



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIVERSITAT DE BARCELONA
MÁSTER DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA
TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL EN LAS
BIO-REGIONES BOLIVIANAS



**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, RED LOS ANDES - CIUDAD DE EL ALTO
GESTION 2017”**

Tesis presentada para optar el grado de: “Máster de Investigación en Medicina Tropical y Salud Internacional en las Bio-Regiones Bolivianas”, de la Universitat de Barcelona en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés. Universidad Mayor de San Andrés.

MAESTRANTE: VERONICA ALARCON CABEZAS

TUTOR: PhD. BERNARD GEL MORENO

LA PAZ – BOLIVIA

2018

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIVERSITAT DE BARCELONA
MÁSTER DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA
TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL EN LAS
BIO-REGIONES BOLIVIANAS

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, RED LOS ANDES- CIUDAD DE EL ALTO
GESTION 2017”**

Tesis presentada para optar el grado de: “Máster de Investigación en Medicina Tropical y Salud Internacional en las Bio-Regiones Bolivianas”, de la Universitat de Barcelona en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés. Universidad Mayor de San Andrés.

MAESTRANTE: VERONICA ALARCON CABEZAS

TUTOR: PhD. BERNARD GEL MORENO

LA PAZ – BOLIVIA

2018

DEDICATORIA

Esta se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, a encarar las adversidades.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy .me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para seguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por darme la fortaleza necesaria y la oportunidad de continuar
Con el proceso de formación académico-profesional.

Al equipo de la Universidad de Barcelona, Dr. Carlos Ascaso Terren y al
Dr. Mayber L. Loayza Aparicio por todo el apoyo, paciencia y por fortalecer
nuestros conocimientos en la formación de este master.

A los docentes Nacionales e Internacionales por transmitir sus conocimientos y la
dedicación para este Master.

A esa persona especial que siempre me animo y me apoyo dándome fortaleza y
ánimos hasta el final.

A mi familia, por el apoyo incondicional brindado durante estos años de estudio.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	10
2.	ANTECEDENTES	14
3.	JUSTIFICACIÓN.....	15
4.	OBJETIVOS	16
a)	Objetivo General	16
b)	Objetivo específico	16
5.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	17
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	17
a)	Tipo de estudio	17
b)	Contexto de estudio.	17
c)	Participantes.....	18
d)	Variables.....	18
e)	Participantes.....	20
f)	Tamaño de muestra.....	21
g)	Métodos estadísticos.....	22
5.	MARCO TEORICO	22
a)	Embarazo en Adolescentes	22
b)	Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes	29

c)	Complicaciones en recién nacidos y adolescentes	32
6.	RESULTADOS	37
a)	Descriptiva.....	37
b)	Inferencial.	38
c)	Modelo.....	39
7.	DISCUSIÓN.....	40
8.	CONCLUSIÓN.....	43
9.	BIBLIOGRAFÍA	45
	Ilustración 1 Supuestos del modelo de regresión logística	40
	Tabla 1 Operacionalización de variables.....	18
	Tabla 2 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.....	37
	Tabla 3 FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ..	38
	Tabla 4 FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ..	39

RESUMEN

Introducción. La adolescencia es el periodo en la vida de una adolescente que comprende entre los 10 a 19 años y ve interrumpida cuando queda embarazada. Una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes que viven en las regiones más pobres. El embarazo en adolescentes está relacionado a factores sociales y socioeconómicos, los cuales han sido de interés para este estudio.

Objetivo general. Describir los factores de riesgo asociados en el embarazo en adolescentes entre 15 a 19 años de edad de la Ciudad de El Alto, red los Andes gestión 2017. **Material y métodos.** Es un estudio cuantitativo, observacional de tipo casos y controles que por sus características me permite identificar factores de riesgo para el embarazo en adolescentes. Donde se toma una muestra de 200 adolescentes de la red los andes de la ciudad del alto de las cuales 100 se encuentran embarazadas y las otras 100 no están embarazadas, Se realiza una encuesta en los centros de salud y colegios de dos distritos ya que es ahí donde se las puede encontrar con mayor facilidad. **Resultados.** Los resultados encontrados son los siguientes:

No se ha encontrado asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo en adolescentes.

La funcionalidad del hogar y los factores socioeconómicos están relacionados al embarazo en adolescentes. **Discusión.** Podemos decir que el uso y conocimiento de los MACs no están directamente relacionados al embarazo en adolescentes como se ve en otros estudios, está más relacionado al hogar y entorno de la adolescente como sugieren algunos estudiosos del tema.

SUMMARY

Introduction. Adolescence is the period in the life of a teenager who is between 10 and 19 years old and is interrupted when she becomes pregnant. One in five women in the world already has a child before the age of 18 and each year there are 16 million births of adolescent mothers who live in the poorest regions. Adolescent pregnancy is related to social and socioeconomic factors; which have been of interest for this study. **Overall objective.** Describe the risk factors associated with pregnancy in adolescents between 15 and 19 years of age in the city of El Alto, the Andes management 2017 network. **Material and methods.** It is a quantitative, observational study of type cases and controls that due to its characteristics allows me to identify risk factors for teenage pregnancy. Where a sample of 200 adolescents in the network are taken, the city of Alto, of which 100 are pregnant and the other 100 are not pregnant, a survey is carried out in the health centers and schools of two districts since That's where you can find them more easily. **Results** The results found are the following:

No association has been found between the use of contraceptive methods and teenage pregnancy.

The functionality of the home and socioeconomic factors are related to teen pregnancy. **Discussion.** We can say that the use and knowledge of MACs are not directly related to adolescent pregnancy as seen in other studies, it is more related to the home and environment of the adolescent as some scholars suggest.

RESUMEN

Introducción adolescencia kan periodo kawsay shukpak malta iwka apin pura 10 ta 19 watakuna rikunpash shayachichishka jayka urayan wiksayuk shuk sapanpak pichka warmi pacha ña charin shuk churi ñaka 18 watakunapak sapanpash wata kan rurankichi 16 millones nacimientos chukunkipak malta iwka kawsankichi regiones ashtawan wakcha embarazo malta tiyan relacionado ta factores sociales socioeconómicos maykanpash han kachishka interés kaypak rikurichina **rikuyku general** Describir factores riesgo asociados embarazo maltapak pura 15 à 19 watakuna watapak llaktapak Alto linchipak Andes gestion 2017 **Material métodos** kanpash shuk rikurichina cuantitativo observacional shinapak ruranakuna rimachipash iwka rayku uki características ñukara ushaykun ricuriy factores riesgo embarazo maltapak maypi, mayman kan ii shuk rikuri 200 maltapak linchipak andes llaktapak alto maykanpak 100 kan encuentran wiksayuk otras 100 manapash están wiksayuk kan ruran shuk encuesta chawpikuna alli-kawsaypak jatun-yachana-wasikunapash ishkaypak distritos ña imara chaypi maypi, mayman kan puede tupana wan yapaku facilidad **Resultados** encontrados anawn siguientes: No kan ha tupachishka asociación pura mawkanaku métodos anticonceptivos embarazo adolescentes La funcionalidad kawsaypak factores socioeconómicos están relacionados embarazo maltapash **Discusión** ushanchi rimana iwka mawkanaku conocimiento MACs manapak están directamente relacionados embarazo malta tunu kan rikun otros rikurichinakuna tiyan ashtawan relacionado kawsay entorno maltapak tunu sugieren wakinkuna estudiosos kaytakupakman.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

El embarazo en la adolescencia es una preocupación no solo de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento en la fecundidad con el objetivo de evaluar la repercusión biopsicosocial que tiene en este grupo etario ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que, para 2013, cerca de 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años quedaron embarazadas y un millón de menores de 15 años tuvieron un parto, aproximadamente 11% de los nacimientos a nivel mundial. La tasa media de natalidad entre adolescentes de entre 15 y 19 años en 2013 fue de 49 por cada 1 000 nacidos vivos. Cada año, 3 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos; las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte a nivel mundial. Las menores de 16 años tienen riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de entre 20 y 30 años. La problemática es mayor en países de bajo ingreso, donde las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de

muerte en las mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Estos países presentan tasas de natalidad en adolescentes cinco veces más altas que los países de altos ingresos, adicionalmente, las adolescentes embarazadas reciben con mayor frecuencia una mala atención médica. América Latina y el Caribe (ALC) presentan tasa de natalidad en adolescentes del 18%, la tasa de fecundidad en adolescentes de la región es la segunda más elevada del mundo (80 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años), y aunque este porcentaje ha disminuido a nivel mundial, en ALC el descenso es lento. ⁽¹⁾

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Cada año en EE.UU de un millón de embarazos entre adolescentes, aproximadamente la mitad dan como resultado niños expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos e igualmente ocurre con la madre³.

En otros estudios realizados existe gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud⁴.

Un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes es su sexualidad y su salud sexual y reproductiva y las decisiones y conductas que tomen los adolescentes en estos temas, serán diferentes según las oportunidades

económicas, laborales, educativas que han tenido, la oferta de anticoncepción, la situación socioeconómica, las características personales y las normas sociales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen ⁽¹⁾. En las últimas décadas, el embarazo adolescente se ha convertido en un importante problema de salud ⁽³⁾, y es considerado una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo/a y su familia.

Las adolescentes embarazadas tienen menos probabilidades que los adultos de ser capaz de obtener un permiso legal y seguro para abortar en países donde el aborto está autorizado legalmente. También son menos propensos que los adultos a obtener atención prenatal, parto y postnatal calificado ⁽⁴⁾.

Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año. La literatura nos informa que 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año. En Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) en 2004, se estimó que 41,2% de embarazos ocurren en adolescentes de 15 a 19 años y 20% de estos, terminan en abortos inducidos, sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de actividad sexual (AS) y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos ⁽⁵⁾.

Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, con un 95% de ellas en países en desarrollo. Colombia tiene una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde

1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada, lo cual significa un obstáculo para el desarrollo individual y social del país ⁽⁶⁾; esta situación es más grave en víctimas del desplazamiento, donde 63% de las cuales han estado o están embarazadas de su primer hijo antes de cumplir los 19 años ⁽⁷⁾. En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez; es así que en la última década la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%, siendo la tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador la más alta de la Región Andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos (nv) ⁽⁸⁾. Para Bolivia, cerca de un 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; al menos la mitad de estos embarazos no fueron planificados al momento de la concepción ⁽⁹⁾. Para Chile en el año 2009, el número total de nacidos vivos fue de 252.240 y de estos, el 16,14% correspondió a nacidos vivos de madres adolescentes; al desagregar por grupo etario, 15,7% corresponden a adolescentes de 15-19 años y 0,4% restante a adolescentes de 10-14 años ⁽¹⁰⁾. Colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socio-económicos ⁽⁴⁾.

En América Latina, la elevada incidencia de embarazos en adolescentes es solo superada por África y tiene una marcada tendencia al incremento, provocado además porque alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15-19 años de edad tienen una vida sexualmente activa, existiendo también un incremento del 10 % del inicio de las relaciones sexuales a partir de los 12 años de edad. Unos tres millones

de adolescentes se someten a abortos inseguros cada año, y 108 de cada mil jóvenes son madres adolescentes ⁽⁴⁾.

El embarazo en la adolescencia, como problema de salud, tiene factores de riesgo estudiados y agrupados en relación a sus características multifactoriales ⁽²⁾. La clasificación en individuales, familiares, socio-económicos, culturales y psicológicos es una clasificación propuesta por Castro Espín y publicada en la Revista Cubana de Sexología y Sociedad, que aún mantiene vigencia ⁽⁴⁾.

2. ANTECEDENTES

El incremento de embarazos en adolescentes en la Ciudad de el alto en los últimos años, ha representado un problema en salud pública. Existe datos sobre embarazo en adolescentes en Bolivia ya que es uno de los siete países con las mas altas tasas de embarazo adolescente a nivel america latina y el caribe, con un promedio de fecundidad de 88 nacimientos por mil mujeres de 15 à 19 años, bastante por encima del promedio regional de 50 embarazos por mil mujeres .Segun reportes del fondo de poblacion de Naciones unidas en 2013 se registro en el país 90 mil embarazos en adolescentes, lo que equivale a 246 por dia o 10 embarazos cada hora.

La mayoría de estos embarazos se registraron en el departamento de Beni y santa Cruz, 35 y 34 porciento, mientras que en La Paz se registro el menor indice (14 porciento).

En los departamentos de Potosí y Pando se registro 21 porciento de los embarazos ; Oruro 20 porciento ; Chuquisaca 16 porciento, y Tarija 15 porciento.

En terminos porcentuales, el embarazo adolescente represento el 23 porciento del total de embarazos en el pais para el 2013, lo que signica un incremento de 5 puntos con relacion al indice promedio nacional estimado en un 18 por ciento para el 2008.

De estos embarazos, al menos el 70 por ciento no fueron planificados. La tasa de fecundidad observada es de 3,5 hijos por adolescente, y se proyecta una brecha entre fecundidad real y deseada de 1,5 hijos por mujer.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se registra con mucha mayor frecuencia entre quienes tienen menor acceso a educacion y viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza. A pesar de los avances que el pais ha mostrado en reducci3n de la fecundidad y del mayor acceso a los m3tros modernos de anticoncepci3n, la fecundidad en adolescentes de 15 à 19 a1os se ha incrementado, en concordancia con la tendencia observada en los pa3ses de la regi3n. Los estudios recientes revelan que son las mujeres j3venes las que m3s dificultades tienen para controlar su fecundidad y que el nivel educativo, el 3ndice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente ⁽²⁾.

3. JUSTIFICACI3N

Sud-Am3rica es una de las regiones donde mayor cantidad de embarazo en adolescentes se reportan, Bolivia es un pa3s que no queda exento de esta problem3tica.

Aunque no hay reportes claros sobre la situaci3n en Bolivia, la ciudad de El Alto es uno de los lugares donde mayor cantidad de casos de embarazo en adolescentes

se reporta, por tanto, es una problemática que se debería observar de forma objetiva e integral.

En general las políticas estatales están orientadas a la promoción y uso correcto de Métodos Anticonceptivos, basados en que la principal causa del embarazo en adolescentes es la falta de orientación y uso incorrecto de estos métodos, sin embargo, creemos que hay otras razones por las que existe embarazo en adolescentes relacionados a la parte social de la mujer adolescente.

Es así que, este trabajo pretende encontrar otros factores de riesgo relacionados al embarazo en adolescentes diferentes al conocimiento y correcto uso de Métodos Anticonceptivos.

4. OBJETIVOS

a) Objetivo General

Describir los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes entre 15 à 19 años de edad en la red los Andes de la Ciudad de El Alto – gestion 2017.

b) Objetivo específico

1. Medir la relación entre el embarazo en adolescentes y el uso de metodos anticonceptivos (MACs).
2. Calcular la relacion y el riesgo de embarazo en adolescentes, funcionalidad del hogar y situacion de la adolescente en la sociedad.

5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El conocimiento y el correcto uso de métodos anticonceptivos no son los únicos factores que predisponen al embarazo en mujeres en edad adolescente, también habrían factores de tipo social que estarían relacionados al embarazo en adolescentes.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Tipo de estudio.

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de tipo casos y controles que por sus características me permite identificar mujeres adolescentes embarazadas y emparejar con mujeres adolescentes no embarazadas y analizar factores de riesgo para el embarazo en adolescentes.

b) Contexto de estudio.

La investigación se realizó en la ciudad de El Alto o Altu Pata en la red los andes que cuenta con 21 centros de salud de 1 er Nivel de atención (Públicos) ,10 Centros de Salud de ONG de 1 er Nivel de atención, 2 Clínicas privadas de 2do Nivel de atención (Clínica san Martin de Porres, clínica Virgen de la candelaria) ,2 hospitales de 2 Nivel de atención (Hospital Municipal Boliviano Corea, Hospital Materno Infantil los andes).

De los 14 distritos municipales que tiene El Alto, en cada una de ellas residen diferente cantidad de habitantes. En la siguiente tabla detalla la distribución de habitantes por distrito:

- El Distrito 3 es el con mayor población, con 144. 828 habitantes. Comprende zonas como Villa Adela, Cosmos 78, Alto de la Alianza, Villa Calama, Luis Espinal entre muchos otros.

- En el Distrito 10 habitan solamente 785 personas, por lo que es el distrito menos habitado de la urbe. Corresponde al área rural de El Alto y están comunidades como Amachuma y Parco pata.

- Son cuatros los distritos que tiene una población mayor a los 100.000 habitantes. Estos son los Distritos 3, 4, 5 y 8.

c) Participantes.

Se toma a la población de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años de edad de la red los andes de la ciudad de el alto, donde se toma una muestra por conveniencia, como instrumento se ha utilizado un cuestionario para recolectar la información a 100 adolescentes embarazadas y 100 adolescentes no embarazadas, en el periodo comprendido entre junio a diciembre de la gestión 2017. Ya que en estos distritos se observan una gran cantidad de población adolescente con la cual se puede realizar el trabajo de investigación.

d) Variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION
VARIABLE DEPENDIENTE				
Embarazo en adolescente	O embarazo precoz, es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil - y el final de la adolescencia.	Presenta embarazo adolescente	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE

	Al embarazo en la adolescencia se lo define como: "el que ocurre dentro de los años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen".	No presenta embarazo adolescente		
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Métodos anticonceptivos	Son métodos o formas de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales, también se llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de formas de control de la natalidad.	CONOCE NO CONOCE	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE FUENTE PRIMARIA
Pastilla de emergencia (P.A.E)	Llamada también como "píldora o pastilla del día después o día siguiente", es un método anticonceptivo oral que contiene una hormona sintética llamada levonogestrel (uno de los principales ingredientes activos de la mayoría de los anticonceptivos) que se utiliza para prevenir un embarazo no planificado después de haber tenido una relación sin protección	CONOCE EL USO NO CONOCE	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE FUENTE PRIMARIA
Uso adecuado de condón	Los condones (también conocidos como preservativos) son fundas muy finas que impiden que el semen entre en la vagina. Hay condones masculinos y condones femeninos: El condón masculino se coloca en el pene. Suele ser de látex, un tipo de caucho. Pero algunos están fabricados con materiales seguros para las personas alérgicas al látex, como el poliuretano o el poliisopreno	USA BIEN NO USA BIEN	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE FUENTE PRIMARIA
Funcionalidad del hogar	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.	VIVE CON AMBOS PADRES	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE FUENTE PRIMARIA
Abandono escolar	La noción de abandono escolar, de este modo, refiere al alejamiento de un alumno de una institución educativa antes de la finalización de la etapa que estaba cursando. Dicho de otro modo: cuando un estudiante	ESTUDIA NO ESTUDIA	- SI - NO	CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE

	deja de asistir a la escuela pese a que todavía no completó su formación, está incurriendo en el abandono escolar.			FUENTE PRIMARIA
Trabajo infantil	<p>El término "trabajo infantil" suele definirse como todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico.</p> <p>Así pues, se alude al trabajo que:</p> <p>es peligroso y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño;</p> <p>interfiere con su escolarización puesto que:</p> <p>les priva de la posibilidad de asistir a clases;</p> <p>les obliga a abandonar la escuela de forma prematura, o</p> <p>Les exige combinar el estudio con un trabajo pesado y que insume mucho tiempo.</p>	TRABAJO NO TRABAJA	- SI - NO	<p>CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE</p> <p>FUENTE PRIMARIA</p>

e) Participantes

I. Criterios de inclusión.

- Mujeres en edad adolescente que se encuentren embarazadas en cualquier periodo de gestación.
- Mujeres que den su consentimiento informado para el uso de la información brindada.
- Mujeres adolescentes que pertenecen a la red de salud Los Andes.

II. Criterios de exclusión.

- Mujeres que tengan algún problema que dificulte el entendimiento de las preguntas (PCI o algún retraso de tipo intelectual)
- Mujeres que por la brecha idiomática no entienden las preguntas realizadas.

III. Criterios de emparejamiento

- Mujeres adolescentes no embarazadas que viven dentro de la red de Salud Los Andes.
- Emparejamiento realizado 1:1.

IV. Fuente de datos.

La fuente de datos es una encuesta aplicada a la población adolescente embarazada y no embarazada de la red de salud Los Andes, previa autorización del director de Red y Gerente de la Red.

f) Tamaño de muestra

En la red los andes donde se calcula 14312 adolescentes mujeres entre 15 a 19 años de edad, este dato corresponde al universo de donde se obtiene una muestra, para la muestra se utiliza la fórmula de probabilidad. Fórmula que se describe a continuación:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

- N = Total de la población 14312 adolescentes
- $Z_\alpha = 1.96$ asumen un nivel de confianza del 95%
- p = proporción esperada del 50 %
- d = error esperado 12%

La muestra obtenida para esta fórmula es de 103 casos y para el emparejamiento se esperan 103 controles.

g) Métodos estadísticos

Se genera una base de datos, el cual se analiza de la siguiente manera, inicialmente de resumen de variables cualitativas por frecuencias absolutas y frecuencia relativa. Posteriormente se realiza la Inferencia a través de la estimación por intervalos Chi cuadrado. Las variables asociadas son ajustadas para verificar interacción a través de modelos de regresión logística.

Todo esto se realiza con un nivel de confianza del 95% y un error alfa de 5%.

Los paquetes estadísticos utilizados fueron Excel, spss22, R commander 3.5.2, Epidat 3.1 y vassar Stats net.

5. MARCO TEORICO

a) Embarazo en Adolescentes

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. ⁽²⁾

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación ⁽³⁾

Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015 ⁽⁴⁾

Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%),

Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%).

Esta etapa es considerada como un periodo de la vida, libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa, que desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, los expone a disímiles problemas que en lo general están dados por una inadecuada educación sexual.

Bolivia es, por amplio margen, el país de toda Latinoamérica donde más embarazos adolescentes se producen. No se trata solamente de un problema de falta de información y educación sexual para adolescentes, o de poco acceso a métodos anticonceptivos.

Estadísticas señalan que las menores cada vez están más expuestas a ser víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, violencia de género, violaciones, secuestros y otros delitos que agudizan el problema del embarazo adolescente en Bolivia y el resto de la región.

Mientras que el promedio regional de partos en adolescentes es de 77 por cada 1.000. La tasa de mortalidad materna en ese país es de 206 por cada 100.000

nacidos vivos, mientras que en América Latina el promedio es de 92 en cada 100.000.

Tasa de natalidad y mortalidad materna en Latinoamérica		
País	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años (2006-2015)	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos (2015)
Bolivia	116	206
Honduras	101	129
Venezuela	95	95
Nicaragua	92	150
Guatemala	91	88
Panamá	91	94
República Dominicana	90	92
Colombia	84	64
México	83	38
El Salvador	72	54
Argentina	68	52
Haití	66	359
Brasil	65	44
Perú	65	68
Uruguay	64	15
Paraguay	63	132
Costa Rica	61	25
Cuba	53	39
Chile	52	22
Ecuador	Sin datos	64

Promedio de
Latinoamérica

77

92

Fuente: "Estado de la
población mundial 2016",
UNFPA.

¿Las causas en Bolivia?

Expertos señalaron que el fenómeno del embarazo adolescente es un problema cada vez más grande en varios países de América Latina.

Alberto Castro, oficial de Salud Sexual y Reproductiva de UNFPA en Bolivia, ⁽⁵⁾ explicó a Mundo que la legislación de ese país es avanzada en cuanto a sexualidad, pero que hay aspectos que deben mejorarse.

El representante de UNFPA añadió que, entre los motivos del crecimiento del embarazo adolescente en Bolivia, está la ausencia de educación integral sobre sexualidad.

"Lo que falta no son anticonceptivos, sino una demanda informada de ellos. Los adolescentes tienen una vida sexual sin información, educación, ni salud apropiadas"

FASES Y TAREAS DE LA ADOLESCENCIA

No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía. Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo, estos serían aproximadamente los siguientes: ⁽⁶⁾

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.

2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.

3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Estas fases, que se abordarán en detalle posteriormente, se dan habitualmente de manera más precoz en las mujeres que en los hombres debido a que ellas inician antes su pubertad, y los cambios que involucran aumentan en complejidad a medida que los adolescentes progresan de una a otra.

De forma similar a lo que ocurre con las otras etapas del ciclo vital, la adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo. Estas constituyen tareas que “surgen en cierto período de la vida del individuo cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad del individuo”, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores.

CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.-

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Sus características se hallan marcadas por el acelerado crecimiento, cambios en la composición corporal, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios así como el logro pleno de madurez física ⁽⁷⁾

BÚSQUEDA DE IDENTIDAD. -

Es un proceso de aprendizaje acerca de si mismo en relación con los compañeros y los adultos desarrollando un sentido coherente de quien soy, se busca la independencia.

Creatividad.-

Es un potencial que todos tenemos, el desarrollo del mismo dependerá de que la sociedad reconozca este hecho y brinde las oportunidades necesarias.

Autoestima.-

La autoestima elevada en la adolescencia es crucial para su inserción social, el saber que los demás piensan bien de él o ella, transmite seguridad en su personalidad lo cual facilita este proceso.

Juicio Crítico. -

En la adolescencia se acentúa la capacidad de analizar críticamente al mundo lo peculiar es el gran sentido de honestidad y de idealismo con el que se lo realiza por tanto se debe apoyar su desarrollo.

Sensibilidad y afectividad. -

Son características que se desarrollan con una fuerte connotación altruista y sincera amistad, en este periodo se vislumbran las estrategias y acciones para que lo soñado se transforme en realidad.

Sexualidad.-

Es una necesidad humana expresada a través del cuerpo, para los adolescentes el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto, tener conocimiento de las opciones y decisiones que tienen, conocer las repercusiones de sus actos les puede ayudar a asumir la responsabilidad sobre su futuro.

Participación Social. -

La educación formal e informal determina en gran parte su inserción social para conseguir su proyecto de vida, si estos son satisfactorios darán como resultado un estilo de vida de bajo riesgo o, por el contrario, si un desarrollo es insatisfactorio tendrá un estilo de vida de alto riesgo condicionando a una alta probabilidad de padecer los grandes problemas de la adolescencia afectivos y de conducta, de aprendizaje, embarazo no deseado, violencia social, ITS, suicidio y uso indebido de drogas⁽⁸⁾.

También ocurren profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones puede ser hostil.

Los adolescentes y jóvenes entre los 10 a 19 años no han estado ni están comprendidos entre las prioridades de atención en salud, actualmente reciben atención en los diferentes servicios de acuerdo a las circunstancias de salud que presentan sea por enfermedad cambios biológicos o embarazo.

b) Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes

A continuación se ejemplifica a través de un modelo aplicable al riesgo de infección de transmisión sexual en la población joven ⁽⁹⁾

Factores de riesgo:

- Relaciones sexuales sin uso de condón.
- Prácticas sexuales con penetración o sin esta, sin uso de condón.
- Personas que perciben y/o reciben poco afecto de sus familiares.
- Poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de pruebas citológicas para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo.
- Carencia de grupos de apoyo.
- Falta de comunicación familiar y con sus contemporáneos.
- Sentimientos de dependencia.
- Sentimientos de frustración, infelicidad y soledad.
- Sentimientos de tristeza.

Consecuencias del embarazo no deseado sobre la salud

Aborto inducido.

Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto ⁽¹²⁾.

La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, otros rechazados con violencia.

El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe. En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complican⁽¹⁰⁾ Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema ⁽⁵⁾.

Consecuencias

Las consecuencias de estos embarazos y que incluyen series temporales, estudios analíticos de cohortes y de casos y controles, han puesto de manifiesto que tienen, en general, riesgo de efectos adversos sobre la salud de los adolescentes y sus descendientes, así como repercusiones sociales, económicas y educativas.

Sin embargo, también se ha observado que los resultados en salud del embarazo son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de las mujeres de más edad, cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y la exclusión) y las repercusiones que estos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal, etc.), ⁽⁷⁾

TIPOS DE FAMILIAS QUE EXISTEN:

En las últimas décadas diversos psicólogos, sociólogos y profesores han clasificado, definido y caracterizado a la familia. Nos afiliamos a la subdivisión que hace María Elena Benítez por considerarla representativa de los grupos existentes en nuestra sociedad:

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia ⁽¹³⁾.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, y a los nietos ⁽¹⁴⁾.

c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada: la familia de madre soltera; o por fallecimiento de uno de los cónyuges⁽¹⁵⁾

La familia de madre soltera: familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos.

d) La familia de padres separados: familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad (16).

La segunda es la función afectiva, es en el seno del hogar y de la familia donde el niño, joven o adolescente, recibe o no las primeras muestras de amor y cariño, lo cual redundará luego en el fomento de una personalidad segura o insegura, de un carácter irascible o flemático. Aquí tiene un peso preponderante el ejemplo y actuar diario de los padres en la formación de conocimientos, habilidades, valores y hábitos. De esta depende la estabilidad emocional de los miembros de la familia.

La tercera es la función social, esta última alude a la necesidad de procrear para el sostenimiento de la especie humana y por tanto de la sociedad, se refiere además al desenvolvimiento de la familia dentro del medio, así el hijo que producto a la educación recibida en el hogar y en los centros educacionales es devuelto como un técnico o profesional desempeñando una labor útil para la humanidad. De esta depende el equilibrio dentro de la sociedad y el mantenimiento de nuestra especie⁽⁸⁾

c) Complicaciones en recién nacidos y adolescentes

Varios estudios, en distintos lugares del mundo, han concluido que el embarazo en las edades extremas del periodo reproductivo, son un factor de riesgo para complicaciones en los recién nacidos (RN) ⁽⁹⁾

Si bien la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes está ligado a distintos factores como el bajo nivel socioeconómico, las poblaciones en algunos estudios realizados en similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas ⁽¹⁹⁾

En la mayoría de estudios, se encuentra una frecuencia mayor de RN de bajo peso al nacimiento (principal riesgo del RN de madre adolescente) con cifras del 18%.

En Sudáfrica, se encontró que no existía asociación entre la adolescencia y mayor presentación de partos pre términos, bajo peso al nacer, muerte a la hora del parto y puntaje APGAR. La muerte fetal y parto por cesárea fue significativamente menor en los RN de madres adolescentes tempranas ⁽¹⁸⁾.

En cuanto a características y complicaciones en el neonato: tipo de parto, el peso para la edad gestacional, APGAR y parto prematuro; no se encontró relación entre la edad de la madre y aumento de riesgo en las características del RN ⁽¹⁹⁾.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. La indicación de un método debe considerar sus factores dependientes.

Eficacia. Capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el índice de Pearl (IP), número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso.

Seguridad. Capacidad del método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario, las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.

Reversibilidad. Recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso, requisito obligatorio en adolescentes, excepto en pacientes incapacitadas.

Facilidad/complejidad de uso. Relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales.

Costos. Considerar previo a su indicación los costos del método y la accesibilidad a los mismos por los adolescentes.

La Guía “Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos” de la OMS ofrece un asesoramiento sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz.

Esta nueva guía señala que los métodos de acción prolongada, deberán convertirse en la nueva norma, según esta publicación los implantes y los DIUs serían métodos de primera línea para evitar el embarazo en adolescentes. Esta recomendación ha generado controversia entre padres y los propios médicos, no obstante en la última década, se ha demostrado que los métodos implantables reversibles de larga duración, que proporcionan de 3 a 10 años de anticoncepción, son seguros para los adolescentes.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Abstinencia

Método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. Abstenerse del acto sexual no produce efectos nocivos para la salud del adolescente. La abstinencia puede incluir otras formas de expresión sexual.

Constituye una opción para adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales, así como para aquellos que ya lo hubiesen hecho. El médico debe de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares. Pues la abstinencia requiere motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja, su práctica requiere de gran compromiso por parte de los adolescentes, el cual es violado con frecuencia, por lo que hay que educarlos respecto a otras opciones anticonceptivas y como acceder a ellas.

Métodos naturales

Aquí se incluyen el método del ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, las adolescentes no son idóneas para utilizar estos métodos, pues en ellas son frecuentes los trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la ya pobre eficacia de estos métodos. No obstante es posible que en algunas parejas estos métodos sean la única opción disponible. Métodos como el coito interrumpido y las duchas vaginales postcoital tampoco se recomiendan, son poco eficaces y tienen escasa aceptación por los jóvenes.

Métodos de barrera (MB)

Serían los ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables. Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes.

La eficacia anticonceptiva de los MB es alta si se usan sistemática y correctamente en cada acto sexual, con tasas de embarazo que oscilan entre 3 % respecto al condón masculino y 7 % respecto a los espermicidas. El uso normal, que no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso "típico", y se asocia a tasas de embarazo entre un 12 % para los condones masculinos y 21 % para los espermicidas, pudiendo ser estas superiores en algunos entornos específicos.

Si el condón se utiliza correctamente, su efectividad es elevada, su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al DIU (método doble), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace muy recomendable en adolescentes.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos se incluye dentro de los métodos de elección. Las adolescentes, tienen pocas contraindicaciones para la AHC, pero hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. Las presentaciones de la AHC solamente difieren en la pauta de empleo, la adolescente decidirá aquella que le resulte más cómoda: diaria (píldora), semanal (parche) y mensual (anillo vaginal e inyectable combinado).

Su eficacia es 0,3 % en uso perfecto y el 8 % en uso típico en el primer año.

Anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO)

Se deberá tomar un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. Los preparados de 28 días contienen píldoras sin medicación, pueden ser de 7, 4 y 2 días. La hemorragia por privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal.

Los anticonceptivos orales son seguros, no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se reportan complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces usados sistemática y correctamente.

(10)

6. RESULTADOS

a) Descriptiva

Tabla 2 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

Embarazo en adolescencia y uso de MACs				
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Estimación por intervalo	
			<	>
Alguien le habló sobre MACs	50	0.25	0.1951	0.3143
Sabe usar MACs	29	0.145	0.1029	0.2005
Usa/ha usado MACs	12	0.06	0.0347	0.1019
Usa correctamente condón	24	0.12	0.082	0.1723
Conoce sobre anticoncepción de emergencia	29	0.145	0.1029	0.2005

Fuente de elaboración propia

Se han analizado 100 adolescentes embarazadas y 100 adolescentes no embarazadas de los cuales se ha observado que el 25% (E.I:0,19-0,31)de las adolescentes han recibido en algún momento información sobre métodos

anticonceptivos, sin embargo solo el 14,5% (E.I:0.10-0.20) sabe usar correctamente los MACS ,también es importante observar que solo el 14% (E.I:0.10-0.20) conoce sobre métodos de anticoncepción de emergencia ,además el 12%(E.I:0.08-0.17) ha demostrado que puede utilizar correctamente un condón .Es también importante observar que solo el 6%(E.I:0.03 - 0.10) ha usado en sus relaciones sexuales algún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales.

b) Inferencial.

H.O = El uso de métodos anticonceptivos no son factores asociados al embarazo en adolescentes.

H.A = El uso de métodos anticonceptivos es un factor asociado al embarazo en adolescentes.

Tabla 3 FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Factores relacionados al embarazo en adolescentes	
	p valor
Alguien le habló sobre MACs	0.321
Sabe usar MACs	0.999
Usa/ha usado MACs	0.346
Usa correctamente condón	0.495
Conoce sobre anticoncepción de emergencia	0.635
No Vive con ambos padres	0.001
Trabaja	0.059
Hábito de fumar	0.003
Convive con pareja	0.001
No se encuentra estudiando	0.001

Fuente de Elaboración Propia

Observamos que tanto el conocimiento como el uso de métodos anticonceptivos no estarían relacionados con el embarazo en adolescentes .sin embargo observamos otros factores asociados al embarazo en adolescente como ser:

Hogares disfuncionales valor $< 0,05$ ", adolescentes que trabajan (0.059), adolescentes que tienen el habito de fumar y/o consumir bebidas alcohólicas (0,05) adolescentes que se han visto obligados a convivir con una pareja (0.05) y adolescentes que no se encuentran estudiando en colegio.

c) Modelo.

H.O = NO existe interacción o confusión entre las variables y covariables relacionadas al embarazo en adolescentes

H.A = Existe interacción o confusión entre las variables y covariables relacionadas al embarazo en adolescentes

Tabla 4 FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

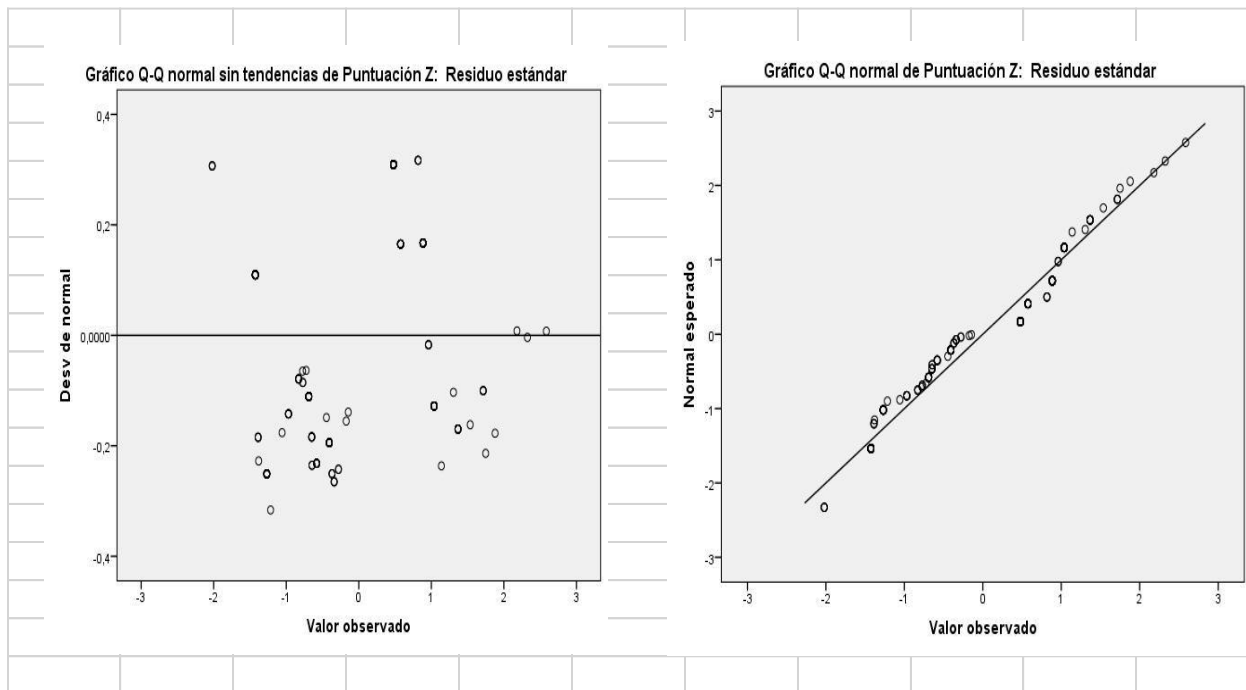
Factores relacionados al embarazo en adolescentes					
	p valor	B	OR	Intervalo de confianza	
				<	>
Trabaja	0.278	-0.383	0.682	0.031	0.877
Fuma	0.034	-1.802	0.165	0.342	1.361
No Estudia	0.001	1.371	3.939	1.415	6.9
Conviviente	0.001	-1.941	0.144	0.061	0.335
No Vive con ambos padres	0.005	1.139	3.125	1.824	8.503

Fuente de elaboración Propia

Podemos observar al realizar el ajuste de efecto por las covariables que los factores fumar y convivir son un factor protector al embarazo en adolescentes (B NEGATIVO) y que no estudiar o no vivir con ambos padres es un factor de riesgo en el embarazo en adolescentes. También podemos mencionar que quienes no estudian y además no viven con ambos padres multiplican el riesgo hasta de 7 veces de quedar embarazadas (I .E:3.1 – 15.4).Además puedo observar que trabajar no es necesariamente un factor de riesgo al embarazo en adolescentes, sino, es

una variable confusora (p valor modelo >0.05) lo que quiere decir que trabajar ocasionaría que las adolescentes fumen o se vayan a convivir con una pareja pero no en que queden embarazadas.

Ilustración 1 *Supuestos del modelo de regresión logística*



Fuente de Elaboración Propia

En los gráficos de los supuestos del modelo, el supuesto de normalidad (cuadro a la derecha) muestra que, los residuos del modelo se distribuyen normalmente, y el supuesto de homocedasticidad (cuadro a la izquierda) muestra una distribución homocedástica. Concluimos entonces que, diferente a la potencia del estudio, los modelos son ideales y explican la variable dependiente estudiada.

7. DISCUSIÓN.

Bolivia es, por amplio margen, el país de toda Latinoamérica donde más embarazos adolescentes se producen. No se trata solamente de un problema de falta de

información y educación sexual para adolescentes, o de poco acceso a métodos anticonceptivos.

Estadísticas señalan que las adolescentes (mujeres de 15 a 19 años) cada vez están más expuestas a ser víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, violencia de género, violaciones, secuestros y otros delitos que agudizan el problema del embarazo adolescente en Bolivia y el resto de la región.

El más reciente informe sobre el "Estado de la población mundial", del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000 en ese país, mientras que el promedio regional de partos en adolescentes es de 77 por cada 1.000.

La influencia que hayan tenido las adolescentes en su desarrollo y dentro del contexto de la promoción de la salud en el país, el acceso a la educación sexual y salud reproductiva, la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, pueden influir de manera determinante en su conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos; De igual forma las presiones sociales y culturales a las que se exponen las adolescentes, podrían contrarrestar o desvalorizar los conocimientos adquiridos.

En la práctica médica una de las formas más importantes de prevenir el embarazo no deseado que para este caso sería el embarazo en adolescentes es importante el manejo correcto de métodos anticonceptivos de esta manera, las políticas de estado en el mundo están ligadas a la implementación de programas que difundan

su uso en todos los niveles, lo cual permite evitar los embarazos en adolescentes, sin embargo, por lo mencionado en las líneas anteriores parece que los métodos anticonceptivos no son la única razón para este problema .

Nosotros encontramos que tener el conocimiento de métodos anticonceptivos y/o saberlos usar correctamente no están asociados al embarazo en adolescentes. Lo que confirma el hecho de que abordar solo este factor e intervenir solo en este punto no es suficiente para trabajar en la prevención del embarazo en la adolescencia.

Es así que, es necesario haber realizado ampliamente una revisión de otros posibles factores y hemos encontrado los siguientes cofactores:

Los hogares disfuncionales, dicho de otra manera, los hogares donde está compuesto solamente por la madre o solo por el padre por ruptura (divorcio) son los que tienen mayor riesgo de que las adolescentes queden embarazadas, a esto se suma que, las adolescentes que no están estudiando en el colegio por las razones que sean, tienen también un mayor riesgo de quedar embarazadas.

Si comparamos estos resultados con lo que se conoce sobre la disfuncionalidad del hogar y el abandono escolar, vemos que, este fenómeno se repite en sociedades en vías de desarrollo como el nuestro (países como Perú, Colombia), como también es mucho más notorio en países con altos índices de pobreza (Haití).

Por otro lado, encontramos que, el hecho de trabajar no influye de manera directa en el embarazo adolescente, más bien, podemos decir que es un efecto de vivir en hogares disfuncionales o es el resultado de abandonar tempranamente el colegio (efecto confusor en el modelo, “cuadro 3”).

Aunque no encontramos estudios similares, donde modelen el efecto del trabajo en adolescente y la disfuncionalidad de su hogar, este resultado no hace otra cosa más que demostrar un paradigma social del trabajo en la niñez y adolescencia.

Para terminar observamos que, las adolescentes que fuman o conviven con una pareja, tienen un menor riesgo de quedar embarazadas, esto quizás, se pueda explicar por el nivel de conocimiento que tienen las mujeres con la vida o esté ligado a los objetivos que tengan para su futuro.

En algunos artículos de sociología se ha visto este fenómeno, principalmente en sociedades con economías más altas, donde la mujer si bien sale del hogar para conformar una nueva familia, no tiene hijos hasta que cumple con sus metas básicas para la vida (obtener una profesión o un trabajo estable)

No podemos explicar la relación protectora encontrada entre fumar y el embarazo en adolescentes, por lo que, creemos es un punto importante a tomar en cuenta para realizar más estudios al respecto y enriquecer o refutar esta evidencia encontrada.

8. CONCLUSIÓN.

- El uso y conocimiento de Métodos Anticonceptivos no está relacionado con el embarazo en adolescentes.
- Las políticas que estén ligadas solamente a prevenir el embarazo en adolescentes a través del uso de métodos anticonceptivos no satisfacen la prevención de esta problemática.

- Los cofactores asociados al embarazo en adolescentes son: los hogares disfuncionales y el abandono escolar temprano.
- Obtener trabajo de forma temprana, está relacionado con los hogares disfuncionales, el abandono escolar temprano y la independencia temprana de la adolescente, pero no así con el embarazo en ellas.
- La independencia temprana de la mujer adolescente y convivencia con pareja, aparentemente protege a la adolescente de quedar embarazada.
- Sugerimos realizar otras investigaciones ligadas a estos últimos factores para corroborar la información que nosotros hemos encontrado en el presente estudio y explicar de manera satisfactoria porqué la independencia de la mujer previene su embarazo en la adolescencia o contradecir este resultado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Granados cosme jose arturo rfrgja. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud publica de mexico. 2017 febrero; 59(1).
2. Gomez sotelo A, Gutierrez calaver ME, Sanchez Martinez L. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. 2012 Marzo; 0(0).
3. Mancilla Ramirez j. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Perinatologia y Reproduccion Humana. 2012 Enero-Marzo; 26(1).
4. Fernández Borbón H, Pineda Bouzón a. Reproduccion asistida. Revista de Ciencias Medicas de Pinard. 2015 Marzo-Abril; 19(2).
5. Mendoza W, Garcia S. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 Lima Julio; 30(3).
6. Mancilla RJ. Perinatología y reproducción humana. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. 2012 Enero-Marzo; 26(1).
7. Aguilera Calero G, Diaz Quiñones A, Diaz Martinez PM. Fundamentos teóricos y Adolescencia temprana y parentalidad. Facultad de Ciencias Medicas. 2017 Octubre; 15(5).

8. Ricardo Garrido L, Paredes Hernandez aL, Palomino Carmenate E. Caracterización del crecimiento y desarrollo de los adolescentes del séptimo grado de la Secundaria Básica Dagoberto Sanfield. Correo Científico Médico. 2016 Octubre- Diciembre; 20(4).
9. Torriente Vizcaíno L. Caracterización de adolescentes ingresadas en el servicio de Ginecología (2011- 2013). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Abril-Junio; 42(2).
10. Paramo Mdla. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Terapia Psicológica. 2011 julio; 29(1).
11. Flores Valencia M, Nava g. Embarazo en la adolescencia en una región. Revista de Salud Publica. 2017 junio; 19(3).
12. ana. I. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en america latica y el caribe. Revista panamerica de salud publica. 2012.
13. GRUPO PREVINFAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Prevención del embarazo en la adolescencia. Pediatría atención primaria. 2013 septiembre; 15(59).
14. Gutierrez Capulin R, Diaz Otero KY, Roman Reyes RP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Universidad Autónoma del Estado de México, México. 2015 Octubre; 23(3).

15. Escobari Cardozo MV. El lugar que ocupan los hijos en la familia y el liderazgo. Revista de Investigacion Psicologica. 2017 Junio; 0(17).
16. Pavez I. Infancia, familias monoparentales e inmigración. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012 Julio; 11(1).
17. Jurado Montelongo MA. La situación, evolución y composición de las familias vulnerables y su socialización primaria en Matamoros, Tamaulipas. Region y Sociedad. 2016 Enero- Abril; 28(65).
18. Maite. MVH. la familia:una vision interdisciplinaria. Revista medica electronica. 2015 octubre; 37(5).
19. alonso. Flr. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 201. 2015 marzo; 15(5).
20. Velasquez Hurtado JE, Kusunoqui Fuero L, Paredes Quiliche TG. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú. Ministerio de Salud Lima Peru. 2011.
21. jorge. Pm. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Revista cubana de obstetricia y ginecologia. 2016 marzo; 42(1).

22. Lopez r. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. revista cubana de enfermeria. 2012 enero-marzo; 28(1).
23. Menendez Guerrero gilberto nciry. Pregnancy and its complications in adolescent mothers. Revista cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2012 julio; 38(3).
24. Menendez guerrero gilberto nciry. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista cubana de obstetricia y ginecologia. 2012 julio; 38(3).
25. veronica. G. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de peadiatria. 2015 Diciembre; 86(6).
26. Rosabal García enrique DRMn. Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista cubana de medicina militar. 2015 Junio; 44(2).
27. caribe Laealye. Embarazo no sedado: impacto sobre la salud y la sociedad. Revista panamerica de salud publica. 2018 septiembre.
28. revista salud publica. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac. Departamento de la paz. Octubre a Diciembre 2011. Revista salud publica boliviana. 2013 septiembre;(60).
29. [Online].

30. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39485257>. [Online].;
2017.

ANEXOS.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DESCRIBIR LOS FACTORES DE RIESGO QUE DETERMINAN EL EMBARAZO EN MUJERES ENTRE 15 A 19 AÑOS DE EDAD

DATOS GENERALES

Código Fecha de nacimiento
Distrito Lugar de nacimiento Urbano Rural

VARIABLES DEPENDIENTES

Se encuentra embarazada Si No

VARIABLES INDEPENDIENTES

¿Alguna vez ha escuchado o le han hablado acerca de los MAC? (Métodos anticonceptivos) Si No

Sabe que las pastillas del día después se puede usar como máximo hasta las 72 horas posterior a las relaciones sexuales sin protección Si No

Conoce la técnica adecuada del uso del condón masculino Si No

Utiliza actualmente métodos anticonceptivos o estaba utilizando en el momento del embarazo Si No

Actualmente vive con el padre y la madre en su casa Si No

¿Considera si sus padres viven en una buena relación (constantemente están peleando)? Si No

Trabaja Si No Sufrió de violencia sexual alguna vez o al quedar embarazada Si No

A qué edad tuviste tu primera relación sexual

Consideras que tus amigas siempre están hablando de salir con chicos Si No

Tus amigas siempre están hablando de tener novio Si No

Tus amigas siempre están hablando sobre besar algún chico Si No

Fuma Si No Consume bebidas alcohólicas Si No

Consume sustancias psicotrópicas Si No

(Si le habló sobre los métodos anticonceptivos)

Quién le habló sobre los métodos anticonceptivos Madre Si No Padre Si No

En la escuela Si No Abuelos Si No Escuchar en la radio o televisión Si No

Amigos Si No Otro Si No

Es casada Si No Soltera Si No Convive con su pareja Si No

En que nivel educativo se encuentra Primaria Si No Secundaria Si No

Estudios superiores Si No No estudia actualmente Si No

Tiene televisor Si No Tiene refrigerador Si No Tiene Radio Si No

Tiene dormitorio individual Si No Tiene celular Si No

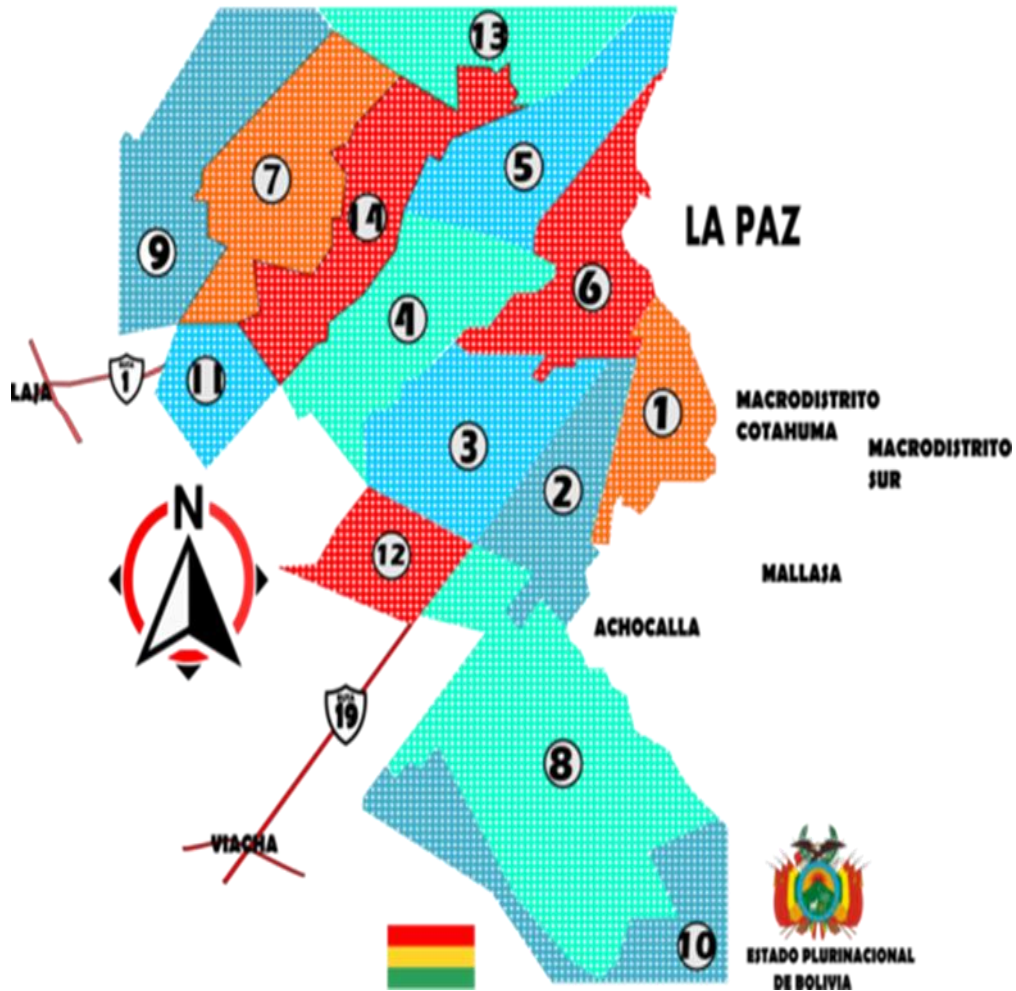
Tiene computadora Si No Tiene servicios básicos en casa Si No

Tiene transporte particular Si No Vive en una casa propia Si No

Tienes WiFi en casa Si No

DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA

EL ALTO



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, RED LOS ANDES- CIUDAD DE EL ALTO GESTION 2017”

2017 - 2018

ACTIVIDAD	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
ELABORACION DEL DOCUMENTO																
ELABORACION BASE DE DATOS																
RECOLECCION DE DATOS																
TABULACION DE DATOS																
ANALISIS DE DATOS																
REDACCION DE RESULTADO																
REDACCION DE TESIS																
PRESENTACION DE TESIS																

