dominicana*. Recuperado de: <http://odalisfmarte.blogspot.com/2017/04/la-oferta-de-formacion-laboral-para.html>
- Mendoza-Victorino, Sánchez-Castillo, Hernández-López y Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: *La situación demográfica en México 2010*. México: CONAPO; 2010. p. 25-36)
- Ministerio de Economía y Planificación (2010) “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe Preliminar de Seguimiento” República Dominicana, 2010.
- Ministerio de Educación. “Lineamientos del sistema educativo para la educación afectiva sexual en los centros educativos”. 2014. Versión preliminar.
- Ministerio de la Juventud (2014) *Prevención de embarazos en adolescentes*. Santo Domingo: Ministerio de la Juventud
- Ministerio de Salud Pública (2010) “Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes, 2010-2015”. Editora Omnimedia, República Dominicana.
- Ministerio de Salud Pública (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2013*. Santo Domingo: Centro de Estudios Sociales y Demográficos -CESDEM
- Ministerio de Salud Pública. (2013). “De joven a joven. Guía de apoyo para multiplicadoras y multiplicadores”.
- Moreno, R. M. (2017). “Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas adolescentes y su relación con violencia intrafamiliar del Centro de Salud de Calderón provincia de Pichincha Quito, de septiembre a diciembre del 2011.”

- Naneth et al (2013). *Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales*, Dueñas) obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md134e.pdf>)
- Observatorio de Políticas Sociales para la Inclusión Social y Económica, (2016). *Crisis del empleo juvenil en la República Dominicana*. Santo Domingo: OPSISE
- Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2008). “Madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2010). *IX Censo Nacional de Población y Vivienda-2010*”. República Dominicana.
- Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2014). *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR)*. República Dominicana: ONE
- Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2016). *Perspectivas de la educación media en la República Dominicana*. Santo Domingo: ONE
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ OPS (2009) “Prevalencia y tendencia del embarazo en adolescentes”. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud/ OPS (2014). Manual de familias fuertes. Guía para facilitadores.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE (abr, 3. 2016). *Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes*. Recuperado de: http://www.cochrane.org/CD005215/FERTILREG_interventions-preventing-unintended-pregnancy-among-adolescents
- Otterblad PM, Goldenberg RC. (1997). *Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden*. *Obstet Gynecol*; 89 (3): 451-7.)
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*.

- Pérez, E., Miric, M., y Vargas, T. (2011). *Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición?* Santo Domingo: PROFAMILIA
- Pérez, O. (Sep, 28, 2016). *El 60% de los adolescentes pobres en RD son casadas y han sido abusadas*. Santo Domingo: Diario Libre p.18
- Plan International. "Por Ser Niña: Avances y retos en la implementación del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en la República Dominicana" Julio de 2015, Santo Domingo República Dominicana
- Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes. Comité Técnico Interinstitucional. (2011). República Dominicana.
- Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. República Dominicana. Indiana Barinas, Myrna Flores. Marzo 2011
- Profamilia, UNFPA.2015. "El embarazo en adolescentes en República Dominicana. Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud 1986-2013.
- Ramírez, F. (2017). *Reflexiones sobre políticas públicas de empleo con enfoque en la juventud*. Recuperado de: <https://www.intec.edu.do/prensa/notas-de-prensa/item/expertos-proponen-focalizar-politicas-publicas-para-jovenes-desempleados>
- República Dominicana (2003). Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes/ Ley No.136-03. Santo Domingo, República Dominicana.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2008) "Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial? Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)-División de Población de la CEPAL". Presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008 57
- Secretaria de Estado de la Mujer /SEM y Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ SESPAS (2008) "Salud sexual y reproductiva de adolescentes". 2da edición, Impresos Santilles. República Dominicana.

- Secretaria de Estado de la Mujer. (2002) “Memorias Foro Nacional de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes”. Editora Amigos del Hogar. República Dominicana.
- Secretaria de Estado de la Mujer. (2008) “Guía metodológica para programas y proyectos con enfoque de género”. Editora Impretur, República Dominicana.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2009) “Normas Nacionales de Atención Integral de Adolescentes”. Editora Ortega. República Dominicana.
- Sheedan, P (Abr, 19, 2017). *Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents*. Recuperado de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30872-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30872-3.pdf)
- Silber T., Munist, M., *Manual de Medicina del Adolescente*, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, No 20. Washington, D.C. 1992.
- Sistema Único de Beneficiarios (2012). *Distrito Nacional: Calidad de vida Estudio Socioeconómico de Hogares Modelo de Categorización Optimizado*. Santo Domingo: Editora Amigos del Hogar.
- Solís R: (2004). *Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes*. Arch Med Fam; 6(3):70-3.
- Stern C, Herrera G. (2008). *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México/Population Council.
- Stern C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. México: Rev Salud Pub; 29 (2): 137-43.)
- Szasz I. (2003). *Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres*. En: *Salud reproductiva: temas y debates*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública;
- UNFPA. (2012). *Estado de la población mundial 2012: Sí a la opción, no al azar*. Obtenido de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP2012_Report.pdf
- Valenzuela RE, Casas BL. (2007). *Derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes*. Acta Bioethica. 13 (2)

- Vargas, T. y Ramírez, M. (2007). "*Estudio Cualitativo de Línea de Base. Proyecto de Promoción de Salud Juvenil en República Dominicana*. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- Vargas, T. y Ramírez, M. (2007). *Estudio Cualitativo sobre Maternidad y Paternidad en la Adolescencia*". Santo Domingo: CONAPOFA
- Villanueva A, Pérez FM, Martínez AH, García LE. *Características obstétricas de la adolescente embarazada*. México: Ginecol Obstet Mex 1999; 67: (8): 354-9.)
- Vivo, S., López-Peña, P., Saric, D. (Feb, 2012). *Salud sexual y reproductiva para jóvenes. Revisión de evidencia para la prevención*". Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3305/-Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20para%20J%C3%B3venes%3a%20Revisi%C3%B3n%20de%20evidencia%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20.pdf?sequence=>

Anexos

Anexo 1. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para reducir embarazos en adolescentes. (OMS, 2012)

1 LIMITAR EL MATRIMONIO ANTES DE LOS 18 AÑOS
<p>En los países en desarrollo más del 30% de las niñas se casa antes de cumplir los 18 y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años</p>
<p>El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además, el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza.¹ Las recomendaciones de la OMS para reducir el matrimonio temprano se basan en 21 estudios e informes de proyectos, así como en las conclusiones de un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Afganistán, Bangladesh, Egipto, Etiopía, India, Kenia, Nepal, Senegal y Yemen, entre otros países. En algunos de estos estudios y proyectos el resultado primario fue retrasar la edad de matrimonio. En otros, este resultado fue secundario a la retención escolar, influyendo sobre los conocimientos y actitudes, o cambiando el comportamiento sexual. Los resultados de estos estudios y proyectos avalan la acción a múltiples niveles — a nivel de políticas, individuos, familias y comunidades — para evitar el matrimonio temprano</p>
<p>¿Qué pueden hacer los responsables de políticas? PROHIBIR EL MATRIMONIO TEMPRANO</p> <p>En muchos países la ley no prohíbe el matrimonio antes de los 18 años de edad, y cuando lo hacen, estas leyes no se cumplen. Los responsables de políticas deben aprobar e implementar leyes que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años</p>
<p>¿Qué pueden hacer los individuos, las familias y las comunidades? MANTENER A LAS NIÑAS EN LA ESCUELA</p> <p>En el mundo de hoy hay más niñas asistiendo a la escuela que nunca antes en la historia. La educación de las niñas tiene efectos positivos sobre su salud, la salud de sus hijos y la de sus comunidades. Asimismo, las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a una edad temprana. Lamentablemente, la tasa de matriculación cae abruptamente luego del quinto o sexto año de escolarización.² Los responsables de política pública deben aumentar las oportunidades educativas formales y no formales de las niñas tanto a nivel primario como secundario.</p> <p>INFLUIR SOBRE LAS NORMAS CULTURALES QUE RESPALDAN EL MATRIMONIO TEMPRANO</p> <p>En algunas partes del mundo se espera que las niñas se casen y comiencen a tener hijos en la adolescencia temprana o media, mucho antes de que tengan condiciones físicas y mentales como para hacerlo. Los padres se ven presionados a casar a sus hijas muy jóvenes ya sea por las normas y tradiciones vigentes o debido a dificultades económicas. Los líderes de la comunidad deben trabajar con todos los interesados para cuestionar y cambiar estas normas.</p>
<p>¿Qué pueden hacer los investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none">• Recopilar evidencia sobre el tipo de intervenciones que puedan llevar a la formulación de leyes y políticas que protejan a las adolescentes de un matrimonio temprano (por ejemplo, abogacía pública).• Comprender mejor la forma en que los incentivos económicos y los programas para desarrollar medios de sustento pueden retrasar la edad del matrimonio.• Desarrollar mejores métodos para evaluar el impacto de la educación y la matriculación a la escuela sobre la edad del matrimonio.• Evaluar la factibilidad de las intervenciones existentes para informar y empoderar a las adolescentes, sus familias y las comunidades para retrasar la edad del matrimonio, y evaluar su potencial para ser llevadas a escala. <p>¹ Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, World Health Organization, 2009. ² State of the World's Children 2011: Adolescence – an age of opportunity. New York, UNICEF, 2011.</p>

Anexo 2. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para reducir embarazos en adolescentes. (OMS, 2012)

2 CREAR COMPREENSIÓN Y APOYO PARA REDUCIR LOS EMBARAZOS ANTES DE LOS 20 AÑOS

A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo. En las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres.³ El embarazo adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres, y con menor nivel educativo.⁴ Las recomendaciones de la OMS para reducir el embarazo precoz están respaldadas por dos revisiones sistemáticas usando el método GRADE y tres estudios sin el método GRADE, además de incluir las conclusiones de un panel de expertos. Las revisiones sistemáticas de la literatura abarcan estudios realizados en países en desarrollo (México y Nigeria), así como estudios realizados en poblaciones de bajo nivel socioeconómico en países desarrollados. En conjunto, los estudios demuestran reducciones del embarazo precoz entre las adolescentes expuestas a intervenciones tales como educación sexual, esquemas de transferencia de dinero en efectivo, educación inicial temprana y desarrollo juvenil, así como desarrollo de habilidades para la vida. Un estudio demostró una reducción de los embarazos subsecuentes como resultado de una intervención que incluía visitas domiciliarias con fines de apoyo social.

¿Qué pueden hacer los responsables de políticas, programas y servicios?

APOYAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los embarazos precoces se dan como resultado de una combinación de normas sociales, tradiciones y limitantes económicas. Paralelamente, sigue habiendo una resistencia a la educación sexual. Los responsables de políticas tienen que dar un respaldo fuerte y visible a los esfuerzos realizados por evitar el embarazo precoz. En particular, deben asegurar que se establezcan programas de educación sexual integral, así como servicios de consejería y acceso a métodos anticonceptivos.

¿Qué pueden hacer los individuos, las familias y comunidades?

EDUCAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS SOBRE LA SEXUALIDAD

Muchas adolescentes comienzan su actividad sexual antes de saber cómo evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. La presión de grupo y la presión por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan su probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección. Para evitar el embarazo precoz es preciso implementar ampliamente los programas de educación sexual basados en una currícula. Estos programas deben desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual, y deben además vincularse con servicios de consejería y anticoncepción.

CONSEGUIR EL APOYO DE LA COMUNIDAD PARA EVITAR EL EMBARAZO PRECOZ

En algunos lugares la actividad sexual premarital no se reconoce y la gente se resiste a discutir maneras eficaces para abordar el tema. Debe realizarse un esfuerzo para involucrar y comprometer a las familias y las comunidades en las estrategias para evitar los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

¿Qué pueden hacer los investigadores?

Recopilar evidencia sobre el efecto de intervenciones para evitar el embarazo precoz, tales como aquellas dirigidas a aumentar el empleo, la retención escolar, la disponibilidad educativa y el apoyo social.

Llevar a cabo investigaciones en diversos contextos socioculturales para identificar intervenciones factibles para reducir el embarazo precoz en las adolescentes, y que se puedan implementar a gran escala.

³ Informe de los objetivos de desarrollo del milenio 2011. Nueva York, Naciones Unidas, 2011.

⁴ Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

Anexo 3. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para reducir embarazos en adolescentes. (OMS, 2012)

3AUMENTAR EL USO DE ANTICONCEPCIÓN
<p>Las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas, 5 aún en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener.</p> <p>Las recomendaciones de la OMS para aumentar el uso de anticonceptivos se basan en 7 estudios usando el método GRADE y 26 sin usar el método GRADE en 17 países, así como en las conclusiones elaboradas por un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Bahamas, Belice, Brasil, Camerún, Chile, China, India, Kenia, Madagascar, Mali, México, Nepal, Nicaragua, Sierra Leona, Sudáfrica, Tanzania y Tailandia. Algunos se concentraron exclusivamente en aumentar el uso del preservativo, mientras que otros examinaron el uso creciente de los anticonceptivos hormonales y de emergencia. En algunos, el aumento de la anticoncepción fue un resultado primario, mientras que en otros fue secundario. Algunos estudios se concentraron exclusivamente en acciones dentro del sistema de salud (tales como la entrega de anticonceptivos sin receta o en clínicas) mientras que otros se concentraron en el compromiso de la comunidad y los interesados directos con el aumento del uso de anticoncepción. En su conjunto, estos estudios demuestran que el uso de anticonceptivos puede aumentarse</p>
<p>¿Qué pueden hacer los responsables de políticas?</p> <p>LEGISLAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN</p> <p>En muchos lugares, las leyes y políticas impiden la entrega de anticonceptivos a las adolescentes solteras o más jóvenes.</p> <p>Los responsables de políticas deben intervenir para permitir que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos.</p> <p>REDUCIR EL COSTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS ADOLESCENTES*</p> <p>Las limitaciones financieras pueden incidir negativamente en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes más pobres. Para aumentar su utilización</p>
<p>¿Qué pueden hacer los individuos, las familias y comunidades?</p> <p>EDUCAR A LAS Y LOS ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS</p> <p>Tal vez los adolescentes no sepan dónde conseguir anticonceptivos y cómo usarlos correctamente. Los esfuerzos por brindar información exacta sobre anticoncepción deben ir de la mano de la educación sexual.</p> <p>CREAR RESPALDO COMUNITARIO PARA LA ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS A LAS Y LOS ADOLESCENTES</p> <p>Existe cierta resistencia a suministrar anticonceptivos a las adolescentes, especialmente a las jóvenes que no están casadas.</p> <p>Debe procurarse involucrar a los miembros de la comunidad y obtener su apoyo para que se entregue anticonceptivos a esa población.</p>
<p>¿Qué pueden hacer los sistemas de salud?</p> <p>POSIBILITAR A LAS ADOLESCENTES EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN</p> <p>Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. La provisión de servicios debe ser amigable y responder a las necesidades de las adolescentes.</p>
<p>¿Qué pueden hacer los investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none">• Recopilar evidencia sobre la efectividad de las diferentes intervenciones para aumentar el uso de anticonceptivos, ya sea a través de leyes y políticas favorables, abaratamiento de los insumos, apoyo de la comunidad a la anticoncepción adolescente, o venta libre de anticoncepción hormonal.• Comprender de qué manera las normas de género afectan el uso de anticonceptivos y cómo transformar las normas de género sobre la aceptación de los anticonceptivos. <p>5 How universal is access to reproductive health? A review of the evidence. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010. * Recomendación condicional</p>

Anexo 4. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para reducir embarazos en adolescentes. (OMS, 2012)

4 REDUCIR LAS RELACIONES SEXUALES BAJO COACCIÓN

En muchos países las niñas son obligadas a tener relaciones sexuales, a menudo por parte de miembros de la familia. Más de un tercio de las niñas en algunos países declararon que su primera relación sexual fue bajo coacción.⁶ Las recomendaciones de la OMS para reducir las relaciones sexuales bajo coacción se basan en dos estudios usando el método GRADE, seis estudios sin el método GRADE o revisiones de la legislación, y en la experiencia colectiva y el buen juicio de un panel de expertos. Los estudios y las revisiones fueron llevados a cabo en Botsuana, India, Kenia, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabue. En su conjunto, estos estudios sugieren que las acciones destinadas a influir en las normas sociales y de género pueden tener efectos positivos sobre la capacidad de las niñas y adolescentes para oponerse a las relaciones sexuales bajo coacción y sobre las actitudes de hombres y jóvenes hacia el sexo con coacción.

¿Qué pueden hacer los responsables de políticas?

PROHIBIR LAS RELACIONES SEXUALES FORZADAS

En muchos lugares, las fuerzas del orden no persiguen activamente a quienes cometen faltas de coacción sexual y a menudo es difícil para la víctima buscar justicia. Los responsables de políticas deben formular y aplicar leyes que prohíban las relaciones sexuales bajo coacción y castigar a los culpables. Las víctimas y sus familias deben sentirse seguras y respaldadas al presentarse ante las autoridades y reclamar justicia.

¿Qué pueden hacer los individuos, las familias y comunidades?

EMPODERAR A LAS NIÑAS PARA QUE SE RESISTAN A LAS RELACIONES SEXUALES FORZADAS

Las adolescentes pueden sentirse impotentes frente a la coacción sexual. Es necesario empoderarlas para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima, desarrollan habilidades para la vida, y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a las adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas.

INFLUIR SOBRE LAS NORMAS SOCIALES QUE CONDONAN LAS RELACIONES SEXUALES BAJO COACCIÓN

En muchas partes del mundo las normas sociales prevalentes condonan la violencia y la coerción sexual. Los esfuerzos por empoderar a las adolescentes deben acompañarse de esfuerzos por cuestionar y modificar las normas que condonan el sexo bajo coacción, especialmente las normas de género.

INVITAR A LOS VARONES A CUESTIONAR LAS NORMAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO

Los varones pueden ver la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica sobre los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y a abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

¿Qué pueden hacer los investigadores?

- Recopilar evidencia sobre la efectividad de las leyes y políticas dirigidas a impedir la coacción sexual.
- Evaluar la forma en que se formulan, implementan y monitorean las leyes y políticas, para comprender la mejor manera de evitar la coacción hacia las adolescentes.

⁶ Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005

Anexo 5. Resumen de programas efectivos para la reducción de embarazos en adolescentes. (Vivo, 2012) Fuente: Reproducido de Sigrid Vivo, Paula López-Peña, Dina Saric, Salud Sexual y Reproductiva. Revisión de la evidencia para la prevención. Basado en la descripción de los programas

Resumen de programas efectivos para la reducción de embarazos en adolescentes
(1) caS-carrera program (programa extra-curricular o vinculado a la comunidad, estudio de control aleatorizado): Mujeres de entre 13 y 18 años. Intervención integral basada en centros comunitarios, que varía desde la educación sexual y reproductiva hasta la discusión de problemas laborales, con facilitadores altamente capacitados. Exposición intensiva: entre 3 y 7 años, entre 3 y 4 horas por día.
(2) Raising Healthy children/programa de desarrollo de Seattle (escolarizado, cuasi-experimental): adolescentes de hasta 12 años. Intervención integral en escuelas urbanas con docentes y jóvenes capacitados. Exposición intensiva: entre 3 y 7 años, entre 3 y 4 horas por día.
(3) Project talc (centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Jóvenes de entre 11 y 18 años con un padre con VIH/sida. apoyo brindado por trabajadores sociales y alumnos, en centros de salud. actividades conjuntas con padres e hijos respecto de salud sexual y reproductiva y otros tratamientos relacionados con el VIH/sida. exposición extendida: entre 4 y 6 años, una vez por semana.
(4) Teen outreach program (escolarizado, estudios de control aleatorizado): Jóvenes de entre 12 y 18 años con dificultades académicas. Sesiones en las escuelas con contenido incorporado en el programa académico y facilitado por docentes, personal de orientación o jóvenes trabajadores capacitados. Información integral, con hincapié en el rendimiento académico más que en la salud sexual y reproductiva. Exposición: 20 horas por año.
(5) School/community program for Sexual Risk Reduction among teens (escolarizado, cuasi-experimental): adolescentes hasta el 12. ° grado. Sesiones intensivas en escuelas con docentes, pares capacitados y profesionales. Contenido incorporado en el programa académico de otras materias. Vinculado al centro de salud y la orientación.
(6) Self center (servicios de salud vinculados a las escuelas, cuasi-experimental): adolescentes y mujeres adultas jóvenes en áreas urbanas. Servicios de orientación sobre temas de salud reproductiva y educación sexual, facilitado individualmente o en grupos, en clínicas neonatales y/o vinculados con el centro de salud. Profesionales capacitados.
(7) California's adolescent Sibling pregnancy and prevention (escolarizado/vinculado a la comunidad, en organizaciones comunitarias o clínicas, cuasi-experimental): Jóvenes de entre 11 y 17 años. Combinación de servicios de educación sexual y reproductiva con el desarrollo de la autoestima, apoyo académico y deportes, ofrecido en un centro comunitario. exposición intensiva con personal calificado
(8) SiHle (organizaciones comunitarias o clínicas, estudios de control aleatorizado): Jóvenes de entre 14 y 18 años en áreas urbanas y suburbanas. Se ofrecieron servicios en los centros de atención médica, por profesionales capacitados, en sesiones interactivas de 4 horas de duración cada una. El contenido se centra en la salud sexual y reproductiva, temas de género y el empoderamiento.
(9) Tailoring Family planning Services to the Special needs of adolescents (centros comunitarios o clínicas, estudio de control aleatorizado): Jóvenes de hasta 18 años. Capacitación en centros d atención médica ofrecida por orientadores o profesionales sanitarios. Contenido sobre desarrollo psicosocial.
(10) Adolescencia: tiempo de decisiones (escolarizado, cuasi-experimental): estudiantes de entre 12 y 17 años. Sesiones en escuelas, facilitadas por profesionales capacitados y con orientación permanente. Contenido relacionado con la salud, VIH/sida, educación y derechos.
(11) peer-led Sex education (escolarizado, estudio de control aleatorizado). Jóvenes de entre 13 y 14 años. Sesiones escolares interactivas guiadas por educadores pares, voluntarios. Grupos mixtos de dos y cuatro alumnos. Contenido: comunicación sexual, uso de preservativos, embarazo, ETS (incluido el VIH), métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual locales.
Fuente: autores, basado en la descripción de programas.

Anexo 6. Intervenciones efectivas para reducir embarazos en adolescentes. (Solís 2013) reproducido con autorización de la autora

RESULTADOS OBSERVADOS	COMPONENTES MULTISECTORIALES DEL PROGRAMA	ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	PROGRAMA / FUENTE
<p><i>Acciones educativas sostenidas lograron descenso significativo de los embarazos en grupos de tratamiento. En los colegios intervenidos, los estudiantes que deciden continuar con relaciones sexuales previnieron más el embarazo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de educadores enfocada en prevención y disminución de los factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente. • Acciones de promoción del cuidado de la salud sexual y reproductiva. • Capacitación a educadores, padres y apoderados en el abordaje cotidiano de la educación sexual y reproductiva integral con sus alumnos e hijos. 	<p>Centros educativos (públicos o privados); educadores, padres o apoderados que adquieren el programa para ser aplicado con sus alumnos en las escuelas.</p>	<p>Programa de Intervención en Educación y Salud Sexual y Reproductiva Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del adolescente – Chile.</p>
<p><i>Alta eficacia de metodologías de trabajo con adolescentes basadas en la participación, el empoderamiento y la reflexividad. Entrega de información y disponibilidad de MAC, mejora confianza, incrementa uso efectivo de los MAC y mejora percepciones en relación a los servicios de salud.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de capacidades en adolescentes, familias, instituciones y ciudadanía en general, para prevenir el embarazo adolescente, a través de la entrega de información y espacios de formación reflexiva y servicios de salud accesibles. • Promoción de la salud con jóvenes de 10 a 19 años, con un enfoque integral de desarrollo que incluye la SSR, con el fin de intervenir factores de riesgo. 	<p>Ofertas de atención y formación juvenil a través de instituciones educativas. Organizaciones juveniles, líderes comunitarios. Libre demanda juvenil y demanda inducida. Estrategias socioculturales abiertas al público adolescente.</p>	<p>Sol y Luna – Programa de prevención del Embarazo Adolescente Alcaldía de Medellín - Colombia</p>
<p><i>Las intervenciones de promoción de la salud influyen en mayor uso de preservativos. Las mujeres jóvenes mejoran conocimiento y comunicación con sus parejas sobre salud sexual. La efectividad de la prevención es mayor cuando se trabaja diferenciadamente con hombres.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de equipo de promotores juveniles. • Estrategia de comunicación. • Implementación de actividades comunitarias basadas en el currículo educativo y la campaña. • Evaluación de la campaña en la comunidad. 	<p>Equipos técnicos especializados en el trabajo con hombres y mujeres jóvenes en la promoción de la equidad de género y salud. Alianza colaborativa entre equipos técnicos, jóvenes promotores y talleres educativos grupales entre pares.</p>	<p>Programa H/M: Jovens Pela Equidade de Género. Instituto PROMUNDO – Brasil</p>
<p><i>A los 3 años de inicio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sexual comprehensiva 	<p>Trabajo con personal</p>	<p>Programa</p>

RESULTADOS OBSERVADOS	COMPONENTES MULTISECTORIALES DEL PROGRAMA	ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	PROGRAMA / FUENTE
<i>del programase los participantes del grupo de control registraron una menor probabilidad de haber reportado un embarazo.</i>	<p>(incluyendo abstinencia y anticonceptivos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación de calidad y largo plazo con los jóvenes al mismo tiempo que se refuerza la relación con la familia. • Job Club – exploración vocacional o laboral. • Apoyo y asistencia (tutores) académica y conserjería. • Talleres de arte, actividades deportivas individuales. 	<p>calificado (profesionales de salud, maestros, etc.) Interviene en centros comunitarios, fuera de horario escolar y clases especiales en escuelas.</p>	<p>Carrera: http://www.stopteenpregnancy.com/contact/</p>
<i>Reducción significativa (aprox. 45%) de embarazos comparados con grupo de control.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación y conserjería sobre salud sexual y uso de anticonceptivos. • Apoyo psicosocial individualizado (incluye aseguramiento). Seguimiento de las consultas hasta 6 semanas de la 1ª sesión. • Promoción del involucramiento de padres, amigos y parejas durante las sesiones de consulta. • Capacitación a consejeros y personal de salud sobre estrategias psicosociales de abordaje. 	<p>Trabaja con consejeros y personal de salud. El lugar de intervención son los centros de salud.</p>	<p>Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents www.socio.com</p>
<i>Reducción del embarazo adolescente a largo plazo invirtiendo en la infancia y adolescencia temprana</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes: desarrollo de habilidades para la vida, resistencia a presión, comunicación, resolución de problemas. • Padres: capacitaciones voluntarias de manejo de conflictos, comunicación intrafamiliar, no uso de sustancias controladas. • Maestros: educación interactiva, manejo escolar, aprendizaje cooperativo. • Educadores: entrenamientos anuales. 	<p>Profesores capacitados en enseñanza interactiva y cooperativa. El lugar de intervención es la escuela.</p>	<p>Raising Healthy Children / Seattle Development Program (EEUU) Hawkins et al (2008), Hawkins, et al (1999), Lonczak, et al (2002),</p>
<i>A los 9 meses, menor probabilidad de reportar un embarazo (12-18 años) y otros comportamientos de riesgo (suspensión académica, abandono escolar).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conversatorios sobre experiencias sexuales y de salud relacionadas (personal de salud, psicólogos, o docentes) • Contenido de intervención mayor peso a técnicas de comunicación, asertividad, relaciones, establecimiento objetivos, influencias, capacidad decisión y menor énfasis a salud y desarrollo sexual • Discusiones y actividades en temas sociales y de desarrollo, • Capacitaciones a docentes en salud sexual y reproductiva. 	<p>Interviene a través del personal de salud, profesores, facilitadores o pares entrenados, en centros comunitarios y discusiones en el aula.</p>	<p>Teen Outreach Program (EEUU) Allen et al (1997), http://wymancenter.org/wyman_top.php</p>
<i>Después de dos años</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y salud sexual y 	<p>Interviene con</p>	<p>School/Community</p>

RESULTADOS OBSERVADOS	COMPONENTES MULTISECTORIALES DEL PROGRAMA	ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	PROGRAMA / FUENTE
<p><i>reducción de tasas de embarazo adolescente de 77% a 37%.</i></p>	<p>reproductiva, planificación familiar y conserjería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de contenidos de salud sexual y reproductiva en currículo. • Referencia y traslado gratuito a consultas médicas en el centro de salud de la comunidad. • Capacitación a profesores, padres y líderes de la comunidad sobre educación sexual. • Entrenamiento a pares. • Servicios médicos desde la escuela, incluyendo conserjería, provisión de anticonceptivos. 	<p>personal de salud y brinda entrenamiento a pares y profesores.</p> <p>El lugar donde concentra sus actividades es la escuela, con fuerte vínculo con el centro de salud.</p>	<p>program for sexual risk reduction among teens</p> <p>www.socio.com</p>
<p><i>Después de 3 años, reducción de 30% en tasa de embarazo adolescente.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica gratuita para salud sexual y reproductiva en escuela y centro de salud. • Personal médico dando consultas diarias en escuela. • Conserjería diaria individual o grupal de un trabajador social o personal de salud en el área de enfermería de la escuela. • Sesiones de educación sexual en cada clase en la escuela y centros de salud. • Temas adicionales: responsabilidad personal, definición de metas de vida y comunicación con padres. 	<p>Personal de salud y capacitación a profesores, en escuelas y centros de salud.</p>	<p>Self Center (School linked Reproductive Health Services)</p> <p>www.socio.com</p>
<p><i>A los 9 meses, reducción de reporte de embarazo en 43%.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención individualizada a los jóvenes, combinación de servicios incluyendo: transporte para la atención en salud reproductiva y apoyo para conseguir seguro médico, • Contenido temático y conserjería en salud sexual y reproductiva incluyendo abstinencia y anticonceptivos. • Incluye sesiones de formación con hermanos de embarazadas y padres de jóvenes. • Apoyo académico, apoyo en audiencias escolares y reuniones con docentes y padres, deportes y actividades (viajes, capacitaciones) de desarrollo de habilidades sociales. • Capacitaciones a hermanos y padres en la temática. 	<p>El personal con que trabaja corresponde al que ha sido calificado en centros de salud y entrenados en escuelas y centros comunitarios. Las actividades se concentran principalmente en centros infantiles, escuelas y centros de salud.</p>	<p>California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention program</p> <p>California Department of Health Services, Maternal & Child health Branch,</p>

Anexo 7 Lista de Graficas

Página

Grafica 1. Distribución por edad de adolescentes embarazadas. (Elaboración propia) ..	61
Grafica 2. Total de embarazadas por barrio. (Elaboración propia)	62
Grafica 3. Tipo de vivienda. (Elaboración propia).....	63
Grafica 4. Alfabetismo (Elaboración propia)	64
Grafica 5. Nivel de escolaridad. (Elaboración propia)	64
Grafica 6. Asistencia escolar. (Elaboración propia).....	65
Grafica 7. Razones de no asistencia escolar. (Elaboración propia).....	65
Grafica 8. Edad a la primera relación sexual. (Elaboración propia).....	66
Grafica 9. Edad a la primera unión. (Elaboración propia).....	66
Grafica 10. Relación de la adolescente con la persona que la embarazó, en porcentaje. (Elaboración propia).....	67
Grafica 11. Deseabilidad del embarazo actual. (Elaboración propia)	68
Grafica 12. Razones por las cuales no deseaban el embarazo actual. (Elaboración propia).....	68
Grafica 13. Razón por la que quedó embarazada a pesar de no desearlo. (Elaboración propia).....	69
Grafica 14. Razones por las que deseaba el embarazo actual. (Elaboración propia)	70
Grafica 15. Futuro después del embarazo actual (Elaboración propia)	70
Grafica 16. Necesidad o no de ayuda para cuidar al bebe al nacimiento. (Elaboración propia).....	71
Grafica 17. Proyecto de continuar o no los estudios después del nacimiento del bebe (Elaboración propia).....	71
Grafica 18. Estado conyugal. (Elaboración propia)	72
Grafica 19. Embarazadas que viven en la misma casa con el padre del embarazo. (Elaboración propia).....	72
Grafica 20. Razones para haberse casado o unido. (Elaboración propia)	73
Grafica 21. Edad de los padres del embarazo. (Elaboración propia)	73

Grafica 22. Relación entre la edad de la embarazada y el padre del embarazo. (Elaboración propia)	74
Grafica 23. Padres de los embarazos que superan en 5 años, 10 años, o más a las adolescentes embarazadas. (Elaboración propia)	74
Grafica 24. Ocupación del padre del embarazo. (Elaboración propia)	75
Grafica 25. Religión a la que dice pertenecer. (Elaboración propia)	75
Grafica 26. Edad a la primera relación sexual entre las que se identificaron como católicas o evangélicas. (Elaboración propia)	76
Grafica 27. Adolescentes que se identificaron como católicas o evangélicas, que alguna vez han usado métodos anticonceptivos. (Elaboración propia).....	77
Grafica 28. Deseabilidad del embarazo actual entre las adolescentes que se identificaron como católicas o evangélicas. (Elaboración propia)	77
Grafica 29. Porcentaje de adolescentes que refirieron haber tenido o no alguna vez una pérdida o aborto. (Elaboración propia).....	78
Grafica 30. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos. (Elaboración propia).....	79
Grafica 31. Adolescentes que refirieron conocer al menos tres, al menos cuatro, o más de cinco métodos anticonceptivos. (Elaboración propia).....	79
Grafica 32. Uso alguna vez de algún método anticonceptivo para evitar embarazo. (Elaboración propia)	80

Anexo 8 Lista de Tablas

Tabla 1. Análisis de los interesados.....	98
Tabla 2. Probabilidad de impacto de los riesgos	105
Tabla 3. Plan de acción para reducir posibles riesgos	107

Anexo 9 Lista de Figuras

Figura 1. Árbol de efectos	89
Figura 2. Árbol de causas	90
Figura 3. Árbol del problema	91
Figura 4. Árbol de objetivos	92
Figura 5. Mapa de interesados	99
Figura 6. Estructura de desglose de riegos	103
Figura 7. Árbol de decisiones escenario 1	109
Figura 8. Árbol de decisiones escenario 2	111

Anexo 10 Resumen:

Se realizó una investigación con una muestra en un hospital de referencia nacional para caracterizar la tipología de las uniones tempranas y los embarazos en adolescentes y se hizo una propuesta con lineamientos para un proyecto de reducción de ambos fenómenos.

Se realizaron 100 entrevistas a embarazadas menores de 19 años que asistieron a la consulta del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia entre los meses de marzo y abril del 2017 obteniendo informaciones sobre nivel socio-económico y educativo, escolaridad, estado civil, deseabilidad o no del embarazo, futuro después del embarazo entre otras variables.

El perfil en sentido general de las adolescentes investigadas concuerda en muchos aspectos con lo observado en otros estudios nacionales aunque discrepa en otros. El 68% de las entrevistadas tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, el 76% refirió estar unida o casada y el 83% se refirió a la persona que la embarazo como su esposo o pareja. El 45% refirió que su embarazo fue deseado. Este es un porcentaje mayor que lo observado en las escasas investigaciones nacionales en este aspecto y plantea la necesidad de que esta deseabilidad sea tomada en cuenta por los diseñadores de política públicas que buscan reducir el fenómeno del embarazo en las adolescentes.

Se hizo una propuesta de 10 lineamientos que deberían incluirse en una eventual respuesta nacional a las uniones tempranas y embarazo en adolescentes.

Palabras clave: embarazo en adolescentes, matrimonio temprano, uniones tempranas

Summary:

An investigation was carried out with a sample in a national reference hospital to characterize the typology of early marriages and pregnancies in adolescents and a proposal was made with guidelines for a project to reduce both phenomena.

A total of 100 interviews were conducted with pregnant women under the age of 19 who attended the Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Maternity Hospital between March and April 2017, obtaining information on socio-economic and educational level, schooling, marital status, desirability or not of pregnancy, future after pregnancy among other variables.

The general profile of the adolescents investigated agrees in many respects with that observed in other national studies, although it disagrees in others. Sixty-eight percent of respondents had their first sexual intercourse before age 18, 76% reported being united or married, and 83% referred to the person who was pregnant as their husband or partner. 45% reported that their pregnancy was desired. This is a higher percentage than observed in the few national investigations in this aspect and raises the need for this desirability to be taken into account by the public policy designers who seek to reduce the phenomenon of pregnancy in adolescents.

A proposal was made for 10 guidelines that should be included in a possible national response to early marriages and pregnancy in adolescents.

Keywords: teenage pregnancy, early marriage, early unions

THE PLAGIARISM CHECKER

PREMIUM

The plagiarism detector has analyzed the following text segments, and did not find any instances of plagiarism:

Text being analyzed	Result
Algunas intervenciones incluyen actividades extra-curriculares depor...	✔ OK
Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por par...	✔ OK
Llevar a cabo indagaciones en diversos contextos socioculturales pa...	✔ OK
Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por par...	✔ OK
intervenciones más intensivas y prolongadas, integrales y multidiscipl...	✔ OK
Aumentar la oferta de actividades extra-curriculares para niños y niñ...	✔ OK
adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar a...	✔ OK
-Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones gubern...	✔ OK
limitaciones financieras consiguen incidir negativamente en el uso de...	✔ OK
Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones guberna...	✔ OK
-Incumplimiento de asignaciones y ejecución presupuestarias por pa...	✔ OK
identificaron 11 intervenciones que efectivamente redujeron embar...	✔ OK
necesitan más investigaciones nacionales sobre embarazos desead...	✔ OK
adolescentes no sepan dónde lograr anticonceptivos y cómo usarlos...	✔ OK
Intervenciones efectivas basadas en evidencia para reducir embaraz...	✔ OK
intervenciones en centros comunitarios incluyen actividades recreativ...	✔ OK
abundan las investigaciones que demuestran vinculación entre emb...	✔ OK
niñez y adolescencia ocupada en espacios extracurriculares que fom...	✔ OK
Incumplimiento de compromisos asumidos por instituciones guberna...	✔ OK
fenómeno tradicionalmente invisibilizado y en esto subyacen inequid...	✔ OK

Results: No plagiarism suspected

[Download Plagiarism Report PDF](#)

Word count: 17961

[Go Back](#)

also by Brian Klug: the [555 area code](#) is now real & free

© 2002-2017 by Brian Klug - [Contact](#)

Used 77 of 50 times since 2017-04-20.