

18947.21  
(046687)

c.2



**NACIONES UNIDAS**  
Fondo de Población de las Naciones Unidas  
Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO  
DE LA ADOLESCENTE EN  
BOLIVIA  
JUAN WINSTON UZÍN**

**ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL**



**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995**

Santiago de Chile

**CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN  
AMERICA LATINA**

**SÓLO PARA USO INTERNO**

Este documento corresponde a un trabajo realizado por el participante.

No ha sido sometido a revisión editorial y los juicios en él contenidos son de responsabilidad exclusiva de su autor.

**NACIONES UNIDAS**

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LA  
ADOLESCENTE EN BOLIVIA**  
*JUAN WINSTON UZÍN*

**ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL**



**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995**

**Santiago de Chile**

CLADE - SISTEMA OCCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN  
AMERICA LATINA

## **INTRODUCCION**

La identificación de los problemas que las adolescentes viven, constituyen los insumos más importantes para la formulación de políticas futuras, que mejoren las condiciones de vida. Sólo se podrá llegar al conocimiento de los mismos a través de investigaciones serias y adecuadas.

En efecto, el presente estudio, tomó como base una de las encuestas más conocidas y adecuadas para el efecto, nos referimos a la Encuesta de Demografía y Salud 1994, cuya base de datos permitió obtener información a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSSPC).

Esta publicación resume la información recogida en tabulados y ella, para el presente trabajo, es analizada descriptivamente. El esquema del trabajo está dividido en antecedentes y justificación del estudio, un marco de referencia, la metodología utilizada, análisis de resultados, conclusiones y sugerencias; lo que permitirá a los interesados seguir los pasos que se adoptaron para un mejor entendimiento.

## **COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES EN BOLIVIA EN BASE A LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD DE 1994**

### **1. INTRODUCCION**

#### **1.1 Características generales del país en estudio.**

Bolivia está situada en Sudamérica con un territorio de 1098.581 km<sup>2</sup>, la población estimada según el censo de 1992 era de 6.4 millones de habitantes, el ritmo de crecimiento entre los censos de 1976 y 1992 era de 2.1 por ciento anual con una densidad que no alcanza a los 6 habitantes por km<sup>2</sup>.

La población esta distribuida en tres regiones ecológicas: Altiplano con el 16% del territorio nacional, conformado por los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro, todos ellos con una altitud mayor de 3000 metros sobre el nivel del mar. La concentración de la población es del 38%, cuenta con clima frío que varía de 12 a 22 grados centígrados y en invierno de 0 a 16 grados centígrados. La región Valle, representa el 19% del territorio con una altitud entre los 1000 y 3000 metros, conformado por los departamentos de Cochabamba, Tarija y Chuquisaca, cuenta además con un clima de templado a caluroso con variaciones estacionales poco marcadas su temperatura ambiente esta entre 16 a 30 grados centígrados concentra al 42% de la población nacional y por último el Llano cuya superficie es aproximadamente los dos tercios del total, tiene un clima cálido con una temperatura ambiental que varia entre 16 a 38 grados centígrados, constituido por Santa Cruz, Beni y Pando, el llano contrario a ser el territorio mas grande es el menos poblado con menos del 20%.<sup>1/</sup>

Según el censo de 1992, las características económicas señalan que la población económicamente activa tiene un peso relativo del 50%, la participación de la mujer va en aumento, ya que en 1976 se indicaba que era de 18% y para 1992 fue de 38%, su incremento fue más notable en el área rural que creció de un 15 al 48%.

##### **1.1.1 Referencias demográficas.**

---

<sup>1/</sup> Hugo Torrez/Celade/INE-DHS Hacia un conocimiento ampliado de la planificación familiar, 1992.

El tipo de estructura de la población boliviana es denominada joven con un histograma clásico<sup>2/</sup> de un país en vías de desarrollo, con base amplia y una cúspide estrecha, esto se debe a una natalidad muy elevada y una tasa de mortalidad relativamente baja debido a actividades de salud preventiva (campañas de vacunación, prevención de IRA y rehidratación oral).

El 42% de población total es menor de 15 años, (ver anexo 12), a medida que avanzan las edades, disminuye el peso relativo de los grupos quinquenales hasta llegar a solo el 4% en los mayores de 65 años. Si se desagrega mas la información, el 50.6% de la población es femenina (3 249 527), y de ellas el 47.5% (1 544 736) están en edad fértil, siendo 21.7% (334 628) adolescentes tardías.

La tasa global de fecundidad es de 4.8 hijos por mujer y la esperanza de vida es la más baja dentro de los países de la región (56 años). La mortalidad infantil reportada para 1990 según el censo era de 75% por mil, indudablemente estos valores cambian en las áreas más y/o menos atendidas.

### 1.1.2 Referencias socio-culturales:

La sociedad boliviana, con un desarrollo económico incipiente, con un nivel de instrucción bajo (15.4% de analfabetos, 59.9% primario, 18% medio y solo el 6.7% superior<sup>3/</sup>) con una población migrante rural urbana notable (el crecimiento urbano es de 4.16% y el rural de 0.09%) actualmente la población urbana es el 57.5%, aspecto influenciado por la búsqueda principalmente de mejores niveles de vida (fuentes de trabajo) que determina el crecimiento del sector informal y un importante número conforman grupos socialmente marginados con graves problemas de carencias<sup>4/</sup>.

En este país se hablan varios idiomas siendo el español el idioma oficial, sin embargo, se habla el quechua, aymara y guaraní en diversas regiones y principalmente por la población rural (ENDSA '94).

---

<sup>2/</sup> Cuando se habla de una pirámide o un histograma de población, es que se hace referencia a la composición gráfica de la población por sexo y edad, la misma que nos permite tener una idea clara de las características de una población.

<sup>3/</sup> INE (1992) Censo nacional de población y vivienda.

<sup>4/</sup> Hugo Torrez: Hacia un... "op cit" 1992.

## 1.2 Presentación del problema y justificación.

En la Década de los 50 y comienzos de los 60, América Latina era la región de mayor crecimiento demográfico en el mundo, con una tasa anual de 2.8%. Este alto crecimiento se debía a los importantes descensos de la mortalidad, mientras que la fecundidad se mantenía en valores altos, en estos años la tasa global de fecundidad, en promedio era de 6 hijos por mujer aunque en varios países alcanzaba a más de 7 hijos.

A partir del segundo quinquenio de los 60, los países comienzan a disminuir sus tasas de fecundidad, al cabo de 20 años se llega a una tasa de fecundidad 34% más baja que la inicial.<sup>5/</sup> y el número medio de hijos por mujer descendió a 3.4 hijos, previéndose que para fines de siglo se llegará a 2.8 hijos.

Según fuentes del CELADE (Notas de Población, N° 55), se clasifica a los países en cuatro grupos de acuerdo a sus valores de TGF, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 1.1  
AMERICA LATINA: PAISES SEGUN NIVELES DE FECUNDIDAD  
EN 1985-90

Nivel de Fecund. 1950-55	Nivel de fecundidad 1985-90			
	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA
Guatemala(5.36)	Bolivia (4. 8)	Brasil (3.20)	Colomb.(2.67)	
Honduras (4.92)	El Salv.(4.04)	C.Rica (3.14)	Ecuador(3.52)	
Nicaragua(5.04)	Haití (4.79)	México (3.16)	Panamá (2.87)	
	Paraguay(4.60)	Perú (3.67)	R.Domin(3.34)	
		Venez. (3.50)		
Media/alta			Chile(2.66)	
Medio/baja			Cuba (1.87)	
			Arg. (2.79)	
Baja			Urug. (2.33)	

<sup>5/</sup> CELADE (1992), Notas de Población N° 55, Santiago de Chile.

La fecundidad del **grupo 1** se considera baja, porque su TGF evoluciona de 5.3 a 4.8 (1950-1955) hasta 2.9 y 1.8 en el período 1985-90 (nivel por debajo de reemplazo).

El **grupo 2**, considerado de Fecundidad media, cuya evolución de su TGF para 1950-1955 era 7.4 a 6.7 pasando a 4 para 1985-90.

El **grupo 3** con fecundidad media alta, es donde se encuentra Bolivia cuya TGF en 1965-70 era de 7 hijos por mujer y bajo a 4.8 al presente.

El **grupo 4** con fecundidad alta ha tenido un menor descenso cuyas TGF en 1970-75 eran alrededor de 7 y bajaron hasta 5 para 1992.<sup>6/</sup>

El grupo de adolescentes, también baja su fecundidad e igualmente se clasifica en cuatro grupos, la diferencia se manifiesta solo en el caso de Venezuela que pasa de una fecundidad baja a media baja.

En las tasas específicas por edad, para el grupo en estudio, se encontraron los siguientes niveles expresados por miles: América Latina (68) sí se compara con países de la región, Cuba (82), Uruguay (60.4), Brasil (48), Colombia (70.9), Venezuela (71.2), México (87.9), Ecuador (79.4), Perú (68.3), El Salvador(131.3), Paraguay (76.2), Honduras (126.5), Bolivia (82.8), todas las tasas específicas de los países observados son menores que las de Bolivia, con excepción de Honduras.

Es necesario indicar que la población de mujeres adolescentes en América Latina para 1950 era de 7.9 millones y 1985 pasa a 20.6 millones y se estima que para el año 2000 será 25.4 millones. Las cifras de nacimientos anuales, de los hijos de las adolescentes para 1950-55 fueron 7 millones y para 1985-90 fue de 12 millones.

El documento "Bolivia: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050" señala que la TGF en Bolivia, varió de 6,75 hijos por mujer en 1950 - 1955 a 4,8 hijos en el quinquenio 1990 - 1995. El número de nacimientos de hijos de las adolescentes es cada vez mayor, por ejemplo en el quinquenio 1960-1965 fueron 86 403 y para el quinquenio 1990-1995 fueron 154 431 hijos, es decir un 79% más que en el primer quinquenio de

---

<sup>6</sup> CELADE (1993), Notas de Población N° 55.

referencia. Como se observa, el número de embarazos de las adolescentes crece y la tasa de fecundidad específica desciende muy poco. La adolescencia es una etapa de transición de niño a adulto, en la que se tienen que enfrentar cambios, o problemas sociales, económicos, psicológicos y biológicos e iniciar muchas actividades desconocidas hasta ese entonces, tales como las relaciones sexuales, la maternidad, empleo, etc.

El inicio de relaciones sexuales sin protección, contribuye a problemas tan importantes como el embarazo no deseado que puede conducir a grandes frustraciones y limitaciones de la población adolescente, repercutiendo en la población general.

Por lo referido anteriormente, el creciente aumento de las cohortes de adolescentes por la inercia de la dinámica poblacional conlleva a requerimientos ineludibles en la formulación de políticas y en el desarrollo de programas en los servicios sociales y de salud, que implican una atención apropiada e integral de los adolescentes. Simultáneamente, al aumentó de las adolescentes genera una mayor presión sobre las diferentes áreas sociales, la demanda de trabajo, educación.

El aumento creciente de embarazos en las cohortes de adolescentes (considerado de alto riesgo) cada vez más grandes, por sus características propias, demandan control médico prenatal y atención del parto adecuado con fines de prevenir la morbi-mortalidad materno infantil. La falta de atención lleva a posteriores aumento de costos económicos y sociales para los diferentes sistemas de salud del país.

En la actualidad, no existen en Bolivia, políticas claras tanto a nivel nacional como regional, que brinden programas integrales, y estén acordes con la realidad de las regiones, a excepción de iniciativas aisladas de diferentes ONGs de salud tales como PROSALUD, el Centro de Investigación en Estudios Sociales (CIES).

Todo este conjunto de necesidades se consideran de vital importancia, por lo que es imprescindible tener un diagnóstico lo más aproximado posible de los problemas sociales, de accesibilidad a los servicios de salud, la cobertura, la calidad técnica y humana, apoyo social del medio en que se desenvuelven y enfrentan los adolescentes con mayor frecuencia y con la mayor realidad posible. Conociendo sus necesidades y problemas, se dará pautas para elaborar las políticas necesarias.

### 1.3 Marco teórico<sup>7/</sup>

La reproducción de la población tiene una base eminentemente biológica: el nacimiento de un niño es el resultado final de una cadena de acontecimientos que se origina en la fusión de un espermatozoide con un óvulo. Desde el punto de vista demográfico, sin embargo, el foco de investigación no está tanto en los aspectos biológicos de la reproducción sino en el resultado de los nacimientos.

Desde esta perspectiva la reproducción es un hecho social, el ser humano crea sus condiciones de su propia existencia mediante una continua apropiación y transformación de su medio. Como esta apropiación se hace en sociedad, la reproducción adquiere en el ser humano las características de un hecho social cuyos actores son los individuos, las familias y los grupos humanos en general. A partir de este momento, lo biológico constituye el conjunto de condiciones que enmarcan la acción humana; la variabilidad entre las poblaciones dentro de este marco es determinada por factores de tipo económico, cultural, político e ideológico.

Al hablar de influencias sociales en materia de reproducción se define el **comportamiento reproductivo** como "el conjunto de normas y pautas de acción social que una sociedad o grupo humano adopta en lo que respecta a la población"<sup>8/</sup>

Todo lo anteriormente dicho, implícitamente incluye a la **fecundidad**: que es la capacidad reproductiva de una población. La fecundidad o el número de niños nacidos vivos en una población guarda relación con la fertilidad y con la edad de casarse o cohabitar, la disponibilidad y empleo de métodos anticonceptivos, el desarrollo económico, el estado social de la mujer y la estructura por edad y sexo.

A lo largo de la historia de la humanidad, la fecundidad ha sido motivo de preocupación, por lo que significaba el crecimiento poblacional, por esta razón muchos pensadores, entre ellos Robert Malthus refiere que en los seres humanos existe un poderoso instinto que les impulsa a procrearse y reproducir su especie por la denominada "pasión entre los sexos".

---

<sup>7/</sup> Para la elaboración de este capítulo se tomo como referencia el documento de CELADE, Enfoques teóricos para el estudio de la fecundidad y el de población y desarrollo, 1994.

<sup>8/</sup> Guzmán, Jose Miguel (1995) Fecundidad - apuntes de clase, Santiago de Chile, 1995.

Sin embargo la presencia de lo que se denomina una ley natural que dice que la población tiene un límite de crecimiento y que no puede reproducirse más allá de lo permitido por la alimentación disponible. Además que el crecimiento de la población tiene frenos denominados "controles positivos" que son como filtros del crecimiento, entre estos tenemos: la pobreza extrema, las guerras, epidemias, hambrunas y otras desgracias humanas. Por otra parte están los "controles preventivos" constituidos por la abstinencia voluntaria, que incluye el celibato y la posposición de los matrimonios.

Carlos Marx por su parte hace referencia de la teoría holística del sistema capitalista, en la que entiende la reproducción de la población, como la reproducción de la fuerza de trabajo. El indica que no existe una única ley de población, sino una ley distinta y separada para cada momento histórico, para cada momento de producción. Sin embargo Marx no especifica los mecanismos a través de los cuales la organización social y económica afecta al comportamiento reproductivo.

Landry, Warren, Thompson y Nortestein crean la teoría de la Transición demográfica, que fundan sus ideas en el descenso de la mortalidad y la fecundidad en Europa como consecuencia de la industrialización y en particular de la modernización, crea mejores condiciones de vida y de salud, determinando una baja de la mortalidad, repercutiendo en las familias, aumentando el número de hijos, lo que origina una respuesta de reducción de la fecundidad, por el costo que la modernidad exige, cuesta más la crianza, la educación, etc, de los hijos, por tanto el standard de vida se estabilizaba al disminuir la fecundidad. Para Nortestein las crecientes aspiraciones personales tiende a disolver la familia, sustituyéndola por el individualismo.

Knodel y E. Van de Walle (1979) sostiene que la fecundidad es influenciada por aspectos culturales, étnicos, lingüísticos y geográficos, por lo que determinan variaciones en el inicio de la transición.

Cadwell sostiene que el comportamiento reproductivo es racional, fundamentando la conducta de la fecundidad en sociedades pretransicionales y postransicionales económicamente racional dentro el contexto de metas económicas socialmente determinadas y dentro factores psicobiológicos. Los factores que generan una alta fecundidad y estable a su vez producen desestabilización, asentadas en las relaciones económicas al interior de las familias. La sociedad pretransicional tiene una fecundidad, estable y alta porque el número familiar son bienes de ganancia neta, por el contrario en la postransicional hay una racionalidad económica que dictaría una fecundidad cero.

Richard Easterlin y Gary Becker dan una teoría basada en el enfoque económico, donde el ingreso relevante en relación a las decisiones de la fecundidad no es el ingreso observado, sino el ingreso de la pareja en relación al estándar de vida que los miembros de la pareja tuvieron en su niñez y adolescencia, en relación a ello las preferencias de los hijos no serían absolutamente uniformes y constantes, sino que podrían variar en función de la socialización primaria de los padres. Define los costos de regulación de la fecundidad, a todos los costos, psíquicos monetarios, que la pareja debe incurrir para evitar a tener hijos y la demanda de hijos, que es el número de hijos que una pareja desearía tener si los costos de regulación fuesen cero.<sup>9</sup>

Como se observa la reproducción y la fecundidad como tales han sido, son, es y serán de preocupación a lo largo del tiempo por razones personales, familiares, sociales, nacionales e internacionales como es el caso de la Conferencia Internacional Sobre Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, en cuya agenda uno de los puntos tratados fue La salud reproductiva definida como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos". El mismo documento cuando se refiere a los adolescentes versa de la siguiente manera: "Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades que tienen los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de los adolescentes deberían basarse en información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el, riesgo subsiguiente de la infertilidad. La maternidad a muy temprana edad entraña riesgos de morbimortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer limitando el grado de oportunidades de educación y empleo, y es probable se produzcan efectos negativos a largo y corto plazo

---

<sup>9</sup> CELADE, Enfoques teóricos para el estudio de la fecundidad, 1994, Santiago de Chile.

sobre la calidad de vida de ellas mismas y de sus hijos<sup>10</sup>/. Entre otras condiciones adversas que pueden nombrarse del embarazo en la adolescente señalamos las siguientes:

### **C. BIOLÓGICO.**

- Terminación del embarazo en aborto provocado o inducido.
- Mientras mas temprana sea la edad del embarazo complicaciones durante el prenatal con enfermedades propias como por ejemplo la eclampsia, la toxemia, desnutrición, etc.
- Durante el parto, desproporciones cefalopélvicas (cesáreas) y el post-parto.
- Complicaciones nutricionales, anémicas, etc.
- Complicaciones en los recién nacido, tales como parto prematuros y/o inmaduros.
- Recién nacidos de bajo peso.
- Recién nacidos desnutridos, y muchos otros problemas asociados.

### **C. SOCIAL**

- Abandono escolar.
- Disminución de opciones de trabajo bien remunerado.
- Frustraciones profesionales futuras.
- Marginalidad de su grupo social y/o familiar.
- Continuidad o ingreso a grupos carenciados o pobres, que repercutiran en sus niveles de vida.
- Problemas de comunicación interpersonal.
- Dependencia económica, y otros más
- La reproducción intergeneracional de pobreza, por las limitantes que ella genera.

### **C.PSICOLÓGICO**

- Baja autoestima
- Problemas de comunicación.
- Problemas depresivos, sobretodo post-parto. etc.

---

<sup>10</sup>/Tomado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia tomando en cuenta tres puntos de vista: el **desarrollo biológico**, que comienza desde la pubertad hasta la maduración sexual y reproductiva, el **desarrollo psicológico**, relacionado a los patrones cognitivos y emocionales de la niñez hasta la edad adulta, y por último toma en cuenta la **dependencia socioeconómica** de la niñez a las etapas de relativa independencia.

La población adolescente es dividida en adolescencia precoz, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía que comprende de 15 a 19 años.

El Dr. Herbert Friedman de la OMS en uno de sus artículos señala ...Durante la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Son muchas las cosas que se prueban o que se intentan por primera vez durante la adolescencia...como las relaciones sexuales, el experimentar del tabaco, el alcohol... El correr riesgos, forma parte natural del crecimiento, puede ser peligroso...las relaciones sexuales pueden conducir a un embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual (ETS)...La conducta de los jóvenes puede tener consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Las relaciones sexuales sin protección constituyen la base de los problemas asociados al embarazo y al parto no deseado o precoz, como también los abortos inducidos..."<sup>11</sup>/.

Estos conceptos muy bien identificados invitan a los investigadores a buscar más información, investigar y conocer la realidad de los adolescentes en su vivencia, los problemas que los aquejan, etc. Si se lograra conocer dichas interrogantes, el emitir políticas y/o propuestas, se colaboraría tanto a ellos como a sus familias y las sociedades en que se desarrollan.

Durante la adolescencia se definen opciones y se toman decisiones muy importantes que determinan el desempeño en la vida adulta y en la sociedad, por tal razón es necesario estudiar algunas de las dificultades que se presentan durante esta etapa del desarrollo humano, en particular el embarazo no deseado como una de las que tiene mayor trascendencia.

El estudio de los adolescentes o grupo de jóvenes como categoría social no es reciente, data de 1930; en las tres subsiguientes décadas, los trabajos se dirigieron a ensayos

---

<sup>11</sup>/Singh Sushela, Adolescentes de hoy, padres del mañana: Un perfil de las Américas.

donde se relacionan los cambios biológicos con los cambios psicológicos y de la afectividad<sup>12</sup>/.

En la década de los ochenta, el mundo empezó a centrar cada vez más su atención en las necesidades y problemas de los jóvenes y de esta manera prestar respuestas efectivas a sus necesidades y conocer mejor su perfil sociodemográfico, En 1985 las Naciones Unidas declararon el Año internacional de la Juventud.

En 1990, comenzó a considerarse a los adolescentes como un grupo social y poblacional con identidad propia, con características especiales para enfrentar las condiciones que la sociedad les plantea e introducirlos como actores reales en un mundo que requiere de sus acciones, motivo por el que se tratan de establecer políticas y normas, que respondan a sus requerimientos biológicos, psicológicos, culturales y políticos.

Sin embargo, los adolescentes continúan siendo un grupo que enfrenta múltiples problemas, no sólo de tipo individual, sino que sus conflictos expresan los problemas más complejos de su propia sociedad.

En el documento **Dos casos de la planificación en Bolivia, 1989** escrito por Hugo Torrez, refiere que entre las adolescentes entrevistadas solo el 4% no tenían instrucción, y en el área urbana algo mas del 73% habían vencido algún curso del ciclo secundario, por su parte las del área rural apenas un 27% llevo a cursar algún grado de instrucción secundaria.

- Que las mujeres con situación conyugal irrumpen su proceso educativo, ya que dos tercios de las adolescentes unidas solo han cursado algún grado del ciclo primario y que solo un tercio ha cursado algún grado del ciclo secundario, por el contrario las solteras alcanzaron el nivel secundario en más del 60%.

- Que la nupcialidad esta muy relacionada al nivel de instrucción, a menor instrucción las posibilidades de casarse mas tempranamente es mayor.

- Que la mitad de las encuestadas tuvieron su primogénito antes de cumplir los 21 años.

- Que la maternidad no solo se presentaba en las mujeres casadas, sino también en las

---

<sup>12</sup>/Horacio Toro, Adolescencia, un enfoque integrado, 1994.

mujeres que no están unidas, estas últimas en un 56% tuvieron un hijo, el 13% con 2 hijos y un 4% con 4 hijos.

- Al referirse a las relaciones sexuales en el grupo de 20 a 24 años en el contexto urbano, un 67% ya tuvieron relaciones sexuales, y en el área rural asciende al 80%.

- En cuanto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, se demostró que las solteras conocían en un 65% y en un 73% las unidas, los métodos más mencionados son la píldora 75% y la abstinencia 68%.

- De cada 10 mujeres unidas que conocen métodos de planificación familiar, menos de cuatro hacen el uso correspondiente.

- Alrededor del 70% tienen como ideal tener dos a tres hijos.

### **1.3 PROPOSITO Y OBJETIVOS EN ESTUDIO.**

Con el presente trabajo se pretende conocer y analizar el actual comportamiento de las adolescentes tardías de Bolivia, observando las influencias socioeconómicas, culturales del medio en el que se desenvuelve, y sus respuestas ante los mismos. Obteniéndose para ello un diagnóstico general de la situación del grupo en estudio en base a datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud., posteriormente se sacaran conclusiones y se emitirán sugerencias que puedan contribuir a la elaboración de políticas y estrategias para mejorar el nivel de vida de las adolescentes.

#### **-OBJETIVO GENERAL**

Conocer la conducta reproductiva de la adolescente tardía de Bolivia, en base a los datos de la encuesta ENDSA de 1994 y sus principales características, con el fin de contribuir al diseño de políticas que permitan evitar el embarazo no deseado en estas edades.

#### **-OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Examinar niveles y tendencias de la fecundidad de las adolescentes bolivianas.

- Conocer algunas condiciones socioeconómicas de las adolescentes bolivianas y su asociación en el comportamiento reproductivo de la adolescente.

- Analizar la nupcialidad, e inicio de relaciones sexuales en relación con la fecundidad adolescente.

- Identificar los métodos anticonceptivos conocidos por las adolescentes bolivianas, uso, disponibilidad e información recibida sobre los mismos.

- Conocer sus aspiraciones futuras sobre paridad, e intenciones para el uso futuro de anticonceptivos por parte de las adolescentes bolivianas.

#### **1.4 METODOLOGIA Y FUENTES DE DATOS**

Para el presente estudio se analizo la información proporcionada por la publicación de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994 (ENDSA 94), y se elaboraron nuevos tabulados a partir de las bases de datos proporcionados por el CELADE.

La ENDSA'94 forma parte del Programa Mundial de Encuestas. su objetivo primordial es proporcionar información actualizada sobre aspectos de salud (salud reproductiva y materna e infantil), nutrición, aspectos socioeconómicos de los hogares y personas encuestadas.

Para la recolección de la información se utilizaron 4 tipos cuestionarios (hogares, mortalidad materna, individual y disponibilidad de servicios de salud y planificación familiar). Estos se aplicaron en las diferentes regiones del país y permitieron 8.603 entrevistas individuales de mujeres en edad reproductiva en 10.491 hogares seleccionados, todos ellos en los nueve departamentos de la República , según área de residencia. (mayores detalles remitirse a la Encuesta referida).

El trabajo tomó como grupo principal de estudio a las adolescentes tardías (mujeres entre los 15-19 años), se realizaron comparaciones principalmente con el de 20-24 años.

Aunque parte de la información proveniente de la encuesta citada ya ha sido publicada, la fuente de datos permite todavía realizar muchos estudios más, principalmente referidas a la adolescente y su comportamiento reproductivo. Otra fuente de datos fue el Censo de Población y Vivienda de 1992, y una amplia bibliografía.

Las variables investigadas están referidas al área de residencia, estado civil, educación, fecundidad, nupcialidad, conocimiento y uso de métodos de planificación, comunicación e información de planificación familiar, deseabilidad de embarazo.

Se encontraron algunos impedimentos para la investigación del aborto, nutrición, atención prenatal atención del parto, peso del recién nacido, debido a que las preguntas referida a los puntos anteriormente mencionados no fueron contemplados por el programa que se encuentra en el CELADE.

## CAPITULO II

### **BOLIVIA COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES TARDIAS**

Basados en lo anterior, es que la sociedad boliviana y el gobierno, mira con preocupación a las adolescentes tardías debido a la vulnerabilidad que presenta este grupo, tanto en el aspecto socioeconómico (subempleo), salud (falta de un seguro social de salud), etc, razón suficiente para que al presente la Secretaría Nacional de Salud haya creado un departamento de atención para el adolescente cuya labor en la actualidad está enfocada a estudiar y planificar futuras tareas con los adolescentes. El Gobierno Nacional ha lanzado en 1994 el Plan Nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño para los años 1994-1997, cuyo nombre es "Plan Vida" que busca el cambio de la atención de la salud actual en el país, principalmente mejorando el componente de salud y nutrición materno infantil, sin embargo, en toda la lectura del documento no se habla algo específico para la atención de la o los adolescentes, pero se señala que "actualmente la Dirección Nacional de Prevención Integral de Drogodependencias y Salud mental es la entidad responsable de la Promoción de la Salud Integral del Escolar y del Adolescente, su participación es tomada como uno mas de sus componentes y como un conjunto de acciones de apoyo a la Salud Reproductiva de los jóvenes.

Como se observa, el trabajo de la oficina de atención del adolescente tiene una importante tarea que cumplir en el futuro, en sentido de dar una atención integral al adolescente, evitando el hecho que este sea manipulado como una entidad no definida en el terreno de atención médica, pediátrica o del adulto y que muchas veces tiende a tener múltiples transferencias de consultorios pediátricos o por el contrario a atención del adulto, dándole una atención inadecuada y falta de consideración, aspecto que influirá negativamente en su confianza, intimidad e interrelación médico-paciente. Ya que actualmente el adolescente, en el caso que estamos estudiando la adolescente tardía es una entidad médica reconocida con características propias físicas, psíquicas y sociales.

Este estudio, pretende aportar a las inquietudes antes indicadas información de las adolescentes tardías de Bolivia basando en la Encuesta Demográfica y de salud (ENDSA 94), analizando la fecundidad de las adolescentes tardías, tomando en cuenta variables como estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, tipo de ocupación, paridez, y salud reproductiva.

### Distribución de la población encuestada por edad

La población entrevistada por la encuesta ENDSA'94 se resume en el siguiente cuadro:

**CUADRO No. 1.2**  
**BOLIVIA: DISTRIBUCION DE LA POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL**  
**ENCUESTADA POR LA ENDSA 94 SEGUN GRUPOS QUINQUENALES**

GRUPOS POR EDAD SIMPLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE	PORCENT. ACUMULADO	FREC. ABS ACUMUL.
15-19	1817	21.1	21.1	1817
20-24	1544	17.9	39.1	3361
25-29	1345	15.6	54.7	4706
30-34	1272	14.8	69.5	5977
35-39	1072	12.5	81.9	7050
40-44	845	9.8	91.8	7895
45-49	709	8.2	100.0	8603

Fuente: ENDSA 1994  
 Procesado en SPSS/PC.

Del total de la población encuestada, los tres primeros grupos constituyen un 55% de las mujeres en edad fértil, es decir que más de una de cada 5 mujeres es menor de 20 años, la distribución simula las características del histograma de Bolivia, donde las edades más tempranas tienen un peso mayor en relación de las edades más tardías. La suma de los tres últimos grupos constituye el 34,5%, es decir que las mayores de 35 años son casi un 21% menos que menores de 29 años.

**CUADRO No.13**  
**BOLIVIA: POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL**  
**ENCUESTADA POR LA ENDSA 94 POR GRUPOS QUINQUENALES Y REGIONES**

Grupos	per edades	Regiones						TOTAL	
		Altiplano		Llanos		Valle		frecuen	porc
		frecuen	porc	frecuen	porc	frecuen	porc		
15-19	903	10.5	464	5.4	451	5.2	1817	21.1	
20-24	734	8.5	403	4.7	407	4.7	1544	17.9	
25-29	633	7.4	325	3.8	387	4.5	1345	15.6	
30-34	585	6.8	329	3.8	358	4.2	1272	14.8	
35-39	497	5.8	253	2.9	322	3.7	1072	12.5	
40-44	421	4.9	197	2.3	227	2.6	845	9.8	
45-49	356	4.1	137	1.6	216	2.5	709	8.2	
TOTAL	4128	48.0	2107	24.5	2368	27.5	8603	100.0	

Fuente: ENDSA 1994.  
 Procesado en SPSS/PC.

En referencia al cuadro anterior, la distribución por regiones de las 8603 mujeres entrevistadas, casi 5 de cada 10 (48%) tenían residencia en el altiplano boliviano, y una de cada 2 (55%) es menor de 30 años, en los valles residían casi tres de cada 10 (27.5%), y 1(52.5%) de cada 2 personas era menor de 30 años y por último en los llanos 1 de cada residía en esta región, y 1(56.5%) de cada 4 mujeres era menor de 30 años. Los tres grupos regionales tienen su mayor peso relativo en las grupos etareos de menor edad.

La información desagregada en cuanto a la distribución por regiones del grupo de adolescentes tardías es similar con la presentada para la población en total (48.0% para el altiplano, 24.5% para los llanos y 27.5% para las pobladoras del valle).

CUADRO No. 1.4  
BOLIVIA: POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL  
POR GRUPOS QUINQUENALES Y AREA DE RESIDENCIA

Grupos	Urban / rural				TOTAL	
	Urban		Rural		frecuen	porc
	frecuen	porc	frecuen	porc		
15-19	1170	13.6	647	7.5	1817	21.1
20-24	1035	12.0	509	5.9	1544	17.9
25-29	844	9.8	501	5.8	1345	15.6
30-34	818	9.5	454	5.3	1272	14.8
35-39	657	7.6	415	4.8	1072	12.5
40-44	490	5.7	355	4.1	845	9.8
45-49	364	4.2	345	4.0	709	8.2
TOTAL	5378	62.5	3225	37.5	8603	100.0

Fuente: ENDSA Procesado en SPSS/PC.

En relación al lugar de residencia de la población encuestada, la distribución refleja que el 62.5% (5378) de las encuestadas residían en áreas urbanas, aspecto parecido al que se mostró en el censo de 1992 en el que se observó que principalmente la población en edad económicamente activa tenía un mayor peso relativo en el área urbana. De las mujeres urbanas el 56.7% era menor de 29 años y la comprendida entre los 35 a 49 años solo era el 28%.

En el area rural la población estaba constituida por el 37.5%(3225) de las entrevistadas casi el 52 % son menores de 29 años, lo que significa que la mayor concentración de población encuestada esta en la población menor de los 30 años. Contrariamente, la sumatoria de los tres últimos grupos en el área rural son un 34%.

Por su parte la distribución de las adolescentes tardías entrevistadas por la ENDSA 94, mostró que el 64.4% esta en el área urbana, lo que equivale decir que casi 2 de cada 3 adolescentes tardías entrevistadas viven en áreas urbanas

**CUADRO No. 1.4**  
**BOLIVIA: ADOLESCENTES TARDIAS**  
**DISTRIBUIDAS POR EDADES SIMPLES Y AREA DE RESIDENCIA**

Edad	Urban / rural				TOTAL	
	Urban		Rural		Frecuen	porc
	Frecuen	porc	Frecuen	porc		
15	257	14.2	155	8.5	412	22.7
16	252	13.9	135	7.4	387	21.3
17	239	13.2	132	7.3	371	20.4
18	230	12.7	124	6.8	355	19.5
19	192	10.5	101	5.5	292	16.1
<b>TOTAL</b>	<b>1170</b>	<b>64.4</b>	<b>647</b>	<b>35.6</b>	<b>1817</b>	<b>100.0</b>

Fuente: ENDSA  
 Procesado en SPSS/PC.

Se puede explicar que el menor número de mujeres en el área rural se debe a la migración en busca de mejores niveles de vida, (principalmente la búsqueda de fuentes de trabajo).

Por lo tanto, la muestra presenta una población cuya concentración es mayor en los tres grupos quinquenales mas jóvenes igualmente las que residen en el área urbana y en la región del altiplano.

## Evolución de la fecundidad

Observando las tasas globales de fecundidad, es posible afirmar que en los primeros 25 años (1950 al 1975), estas disminuyeron muy poco, a partir de 1975 en adelante la diferencia se hace notable.

**Cuadro**  
**EVOLUCION DE LA FECUNDIDAD POR QUINQUENIOS**  
**EN BOLIVIA DESDE 1950 A 1995.**

PERIODO	TGF	PERIODO	TGF	PERIODO	TGF
1950 - 1955	6.75	1965 - 1970	6.56	1980 - 1985	5.30
1955 - 1960	6.75	1970 - 1975	6.50	1985 - 1990	5.00
1960 - 1965	6.63	1975 - 1980	5.80	1990 - 1995	4.80

Fuente: INE, 1994.

Las tasas específicas por edad de las mujeres bolivianas desde 1960 a 1995, facilitan observar que el descenso de la fecundidad comienza a ser más acentuado en los grupos intermedios de edad (20 a 40 años). , se destaca que en las adolescentes entre 15-19 años, si bien las tasas específicas han disminuido lo han hecho muy levemente, de manera que la Tasa Específica de Fecundidad es casi ha sido constante en el tiempo, a diferencia de los demás grupos quinquenales. En consecuencia, esto ha contribuido a aumentar el nivel de la fecundidad general del país, la representación gráfica del cuadro lo vemos en página 14.##

Muchos factores han determinado que el descenso sea leve entre 1960 al 1975, entre ellos podemos señalar aspectos de tipo cultural, religioso, políticos y educativos de toda la población boliviana.

**CUADRO**  
**BOLIVIA: TASAS ESPECIFICAS DE LA FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD,**  
**DE LAS MUJERES,**  
**POR PERIODOS QUINQUENALES 1960 - 1995**

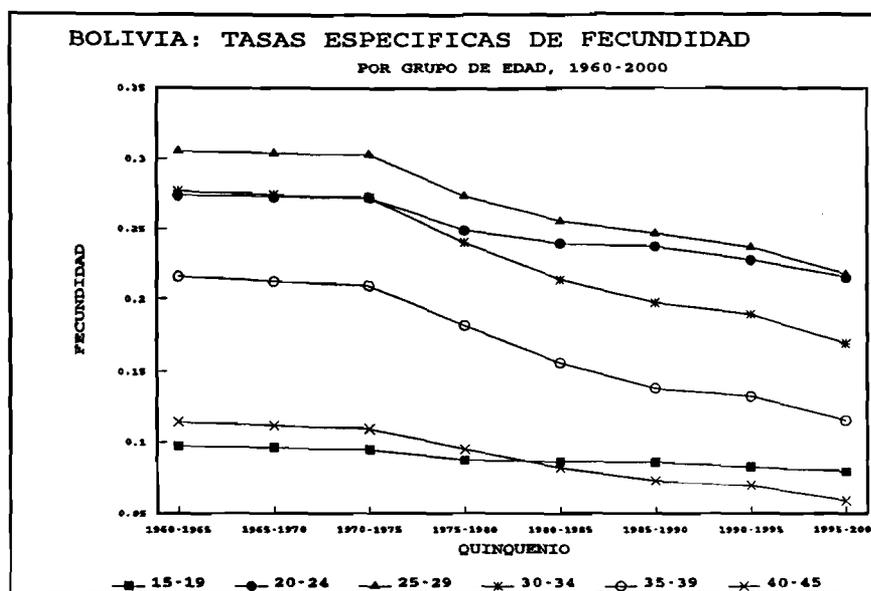
AÑOS	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	edad media
1960-1965	.0972	.2737	.3054	.2767	.2157	.1144	.0429	30.35
1965-1970	.0959	.2726	.3039	.2742	.2124	.1117	.0413	30.30
1970-1975	.0947	.2720	.3029	.2720	.2093	.1092	.0399	30.26
1975-1980	.0873	.2487	.2733	.2401	.1818	.0950	.0338	30.09
1980-1985	.0862	.2395	.2555	.2135	.1560	.0818	.0275	29.71
1985-1990	.0858	.2372	.2466	.1972	.1380	.0727	.0225	29.36
1990-1995	.0824	.2277	.2367	.1893	.1325	.0698	.0216	29.36

Fuente: CELADE-Estimaciones y proyecciones de la población, 1995.

El ingreso de la información sobre la salud reproductiva tuvo mucha resistencia, incluso fue bandera política de partidos principalmente de izquierda que apoyados por organizaciones sindicales preconizaban que la planificación familiar era un control de la natalidad influenciada por fuerzas imperialistas foráneas que buscaban intereses propios, por otra parte la iglesia constituye una de las principales fuerzas que se opone a la planificación familiar, oposición que perdura en el presente. Pese a ello en 1987 el Gobierno del Presidente Jaime Paz Zamora dio apertura a la atención de la Salud Reproductiva y la planificación familiar con el programa de Supervivencia Materno Infantil que al presente se constituyo la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva que tiene actividades a nivel nacional, con apoyo de entidades no gubernamentales e instituciones internacionales como UNDFPA, la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID) y otras.

## **Tendencia de la fecundidad adolescente**

Habiendo visto la evolución de la fecundidad, vale la pena analizar la tendencia que va tener la misma, todos los grupos quinquenales describen gráficamente un trazado casi horizontal, con un descenso de la fecundidad poco notable de 1960 a 1975, apartir de este último año el trazado muestra un importante descenso principalmente en los grupos comprendidos entre los 25 a 39 años (el grupo de 35 a 39 años, tiene un descenso aún mayor). Sin embargo el grupo de las adolescente muestran un trazado casi horizontal a lo largo del tiempo, aunque ha experimentado leves descensos, es decir no disminuye en la misma proporción y rapidez con que lo hacen los otros grupos de mujeres por consiguiente, ha aumentando y aumentará su peso relativo en el nivel de fecundidad general del país ( ver gráfico #####)debido a que las cohortes venideras de las futuras adolescentes son mayores a las anteriores , y aunque la tasa de fecundidad disminuya el número de recién nacidos va a crecer precisamente por creciente número de adolescentes futuras.



Gráfica No. 1

Fuente: CELADE-Estimaciones y proyecciones de la población, 1995.

### Características de la fecundidad de las adolescentes tardías, en base a datos ENDSA'94.

Los resultados de la encuesta ENDSA'94 revelan, que se encuestaron 1817 adolescentes tardías, de ellas el 82% (1496) correspondían a solteras que no estaban embarazadas y tampoco habían tenido hijos nacidos vivos en el momento de la entrevista (a este grupo se nominó no maternas), las 321 restantes (18% de las 1817) eran madres y/o estaban embarazadas (las denominaremos maternas) es decir casi 2 de cada 10 adolescentes de esta edad son maternas.

Desagregando la información más aún de las 321 adolescentes, 87 estaban embarazadas, de las cuales 58 lo eran por primera vez (27.1% de las 321) y 29 mujeres que estaban embarazadas y ya eran madres (9%), además se contó solo con 263 adolescentes que eran madres de 1 o más hijos.

De las 263 adolescentes madres, 219 (83.3%) tienen un hijo, 35 mujeres tienen 2 y las 9 restantes tienen 3 hijos.

Por lo tanto el 16.7% tienen 2 o más hijos, de estas 58 el 35 (60%) residían en el área urbana.

Las adolescentes de 15 años representan el menor peso porcentual con un 1.8 % (6) son madres, y un 1.8% (6) por ciento que se encuentran embarazadas esperando su primer hijo. Para el grupo de 19 años, el 34% son madres (representando el valor más alto de este grupo), y un 5% (19) se encuentran embarazadas por primera vez. Es decir casi 3 de cada 100 adolescentes de 15 años son madres o están embarazadas, pero la relación aumenta a 4 de cada 10 mujeres de 19 que son madres o están embarazadas.

El promedio de hijos para el grupo total de adolescentes las mujeres entrevistadas era de 0.17 y para las mujeres actualmente unidas es de 3.1 hijos por mujer.

Según la ENDSA'94 para las adolescentes (entre 15 y 19 años), en el año 1994, presentaban una paridez promedio de 0.17, y para 1990 una paridez de 0.11 (inferior a los restantes grupos quinquenales), la cual ha disminuido, no sólo en este grupo de edad, sino también para los otros grupos quinquenales.

### **Tendencia de la fecundidad adolescente**

#### **Estructura por edades simples de las adolescentes**

Se observa que las edades (15 y 16 años), presentan los máximos valores (22,7 por ciento y 21.3 por ciento, respectivamente).

**Evolución de la fecundidad adolescente.**

El nivel de la fecundidad se explica tanto por la estructura de la población femenina en edad reproductiva, nupcialidad, el conocimiento y la disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos el estado socioeconómico y educativo de una sociedad. En Bolivia el histograma como ya se comentó es propio de una población joven. Por lo tanto, el número de nacimientos de hijos de adolescentes continuará aumentando debido a que la cohorte de mujeres que comienzan la adolescencia es mayor; sumado a ello, el inicio temprano sus uniones sexuales ( el 65% de la población femenina tienen uniones antes de cumplir los 20

años).

El Cuadro No 2, muestra que ha existido una evolución del peso porcentual de los nacimientos de las adolescentes en relación al número total de nacimientos del país. Esta tendencia se mantendrá en las siguientes décadas, por la inercia demográfica visible en el histograma, se estima que a comienzos del próximo siglo los nacimientos provenientes de las adolescentes representarían el 13% de todos los nacimientos ocurridos en el país.

**CUADRO 3**  
**BOLIVIA: PROMEDIO DE HIJOS VIVOS SEGUN EDAD Y ANOS DE LA ENCUESTA**

Grupos de Edad	1989		1994	
	No. Mujeres	Prome.Hijo	No. Mujeres	Prome.Hijo
15 - 19	1682	0,2	1817	0,2
20 - 24	1311	1,1	1544	1,0
25 - 29	1341	2,6	1345	2,1
30 - 34	1117	3,7	1272	3,1
35 - 39	1073	4,5	1072	4,0
40 - 45	740	5,4	845	4,3
45 - 49	659	5,9	709	4,4
Total	7923	2,3	8603	2,3

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

El comportamiento de la fecundidad adolescente, presenta una tendencia casi estable (Gráfico No ). La paridez se mantuvo invariable debido a la extremada lentitud en el descenso de la fecundidad en este grupo de edad, (0,2 hijos por mujer).

Este fenómeno podría asociarse a la poca variación que, en los años mencionados, ha tenido el porcentaje de adolescentes madres (ver cuadro de tasas específicas de la fec. por edad pag16). La información obtenida de la ENDSA'89, indica que la proporción de adolescentes madres era el 14,3 por ciento del total de las adolescentes.

CUADRO BOLIVIA DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES TARDIAS POR EDAD  
INCLUYE EL GRUPO DE MATERNAS

EDADES	FREC. ABSOL	PORCENTAJE	EMBARA/MADRE	PORCENT
15	412	22.7	13	3.9
16	387	21.3	32	9.9
17	371	20.4	56	17.5
18	355	19.5	102	31.8
19	292	16.1	118	36.9
Total	1.817	100.00	321	100.0

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Y de las madres adolescentes, el 14,1 por ciento ya tenía un hijo, el 1,5 por ciento tenía dos y 1,6 por ciento tenía tres hijos. Los cálculos obtenidos con el SPSS muestran que el porcentaje de madres adolescentes fue de 17,6; y de ellas el 68.2 por ciento había tenido un hijo, y el 13,7 por ciento había tenido por encima de dos hijos.

En este último año el 37 por ciento de los nacimientos en las mujeres menores de 20 años tuvieron lugar entre 7 y 17 meses después del último nacimiento. Lo que indica que en este grupo de edad están ocurriendo gestaciones sucesivas (de alto riesgo), con escasos espacios intergenésicos. También se observa (Cuadro No. ) que las adolescentes de 15 (1,2 por ciento) y de 19 años (3,3 por ciento) son las que tienen los menores valores en relación al primer embarazo al momento de la encuesta; mientras que las adolescentes de 17 años (4,4 por ciento) presentan la máxima proporción (ENDSA'94) a trasladar atrás al referirse intergenésico

El 18% de las mujeres de 15 a 19 años son madres y/o embarazadas, esta proporción es diferente de acuerdo a las edades simples, así 4 de cada 10 mujeres de 19 años son madres o están embarazadas (1.6%) y casi 3 de cada 10 mujeres de 15 años son madres, ésta proporción disminuye progresivamente a menor edad. Es interesante observar que 1 de cada cuatro mujeres de este grupo ya tiene más de un hijo.

#####41#

### Fecundidad y área de residencia

Es sabido que la evolución de la fecundidad ocurre de manera diferenciada según áreas geográficas de residencia y características socio-económicas de la población. Examinar estos cambios en el caso de Bolivia representa un aspecto significativo.

Las diferencias geográficas son tan relevantes que se manifiestan al interior de las mismas áreas. Para 1994 se encontró en Bolivia (en la ciudad de Tarija, valle) en áreas urbanas 3,6 hijos en otras (promedio de las áreas urbanas de Beni/Pando, llano) tienen hasta 5,2 hijos. Y que en las áreas rurales, se encontró una fecundidad mayor (7,1 hijos en promedio). (ENDSA 94).

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADOLESCENTE TARDIA POR AREA DE RESIDENCIA  
ENCUESTA ENDSA - BOLIVIA 1994.

Edad	Urban / rural				TOTAL	
	Urban		Rural		frecuen	porc
	frecuen	porc	frecuen	porc		
15	6	3.4	6	4.1	13	3.9
16	20	11.4	12	8.3	32	9.9
17	30	17.0	26	17.9	56	17.5
18	50	28.4	52	35.9	102	31.8
19	70	39.8	49	33.8	119	36.9
TOTAL	176	100.0	145	100.0	321	100.0

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Información analizada, de la ENDSA'94, permitió constatar que las adolescentes del área rural se embarazan o son madres en proporciones mas elevadas que las del área urbana, es decir el 22.4% de las adolescentes tardías del área rural ya son madres o están embarazadas frente al 15.0% de las del área urbana. Esta realidad relaciona directamente con las disparidades económicas, sociales educativas políticas, y culturales. .

Pese a ello la distribución de las maternas por área muestra que el 54,8% de ellas residían en el área urbana, de las cuales 118 (67.1%) eran madres de un hijo, 35(19.9%) estaban embarazadas por primera vez y 18 (10.2) eran madres de 2 hijos y 5 (2.8%) eran madres de 3 hijos.

En cuanto al área rural el 69.6% (101) eran madres de 1 hijo, 16.5% (24) estaban embarazadas por primera vez, el 11% (16) eran madres de 2 hijos y el 2.8% (4) tenían más de 3 hijos.

La región que cuenta con más maternas (en relación a las 321) es el altiplano con un 43%, luego el llano con el 32,7 y el valle con 24.5%. Sin embargo las mujeres que más se embarazan comparando al total de las adolescentes son las del llano en un 22.6% seguidas del valle en un 17.5% finalmente el 15% corresponde para el altiplano.

Por lo que concluimos este punto indicando que: las adolescentes del área rural se embarazan más que las adolescentes del área urbana, para lo cual se deben tener en cuenta entre otros, aspectos como la educación, culturales (que se vera en el próximo punto) etc, que influyen en forma negativa en el área rural. Las mujeres del llano se embarazan más que las del valle y el altiplano, puede deberse a que las primeras tienen un desarrollo biológico, social mayor y más temprano que las segundas y terceras, en el que tiene mucho que ver el clima cálido.

### **Nupcialidad, patrones culturales y área de residencia**

Un aspecto importante en la sociedad boliviana lo constituyen los valores y patrones culturales, que a su vez tienen influencia significativa en el comportamiento de la nupcialidad. Asimismo cabe decir, que el país tiene una gran heterogeneidad cultural, ya que existen diferentes grupos étnicos y se hablan diferentes idiomas. Esto explica, en parte, la diversidad de creencias relacionadas con la vida sexual, y con el momento de su inicio.

A modo de ejemplo puede decirse que el sirwiñacu<sup>13</sup>, consiste en una unión a prueba, previa a la formalización de una unión estable (matrimonio) y lleva al inicio de vida conyugal en común y si no resulta satisfactoria para la pareja, puede tener como resultado una madre soltera, y un hijo ilegítimo. Evidentemente, este hecho ilustra que los patrones culturales permiten o favorecen el embarazo adolescente, y puede explicar que la mayor proporción de mujeres sea conviviente, en comparación a las casadas.

---

<sup>13</sup> Vocablo aymara, se utiliza para designar un tipo de unión permitida principalmente dentro la sociedad rural.

El estado civil en el grupo de adolescentes tardías tiene un comportamiento muy especial, por todas las características que se presentan al interior de la sociedad en la que se desenvuelven (como ya se comentó anteriormente). Al momento de la entrevista, en el grupo de las no maternas como es lógico pensar, el grupo mayoritario eran solteras sin embargo solo el 1.9% de ellas conviven con su pareja ya sea como casadas(1%) o en unión (0.9%).

En cuanto a las maternas se observa que menos de 1 de cada 4 mujeres están casadas, casi 1 de cada dos mujeres están unidas y más de 1 de cada 4 adolescentes es soltera, si se compara con el grupo de las maternas adultas 1 de cada 2 mujeres esta casada.

Diferenciando por área se observa casi una de cada 3 maternas adolescentes rurales es madre soltera mujeres y solo 1 cada 5 madres esta casada. En cambio en el área urbana casi 1 de cada 4 adolescentes maternas es madre soltera y mas de 1 de cada 4 adolescentes es casada.

BOLIVIA: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADOLESCENTE POR ESTADO CONYUGAL

Grupo	Actualmente en unión						TOTAL	
	Casada		En unión		No esta en unión		frecuen	porc
	frecuen	porc	frecuen	porc	frecuen	porc		
NoMaternas	15	1.0	14	0.9	1467	98.1	1496	100.0
Maternas	77	24.0	159	49.2	86	26.8	321	100.0
MaterAdulta	456	47.8	330	34.5	169	17.7	955	100.0

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

En cuanto a la distribución de las adolescentes maternas por región se observó que el 43,3% (139) son del altiplano, el 32.7% (105) son de los llanos y el 24%(77) de los valles.

Al desagregar la información se observa que más de 1 de cada 3 mujeres del valle es madre soltera, menos de 1 de cada 3 en el llano y 1 de cada 5 en el altiplano.

Aproximadamente 1 de cada mujeres del valle se casan, menos de una de cada 4 del llano y casi una de cada 3 del altiplano. En el caso de las uniones las mujeres del valle tienen mas uniones consensuales como se ve en el siguiente cuadro.

## BOLIVIA: DISTRIBUCION DE POBLACION ADOLESCENTE POR REGION

Región	Actualmente en unión						TOTAL	
	Casada		En unión		No esta en unión		frecuen	porc
	frecuen	porc	frecuen	porc	frecuen	porc		
Altiplano	40	29.0	71	51	28	98.1	139	43.3
Llano	27	26.0	47	45	30	29.0	104	32.4
Valle	9	11.0	41	53	28	36.0	78	24.3
TOTAL	76		159		86		321	100.0

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Tomando en cuenta conceptos referidos en el Panorama Latino 1994 del CELADE que indica: La mayor incidencia de los efectos negativos en los hogares con jefatura femenina se debe, fundamentalmente, a que tienen más probabilidades de caer en la pobreza y la indigencia esto se relaciona con la vulnerabilidad que resulta de contar con sólo un aporte de ingresos al hogar, a lo que se agrega la discriminación de género que sufren las mujeres en el mercado laboral<sup>14</sup>. Apoyados en este concepto podemos concluir que las adolescentes maternas tienen más jefas de hogar, por lo tanto mayor predisposición a la pobreza debido a una mayor inestabilidad económica, social, seguro social de salud e ilegitimidad de sus hijos, factores que son contrarios al bienestar materno-infantil.

Lo que nos permite concluir que las adolescentes tienen mayor predisposición a ser madres solteras que otros grupos. Son más las madres solteras de las áreas rurales. En cuanto a las regiones, las mujeres del valle viven más en uniones consensuales, son más madres solteras y se casan menos que las mujeres adolescentes de los llanos y el atiplado, y las madres adultas.

### Adolescentes tardías y número de hijos tenidos.

De las 321 madres o embarazadas 2 de cada 3 ya habían tenido un hijo (68.2%) , y casi una de cada 6 estaban embarazadas, y una de cada 8 adolescentes del grupo han tenido 2 o tres hijos.

<sup>14</sup> Véase Panorama Social de América Latina 1994. Publicación de Las Naciones Unidas-CEPAL Pag.73.

### **Edad de la Primera relación sexual**

Durante los últimos veinte años, la edad mediana a la primera unión se ha mantenido casi invariable, ya que gira alrededor de los 20 años; sin embargo, existen evidencias que indican que de las 1.817 adolescentes entrevistadas, el 2,7 por ciento se unió por primera vez antes de cumplir los quince años. Y del grupo de mujeres de 20-24 años entrevistadas (1.544), el 4,7 por ciento se unió por primera vez antes de cumplir 15 años, el 24,9 por ciento antes de los 18 años y el 42,6 por ciento antes de los 20 años. Estos datos corroboran que la adolescente boliviana establece su primera unión alrededor de la veintena de edad (ENDSA/'94).

Una proporción importante de adolescentes tienen su primera relación sexual antes de casarse, por lo que la primera unión no coincide con el matrimonio. Los estudios realizados en Bolivia señalan que la primera relación sexual es casi 2 años anterior (1,8) a la primera unión matrimonial, y parece que esta situación no ha cambiado en los últimos años (ENDSA/'94)

Se puede obtener una visión más completa del comportamiento de las adolescentes al analizar el comportamiento de las mujeres de 20-24 años de edad. Los datos de la ENDSA'94, señalan que en el grupo de 20-24 años (comprendido por 1.544 mujeres), el 6,4 por ciento tuvo su primera relación sexual antes de los quince años, el 34,7 por ciento antes de los 18 años y el 57,4 por ciento antes de los 20 años. Sin embargo, de las adolescentes de 15-19 años en el momento de la encuesta, aunque la diferencia es mínima el 4,4 por ciento tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Esta cifra es menor que en el primer grupo de edad, lo que pareciera indicar que las adolescentes prefieren tener su primera relación sexual después de los quince años.

### **Nivel de instrucción.**

La ENDSA, reporta que las mujeres adolescentes tenían un nivel de instrucción proporcionalmente superior a las otras mujeres en edad reproductiva. La mediana en años de estudio de las mujeres de 15-19 años fue de 8,6 años, mientras que en los grupos de 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 y 45-49 la mediana fue de 8,3; 7,4; 5,9; 4,7; 3,6 y 2,5 respectivamente, lo que evidencia que a menor edad, las mujeres han tenido más oportunidad de acudir a la escuela.

**Cuadro**  
**BOLIVIA: ADOLESCENTES (15-19) NO MADRES NI EMBARAZADAS**  
**NIVEL DE INSTRUCCION ENDSA 1994.**

EDAD	Nivel de instrucción				TOTAL	
	s/instrucc	primaria	secundaria	superior	Frec	%
15 años	4	248	146	0	398	26.6
16 años	6	163	186	0	355	23.7
17 años	12	126	179	1	317	21.3
18 años	6	90	152	3	252	16.8
19 años	8	57	94	15	174	11.6
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>684</b>	<b>757</b>	<b>19</b>	<b>1496</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Tomando en cuenta el grupo de las no maternas entrevistadas (1496 adolescentes), el 98% recibió instrucción, disgregando la información en relación al grado máximo de instrucción, el 45.7% recibió algún curso de instrucción primaria, y un 51.9% esta en secundaria y un 1.3% cursa estudios de profesionalización.

**Cuadro**  
**BOLIVIA: ADOLESCENTES (15-19) MADRES O EMBARAZADAS**  
**NIVEL DE INSTRUCCION ENDSA 1994.**

Madre o embarazada	Nivel de instrucción				TOTAL	
	s/instrucc	primaria	secundaria	superior	Frec	%
15 años	2	11	0	0	13	4.0
16 años	0	30	2	0	32	9.9
17 años	3	40	13	0	56	17.4
18 años	6	68	27	1	102	31.7
19 años	7	74	43	0	119	37.0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>223</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Al analizar la relación existente entre el embarazo y el nivel de instrucción máxima alcanzada, se observó que el 94.7% de las 321 adolescentes maternas, tuvo algún nivel de instrucción quedando un 5.6% que no lo tuvieron. Sin embargo solo el 69,5% de las maternas asistieron al nivel primario y sólo el 25% llegó a nivel medio.

Lo visto anteriormente muestran diferencias claras, tales como: Primero, las maternas sin grado de instrucción casi triplican relativamente a las no maternas. Segundo, Las adolescentes no maternas alcanzan casi el doble niveles de instrucción medio y superior que las no maternas (dos de cada tres maternas llegan como



máximo nivel educativo a la primaria, nivel considerado bajo)<sup>15</sup>. En cambio 1 de cada 4 no maternas adquiere o llega a tener un nivel educativo medio o superior.

Por lo que concluimos este punto indicando que existe una estrecha asociación entre el bajo nivel educativo de las adolescentes y embarazo o maternidad.

#### Asistencia y o continuidad de estudios de la adolescente tardía.

Para reforzar el concepto que la maternidad en la adolescencia es una limitante para la continuidad de estudios, se observó que el 65.6% (2 de cada 3) de las adolescentes no maternas continuaban estudiando, frente a solo un 4,67% (que no alcanza ni al 1 de cada 10) de las adolescentes maternas. Si comparamos con las maternas de 20 a 24 se ve que un el 8.1% continúa estudios casi el doble de las adolescentes madres.

Concluimos que el embarazo y/o la maternidad predispone a la deserción escolar y la continuidad de estudios.

#### BOLIVIA: CONTINUIDAD DE ESTUDIOS ENCUESTA ENDSA BOLIVIA 1994

Grupo	Actualmente asiste escuela						TOTAL	
	Si		No		No respondieron		frecuen	porc
	frecuen	porc	frecuen	porc	frecuen	porc		
NoMaternas	936	35.3	526	19.8	4	.2	1467	55.3
Maternas	15	.6	289	10.9			304	11.4
MaterAdulta	73	2.7	816	30.7	7	.3	895	33.7

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

En las áreas rurales es mayor la proporción de embarazadas (3,6 por ciento) y madres adolescentes (18,6 por ciento), que en las zonas urbanas 2,9 y 11,9 por ciento, respectivamente, hecho que al asociarse al nivel de instrucción, el cual es más elevado en las adolescentes urbanas, se pone en evidencia que las adolescentes rurales tienen una alta probabilidad de ser madres y tener bajos niveles educativo (ENDSA 94).

El 79.5% de las adolescentes del área urbana actualmente continúan estudios, por el contrario solo el 31,1 de las adolescentes de área rural (es decir menos de la mitad que los área urbana).

#### CARENCIAS BÁSICAS Y ADOLESCENTES MADRES O EMBARAZADAS

Las carencias básicas según la ENDSA<sup>16</sup>/ de tres países donde se incluye Bolivia, exploró que las deficiencias de vivienda, acceso a servicios básicos y hacinamiento, afecta a un 79% de adolescentes embarazadas y/o madres. A su vez las más afectadas son del área rural.

<sup>15</sup> Vease CEPAL/CELADE, Panorama Social de América Latina 1994, Santiago de Chile 1994. pag 81.

<sup>16</sup>/Tomado de Bolivia, Colombia y República Dominicana en el contexto de la fecundidad y embarazo en adolescentes, 1995.

cuadro  
NIVEL DE CARENCIAS Y EDUCACION

ADOLESCENTE	Nivel de carencia				
	Carenciados		No carenciados		
	EDUCACION		EDUCACION		
	hasta básica	>básica	hasta básica	>básica	
MATERNAS	59%	20%	10%	11%	100%
NO MATERNAS	35%	26%	11%	27%	100%
ADULTAS	42%	27%	9%	22%	100%
T o t a l	42%	26%	9%	23%	100%

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC Nota: hasta básica, sin educación o hasta formación básica.

Al referirse al nivel educativo y carencias se demostró que las adolescentes maternas carenciadas están asociadas a menores niveles de educación, ya que las adolescentes no maternas alcanzan un mejor nivel educativo, llegando a superar tres veces más las maternas observándose una clara asociación del bajo nivel, la maternidad y las carencias básicas.

Se observa que existe una importante relación entre el bajo nivel educativos, hacinamiento, carencias básicas de las adolescentes y el embarazo o ser madres en este período de la vida. De la misma manera y aún más acentuada es la situación del embarazo de la adolescente en el área rural, ya que se demostró que tienen carencias de vivienda y servicios altísimos (90%) y al referirnos a los bajos niveles educativos estos son más notables si se vé el peso relativo de los mismos dentro de su mismo grupo, por lo que podemos concluir que además de las carencias el vivir en área rural la predisposición a tener un embarazo es mayor que en el área urbana.

**Cuadro No 22**  
**Bolivia:NIVEL DE CARENCIAS TOTAL, URBANO Y RURA EN LAS ADOLESCENTES**  
**(porcentajes respecto de la frecuencia de cada grupo)**

T O T A L	Hacinamiento		Vivienda y Servicios		Nivel de Carencia		TOTAL frecuen
	Si	No	Inaceptabl	aceptables	Carente	NoCarente	
Grupos	%	%	%	%	%	%	
-Maternas	68	32	68	32	79	21	321
-NoMaternas	38	62	48	52	62	38	1496
-Adultas	47	53	55	45	69	31	6786
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>8603</b>
<b>AREA URBANA</b>							
Grupos	%	%	%	%	%	%	
-Maternas	41	59	50	50	69	31	176
-NoMaternas	32	68	28	72	46	54	994
-Adultas	40	60	33	67	53	47	4208
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>62</b>	<b>33</b>	<b>67</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>5378</b>
<b>AREA RURAL</b>							
Grupos	%	%	%	%	%	%	
-Maternas	40	60	90	10	92	8	145
-NoMaternas	52	48	89	11	92	8	502
-Adultas	60	40	90	10	93	7	2578
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>43</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>3225</b>

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

## Conocimiento de métodos anticonceptivos

"Uno de los obstáculos para la salud de los jóvenes, constituye que los servicios actuales rara vez están diseñados teniendo en cuenta a los jóvenes y casi nunca incluyen a éstos en la planificación o evaluación de los servicios...Las relaciones sexuales sin protección constituyen la base de los problemas asociados al embarazo y al parto no deseado o precoz, así como los abortos inducidos y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. (Friedman, 1994)

Estos conceptos encierran problemas que día a día se viven en el interior de los

hogares. Los adolescentes, generalmente, desconocen su sexualidad y los métodos modernos de anticoncepción, a los cuales no tienen fácil acceso.

Para las 1817 entrevistadas del grupo de 15 a 19 años, el método más conocido constituye el ritmo 58.1% (1057), el segundo es el condon 51.5% (936), el tercer método representado por las Píldoras 51.5%,(935), posteriormente el DIU 47.9% (482). Como puede observarse el método mas conocido es un método natural (que lastimosamente no podemos referirnos a la identificación del período fértil ya que son muy pocas las que respondieron ala pregunta), seguido de un método con un alto porcentaje de falla, y posteriormente en tercer y cuarto lugar vienen los métodos más seguros.

Lo que nos permite asegurar que hay un bajo conocimiento de métodos y los dos más conocidos son inseguros( ver anexo cocer).

## USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Del total de adolescentes encuestadas el 5,7% usaba en ese entonces algún método anticonceptivo en el momento de la entrevista, de los cuales el 3.9% señalaron que era método tradicional y principal era el ritmo en un 3.3%, y el retiro en 0.5%. En cuanto a los modernos sólo usaron el 1.7% del grupo en estudio, figurando como el más usado la píldora en el 0.6% de los casos, seguido por el DIU en el 0.5% luego el condón 0.4% y por último la inyección 0.1%.

Según resultados de la encuesta, que respondía a la pregunta ¿ha usado métodos alguna vez? se observa que el método más usado fue la abstinencia 7.3%, seguido por el cunden en un 1.9%, luego el retiro en el 1.8% y la pastilla en un 1,8%, y por último el diafragma e inyectable cada cuál en 0.3% (anexo mejor)

Cabe destacar que las adolescentes que usaron y que usaban en ese entonces métodos anticonceptivos, contituyen un porcentaje muy pequeño, sin embargo identificaron a los métodos tradicionales (abstinencia y retiro) como los más práctcados, lastimosamente su poca eficacia, no garantiza una planificación familiar adecuada, hecho que contribuye a aumentar el número de embarazos en adolescentes.

Otro aspecto importante es que el 48,5 por ciento de las adolescentes embarazadas y/o madres, ha utilizado algún método de planificación familiar , y de ellas el 16,6 por ciento usa métodos anticonceptivos modernos.

### **Adolescencia y conocimiento del período fértil**

De las 1.496 adolescentes no madres, el 28 por ciento conocía con exactitud la fecha de su período fértil, mientras que un 72 por ciento, lo desconocía.

Se puede inferir, que el alto uso de métodos tradicionales tales como: la abstinencia periódica y el retiro entre otros, y el desconocimiento del período fértil, por la mayoría de las adolescentes, podría ser uno de los tantos factores causales, que en suma, tenderían a incrementar el embarazo adolescente.

### **Adolescentes y fuente de obtención de métodos anticonceptivos**

La fuente de obtención de métodos de planificación familiar (PF.) en el grupo de las maternas adolescentes era primero la farmacia, seguido de los centros hospitalarios y salud del ministerio de salud, luego los consultorios, clínicas y hospitales privados, posteriormente la Caja de seguro social, centros de PF. y por último amistades.

En cuanto al grupo de las no maternas adolescentes al igual que en las maternas, las farmacias, los centros de salud del ministerio y las entidades privadas de salud son los principales proveedores, en este caso los centros de planificación aparecen antes que la Caja de Seguro.

Es interesante señalar que las farmacias son las principales fuentes de obtención de anticonceptivos, lo que significa que los adolescentes compran los métodos en una importante proporción. Los centros de salud del ministerio aunque recientemente han ingresado a dar servicios a la población, están jugando un papel muy importante en la planificación familiar. Este aspecto puede ser un importante motivo de futuros estudios para conocer la efectividad de los centros de planificación familiar, ONGs y otras organizaciones privadas que principalmente hacían distribución gratuita de métodos.

#### **7.2.4 Adolescente y medios de comunicación**

De 1.817 adolescentes entrevistadas, se encontró que el 27.6% había escuchado algún mensaje de planificación familiar en la radio, contra un 25.6% en televisión. Así mismo, un 23% conoció de la existencia de los métodos anticonceptivos conversando con las amigas.

Un 14.5 por ciento había leído mensajes de folletos y otros impresos de planificación familiar.

Del total de las adolescentes embarazadas y/o madres, el 28% había escuchado algún mensaje de planificación familiar por la radio. Al disgregar por área de residencia se encontró, que un 34.7% pertenecen al área urbana y un 20% en el área rural; esta cifra es similar comparativamente con el de adolescentes no embarazadas.

Un 21% de las adolescentes embarazadas y/o madres, han visto mensajes por televisión, lo que comparativamente es inferior al grupo de las adolescentes no madres.

Un 15.6% han leído algún artículo en folletos y el 13.6 alguna publicación de planificación familiar.

Por lo tanto se infiere que existe poca información de planificación familiar por los medios masivos de comunicación, motivo por el que las adolescentes madres y/o embarazadas tienen poca información en PF., de igual manera se observa un bajo conocimiento y uso de métodos de planificación, el cual se acentúa con mayor relevancia en el área rural.

Se concluye, que podría existir una relación entre embarazo adolescente y poca información sobre prevención del embarazo (donde los medios de comunicación juegan un importante papel), sin embargo, ello estaría condicionado por otras variables, tales como: accesibilidad a medios de comunicación, el nivel de pobreza, nivel educativo y área de residencia, entre otros.

### **6.1 Fecundidad y deseabilidad del embarazo**

De las, 87 mujeres que se encontraban embarazadas, casi la mitad (48.3%), deseaban tener el hijo en ese momento, algo menos que un tercio (31.4%) lo deseaba mas tarde y una de cada 5 mujeres no lo deseaban.

**BOLIVIA: DESEABILIDAD DE EMBARAZO DE LAS  
EMBARAZADAS**

Edad	Deseabilidad						TOTAL
	si		Mas tarde		no		frecuen
	frecuen	porc	frecuen	porc	frecuen	porc	
15	3	2.9	3	3.5	0	.5	6
16	5	5.9	3	3.4	4	5.1	13
17	10	11.2	8	8.9	5	5.9	23
18	19	21.5	6	7.1	5	6.2	30
19	6	6.5	7	8.5	3	2.9	16
Total	42	48.0	27	31.4	18	20.6	87

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Observando el cuadro se puede concluir que: más la mitad de las entrevistadas tendrían embarazos no deseados en el momento.

En cuanto a las mujeres adolescentes que ya eran madres (321), tan sólo 42 de ellas, respondieron a la pregunta, por considerarse un número poco representativo no se lo comenta.

### 6.2 Número ideal de hijos.

De las adolescentes que respondieron a la pregunta ¿Cuál es el número ideal de hijos?, el 42 por ciento respondió 2 hijos, el 22,4 % dijo que 1, mientras que el 17% opinó que 3 hijos.(anexo deseo 2)

## BOLIVIA: NUMERO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES EMBARAZADA

Edad	No. ideal de hijos										TOTAL	
	0	1	2	3	4	5	10	Lo que Dios mande	Otra respuesta	No sabe		
15	1	6	3	1	1						1	13
16	3	2	14	7	3		1	1			0	32
17	3	11	23	10	8						1	56
18	5	24	41	17	6			1	5		3	102
19	4	28	54	20	8	1			2		1	119
TOTAL	15	72	135	55	27	1	1	3	7		5	321

Fuente: ENDSA 1994. Procesado en SPSS/PC.

Los resultados de las respuestas a esta pregunta por el grupo maternas es contundente ya que 7 de cada 10 mujeres desean tener menos de dos hijos, y solo 3 de cada 10 desean tener 3 o más hijos.

Lo que nos permite concluir, que actualmente las adolescentes maternas prefieren familias reducidas, influenciadas posiblemente por sus vivencias del medio, y por la búsqueda del bienestar físico, psíquico, social, económico de sí misma y de su familia. Sin embargo, la prevención de embarazos con métodos de planificación familiar es baja.

#### 5.4. Mortalidad infantil y su relación con la adolescencia.

Cuando se analizan los resultados por edad de la madre, se encuentra tradicionalmente el alto riesgo de mortalidad para los niños de madres jóvenes, y de madres añosas o sea mujeres próximas o mayores a los 40 años, las mujeres con menores riesgos para sus hijos son las madres entre 20 a 29 años y, un aumento en el riesgo sobre todo después de los 40 años.

La ENDSA'94 hace referencia al riesgo elevado de los nacimientos si presentan las siguientes condiciones:

- hijos de madres menores de 18 años de edad
- hijos de madres mayores de 34 años al momento del nacimiento.
- intervalo intergenésico menor a 24 meses.

Sin embargo en Bolivia, la edad materna menor a los 18 años y mayor a los 34 años no está muy asociada con el riesgo elevado de mortalidad en la niñez por sí misma, sino que es la asociación con otros factores lo que determina su mayor riesgo.

Entre las razones asociadas al riesgo se encuentran: la falta o deficiencia atención prenatal, la atención al parto, quién y donde se atiende, si es en el área urbana o rural. Cuando el parto es atendido en el área urbana 2 de cada 3 nacimientos reciben atención prenatal y en el área rural esta relación es 1 de cada 3 (incluyendo el médico y/o enfermera auxiliar).

### **Control prenatal y atención de los partos.**

La atención del prenatal constituye un requisito indispensable para garantizar el desarrollo fetal, el bienestar materno y un posible parto sin riesgos. Sin embargo, sólo el 48.3 % de los controles prenatales de menores de 20 años son atendidos, por personal capacitado (médicos, enfermera, sanitario o partera familiar), pero un 48.1 % de pacientes no son atendidas por nadie.

Es importante indicar que la atención prenatal va disminuyendo a medida que la mujer se embaraza más veces.

Por lo que se concluye que: casi una de cada 2 adolescentes siguen controles prenatales, a mas embarazos las mujeres descuidan mas el control prenatal, aumentando el riesgo, lo que justifica los altos índices de morbilidad materno infantil.

### **Atención del parto**

La ENDSA '94 refiere que el 48.3% de los partos son atendidos por médicos, el 5,7% por enfermeras, sanitario o auxiliar, el 12.5% por parteras tradicionales, el 34.7% por familiar amiga u otro.

Esta relación cambia en el área rural o urbana.

Conforme se presenten los siguientes embarazos la atención por personal capacitado disminuye, a más hijos menos atención hospitalaria.

Lo que permite concluir que más de un tercio de las pacientes posiblemente sean atendidas por personal no capacitado, aumentando el riesgo materno infantil.

### **Otros factores predisponentes de riesgo.**

La educación en salud de las pacientes, figura como otro condicionante del riesgo, en una mujer con educación media o más, la atención prenatal es 4 veces mayor que la que no tiene instrucción, y a su vez las mujeres sin instrucción tienen una probabilidad 5 veces mayor de tener un parto domiciliario.

La relación que existe entre la edad de la madre y el riesgo de mortalidad infantil adopta mayor tamaño cuando inciden factores como los nombrados a lo largo de este estudio, entre ellos la carencia de un seguro social, de soporte económico y el bajo nivel de

instrucción.

Por ello, es importante la educación sexual que previene embarazos en la adolescencia y de esa manera se disminuye el riesgo materno infantil.

En cuanto al intervalo intergenésico, se observa que entre más corto sea, mayor es la mortalidad infantil. Sin embargo, entre las adolescentes un gran porcentaje (37.1%) tienen un período intergenésico comprendido entre 7 y 17 meses, yendo en contra de las recomendaciones médicas de mantener un período intergenésico de por lo menos 2 años, para disminuir la morbimortalidad materno-infantil.

Entonces, a mayor espacio intergenésico la próxima gestación tiene menos riesgo reproductivo.

CUADRO 7 NUMERO DE MESES DESDE EL NACIMIENTO ANTERIOR								
EDAD	7-17	18-23	24-35	36-47	48+	TOTAL	#NAC.	MEDIA NA/MES
15-19	37.1	24.7	25.6	12.6	0.0	100.0	51	21.5

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994

### 5.3. Lugar de Nacimiento

La atención del parto constituye un importante factor de riesgo de morbi-mortalidad materno infantil, los partos institucionales previenen muchos de los factores de riesgo, al contrario de los partos domiciliarios y sin la atención capacitada correspondiente.

Los partos domiciliarios entre los años 1991 y 1994 fueron en un 57%, lógicamente 9 de cada 10 partos domiciliarios no tuvieron atención prenatal previa. Pero con relación a los 3 años anteriores, la situación ha mejorado, en 1989 se atendía al 43% por ciento de la población, en 1994 se atiende al 47%; la mejoría es más sobresaliente en el área urbana. El 58.6% de los primogénitos son atendidos en hospitales (ENDSA '94).

## **CONCLUSIONES**

Los embarazos en las adolescentes se irán incrementando en número y en su peso relativo, debido a su estructura poblacional.

Durante los últimos veinticinco años la tasa específica de fecundidad de las adolescentes ha disminuido muy levemente frente a la disminución experimentada por la tasa de fecundidad de los otros grupos de mujeres en edad fértil. En consecuencia, está aumentando su peso relativo en la fecundidad general del país.

La paridez de las adolescentes se ha mantenido con escasas variaciones en los últimos veinte años.

La fecundidad y embarazo en la adolescencia no es homogénea en los diferentes grupos sociales y áreas geográficas. En los grupos de adolescentes pobres, de bajo nivel educativo y residentes rurales la fecundidad y el embarazo son mayores, y a la vez que son un problema individual también se convierten en un problema social.

En los hogares que presentan características de pobreza, el embarazo de las adolescentes es más frecuentes que en aquellos que no son carenciados.

Las adolescentes que no son madres alcanzan niveles educativos más altos que aquellas que son madres.

Las adolescentes del área rural tiene mayor predisposición a ser madre soltera.

En las áreas rurales el embarazo tiene importantes influencias culturales que lo predisponen, al inicio de la vida conyugal y sin protección de anticonceptivos. es menor.

Las adolescentes con bajos niveles educativos tienen mayor probabilidad de tener un embarazo que aquellas que poseen mas altos niveles educativos.

El embarazo o la maternidad en la etapa de la adolescencia le impide a la joven continuar estudiando.

Las adolescentes desean familias pequeñas, sin embargo el uso de anticonceptivos es bajo.

Los métodos anticonceptivos más usados son los naturales o tradicionales (abstinencia y ritmo), y son los menos garantizados

Los métodos de planificación familiar son obtenidos con más frecuencia por compra en farmacias.

Las instituciones privadas de salud pública han jugado un importante papel en proveer métodos de planificación familiar.

La difusión de programas de salud reproductiva son escasos y poco escuchados

## **RECOMENDACIONES**

Las políticas gubernamentales deben prestar atención a la prevención del embarazo en la adolescencia, en base programas educativos de tipo integral.

Los programas de prevención deben priorizar la educación sexual en los diferentes centros educativos, ya que allí se encuentra la población concentrada.

Los medios de comunicación, masivos deben apoyar con mayor eficacia la difusión de programas de planificación familiar, con mensajes claros, cortos e interesantes.

Se debe apoyar a los adolescentes pobres y carenciados con programas de planificación familiar y otros, con fines de romper el círculo de pobreza.

Se deben focalizar recursos económicos y humanos para grupos de población adolescente pobres, de bajo nivel educativo y pertenecientes al área rural; puesto que son los que presentan las mayores probabilidades de tener un embarazo y marginalidad.

Se deben crear los programas necesarios que brinden atención integral a las adolescentes embarazadas y que las apoyen después del alumbramiento y en su entorno familiar, tanto en su condición de esposa, allegada o jefa de hogar.

Después que la adolescente inicie sus relaciones sexuales permanentes o transitorias, o después que se convierta en madre, se les debe de proveer de los conocimientos y medios anticonceptivos necesarios para evitar un embarazo no deseado.

Se deben crear instituciones de capacitación a las jóvenes madres, a fin de que puedan insertarse en condiciones más ventajosas al mercado laboral.

Se deben crear programas de salud dirigidos a adolescentes, atendidos por especialistas en este grupo y que presten un servicio accesible a todo adolescente.

## BIBLIOGRAFIA

-CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1995). Fecundidad: Material docente, Tomo I, II, III, Santiago, Chile.

-----INE (Instituto Nacional de Estadísticas) (1995), Bolivia, estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050, La Paz, Bolivia.

-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1995). Estado de la población mundial, New York, Estados Unidos.

- Guzmán, J.M. (1995). Técnicas de análisis demográfico. Fecundidad, Santiago, Chile.

-Nora Gray y otros, (1995). ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES: Estudio descriptivo sobre violación e incesto en mujeres estudiantes de enseñanza media de la Región Metropolitana, Santiago, Chile.

- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1994). Dinámica demográfica de la pobreza, Santiago, Chile.

-CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1994). Panorama Social de América Latina, Santiago, Chile.

-Tenorio, Rodrigo y otros (1995). La cultura sexual de los adolescentes, Quito, Ecuador.

-Family Health International (1995). Introducción de los anticonceptivos, vol. 10, nº 4, Washington, Estados Unidos.

----- (1994). Los Adolescentes, vol. 9, nº 1, Washington, Estados Unidos.

----- (1994). Salud materna, vol. 9, nº 2, Washington, Estados Unidos.

-INE (Instituto Nacional de Estadísticas)(1994). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994, La Paz, Bolivia.

----- (1994). Bolivia: Estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050, La Paz, Bolivia.

-Ministerio de Desarrollo Humano y Secretaría Nacional de Salud (1994). Plan Vida-Plan Nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño, la Paz, Bolivia.

-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1994). adolescencia, un enfoque integrado, Santiago Chile.

----- (1994) Plan de Acción de la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo, New York, Estados Unidos.

-ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social) (1994). Guía para la identificación y formulación de proyectos de salud, Santiago, Chile.

-CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1993). Fecundidad, boletín demográfico nº 52, Santiago, Chile.

----- (1993). Población, Equidad y Transformación Productiva, Santiago Chile.

\_\_\_\_\_ (1993). Notas de Población nº 57, Santiago, Chile.

-INE (Instituto Nacional de Estadística) (1993). Censo Nacional de Población y Vivienda 1992, resultados finales, Santiago, Chile.

-CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1992). Notas de Población nº 55, Santiago, Chile.

-Ministerio de Planeamiento y Coordinación (1992). Dos casos de la planificación familiar en Bolivia, 1989, La Paz Bolivia.

----- (1992). Situación de la planificación familiar en Bolivia, La Paz Bolivia.

-CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1992). Hacia un conocimiento ampliado de la planificación familiar en Bolivia, La Paz, Bolivia.

-CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad, Santiago, Chile.

-OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1992). Salud Reproductiva en la Américas, Washington, Estados Unidos.

-Population Reference Bureau (1991). Guía Rápida de Población, segunda edición, Washington, Estados Unidos.

-DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (1990). la Fecundidad en Colombia, 1985, Bogotá, Colombia.

-INE (Instituto Nacional de Estadística) (1989). Bolivia en cifras 1989, La Paz, Bolivia.

1. INTRODUCCION .....	1
1.1 Características generales del país en estudio. ....	1
1.1.1 Referencias demográficas. ....	2
1.1.2 Referencias socio-culturales: ....	3
1.2 Presentación del problema y justificación. ....	3
1.3 Marco teórico .....	6
1.3 PROPOSITO Y OBJETIVOS EN ESTUDIO. ....	12
1.4 METODOLOGIA Y FUENTES DE DATOS .....	13
 CAPITULO II .....	 15
 BOLIVIA COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES TARDIAS .....	  15
Distribución de la población encuestada por edad .....	16
Evolución de la fecundidad .....	20
Tendencia de la fecundidad adolescente .....	22
Tendencia de la fecundidad adolescente .....	24
Estructura por edades simples de las adolescentes .....	24
Fecundidad y área de residencia .....	26
Nupcialidad, patrones culturales y área de residencia .....	28
Adolescentes tardías y número de hijos tenidos. ....	30
Edad de la Primera relación sexual .....	31
Nivel de instrucción. ....	32
Asistencia y o continuidad de estudios de la adolescente tardía. ....	33
Conocimiento de métodos anticonceptivos .....	36
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS .....	36
Adolescencia y conocimiento del período fértil .....	37
Adolescentes y fuente de obtención de métodos anticonceptivos .....	37
7.2.4 Adolescente y medios de comunicación .....	38
6.1 Fecundidad y deseabilidad del embarazo .....	39
6.2 Número ideal de hijos. ....	40
5.4. Mortalidad infantil y su relación con la adolescencia. ....	40
Control prenatal y atención de los partos. ....	41
Atención del parto .....	41
Otros factores predisponentes de riesgo. ....	42
5.3. Lugar de Nacimiento .....	43
 CONCLUSIONES .....	 45
 RECOMENDACIONES .....	 47
BIBLIOGRAFIA.....	48.

