

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
III PROMOCION EPIDEMIOLOGIA**



Tesis

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. UNIDAD
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD "LAS CRUCITAS" DE
COMAYAGÜELA, HONDURAS. OCTUBRE 2016 A SEPTIEMBRE DEL 2017**

Dra. Karla Yadira Rosales Pavón
Previa opción al Título
Master en Epidemiología

Asesora de Tesis
Dra. María Félix Rivera

Tegucigalpa, M.D.C. Octubre de 2017.

Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Francisco José Herrera Alvarado

Secretario General

Abogada Enma Virginia Rivera

Directora de Investigación Científica y Posgrados

Dra. Leticia Salomón

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Jorge Alberto Valle

Coordinará General de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Octavio Sánchez

Jefatura del Departamento de Salud Pública

Dr. Ana Lourdes Cardona

Coordinador de la Maestría en Epidemiología

Dr. Mario Rene Mejía

DEDICATORIA.

A Dios. Por qué bajo su bendición, y sabiduría me hizo valiente ante las situaciones que se dieron en el caminar de mi preparación y el consejo su palabra me animaban en momentos difíciles donde me decía “Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu DIOS estará contigo donde quiera que vayas” (Josué 1:9). EBENEZER.

A mi Esposo Juan Ramón Monroy Portillo que con dedicación y sobre todo su Amor siempre me sentí más que apoyada y sin dejar de dedicarle este logro a mi hijo Samuel Efraín Monroy Rosales el motor que me impulsa seguir preparándome y ser un ejemplo para él, con todo mi Amor les dedico la culminación de algo que juntos comenzamos.

A mis Padres María Elena Pavón Varela y Franklin Carias Murillo que siempre estuvieron con el mejor consejo acompañado de su amor tan especial que se traduce a optimismo y superación en mi vida.

A mis Hermanos Daniel de los Santos Rosales Pavón, Rosa Emilia Rosales Pavón y a Brenda Margarita Carias Pavón que junto a sus esposos e hijos a cada uno de ellos por su valioso apoyo, que en los días de mi caminar en este nuevo reto se convirtieron en padres y madres de mi hijo Samuel para que pudiera cumplir con mis obligaciones y tareas encomendadas y por eso hoy es posible culminar con éxito este nuevo reto.

A mi amigo extraordinario William Jobel Zavala por formar parte de esta Tesis.

AGRADECIMIENTO

A Dios reconociendo que por su Gracia, su Sabiduría dada podemos lograr bajo sus propósitos todos nuestro proyectos de vida.

A mi Esposo Juan Ramón Monroy que me apoyo en todo momento y que fue mi ayuda idónea para culminar este nuevo reto.

A mi hijo Samuel Efraín Monroy Rosales por esperar y darme un abrazo cada vez que tenía que dejarlo para asistir a mis compromisos académicos.

A mis Padres María Elena Pavón y Franklin Carias por creer que yo podía lograr este nuevo reto.

A mis hermanos porque nunca faltó su apoyo y que junto a sus esposas, esposos e hijos me brindaron cada momento.

Al Coordinador de la Maestría en Epidemiología Dr. Mario Rene Mejía y su cuerpo docente con una alta valoración académica por compartir con esmero, dedicación, responsabilidad, ética, y paciencia todos sus conocimientos y experiencias, que hoy le da Honduras una nueva profesional de la Salud en la rama de la Epidemiología.

A mi Tutora Dra. María Félix Rivera Reyes por su valiosa orientación desde mis primeros pasos para construir la Tesis, con aportaciones como su tiempo, experiencia, dedicación, discusión crítica, soporte científico y humano y que fueron de mucha importancia para culminar con éxito mi Tesis y que a su vez este trabajo de investigación sea un medio científico utilizable para las nuevas líneas de aplicación en el tema de prevención del Embarazo en Adolescentes.

Al Dr. Ángel Díaz y Dra. Melissa Pavón por su colaboración en aportes de trabajo en campo en la investigación y con ello poder culminar la Tesis.

A mi queridísimo Amigo William Jobel Zavala Cáceres por su valioso apoyo en todo momento no importando horario ni día, demostrándome su cariño, como dice la palabra de Dios en Proverbios 17: 17 “ en todo tiempo ama al amigo, y es como un hermano en tiempos de angustia “ a usted William merecida dedicación que lo hago con todo mi cariño.

A todos mis Compañeros que sin duda fueron la ayuda idónea en el campo de aprendizaje y que con su apoyo esto hoy sea posible.

A la Secretaria de Salud a través de la dirección de la Dra. Edna Yolani Batres Cruz. Secretaria de estado en los Despacho de Salud 2015, que me propuso para ser Becada a tan digno reto y que dedico con mucha estima y respeto.

A la Unidad Prestadora de Salud las Crucitas por permitir que se realizara mi estudio.

A las Jóvenes Adolescentes que me permitieron ser parte de esta investigación.

I. Introducción	7
II. Planteamiento del Problema de Investigación	8
III. Justificación	10
IV. Objetivos de la Investigación	11
IV.1 Objetivo General.....	11
IV.2 Objetivos Específicos.....	11
V. Marco Teórico	12
VI. Hipótesis	31
VII Operacionalización de las variables	33
VIII Metodología de la Investigación.....	35
VIII. 1 Tipo de estudio:	35
VIII.2 Población y muestra:	35
VIII.3 Descripción del área geográfica del estudio.....	36
VIII.4 Criterios de Inclusión y exclusión.....	37
IX. Plan de análisis de datos.....	38
X. Resultados.....	39
XI. Discusión	51
XII. Conclusiones.....	56
XIII. Recomendaciones.....	58
Bibliografía.....	59
Anexo	62

I. Introducción

Todos los años, 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz. El número de embarazos es incluso superior. Los embarazos en adolescentes ocurren con una frecuencia muy variada entre las distintas regiones y países, y en un mismo país, entre distintos grupos etarios y de ingresos. Lo que todas las regiones tienen en común, sin embargo, es que las niñas que son pobres, viven en zonas rurales o remotas y que son analfabetas o tienen poca educación son más proclives a quedar embarazadas que las más ricas, urbanas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluido los servicios e información sobre métodos anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas. En todo el mundo, es más probable que una niña quede embarazada en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no puede gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos, o donde el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado. La mayoría de los partos en adolescentes, el 95 por ciento, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión. Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. Según estimaciones del 2010, 36,4 millones de mujeres en países en desarrollo entre 20 y 24 años informan haber dado a luz antes de los 18. De ese total, 17,4 millones están en Asia Meridional. Entre las regiones en desarrollo, África Occidental y Central tiene el mayor porcentaje (28%) de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 18 años. Los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas demográficas y de salud (DHS, por sus siglas en inglés) y encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés) realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 muestran una leve disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron

un parto antes de los 18 años: de alrededor del 23 por ciento a cerca del 20 por ciento. Los 54 países encuestados albergan el 72 por ciento de la población total de los países en desarrollo, sin incluir a China. De los 15 países con prevalencia “alta” (30 por ciento o más) de embarazos en adolescentes, ocho han tenido una disminución si se comparan los resultados de las encuestas DHS y MICS (1997–2008 y 2001–2011).²¹

En virtud de lo anterior se decidió realizar un estudio de investigación que permitiera obtener un conocimiento acerca de los factores que están asociados al embarazo en adolescentes para lo se ha desarrollado una metodología que lleva a comprobar las hipótesis formuladas.

II. Planteamiento del Problema de Investigación

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020 – 2100. En la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos. Unido a ello, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Asimismo, el embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.²

Dicha problemática se ve reflejada en encuesta nacional de demografía y salud 2011-2012 de nuestro país donde se ve que si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los llamados países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, aun así la conducta reproductiva de este grupo es una gran preocupación. En comparación con los cambios en fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión. El 24 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5 por ciento) o porque ya son madres (19 por ciento), lo cual representa un aumento de dos puntos porcentuales desde la ENDESA 2005-2006. El porcentaje que ya son madres es bajo en las mujeres de 15 y 16 años y se incrementa rápidamente hasta llegar al 28 por ciento a los 18 años y al 36 por ciento a los 19 años. Las diferencias por quintil de riqueza y por educación son importantes, especialmente por educación. Es así como los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan en las mujeres con el primer ciclo de primaria (42 por ciento) o sin educación (35 por ciento). Por el contrario, en las mujeres con educación secundaria, el 12 por ciento han sido madres y en las mujeres con educación superior el 1 por ciento. Las adolescentes en el quintil inferior de riqueza tienen más de tres veces la probabilidad de haber sido madres que las adolescentes en el quintil superior (29 y 8 por ciento, respectivamente).²⁴

Así mismo en un estudio realizado en una unidad prestadora de servicios de salud en Comayagüela en el año 2011 menciona que en el área geográfica de influencia del centro de salud Tres de Mayo (36,986hab) la prevalencia del embarazo en la adolescente para el año 2005 fue de 20% y para el año 2006 fue de 22% del total de embarazos que acudieron a control prenatal en esa unidad de salud.²²

Por lo que se decidió hacer la siguiente pregunta ¿cuáles son los factores asociados al embarazo en adolescente en una unidad prestadora de servicios de salud Las Crucitas en Comayagüela, Honduras año 2017?

III. Justificación

En vista de que el embarazo en adolescentes es un problema de salud que va en aumento, a pesar que se ha logrado controlar un poco las tasas de fecundidad en los últimos años, pero a pesar de ello sigue afectando un gran porcentaje de familias en nuestro país y a nivel mundial, y este en sí, es uno de los principales factores de riesgo para muchas enfermedades durante el embarazo y para el recién nacido, así mismo se decidió realizar el estudio en el establecimiento de salud las Crucitas de Comayagüela por los antecedentes de alta prevalencia de embarazo en adolescentes según datos estadísticos del año 2015 que el 49% de los embarazos atendidos pertenecen a embarazadas adolescentes. Nos encontramos con la pregunta de cuáles son los factores o cuales son las condiciones que predisponen a que actualmente exista una alta tasa de embarazo en adolescentes en nuestro país, es por ello que decidimos realizar nuestro estudio enfocado a determinar dichos factores y por qué algunas y no todas las adolescentes, aún con vida sexual activa no están embarazadas, determinar estos factores producirá un conocimiento el cual ayudará a tomar nuevas directrices para intervenir y hacer programas de atención que permitan disminuir o eliminar de ser posible, cada uno de esos factores. Teniendo en cuenta que es factible para nosotros ya que contamos con el programa de embarazo en adolescentes cuyo control se lleva en las diferentes unidades prestadoras de los servicios de salud de Comayagüela, y que estas están en sitios estratégicos para la toma de información necesaria en nuestro estudio. Realizar nuestro estudio puede contribuir a la secretaria de salud de nuestro país para que ellos como ente de regulación de los servicios de salud puedan darse cuenta de la problemática

actual en relación al embarazo en adolescentes y así promover nuevos estudios que refuercen la información actual.

IV. Objetivos de la Investigación

IV.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes en el establecimiento de salud Las Crucitas en Comayagüela, Honduras de septiembre 2016 a octubre 2017

IV.2 Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas en la población en estudio.
2. Determinar los antecedentes ginecobstreticos personales y maternos y vida sexual en la población en estudio.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los métodos de planificación familiar, de educación sexual y tipo de informante en la población en estudio.
4. Identificar la presencia de violencia intrafamiliar en la población en estudio.
5. Identificar el tipo de música de preferencias de la población en estudio.
6. Determinar las características sociodemográficas de la pareja de adolescente embarazada en estudio.
7. Establecer la asociación entre las características demográficas, antecedentes ginecológicos y personales, educación sexual, y el embarazo en adolescente en la población en estudio.

V. Marco Teórico

Actualmente, la población mundial estimada es de 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene entre 15 y 24 años, y el 10.0% de estos jóvenes presenta un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia. Su importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando, debido a las condiciones sociales y económicas, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo.¹

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020 – 2100. En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: Nicaragua (28%), en segundo lugar nuestro país Honduras con (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%) (UNFPA, 2013). Casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas.²

Entre los factores que indican un mayor riesgo de iniciar la vida sexual a temprana edad están pubertad precoz, abuso sexual, adolescentes que provienen de familias pobres, disfuncionales y con baja escolaridad de los padres. Tener sexo por primera vez en una edad temprana está frecuentemente asociado con sexo no seguro, por falta de conocimientos, de acceso a la anticoncepción; también se vinculan con tener sexo bajo los efectos del alcohol o las drogas así como una inadecuada autoeficacia para resistir la presión.³ Dichos factores se describen más adelante en este mismo artículo.

Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad, se trata de un periodo de desarrollo que inicia físicamente en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta, dentro de la cual, se tiene actividad sexual cada vez a más temprana edad.⁴

La adolescencia es una etapa de transición que abarca muchos cambios físicos y emocionales, esta se puede clasificar en tres grupos:

Tabla 1 Fases de la Adolescencia.

<i>Temprana años</i>	10-13	Grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Se inicia la pérdida de interés por los padres y se inician amistades, sobre todo con individuos del mismo sexo. Aumentan las actividades cognitivas y las fantasías: no hay buen control de los impulsos y se plantean metas vocacionales irreales. Hay mucha preocupación por los cambios corporales, con muchas dudas
----------------------	-------	--

		acerca de la apariencia física.
<i>Media años</i>	14-16	Prácticamente completados el crecimiento y desarrollo somático. Periodo de máxima confrontación con los padres, compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos adolescentes es la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales; sensación de invulnerabilidad adoptando conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Mucha preocupación por la apariencia física.
<i>Tardía años</i>	17 a 19	Apenas cambios físicos y aceptación de la imagen corporal. Acercamiento a los padres. Valores con perspectiva más adulta, desarrollando metas vocacionales reales. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y pierde jerarquía el grupo de pares.

Tomado de: ProgObstetGinecol. 2014; 57(8):380—392. ⁵

La adolescencia media es el período de máximo conflicto con los padres, retornando a la cercanía emocional en la etapa tardía. Una de las tareas de la adolescencia es lograr una independencia emocional de los adultos (padres u otros) y establecer relaciones con personas de su edad y de ambos sexos, lo que es considerado como una preparación para una relación de pareja estable. ⁶

Embarazo en la adolescencia

Se le define como “el que ocurre dentro de los dos 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". Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que "una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los ´80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.⁷

En Honduras estos porcentajes se ven un poco aumentados en relación a otros países. La Encuesta Nacional de Desarrollo y Salud (ENDESA) 2005-2006 plantea que las condiciones de pobreza, el bajo nivel educativo, las pocas posibilidades de educación superior, el desempleo y la baja autoestima, son algunas de las causas que explican al embarazo y a la incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las adolescentes. En Honduras se reconoce una alta incidencia de

embarazo adolescente (22.5%) y de ITS (14.9% de mujeres entre 15-19 años reportaron haber tenido una ITS). Por otro lado el país no ha definido una edad mínima para el consentimiento sexual. A pesar de lo expuesto, no se permite abiertamente el acceso de los menores de edad adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de sus tutores legales. Las y los adolescentes constituyen un grupo en desventaja en el acceso y uso de los recursos en salud sexual y reproductiva. El problema del embarazo en adolescentes es grave. Un promedio de 22.5 % de mujeres entre 15 y 19 años estuvo embarazada alguna vez; especialmente el grupo de 19 años (40.2%). Según datos de la ENDESA 2005-2006, los departamentos con mayores porcentajes de embarazo en adolescentes son: Colón (31%), Cortés (30%), Atlántida (29%) y Santa Bárbara (29%).⁸

El Embarazo Adolescente se entiende como un embarazo de riesgo, lo que desde luego admite matices, que parece tener que ver ya sea con la falta de un adecuado seguimiento antenatal o con la datación tardía del embarazo. Estos hechos derivan con frecuencia de hábitos como una sexualidad temprana y múltiples contactos sexuales o la ausencia de anticoncepción, la malnutrición o el consumo de alcohol, tabaco o drogas en embarazadas de ese grupo de edad y confunden los resultados de la valoración del seguimiento antenatal. No usar un anticonceptivo eficaz en la primera relación sexual multiplica por 6 el riesgo de Embarazo Adolescente. Sea como sea, hay que contar con la complejidad del Embarazo Adolescente para lograr un buen acompañamiento de la gestación. Entre un Embarazo Adolescente controlado y el no controlado se advierten diferencias, produciéndose trastornos hipertensivos del embarazo entre 3-5% vs 17-35% y amenaza de parto pretérmino entre 10-12 vs 22-42%; y cuando la datación del embarazo es tardía se observa parto pretérmino en el 6 vs 11,5%; mientras el crecimiento intrauterino restringido (CIR) se dobla si no ha habido seguimiento adecuado³. El CIR es mayor si ha habido maternidad precedente y aún más si el periodo intergenésico es inferior a 6 meses. Cuando la adolescente tiene menos de 15 años se considera un riesgo médico directamente ligado a la edad, por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil de los hijos. En

esa franja de edad hay más anemia y la cesa ´rea es muy frecuente. Como consecuencias del Embarazo Adolescente se observan, en madres < 16 años, soldadura precoz de cartílagos y desmineralización ósea en caso de lactancia materna, mientras por encima de los 15 años los criterios pronósticos son sobre todo los socioeconómicos.⁵

El Embarazo en Adolescentes es una problemática a nivel mundial, diferentes estudios muestran que son muchas las circunstancias que predisponen a las mujeres adolescentes a presentar este problema de salud pública, es por ello que a continuación describiremos diferentes factores descritos por varios autores y que nosotros consideramos de suma importancia.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

La reproducción involucra aspectos de la vida de las personas y de la organización de la sociedad. La salud sexo-reproductiva se puede enfocar desde: la repercusión en la salud de las mujeres y su descendencia; las condiciones legales y de provisión de servicios que facilitan atender las necesidades de anticoncepción; la mejora de la eficacia de los métodos anticonceptivos; el bienestar emocional que está relacionado con la posibilidad de elegir ser o no ser madre/padre y el desarrollo de una relación sexual vincular que sea satisfactoria, en igualdad y sin riesgos evitables. El embarazo no planificado (EnoP) es un problema de salud sexual y reproductiva, en todas las etapas vitales, y se considera un problema central de salud pública cuando se produce en la población juvenil.⁹

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

a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad

inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo. Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.⁷

A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – **Menarca Temprana:** La menarquía es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso decisivo de la pubertad, la maduración sexual y emocional. La disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas.¹⁰

2. – **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** Un estudio realizado en México muestra que de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad era de 15.4 años, y 56/1,000 adolescentes se convirtieron en madres.¹¹

En otro estudio se observó que el 40% de las jóvenes que había tenido su primer coito entre los 13-15 años había tenido Embarazo no Planificado, frente a un 20,8% en las que su primer coito fue a los 16 o más años.⁹

En honduras en estudios anteriores se encontró que el 70% de las adolescentes embarazadas iniciaron las relaciones sexuales de los 14 a 16 años, siendo la mediana de edad de inicio los 15 años.¹²

3. – **Familia Disfuncional:** Se han realizado diversos estudios para determinar si existe o no alguna relación entre la estructura familiar y el embarazo en adolescentes, uno de ellos muestra que el 66,7% de las jóvenes adoptadas tuvo un Embarazo no Planificado; esta relación es significativa. El 42,9% de jóvenes cuyas madres habían sido madres adolescentes tuvo un Embarazo no Planificado, siendo esta relación significativa. Estar o haber estado tutelada en Protección de Menores no está relacionado con el Embarazo no Planificado y tampoco lo está el fallecimiento de los padres. Pero si la vivencia de abandono de sus progenitores.⁹

En otro estudio se buscó determinar el grado de funcionalidad familiar de aquellas adolescentes embarazadas encontrándose que el 49% de las adolescentes pertenecían a una familia funcional, 39% a una familia con disfunción moderada y 12% a una familia con disfunción severa.⁴

4. – **Mayor tolerancia del medio a la Maternidad Adolescente Y / O Sola**

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta. Algunos estudios han mostrado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos del desarrollo infantil, sus expectativas son menos realistas en cuanto a la conducta infantil, con actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Al parecer, estas diferencias son menores en los primeros meses posparto y en el caso de las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia, comparadas con las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar.¹

5. – Bajo Nivel Educativo:

El bajo nivel de estudios está íntimamente asociado a la maternidad temprana. Los adolescentes que tiene buenas relaciones con los adultos, tanto en su hogar como en la comunidad (entorno educativo. . .), y tienen costumbres y actitudes pro sociales entre sus iguales son menos proclives al inicio temprano de la actividad sexual, al consumo de tóxicos y a la depresión.⁵

Un estudio realizado en Costa Rica se identificó que un 33.3% de las participantes en su estudio completó la educación primaria; un 26.7% no la completó, para un total de 60%. Un 6.7% poseía secundaria incompleta y más de la mitad tenía bajo grado de escolaridad.¹³

En Sonora, México se realizó un estudio en el cual se encontró que de 65 participantes 12.3% reportaron secundaria completa, 69.2% preparatoria y 18.5% universidad.⁴

Otro estudio identificó que las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres.¹¹

Las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres que las de mayor educación formal; sin embargo, también es preciso

tomar en cuenta que el abandono escolar puede ser consecuencia de la maternidad adolescente. Al respecto, en la evolución de las desigualdades destaca el incremento de la maternidad adolescente entre los niveles educativos bajos (de 0 a 6 años de escolaridad) y medios (de 7 a 12 años), frente al predominio del descenso entre los niveles altos (13 años de escolaridad o más).²

En honduras según los datos del INE para el año 2009 la población adolescente matriculada en secundaria equivale a un 62.1% del total, y donde las mujeres son el 52.1%.⁸

Anteriormente en nuestro país se realizaron estudios los cuales encontraron que respecto al nivel de escolaridad, un 8.5% presentaba analfabetismo y el 46.8% habían cursado estudios primarios completos y el 24.3% estudios secundarios.¹⁴

Otro estudio en nuestro país muestra que el 58% tienen estudios primarios, 34.8% estudios secundarios, encontrando un 6.5% de analfabetismo, y el 84% no se encontraban estudiando al momento de la entrevista.¹²

6. – Migraciones Recientes:

La migración es uno de los factores que influyen en la diversificación de los modelos y la composición familiar. El peso de esta intervención se traduce en reacomodos sociales y familiares, con cambios a veces muy fuertes para las y los adolescentes. En varios de los países estudiados, la migración tiene también mucho que ver con dinámicas entre el ámbito rural y urbano, con el acceso a oportunidades, derechos y recursos. A su vez, esto puede implicar nuevos riesgos para las y los adolescentes, producto del encuentro con realidades hasta entonces desconocidas y para las que no se encuentran preparadas/os, y de la experiencia de situaciones emocionales de vulnerabilidad que resultan de la soledad, la exploración de nuevos sentimientos y relaciones e incluso el cuestionamiento de la propia identidad, entre otros. En ese contexto, muchos/as educadores/as perciben como una situación problemática que las y los adolescentes que vienen de comunidades lejanas a la escuela se queden en las casas de familiares y

amigos/as en los centros urbanos, con menos control y mayor libertad, que a su parecer conlleva mayores riesgos para un embarazo adolescente. Significa que al tener que migrar a temprana edad a un centro urbano desconocido, a veces sin contar con una red familiar de apoyo y protección, para acceder a derechos como la educación, suele afrontarse situaciones de vulnerabilidad y riesgo de un embarazo adolescente. El problema de fondo no radica entonces en la mayor o menor libertad, sino en la necesidad de tener que alejarse de la familia para continuar los estudios; en confrontar la soledad, lo que se dificulta al no haber recibido información ni preparación para enfrentar los nuevos desafíos; en interactuar bajo patrones culturales que reprimen la afectividad y naturalizan la violencia, y en la necesidad de abandonar la niñez para acceder a derechos.²

7. – *Pensamientos Mágico*: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – *Fantasías De Esterilidad*: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.⁷

9.- *Falta o Distorsión de la Información:*

La información sobre sexualidad se presenta dispersa o errónea. La familia no es un referente para este tema u ofrece información esencialista basada en transmisión de miedos y tabúes, pero no en el fomento de relaciones saludables y sin riesgo. Tal vez el referente más cercano sea el ámbito educativo, pero las jóvenes que han abandonado los estudios, podrían no haber recibido las sesiones informativas en la escuela, que otras chicas aun escolarizadas si refieren. No obstante, mayoritariamente estas charlas son inexistentes, o no incluyen los temas demandados por la juventud, por lo que en la práctica, y ante a duda, se acude a fuentes informales (revista, televisión, internet y conversaciones con amigas).¹⁵

10. – *Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres*: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.⁷

11. - Aumento en número de adolescentes: En Honduras la población adolescente estimada para el año 2009 es de 1,055,844 personas, lo que representa el 30.3% de la población infantil total. La población femenina en este rango de edad es de 50.7%; y la mayoría (57.1%) vive en el área rural alcanzando el 50% de la población femenina.⁸

12. - Factores socioeconómicos: Múltiples estudios indican que existe íntima relación ente el estado socioeconómico con el embarazo en adolescentes;

La maternidad adolescente por lo general ocurre fuera de una relación de pareja estable, y con mucha frecuencia resulta no deseada al no ser planeada, siendo mayor en los grupos de marginación social, con estrato socioeconómico bajo, así como en las áreas rurales, donde las tasas de embarazo en adolescentes llegan a duplicarse respecto a las urbanas. Se ha observado que la deserción escolar va de la mano con este fenómeno, no sólo precediéndolo, sino también truncando e interrumpiendo los deseos de escolarización y superación profesional de las madres adolescentes.³

La situación laboral del padre de las jóvenes está relacionada significativamente con el Embarazo no Planificado (EnoP). El 19,8% de las jóvenes cuyo padre tiene trabajo fijo ha tenido un EnoP, frente al 25,7% cuando el trabajo es temporal y el 38,6% cuando su padre se encuentra sin actividad laboral remunerada. La situación laboral de la madre y el nivel de estudios de ambos no tienen relación con el EnoP de su hija. En un 21,1% no consta la situación laboral dela madre y en un 21,3% del padre; en un 32,9% no consta nivel de estudios de la madre y en un 43,4% el del padre.⁹

B. – FACTORES DETERMINANTES

1. – Relaciones Sin Anticoncepción: El uso de algún método anticonceptivo es un factor determinante en la existencia o no del embarazo en adolescentes, en estudios realizados se ha encontrado que acerca de los métodos anticonceptivos, el condón masculino fue el más conocido (100%), seguido por los hormonales orales (87.5%) y el condón femenino (85.8%). En el momento del estudio 55.0%

de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo y 45.0% no; el método más utilizado fue el condón masculino (65.2%), seguido de los Hormonales orales (13.6%). Respecto al conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos, los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento medio (60.8%) y bajo (23.3%). Al evaluar el conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos por pregunta, se obtuvo que el condón masculino, como método de barrera, fue el más conocido (95.8%), mientras que la aplicación adecuada de la inyección anticonceptiva fue la respuesta con menos aciertos (15%).¹⁶

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos y riesgo de embarazos no deseados, el observatorio de salud sexual y reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción realizó una encuesta en febrero-marzo de 2014 en la que se puso de manifiesto que el 89,9% de las mujeres de 15-49 años ha tenido relaciones sexuales y el 24,8% no ha utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación. De las adolescentes de 15-19 años, el 21% no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación. En cuanto al primer método anticonceptivo utilizado, el preservativo lo utilizaron en el 93% de las ocasiones las mujeres de 15-49 años y en el 96% de las ocasiones las adolescentes de 15-19 años.¹⁷

Según Uribe Alvarado y Col, De acuerdo a los resultados obtenidos en sus análisis estadísticos, la edad promedio del debut sexual de los participantes fue 15.4 años (DE = 1.22) para el grupo de hombres y de 16.0 años (DE = 1.01) para el grupo de mujeres, esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=.000$). Respecto a la pregunta ¿usaste condón en tu primera relación sexual? El 68.8% de los hombres respondió que sí y el 31.2% respondió que no; en el grupo de mujeres el 73.7% respondió que sí y el 24.2% respondió que no, el 2.1% no contestó.^{18<}

2.- Abuso Sexual: En un estudio realizado en los EEUU se obtuvo información que es de suma importancia en la cual se dio a conocer la conducta que optan las adolescentes después de ser abusadas sexualmente. El descubrimiento más significativo que emanó de los datos de las encuestas de base fue la prevalencia de victimización sexual experimentada por las jóvenes en el estudio. De la

muestra, el 62 por ciento había experimentado contacto sexual abusivo, intento de violación o violación antes de su primer embarazo. Al incluirse casos con victimización sexual después de su primer embarazo o casos en que no pudo determinarse el momento del abuso, la prevalencia de victimización sexual aumentó a 66 por ciento de la muestra. Nuestra definición de victimización sexual incluía abuso sexual, intento de violación o violación. En general, el 55 por ciento de las participantes había sufrido abuso sexual. En promedio, las jóvenes tenían 9.7 años de edad al momento del primer evento de abuso; el 24 por ciento reportó que su primera experiencia de abuso ocurrió a la edad de cinco años o antes. La edad promedio del ofensor fue de 27.4 años. En el 77 por ciento de los casos, el abuso ocurrió más de una vez, y el 54 por ciento de las jóvenes sufrió victimización de parte de un miembro de la familia. El 42 por ciento de la muestra total había experimentado por lo menos un intento de violación, y las jóvenes habían sido violadas en el 44 por ciento de los casos. La edad promedio al momento de la primera violación fue de 13.3 años, mientras que la del perpetrador fue de 22.6 años. En el 50 por ciento de los casos, las jóvenes fueron violadas más de una vez. Aunque todas las jóvenes de la muestra habían quedado embarazadas en la adolescencia, algunas características significativamente diferentes definieron a dos grupos: aquéllas que habían sufrido abuso y aquéllas que no habían sido abusadas. Las jóvenes que fueron sexualmente victimizadas antes de su primer embarazo se habían involucrado más temprano en relaciones sexuales "voluntarias" y era más probable que consumieran drogas y alcohol. Sus parejas sexuales eran mayores, y en ellos era también más probable el consumo de drogas y alcohol. La edad al momento del primer embarazo fue la misma tanto en las jóvenes que habían sufrido abuso como en aquéllas que no habían sido abusadas.¹⁹

En otro estudio realizado se encontró que no existe relación significativa entre el haber sido víctima de violencia sexual intrafamiliar y el embarazo no planificado en adolescentes.⁹

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

A.- la adolescencia de las adolescentes embarazadas:

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También en su historia se encuentran figuras masculinas cambiantes que no ejercen un rol ordenador ni de efectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico, así por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto se someten a relaciones con parejas que las maltratan, en otros casos especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales de uso del tiempo libre de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal, tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

B.- actitudes hacia la maternidad:

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescente, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre en la adolescencia temprana con menos de 14 años, el impacto del

embarazo se suma del desarrollo puberal, se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformara en madres, si como muchas veces ocurre en un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más, se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella existe realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y o asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. En la adolescencia media entre los 14 y 16 años como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite de exhibicionismo, es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres, frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo, con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero, si el padre del bebé la abandona es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aun durante el embarazo. En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes, en resumen la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y si es realmente una adolescente aun, necesitara mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

C.- El padre adolescente:

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en el sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades (“con que lo vas a mantener”, seguro que no es tuyo” etc.) que precipitaran su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. Como también por su dependencia económica y afectiva, por ello busca trabajo para mantener su familia y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación objetando su capacidad de “ser padre”. Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad, muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser “adoptado” como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja por su propia confusión, lo que genera angustia, por ello es el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación o bien posibilitando una separación que no parezca “huida”.⁷

D.- CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE:

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente determinan el aumento de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes. La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos de gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de APGAR, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo. El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial

de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia.¹

Un estudio de caso control realizado por Panduro Barón y Col. Se encontró que en cuanto a las complicaciones durante el embarazo el 23,3% de las adolescentes del estudio presentaron amenaza de aborto, 22.5% ruptura prematura de membranas, 19.5% amenaza de parto pre término, 7.8% hipertensión 3.8% diabetes, 1.3% desprendimiento de placenta normo inserta, 1.8% placenta previa y 3.8% otras complicaciones.²⁰

1.- CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE:

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar hijo lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia, las adolescentes que son madres tienden a tener mayor número de hijos con intervalos intergenésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2.- CONSECUENCIAS PARA EL HIJO DE LA MADRE ADOLESCENTE: Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación, también se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”, tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud por su

condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3.- CONSECUENCIAS PARA EL PADRE ADOLESCENTE:

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia, también es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres sometidos a un stress inadecuado a su edad, en general todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de paternidad feliz. Como se ha observado anteriormente, el embarazo en las adolescentes es un problema de suma importancia para salud pública, en especial para países en vías de desarrollo como el nuestro en el cual hay una mayor prevalencia, hemos revisado múltiples bibliografías donde se enumeran diferentes factores de riesgo y determinantes, asociados a la ocurrencia del embarazo en adolescentes, debido a que muchos de estos factores se ven reflejados en muchas de las familias de nuestro país, decidimos realizar un estudio de tipo () ya que nos resulta interesante el hecho de que existen muchas adolescentes sexualmente activas de las cuales algunas optan por el uso adecuado de métodos anticonceptivos y otras no lo hacen, aun viviendo en condiciones socio demográficas similares.⁷

VI. Hipótesis

1. Ho (nula): Las características sociodemográficas **no** se asocian al embarazo en adolescentes.

Ha (alternativa): Las características sociodemográficas están asociadas a embarazado en la adolescencia.

2. Ho (nula): Los antecedentes ginecológicos como menarquia temprana e inicio de una vida sexual temprana **no** están asociado con el embarazo en adolescentes.

Ha (alternativa). Los antecedentes ginecológicos como menarquia temprana e inicio de una vida sexual temprana si están asociado con el embarazo en adolecentes

3. Ho (nula): El escaso conocimiento de los métodos de planificación y en educación sexual así como el tipo de persona de quien recibió la información en materia sexual **no** está asociado con el embarazo en la adolescencia.

Ha (alternativa): El escaso conocimiento de los métodos de planificación y en educación sexual así como el tipo de persona de quien recibió la información en materia sexual si está asociado con el embarazo en la adolescencia.

4. Ho (nula): Los antecedentes de violencia intrafamiliar no están asociados a la existencia de embarazo en adolescentes.

Ha (alternativa): Los antecedentes de violencia intrafamiliar si están asociados la existencia de embarazo en adolescentes.

5. Ho (nula): no existe asociación entre el tipo de música de preferencia y el embarazo en adolescentes.

Ha (alternativa): existe asociación entre el tipo de música de preferencia y el embarazo en adolescentes

6. Ho (nula): las características sociodemográficas de la pareja de las adolescentes **no** tienen relación con la ocurrencia un embarazo en esa etapa de la vida.

7. Ha (alternativa): las características sociodemográficas de la pareja de las adolescentes tienen relación con la ocurrencia un embarazo en esa etapa de la vida.

VII Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Clasificación de la variable			Escala de Medición
		Dependiente o Independiente	Cuantitativa o cualitativa	Nominal, ordinal, Discreta o Continua	Nominal, Ordinal, Intervalo, Razón
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Intervalo
Tipo de familia	Es la conformación del núcleo familiar por ambos padres o por un solo padre	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Nivel educativo	Es el mayor grado académico recibido hasta el día de realizar el estudio.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Ordinal
Ingreso Mensual	Es la cantidad de dinero percibida por todos los integrantes del núcleo familiar.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón
Edad de menarquia	Es la edad de aparición de la primera menstruación.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Intervalo
Edad de Inicio de vida sexual	Es la edad a la cual se dio la primera relación sexual.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Intervalo
Nivel de educación	Es el grado de conocimiento en materia	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Nominal

sexual	sexual.				
Persona que brinda información en materia de educación sexual	Es el individuo del cual se adquiere información en materia sexual.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Nivel de conocimiento de los métodos de planificación	Es el grado de conocimientos de métodos de planificación familiar al momento del estudio.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Nominal
Violencia intrafamiliar	Es todo tipo de violencia que se recibe dentro del núcleo familiar.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Ordinal
Antecedentes maternos obstétricos	Son los eventos obstétricos pasados de la madre.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal

VIII Metodología de la Investigación

VIII. 1 Tipo de estudio:

Es un tipo de estudio casos y controles

Definición de caso:

Embarazada adolescente que este en control prenatal en el Centro de Salud de las Crucitas.

Definición de Control:

Adolescente nulípara con vida sexual activa o que al menos ha tenido una relación sexual y hace uso de cualquier método anticonceptivo, que asiste a atención médica al centro de salud de Las Crucitas.

VIII.2 Población y muestra:

Se tomó como población de estudio todas las mujeres adolescentes embarazadas que asistan al establecimiento de salud “Las Crucitas” para control prenatal y todas aquellas mujeres que asisten al establecimiento de salud “Las Crucitas” a consulta general y al servicio de planificación familiar

Del último registro que se tiene de embarazos en adolescentes de este centro en el año 2015 fue de (704) embarazos donde un 49% de todos los embarazos atendidos en ese año era en adolescentes

Unidad de Estudio: La unidad de análisis de este estudio son las mujeres embarazadas entre las edades de 10 y 19 años que asistieron a control prenatal, consulta general o al servicio de planificación familiar al Establecimiento de salud “Las Crucitas”.

Se tomaron las mujeres dentro de este rango de edad debido a que la OMS establece como adolescente a las personas comprendidas entre las edades de 10 y 19 años.

Tipo y procedimiento del muestreo:

Muestra: se calculó en Open Epi. Utilizando la fórmula para caso –control, donde el nivel de confianza fue del 95%, potencia del 80%, razón de casos por control 1 a 1.5, como se desconocen resultados de otros estudios casos control la proporción hipotética de los controles fue de 40 y de los controles 52.14, y un OR de 2.0

La muestra fue de 111 adolescente embarazadas como casos y 167 adolescentes utilizando anticonceptivos y haber tenido por lo menos una vez relaciones sexuales, no embarazada nulíparas como control.

Tamaño de la muestra para estudios de casos-contróles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	1.5
Proporción hipotética de controles con exposición	40
Proporción hipotética de casos con exposición:	57.14
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.00

	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	111	111	120
Tamaño de la muestra - Contróles	167	166	180
Tamaño total de la muestra	278	277	300

Tipo de muestreo: fue a conveniencia se fueron seleccionando los casos y controles que asistían a consulta hasta completar el total de la muestra en las unidades prestadoras de salud.

VIII.3 Descripción del área geográfica del estudio

La ubicación del estudio es el centro de salud “Las Crucitas” que comprende un área geográfica de influencia de 15 comunidades de áreas postergadas de la ciudad de Comayagüela, que representa un aproximado de 46,890 personas (área de influencia). Y se realizará de octubre 2016 a febrero del 2017.

VIII.4 Criterios de Inclusión y exclusión

Criterio de Inclusión: Toda adolescente embarazada que este en control prenatal en el centro de Salud de las Crucitas para los casos y para los controles toda adolescente nulípara que ha tenido por lo menos una relación sexual y usa algún método anticonceptivo que asiste al centro de atención de salud por cualquier patología o servicio.

Criterios de Exclusión: Toda embarazada que no esté en control prenatal en el centro de salud y que no de su consentimiento para estar en el estudio de investigación para los casos y para los controles adolescente nulípara que asista al centro de salud y no de su consentimiento para participar en el estudio.

VIII.5 Procedimientos:

Las seleccionadas fueron entrevistadas con respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de anticonceptivos, antecedentes personales, sociales, educación sexual, informante, para lo cual se elaboró un instrumento para tal fin.

El instrumento se aplicó por personal debidamente capacitadas y supervisada por mi persona para su aplicación.

Se utilizaron variables demográficas y 4 grupos de variables que midieron la relación entre el embarazo en adolescentes y las variables de estudio, lo que permitió establecer la relación entre las mismas.

Los grupos de variables comprendidos en este estudio son los siguientes

1. Demográficos: Edad, Tipo de familia, Nivel Educativo, Ingreso Mensual, Estado Civil.
2. Ginecológicos: Edad de Menarquia, Edad de inicio de Vida sexual.
3. Educación Sexual y Métodos de Planificación, Informante, Nivel de educación sexual, Nivel de conocimiento de métodos de planificación.
4. Violencia Intrafamiliar: Física, Psicológica, Sexual

5. Antecedentes Maternos Obstétricos: Antecedente de embarazo adolescente
6. Ambiente y pareja: Tipo de música preferida, Edad y nivel educativo de la pareja.

Los datos de las encuestas aplicadas a la población en estudio fueron digitados en una base en Excel donde se efectuó la respectiva limpieza de los datos y se realizó su análisis en el programa de Epi Info7.2.0.1

VIII.6 Aspectos éticos y asentimiento informado

De acuerdo a los principios éticos universales, los cuales se tuvieron en cuenta para la realización de nuestra investigación, se solicitó el asentimiento informado (ver ANEXO II) a todos los familiares o responsables de aquellas pacientes que decidan participar en el estudio previa explicación amplia del mismo, catalogándolo como “sin riesgo”, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.

VIII.7 Procesamiento de datos

Los datos de las encuestas aplicadas a la población en estudio fueron digitados en una base en Excel donde se efectuó la respectiva limpieza de los datos y se realizó su análisis en el programa de Epi Info7.2.0.1

IX. Plan de análisis de datos

Se realizaron los cálculos de estadística descriptiva (proporción, media, desviación estándar) y OR, del inglés odds ratio como medida de la fuerza de asociación entre los factores de exposición y la enfermedad de esta manera OR= 1: no hay asociación entre factor de riesgo y enfermedad, OR<1: indica que el factor de riesgo es protector frente a la enfermedad OR>: indica asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad si el intervalo de confianza inicia en 1 estadísticamente significativo así como los intervalos de confianza de 95%(IC95%) correspondientes y Chi 2 como prueba estadística, para un nivel de significancia se tomará una $p < 0.05$. Procesamiento de los datos se realizó en Epi Info7.2.0.1

X. Resultados

Se entrevistaron 250 adolescentes del sexo femenino, de las cuales 100 eran adolescentes embarazadas (casos) y 150 eran adolescentes no embarazadas nulíparas que hayan tenido al menos una relación sexual (controles) y con uso de anticonceptivos (controles), por la dificultad del tema no se logró completar la muestra en su totalidad, con un pérdida de menos del 2% de la muestra calculada.

Cuadro No.1. Medias de las características sociodemográficas y antecedentes ginecológicos. Embarazo en adolescentes. Comayagüela, Francisco Morazán, Honduras. Año 2017

Variable	Tipo de sujeto				p*
	Casos		Controles		
	Media	DE	Media	DE	
Edad*	16.68	1.22	16.68	1.91	0.5247
Años de educación cursado*	8.39	1.97	9.00	2.40	0.0443
Número de parejas sexuales*	1.37	0.69	1.44	0.75	0.45
Edad inicio de actividad sexual ¹	15.48	1.36	15.36	1.73	0.56
Menarquia ³	12.46	1.4	11.71	1.97	0.0007
Número de personas que viven en el hogar ²	4.70	2.20	5.91	2.81	0.0002
Edad de la pareja actual ⁶	19.18	4.38	24.65	6.19	0.0014
Ingresos mensuales ⁴	8368.15	3588.23	13910.00	10258.24	0.0000
Tiempo que se dedica a escuchar música ⁵	1.44	0.97	1.53	0.76	0.40

¹t-student casos 100 y controles 150, ²t-student casos 100 y controles 106, ³t-student casos 100 y controles 149, ⁴t-student casos 92 y controles 95
⁵t-student casos 100 y controles 132, ⁶t-student casos 98 y controles 83

Edad promedio de casos es de 16.68 con una desviación estándar de 1.2 y una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 18 años Edad promedio de edad de los controles es de 16.68 años con una desviación estándar de 1.91 años con una edad mínima de 11 años y una máxima de 19. Promedio de Años de educación cursada de los casos es de 8.33 con una desviación estándar de 1.97, con un mínimo de 0 años de educación y un máximo de 13 años de educación. Promedio de Años de educación cursada de los controles es de 9.0 con una desviación estándar de 2.4, con un mínimo de 3 años de educación y un máximo de 15 años de educación. Promedio ingreso mensual en el hogar de los casos es de 8,368.15 lempiras con una desviación estándar de 3,588.23, con mínimo de 3,000 lempiras y un máximo de 20,000 lempiras. Promedio ingreso mensual en el hogar de los controles es de 13,910.00 lempiras con una desviación estándar de 10,258.24, con mínimo de 150 lempiras y un máximo de 23,000 lempiras

Se observó que existió diferencia significativa entre los casos y controles para la media de las variables de menarquia (12.46 contra 11.71 respectivamente, $p=0.0007$), número de personas que viven en el hogar (4.70 contra 5.91 respectivamente, $p= 0.0002$) e ingreso mensual en el hogar (8368.15 contra 10,258.24 respectivamente, $p= 0.0000$), años de educación cursados (8.39 contra 9.00 respectivamente, $p= 0.044$), edad de la pareja actual (19.18 contra 24.65 respectivamente, $p= 0.0014$) no así en las variables de edad, número de parejas sexuales, edad de inicio de vida sexual, y tiempo que se dedica a escuchar música. (Ver cuadro No.1)

Cuadro No. 2. Relación de algunos factores socio-demográficos con el embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Variable	Tipo de sujeto				OR	IC 95%	p
	Casos		Controles				
	No.	%	No.	%			
Procedencia²							
Comayagüela	100	100	48	32.2			
Tegucigalpa	0	1.0	101	67.8			
Estado civil¹							
Con Pareja	93	93.0	45	30.0	31	13.33-72.08	0.00000
Sin Pareja	7	7.0	105	70.0			
Religión¹							
Ninguna	12	12.0	26	17.3			
Alguna Religión	88	88.0	124	82.7	0.65	0.31-1.35	0.33
Estudia actualmente¹							
Si	24	24.0	76	50.6	3.25	1.85-5.69	0.00004
No	76	76.0	74	49.4			
Ocupación²							
Desempleado	96	96.0	114	76.6	7.36	2.52-21.4	0.00007
Con Empleo	4	4.0	35	23.4			

¹t-student casos 100 y controles150, ²t-student casos 100 y controles149

En cuanto a los datos sociodemográficos de las participantes, se observó que el 100% de los casos provenían de Comayagüela y el 67.8% de los controles provenían de Tegucigalpa. En cuanto a estado civil, la mayoría de los casos (93.0%) tenían pareja y la mayoría de los controles no tenían pareja (70.0%). En relación a la religión de las participantes, se observó que los casos, en su mayoría (88.0%) tenía algún tipo de religión y los controles en su mayoría (82.7%) tenían algún tipo de religión. En relación a la variable si estudia actualmente se observó que en los casos (76.0%) no estudiaba y los controles en su mayoría (50.6%) si estudiaba. Se observó que existió diferencia entre los casos y controles para las variables de estado civil ($p= 0.00000$), Ocupación ($p= 0.00007$), estudia actualmente ($p= 0.0004$) (Ver cuadro No.2)

Cuadro No. 3. Relación entre presencia de educación sexual y Embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Tipo de sujeto							
Variables	Caso		Controles		OR	IC 95%	P
	n= 100	%	n= 150	%			
Educación sexual							
Ninguna	51	51.0	28	18.7	4.53	2.57-8.00	0.00000
Alguna	49	49.0	122	81.3			

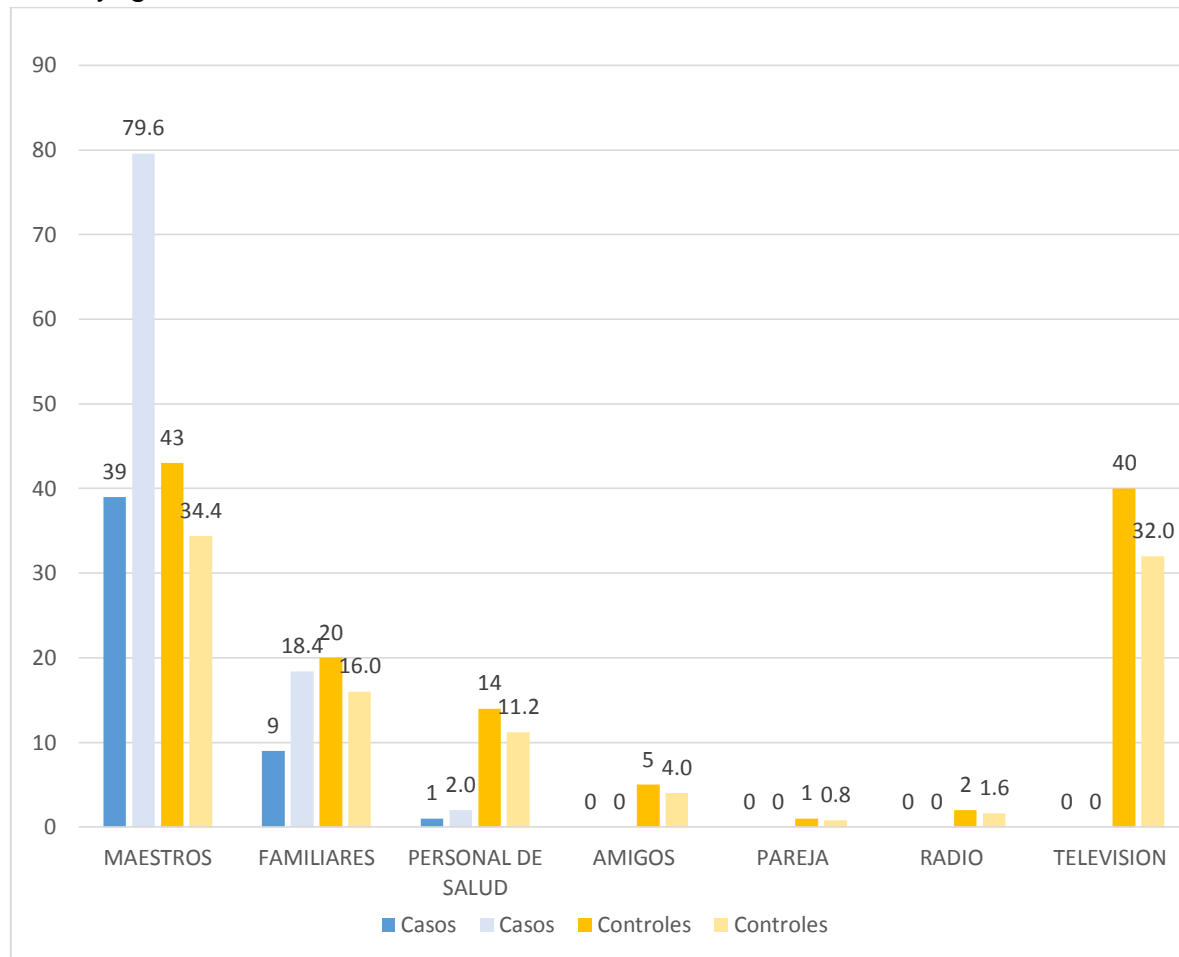
Se cruzó la variable educación sexual, con el tipo de sujeto, encontrándose que del total de los pacientes el 51.0% de los casos dijo no tener ninguna educación sexual, en comparación al 18.7% de los controles. Así mismo se observó que el del total participantes el 49.0% de los casos dijo haber tenido algún nivel de educación sexual en comparación con el 81.3% de los controles con una diferencia porcentual significativa en la que se realizaron pruebas estadísticas, obteniéndose un OR: 4.53, con un IC95% de 2.57-8.00 y una p:0.00000. Encontrándose que las participantes que no tenían ninguna educación sexual tienen 4.53 veces más probabilidades de tener un embarazo, en comparación a las que tienen algún grado de educación. (Ver cuadro No. 3)

Cuadro No. 4. Características del Educador o informante en sexualidad y el lugar de adquisición de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Tipo de sujeto							
Variable	Casos=49		Controles=125		OR	IC 95%	p
	No.	%	No.	%			
Educador o informante en sexualidad							
Formal(Maestros Unidad de Salud)	40	81.6	57	45.9			
Informal(Amigos, Medios de comunicación, Familia, pareja)	9	18.4	68	67.8	5.30	2.37-11.85	0.00004

Se realizó el cruce de estas variables, encontrándose que del total de los sujetos, el 81.6% de los casos recibieron educación formal (Maestros, Unidad de Salud) en comparación al 45.9% de los controles. Así mismo se observó que del total de las participantes, solamente el 18.4% de los casos recibieron educación informal (Amigos, Medios de comunicación, Familia, pareja) en comparación de un 67.8% de los controles que recibieron educación informal. Se realizaron pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 5.30 con un IC95% de 2.37-11.85 y una p con un valor de 0.00004, por lo que decimos que las participante que recibieron educación formal tienen 5.30 veces más probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia. (Ver cuadro No. 4)

Gráfica No. 1. Persona que le ha proporcionado información sobre educación sexual y Embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017



Grafica1: según la gráfica refleja que la mayoría de los casos recibieron educación sexual de los maestros (39 casos) y que en los controles en su mayoría recibieron educación sexual de los maestros, personal de salud, familiares y televisión.

Cuadro No. 5. Relación entre haber recibido educación sexual y Embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Tipo de sujeto							
VARIABLES	Caso		Controles		OR	IC 95%	p
	n= 100	%	n= 150	%			
Información métodos anticonceptivos							
Ninguna	27	27.0	11	7.3	4.67	2.19-9.95	0.00004
Alguna	73	73.0	139	92.7			

Se realizó el cruce de estas dos variables, observándose que del total de las pacientes, el 27.0% de los casos dijo no poseer ninguna información sobre métodos anticonceptivos, en comparación con un 7.3% de los controles. Así mismo, se observó, que del total de las pacientes, el 73.0% de los casos dijo poseer alguna información sobre métodos anticonceptivos, en comparación a los controles con un 92.7%. Con una diferencia porcentual significativa, por lo que se realizó pruebas estadísticas, arrojando una OR: 4.67, un IC 95% 2.19-9.95 y una p: 0.00004, por lo que decimos que no tener ninguna información sobre métodos anticonceptivos es un factor de riesgo para embarazo en la adolescencia. (Ver cuadro No. 5)

Cuadro No. 6. Asociación entre embarazo en adolescentes y el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Tipo de sujeto							
Variables	Caso		Controles		OR	IC 95%	p
	n= 100	%	n= 149	%			
Uso anticonceptivo en primera relación sexual							
No	70	70.0	64	42.9	3.09	1.81-5.30	0.00004
Si	30	30.0	85	57.1			

Se realizó el cruce de estas variables, observándose que del total de las participantes, el 70.0% de los casos no usó anticonceptivos en la primera relación sexual, en comparación con el 42.9% de los controles. Así mismo se observó, que del total de las pacientes, el 30.0% de los casos si uso un método anticonceptivo en la primea relación sexual, en comparación con un 57.1% de los controles. Con una diferencia porcentual significativa, por lo que se realizó pruebas estadísticas, arrojando una con un OR: 3.09, un IC 95% 1.81-5.30 y una p: 0.00004 el no usar métodos anticonceptivos se asocia significativamente al embarazo. (Ver cuadro No. 6)

Cuadro No. 7. Violencia intrafamiliar y embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Variable	Tipo de sujeto				OR	IC 95%	p
	Casos		Controles				
	No.	%	No.	%			
	n= 100		n= 150				
Sabe que es violencia intrafamiliar							
No	59	59.0	62	41.3	2.04	1.22-3.41	0.0090
Si	41	41.0	88	58.7			
Víctima de violencia intrafamiliar							
No	35	81.4	73	73.0	1.61	0.66-3.92	0.3915
Si	8	18.6	27	27.0			

En relación a la violencia intrafamiliar, se encontró que el 59.0% de los casos desconocía que es la violencia intrafamiliar, en comparación con un 41.3% de los controles, por lo que se realizó pruebas estadísticas, arrojando una OR: 2.04, un IC 95% 1.22-3.41 y una p: 0.009 esta variable mostro una asociación con el embarazo con diferencias estadísticamente significativas. Se observó también que la mayoría de los casos (81.4%) dijo no ser víctima de violencia intrafamiliar, así mismo el 73.0% de los controles sin diferencia estadísticamente significativa. La violencia física fue la más frecuente entre los casos, con un 62.5%, y la violencia psicológica fue la más frecuente dentro de los controles, con un 45.7%. (Ver cuadro No. 7)

Cuadro No. 8. Relación entre antecedente de embarazo adolescente materno y embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Variable	Tipo de sujeto				OR	IC 95%	p	Fisher
	Casos		Controles					
	No.	%	No.	%				
	n= 100		n= 150					
Antecedente de embarazo en adolescente en la madre								
Si	72	71.0	52	34.67	4.61	2.66- 7.97	0.0000	
No	29	29.0	98	65.33				

Se realizó el cruce de estas variables, encontrándose que del total de las participantes, el 71.0% de los casos dijo que la madre había tenido antecedente de embarazo en la adolescencia en comparación con el 34.67% de los controles. Así, también el 29.0% de los casos dijo que este antecedente no estaba presente en la madre, en comparación con un 65.33% de los controles, encontrándose un OR: 4.61 con un IC95%:2.66-7.97 y una p: 0.0000. Este antecedente mostró una fuerte asociación con el embarazo en el adolescente. (Ver cuadro No.8)

Cuadro No. 9. Aspectos sobre el ambiente y embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Variable	Casos		Controles		OR	IC 95%	p
	No.	%	No.	%			
Género musical favorito							
Reggaetón	34	35.0	82	40.0			
Bachata	33	33.0	36	32.0			
Romántica	31	30.1	20	12.0			
Merengue	2	1.9	7	10.0			
Salsa	0	0.0	3	6.0			
La música influye en su forma de ser o su conducta							
No	58	58.0	93	62.4	1.20	0.71-2.01	0.57075
Si	42	42.0	56	37.5			
Lo que le atrae de un artista							
Contenido de sus canciones	84		65				
Apariencia vrs popularidad	16		76				

En cuanto a la música, se observó que el reggaetón fue el género musical de preferencia, tanto para los casos, como para los controles, con 35.0 y 40% respectivamente. Se le consultó si creía que la música que escuchaban les incentivaba a hacer lo que decían sus letras, encontrándose que en su mayoría, los casos dijeron que no con 58.0% y en cuanto a los controles, el 62.4%. Se observó que el 84.5% de los casos dijo que le atraía el contenido de las canciones, eso mismo afirmó el 46.7% de los controles. Se les consultó, al bailar, que género musical hacía que su conducta se tornara más sexual, encontrándose al reggaetón en el primer lugar, con 35.0% en los casos y 82.1% en los controles. (Ver cuadro No. 9)

Cuadro No.10. Relación entre la importancia de la música y embarazo en adolescentes. Establecimiento de salud Las Crucitas, Comayagüela, Honduras, Año 2017

Variable	Tipo de sujeto				OR	IC 95%	p
	Casos		Controles				
	No.	%	No.	%			
	n= 89		n= 149				
Es importante la música en su vida							
No	48	53.3	51	34.2	2.19	1.28-3.74	0.00444
Si	42	46.7	98	65.7			

Se realizó el cruce de estas variables, observándose que del total de los sujetos, el 53.3% de los casos dijo que la música no era importante en su vida, en comparación con un 34.2% de los controles. Así mismo se observó que el 46.7% de los casos dijo que la música si era importante en su vida, en comparación con un 65.7% de los controles. Se realizaron las pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 2.19 con un IC95%:1.28-3.74 y un valor para p=0.0044. (Ver cuadro No. 10)

XI. Discusión

Se ha descrito que el embarazo en adolescentes es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe.

Según la sociedad de ginecostetricia de España el grado de educación es el factor más importante en términos de riesgo reproductivo. En México el 20% de los nacimientos anuales se presentan en madres menores de 20 años (Cancino 2016 embarazo en la adolescencia como ocurre) muchas variables inciden en el desarrollo como el entorno sociocultural, geográfico, ambiental entre otros²⁴

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva ha cobrado mucho interés entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental debido al impacto social que ha producido en las nuevas generaciones, así como enfermedades de transmisión sexual. Anteriormente, los estudios sobre sexualidad eran pocos ya que implicaba hablar de temas a los cuales la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad. A pesar de que aún se mantienen patrones ideológicos y conductuales que obstaculizan su divulgación, en los últimos años y debido a la gran preocupación de diversos sectores por la propagación de enfermedades y embarazos no deseados las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han abordado con mayor interés su estudio. Los estudios en embarazo en adolescencia también han estado orientados a estudiar las prácticas sexuales y la fecundidad. Además, estos estudios han arrojado datos importantes sobre la edad a la cual los jóvenes inician su vida sexual, los principales métodos anticonceptivos empleados, (Cancino) al igual en esta investigación donde se encontró que los años cursados fue menor en las embarazadas adolescentes que en las adolescentes que usaban algún método anticonceptivo, y los ingresos familiares también fueron menores en los hogares de las adolescentes embarazadas la mayoría eran desempleadas y no estudiaban y habían recibido menos educación sexual formal que sus controles y todas las diferencias fueron estadísticamente significativas. No fueron estadísticamente significativa el inicio de la vida sexual activa entre las adolescentes embarazadas y sus controles sin

embargo se encontró un promedio de inicio de actividad sexual en los dos grupos de 15 años considerado como un inicio de actividad sexual temprana en la vida.²⁵

En México, se encontró datos similares, los datos disponibles de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común. De esta forma se señala que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Diversos datos estadísticos señalan que tanto hombres como mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años, y desafortunadamente con pocos conocimientos sobre su sexualidad, muy similar a lo encontrado en este estudio.²⁶

Por lo tanto en la presente investigación se encontró que el perfil de la embarazada adolescente consistía en tener menos años de escolaridad, grupos familiares más pequeños, menos ingresos económicos, menor escolaridad, no escolarizadas y desempleadas, la mayoría con pareja y con limitada educación sexual a diferencia de su pares controles.

Sin embargo en una encuesta realizada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Conasida) sobre la sexualidad en Ciudad de México se encontró que la media de edad de la primera penetración vaginal fue 17.4 años ligeramente mayor que en esta investigación y que en generaciones previas, como aquéllas nacidas durante la década de 1970, el promedio fue 16.4 años había levemente aumentado con el paso de los años. En la encuesta nacional de jóvenes de educación media y media superior realizada por el Consejo Nacional de Población (Conapo) se encontró que los jóvenes empiezan a tener relaciones a los 16 años en el caso de las mujeres y entre los 14 y 15 años en el de los hombres. Por lo que respecta a la persona con quien inician su vida sexual, las mujeres generalmente informaron que habían tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su novio o enamorado. La Secretaría de Salud Mexicana

encontró que el 42% de los hombres y el 23% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.²⁶

En México, el Conapo, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables eran quienes más frecuentemente experimentaban las repercusiones negativas de un embarazo temprano. Adicionalmente a estas características, la importancia que desempeñan los roles en la cultura mexicana refuerzan la idea de que la sexualidad en las mujeres debe estar ligada a la reproducción y la pasividad.²⁷

A pesar de que el número de personas que usan un método anticonceptivo ha aumentado, las barreras culturales y los mitos aún continúan siendo muy grandes. Por ejemplo, entre los métodos más usados se encuentra el condón y la responsabilidad sobre la decisión de usarlo ha correspondido tradicionalmente al hombre ya que él mantiene el control sobre las relaciones sexuales. Esta situación atribuye una mayor desventaja a la mujer ya que la falta de uso de algún método anticonceptivo constituye un posible riesgo para su salud, sobre todo por las consecuencias que esto trae consigo, como el embarazo temprano, no deseado, no planeado, no aceptado y la posibilidad de contraer enfermedades sexuales. Las adolescentes sexualmente activas quedan embarazadas en el 36% en un plazo inferior a 2 años después del inicio de su actividad sexual.²⁸

El interés en los apoyos familiares e interpersonales, especialmente la relación con el compañero, surge a través de dos vertientes. Por un lado, se ha reportado que la adolescente que se queda embarazada tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables, como desintegración familiar, imagen paterna distante y/o y rigidez intrafamiliares. Por otro lado, se ha observado que también pueden tener éxito en su adaptación a la maternidad y a su propio futuro, pero esto dependerá del apoyo social que reciban de su familia y/o su pareja. Por ello surge la necesidad de ya que aún se encuentra en una etapa que depende afectiva y económicamente de su familia, y además es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales

de la familia para entender mejor la situación de la adolescente. En las sociedades occidentales, la estructura familiar, la ausencia de uno o ambos progenitores, sufrir violencia está asociada a la actividad sexual precoz, así como no tener una buena relación con la familia, falta de supervisión, control o afecto.²⁹

Por ejemplo, Fletcher y Wolfe (2008) encontró que un embarazo en la adolescencia disminuye la probabilidad de graduarse y afecta negativamente los salarios.³⁰

Por otra parte, como alternativa a los datos longitudinales, Urdinola y Ospino (2007) construyen un pseudopanel con las Encuestas de Demografía y Salud posteriores a 1990 y sostienen que no hay evidencia para asegurar que las madres adolescentes se encuentran peor que las que decidieron postergar la maternidad en términos laborales, aunque sí existen diferencias en estado civil y estado de salud.³¹

En la presente investigación se encontró una de cada siete casos tenían una madre que había estado embarazada en la adolescencia a diferencia de los controles que fue únicamente tres de cada diez adolescentes y las diferencias fueron estadísticamente significativas

El embarazo en la adolescencia tiende a repetirse por generaciones este evento con los mismos resultados encontrados ha sido estudiado por en ribero Preto Brazil en un estudio de cohorte, el riesgo relativo fue de 1.35 (IC 95% 1.04 a 1.74) y el riesgo en la segunda generación fue 35% más alto que en las madres que no habían tenido un embarazo en la adolescencia, o sea que el embarazo en la adolescencia de la madre es un predictor para una embarazo en la adolescencia de la hija y relacionado con los factores socioeconómicos.³²

Aunque algunos estudios mencionan la relación entre violencia familiar, menarquia temprana y embarazo en la adolescencia en la preferencia del tipo de música en este estudio no se encontró esa relación, A pesar de la declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad causados por la erotización de los medios de comunicación mencionados por Montenegro

y descritos en los estudios de Muñoz, Silver y cols ,y del Instituto Nacional de la Juventud de Chile continúa siendo relevante la "sanción social" como factor al situar en un grupo discriminado a la adolescente que transgrede las normas.³³ En vista de las diferencias encontradas en la literatura con este estudio amerita realizar más investigaciones que profundicen en estos tópicos y también se tome en cuenta población del área rural.

XII. Conclusiones

- Las adolescentes estudiadas en su totalidad proceden del área urbana.
- Los años de escolaridad cursados fue menor en las adolescentes embarazadas estudiados a diferencia de su control con un OR de 2.40 y una significancia estadística de 0.04.
- Con respecto al número de parejas y la edad de inicio de las relaciones sexuales no hubo diferencias estadísticamente significativa entre los dos grupos pero si la menarquia fue a más temprana edad los controles que los casos..
- El número de personas por familias que convivían en una misma vivienda era menor en los casos que los controles y el OR 2.81 con una $p=0.0002$.
- Los ingresos mensuales de la familia era menor en los casos que en los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativa
- En cuanto a tener una pareja fue mayor en las adolescente embarazada que en los controles, así el 93% de los casos tenían pareja vrs el 45% de los controles con un OR de 31.0 y una $p=0.0000$
- En relación entre tener una o ninguna religión no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
- El 96% de las embarazadas adolescentes estaban desempleadas y solo el 16.6% de los controles con un OR de 7.36 y una p de 0.00007
- En cuanto a haber recibido educación sexual el 49.0% de las embarazadas adolescente ningún tipo de educación a diferencia de los controles que se dio en el 81.3% y las diferencias fueron estadísticamente significativas. Y de los que recibieron información en los casos el 81.6% fue de los maestros o unidades prestadoras de salud y en los controles fue más frecuente de amigos, medios de comunicación o pareja y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.00004$)
- En relación a la información sobre métodos anticonceptivos el 73% tenían alguna y el 92.7% de los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

- El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual fue únicamente en el 30% de los casos a diferencia del 85% de los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas.
- Solo el 18.6% de los casos refirió sufrir de violencia intrafamiliar de los casos a diferencia de los controles que fue mayor pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas
- El 71% de los casos tenían una madre con embarazo en la adolescencia y solo el 34.67% de los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas
- La edad de la pareja su mayor en los controles que en los casos y las diferencias fueron estadísticamente significativas.
- Fue más frecuente la música romántica de preferencia de las adolescentes embarazadas que en los controles. Pero no hubo diferencias significativas entre los dos grupos.

XIII. Recomendaciones

1. El embarazo en la adolescencia es un fenómeno natural que puede prevenirse. Como problema social, debe ser abordado con amplia perspectiva de salud. Es necesario elaborar programas de sexualidad integral para adolescentes y padres de familia, brindarles herramientas que les permitan empoderarse y tomar decisiones basadas en conocimientos propios y no influenciadas por la sociedad, y redes sociales.
2. Intensificar y mejorar la educación sobre la sexualidad y los conocimientos científicos sobre métodos de planificación familiar por personal estrictamente capacitado para evitar de manera más efectiva los embarazos en adolescentes.
3. Evaluar el conocimiento y uso adecuado sobre métodos anticonceptivos
4. Crear una política pública de la legalidad en el uso de anticonceptivos por adolescentes solicitantes.

Bibliografía

1. Mora Cancino A.M, Hernández Valencia M, Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la en la sociedad actual Perinatología y Reproducción Humana Volume 29, Issue 2, June 2015, Pages 76-82)
2. [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
3. Rosales-Silva JG, Irigoyen-Coria A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Aten Fam.*2013;20(4):101-102.
4. Soto Acevedo F, León Corrales I.A, Castañeda Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam.* 2015;22(3):64-67.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). *ProgObstetGinecol.* 2014;57(8):380—392.
6. Gigliola-Cannoni B, González-T M.I, Conejero-R. C, Merino-M. P, Schulin-Zeuthen C.P. Sexualidad en la adolescente: Consejería. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(1) 81-87.*
7. Issier J.R, Embarazo en adolescente. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001* Página: 11-23.
8. [http://www.unicef.org/honduras/Sitan - Analisis de Situacion-Honduras 2010 2.pdf.](http://www.unicef.org/honduras/Sitan_-_Analisis_de_Situacion-Honduras_2010_2.pdf)
9. Yago-Simón T, Tomas-Aznar C, ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes. *ProgObstetGinecol.* 2015;58(3):118—124
10. Ulanowicz M.A, Parra K.E, Wendler G.E, Monzón L.T. RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006;*pag13-17.
11. Campero-Cuenca L, AtienzoE.E., Suárez-LópezL., Hernández-Prado B., Villalobos-Hernández B. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México.* 2013;149:299-307.
12. Sorto-Jiménez M, Ochoa-Alcántara R. EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL HOSPITAL ESCUELA. *REV. MED. POST. UNAH.* Vol. 4 No. 1 Enero-Abril, 1999 pag; 45-50.
13. Delfina Charlton-L. Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad (Tejarcillos de Alajuelita, 2002). *ENFERMERÍA EN COSTA RICA,* Agosto 2006, vol. 25 (1).
14. Lara-Romero K, Anta-Erazo J.L, CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA SALA DE LABOR Y

- PARTO DEL BLOQUE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL ESCUELA.
REV MED POST UNAH Vol. 6 No. 1 Enero-Abril, 2001Pag(36-40).
15. Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Motivaciones para el Embarazo Adolescente. GacSanit. 2012;26(6):497-503.
 16. Sánchez-Meneses M.C, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas E.R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. ATEN FAM 2015;22(2).
 17. Divisón Garrote J.A, Escobar Cervantes C, Seguí Díaz M. Provisión gratuita de anticonceptivos de larga duración y embarazos en adolescentes. Semergen. 2015;41(3):172---173.
 18. Uribe Alvarado J.I, Aguilar Villalobos J, Zacarías Salinas X, Aguilar Casis A. Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. Acta de Investigación Psicológica, 2015, 5 (1), 1904 – 1915.
 19. Boyer D. Embarazo en la adolescencia: El papel del abuso sexual. Boletín del Centro Nacional de Recursos para el Abuso Sexual Infantil. edición de noviembre/diciembre de 1995.
 20. Panduro Barón J.G y col. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704.
 21. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
 22. Ávila Montes G.A, Barbena Garcia M, Arguello Munguía P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Rev Med Honduras, 2011.79 (2)
 23. <http://nिकासalud.org.ni/wp-content/uploads/2016/07/INE-2011-2012-Honduras..pdf>
 24. Fonseca H, Graydanus D. Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. Prim Care 2007;34:27592
 25. Alarcón Argota Rodolfo, Coello Larrea Jeorgelina, Cabrera García Julio, Monier Despeine Guadalupe. Influence factors in adolescence pregnancy. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Oct 19]; 25(1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007&lng=es.
 26. Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex 2001;79:86-92
 27. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005. Hospital de maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena Colombia. Rev Colomb Ginecol Obstet 2007;58:108-15.
 28. (Copado MDY. La sexualidad en las etapas de la mujer. Gineco 2011;18:19-33).

29. (Galindo Pardo C, Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Desarrollo y Sociedad* 2012 133-185. Disponible en: <http://revele.com.veywww.redalyc.org/articulo.oa?id=169124301005>. Fecha de consulta: 17 de octubre de 2017.)
30. FLETCHER, J. y WOLFE, B. (2008). "Education and labor market consequences of teenage childbearing: Evidence using the timing of pregnancy outcomes and community fixed effects", NBER Working Paper 13847. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2008. (FLETCHER, J. y WOLFE, B. (2011). "The effects of teenage fatherhood on young adult outcomes", *Economic Inquiry*, 50(1):182-201.) (Gaviria, 2000; Barrera eHiguera, 2004; Flórez et al., 2004)
31. DESIMONE, J. (2010). "Binge drinking and sex in high school" (Working Paper 16132). National Bureau of Economic Research. DUNCAN, G. y HOFFMAN, S. (1990))
32. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. Ferrero AA, Cardoso VC, Barbosa PA, Moura Da Silva AA, Faria CA, Souza De Ribeiro V, Bettiol H. Barbieri MA. *BCM Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:149 1-8
33. Baeza W Bernardita, Póo F Ana María, Vásquez P Olga, Muñoz N Sergio, Vallejos V Carlos. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2007 [citado 2017 Oct 19]; 72(2): 76-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es

Anexo

ANEXO I: Asentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
III PROMOCION EPIDEMIOLOGIA**

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD “LAS CUCITAS” DE COMAYAGÜELA, HONDURAS, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A MARZO DEL 2017

Hola mi nombre es Karla Yadira Rosales Pavón, trabajo en la región metropolitana de salud y formo parte de un equipo de maestrantes en epidemiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca de los factores asociados al embarazo en adolescentes y para ello queremos pedirle que nos apoye.

Su participación en el estudio consistiría en brindarnos información sobre su persona y algunos datos de su familia y las personas con las que vive.

Su participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando sus padres hayan dicho que puede participar, si usted no quiere hacerlo puede decir que no. Es su decisión si participa o no en el estudio. También es importante que sepa que si en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quiere responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcione, nos ayudará a identificar cuáles son los factores predisponentes a un embarazo en la adolescencia y así elaborar políticas de salud para tratar de disminuir los riesgos para que se den embarazos durante la adolescencia.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie sus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pido que por favor ponga una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escriba su nombre. Si no quiere participar, no ponga ninguna (✓), ni escriba su nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____ Fecha: _____

ANEXO II: Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA III PROMOCION EPIDEMIOLOGIA

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD "LAS CRUCITAS" DE COMAYAGÜELA, HONDURAS

I.- DATOS PERSONALES CASO
CONTROL

NOMBRE DEL
PACIENTE _____

Nº DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ FECHA DE
NACIMIENTO _____ ENCUESTA Nº: _____ FECHA DE
ENCUESTA _____ HORA DE ENCUESTA _____ DIA DE
LA SEMANA EN QUE SE REALIZA _____ NOMBRE DEL
ENCUESTADOR _____

Fue atendido (a) en la consulta de:

- a. Planificación familiar
- b. Obstetricia
- c. Otros

Cual

II.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Estado civil: Soltera Casada Unión libre Divorciada

Viuda

Ocupación del paciente: Desempleada Con empleo

Cual _____ Otros _____

Procedencia del paciente: Tegucigalpa Comayagüela Otros
Cual_____

Años de educación cursados: _____

Religión: Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormona Otra
 Cual_____

Cuántas veces asiste a la iglesia: Por semana () Por mes () Por año ()
Nunca ()

1.- Estudia actualmente Si No

2.- ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

3.- ¿Cuáles son las personas con las que usted convive en su hogar?

Solo con la madre Solo con el padre Con ambos padres Con
ningún padre

Hijos Hermanos Abuelo Abuela Tíos Pareja Otros

4.- ¿Cuántos familiares dentro del núcleo familiar trabajan?

Ninguno Uno Dos o más ¿Quiénes?

5.- ¿Cuál es el ingreso promedio mensual en su hogar?

_____Lps

6.- Económicamente ¿usted se sostiene sola? Si No

7.- ¿De quién depende económicamente?

Padres Hermanos Abuelos Tíos Pareja Otros

Cual_____

III.- ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA

8.- ¿A qué edad presentó su primer periodo menstrual? Edad en
años_____

9.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? Edad en
años_____

10.- ¿Usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?

No Si Cual_____

11.- ¿Con quien tuvo su primera relación sexual?

Novio Amigo Conocido Familiar Abuso sexual

12.- ¿Cuántas Parejas sexuales ha tenido? _____

IV. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

13.- ¿Ha recibido usted algún grado de educación en materia de sexualidad?

Ninguna Poca Moderada Bastante

14.- Si ha recibido algún grado de educación sexual, ¿Quién le ha dado dicha educación?

Radio Televisión Familiares Amigos Maestros Pareja
Personal de salud Otros Cual _____ No aplica

15.- Si ha recibido algún grado de educación sexual, ¿Dónde ha recibido dicha educación?

Casa Lugar de estudio Unidad prestadora de servicios de salud
Iglesia Otros Cual _____ No aplica

16.- ¿Cuál es el grado de información que usted posee sobre métodos anticonceptivos?

Ninguno Poco Moderado Bastante

17.- Si posee algún grado de información sobre métodos anticonceptivos ¿Quién le brindo dicha información?

Radio Televisión Familiares Amigos Maestros Pareja
Personal de salud Otros
Cual _____ No aplica

18.- Si posee algún grado de información sobre métodos anticonceptivos ¿Dónde recibió dicha información?

Casa Lugar de estudio Unidad prestadora de servicios de salud
Iglesia Otros Cual _____ No aplica

19.- ¿Cuáles métodos anticonceptivos conoce?

Pastillas Preservativo Dispositivo Intrauterino Inyectables Natural

Otros Cual _____ Ninguno

20.- Si está embarazada ¿Usaba algún método anticonceptivo antes de estar embarazada?

No Si Cual _____ No aplica

21.- Si no está embarazada ¿Que método anticonceptivo usa?

Pastillas Preservativo Dispositivo Intrauterino Inyectables Natural

Otros Cual _____ No aplica

V. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

22.- ¿Sabe usted que es violencia intrafamiliar? Sí No

Si su respuesta es No pasar a la pregunta #25

23.- Si su respuesta a la pregunta anterior es Sí, ¿Recibe usted o ha recibido algún tipo de violencia intrafamiliar? Sí No No aplica

24.- Si su respuesta a la pregunta anterior es Sí, ¿Qué tipo de violencia recibe o ha recibido usted?

Física Psicológica Sexual Económica No aplica

VI. ALGUNOS ANTECEDENTES FAMILIARES

25.- ¿En su familia hay algún antecedente de embarazo en adolescente? Sí
No

26.- ¿Su madre tuvo algún embarazo durante la adolescencia? Sí No

27.- ¿Usted es producto de un embarazo adolescente? Sí No

28.- ¿En su familia quien ha tenido un embarazo en la adolescencia?

Hermana Prima Tía Sobrina No aplica

VII. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE EL AMBIENTE

29.- Indique el género musical de su preferencia

Reggaetón Bachata Merengue Salsa Romántica

30.-Que tiempo aproximado dedica a escuchar música o ver videos musicales de su género musical favorito a diario?

1 Hora 2 Horas 3 Horas Más de 3 Horas

31.- ¿Que le atrae de un artista?

Apariencia Popularidad Contenido de sus canciones
Otros

Especifique _____

32.- ¿Considera la música importante en su vida? Sí No

33.- ¿Considera que la música influye su forma de ser o su conducta? Sí No

34.- ¿Ha experimentado algún tipo de conducta sexual luego de escuchar su género musical favorito? Sí No

35.- ¿Cree que su género musical favorito le incentiva a hacer lo que dicen sus letras?

Sí No

36.- ¿Le gusta imitar a sus artistas favoritos? Sí No

37.- ¿Al escuchar su género musical favorito considera que su contenido se identifica con su vida real? Sí No

38.- ¿Al bailar, que género musical hace que su conducta se torne más sexual?

Reggaetón Bachata Merengue Salsa Romántica No aplica

VII. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA PAREJA

39.- ¿Con que frecuencia su pareja la acompaña a su control prenatal?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca No aplica

40.- ¿Qué edad tiene su pareja? _____

41.- Años de educación cursados por su pareja _____ No sabe

42.- ¿Su pareja trabaja? Sí No No sabe

43.- ¿Cuál es el oficio de su pareja?

44.- ¿Su pareja deseaba el embarazo? Sí No No aplica

45.- Si su respuesta a la pregunta anterior es no, ¿el promovía el uso de algún método anticonceptivo? Sí No No aplica

46.- ¿Usted considera que su pareja es machista? Sí No No aplica

47.- ¿Su pareja hace o ha hecho uso de alguno o varios de los siguientes?

Alcohol Tabaco Resistol Crack Cocaína Ninguno

Otros _____

48. ¿Su pareja le ha sido infiel? Sí No No aplica

Muchas gracias por su colaboración!!!