

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE SALUD PÚBLICA
III PROMOCIÓN DE MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGIA



TESIS

Factores asociados a Embarazo en la Adolescencia, Clínica Del Adolescente, Hospital
Escuela Universitario, Honduras Enero – septiembre, año 2017

Lic. Alejandrina Maribel Manzanares Membreño
Previa opción al Título de Máster en Epidemiología

Asesora de Tesis
Dra. María Félix Rivera

Tegucigalpa, MDC.

Octubre, 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS Y DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Rector

Dr. Francisco José Herrera

Secretario General

Abogada Enma Virginia Rivera

Directora de Investigación Científica y Posgrados

Dra. Leticia Salomón

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Marco Tulio Medina

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Jorge Alberto Valle Reconco

Coordinador General de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Octavio Sánchez

Jefa del Departamento de salud Pública

Dra. Ana Lourdes Cardona

Coordinador de la Maestría en Epidemiología

Dr. Mario René Mejía

DEDICATORIA

A mi Dios todo poderoso por ser mi guía principal y darme la fuerza cada día, también a mi esposo Nahúm Puerto, mis hijas: Mayra Alejandra Puerto Manzanares, Linda Maribel Puerto Manzanares por su comprensión, animo que siempre me brindaron, a mis Padres: Evaristo Manzanares QDDG, y Martina Membreño por su apoyo incondicional, mis queridos hermanos, amigos que de una y otra manera estuvieron allí siempre al pendiente de todo este proceso del cual ahora culmino. Y a mis apreciables maestros: MSc. María Félix Rivera, MSc. Mario René Mejía, MSc. Jeremías Soto, MSc. José Ángel Lara, MSc. Urbina por su esfuerzo, paciencia y dedicación, su alto nivel de conocimiento impartido en todo el proceso de mi estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi padre celestial por la sabiduría, dirección, guía principal en todo este proceso,

A mis maestros: mi estimada asesora de quien recibe el apoyo en todo momento MSc. María Félix Rivera, MSc. Mario René Mejía, MSc. Jeremías Soto, MSc. José Ángel Lara y MSc. Gustavo Urbina por todo su esfuerzo, dedicación y cada una de sus enseñanzas de alto nivel científico, así mismo a los maestros extranjeros que contribuyeron con sus conocimientos ,

A las autoridades del Hospital Escuela Universitario por brindarme la oportunidad de poder realizar mi investigación en este prestigioso centro a la Dra. Raquel Gómez jefa de la clínica de atención al adolescente, Lic. Trinidad Suyapa Amador, Lic. Sonia Isabel Urbina profesional de enfermería por su apoyo, a mis estimados compañeras (os)

A mí estimada jefa MSc. Lilia Esperanza Meza por su incondicional apoyo siempre que lo necesite.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	7
II. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.	9
II.1 La formulación del problema	9
IV.2. Definición del problema.....	9
IV.3. Delimitación del problema.....	10
III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	12
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
VI.1. Objetivos General	15
VI.2. Objetivos Específicos.....	15
V. MARCO TEÓRICO	16
VI. HIPÓTESIS	34
VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
VIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	40
X.1. Tipo de Estudio	40
Analítico, casos y controles. Temporalidad Transversal	40
X.2. Población y muestra	40
X.3. Área geográfica ámbito de la investigación	41
X.4.1 Criterios de Inclusión	41
X.4.2. Criterios de Exclusión	41
X.5. Procedimientos	41
X.6. Recursos humanos y materiales	42
X.7. Consideraciones Éticas y consentimiento informado.	42
X.8. Procesamiento de datos	42
X.9. Plan de análisis de datos	43
IX. RESULTADOS	43
X. DISCUSIÓN	51

XI. CONCLUSIONES:	56
XII. RECOMENDACIONES	59
XIII. BIBLIOGRAFÍA	60
XIV. ANEXOS	64
XIV.1. Instrumento	64
XVI.2. Consentimiento Informado.....	67
XVI.3. Asentimiento Informado (Para adolescentes 10 – 19 años).....	70

I. INTRODUCCIÓN

Según Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) “50,000 adolescentes hondureñas quedan embarazadas anualmente. Esta cifra convierte a Honduras en el segundo país de Latinoamérica con más casos de embarazo adolescente, Nicaragua es el primero donde un 28% de las adolescentes entre 15-19 años han pasado por la maternidad” (CEPAL, 2012, pág. 43)²⁵

El embarazo en la adolescencia es toda gestación que ocurre en toda mujer menor de 19 años de edad. Lo cual interrumpe en la vida de las jóvenes el poder alcanzar la madurez física, y mental, en ocasiones circunstancias adversas como ser la carencia del estado nutricional. Sin duda la etapa de la adolescencia es fundamental para toda mujer donde ocurre un sin número de manifestaciones biológica, psico sociales en la mujer, cambios a nivel físico. El impacto del embarazo es psicosocial en donde las consecuencias son: deserción escolar, desempleo, la adolescencia se consideró por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés.¹

En la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, pues durante ésta se producen importantes transformaciones de diversa índole que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores psicológicos, sociales y culturales, se establece a partir de una construcción social, por lo tanto, varía en el tiempo y en el espacio, y posee un componente fundamental de carácter histórico. Esto significa que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales particulares, las cuales se entienden a partir de sus especialidades y en el marco de un determinado contexto social ¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya

cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar. Según la Organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África Subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana ¹

Como consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso u otro problema. Con respecto a los riesgos que desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15% a un 25% de los recién nacidos vivos son hijos de una madre menor de 20 años.²

ENDESA 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 el embarazo en adolescentes.²⁵

Por lo cual se plantea un estudio de casos y controles. Los casos: adolescentes (10 a 19 años) serían 50 embarazadas de cualquier edad gestacional, los controles: adolescentes (10 a 19 años) que asisten por métodos anticonceptivos a la clínica del adolescente ubicado en el segundo piso consulta externa, Hospital Escuela Universitario siendo seleccionados a conveniencia igual que los casos se tomaron 100 controles. con las cuales se realizó la comparación, siendo entrevistadas respecto a datos generales, edad, religión, procedencia, ocupación, estado civil, relación interpersonal, entorno familiar, relación con padres, violencia, uso de drogas, razón de inicio de relación: curiosidad, propio deseo, pareja la convenció, abusó, convivencia, edad de menarquía, edad de inicio relaciones sexuales, número de parejas, uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, dicho estudio se realizó para poder evidenciar los factores asociados al embarazo en las adolescentes y poder realizar las recomendaciones a los tomadores de decisiones.

II. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.

II.1 La formulación del problema

El embarazo en las adolescentes en Honduras representa un grave problema de salud pública porque afecta en gran medida la salud de la mujer y consecuencias relevantes para la familia, como también a nivel de toda la población. Es de suma preocupación esta problemática que existe en nuestras niñas es por ello el deseo de investigar para obtener datos reales de interés que sirvan de aporte a las autoridades y así mismo tomar decisiones para disminuir esta situación grave en nuestra población del país

Zelaya y Coto García, en su artículo “Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá” de la revista Argonautas y Caminantes año 2011, se refieren a algunos factores que influyen el embarazo: “Los factores que favorecen el crecimiento acelerado de embarazo adolescente son muchos y de diverso tipo: social.⁶

Los países subdesarrollados son los que más sufren estos problemas sociales y ocasionan un crecimiento en la tasa de fecundidad muy elevada, aumentando la tasa de deserción escolar y ocasionando el incremento de la mano de obra no cualificada para el país, lo que ocasiona que los gobiernos creen proyectos y estrategias para el control de embarazos adolescentes, en el caso de Honduras uno de los últimos programas creados por la Secretaria de Salud es la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENAPREAH), cuyo objetivo general es definir acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para disminuir el embarazo en adolescentes y así contribuir a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y a la disminuir la mortalidad materna e infantil en Honduras.²⁵

IV.2. Definición del problema.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este,

atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.³

La edad media del periodo de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende, por tanto, no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social. Los sistemas de prevención de embarazo en la adolescencia vigentes en Holanda han servido de modelo para muchos países europeos y lo son para otros muchos.³

En los estudios obligatorios especificados en los programas y planes de estudios se incluyen valores, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, así como los aspectos biológicos de la reproducción. Los medios de comunicación han alentado el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos, así como la absoluta confidencialidad.³ Por lo cual sigue siendo una preocupación en el sector salud, ya que no se ha logrado determinar los factores que influyen directa e indirectamente en esta gran problemática que está afectando todos los países y especialmente los países en vías de desarrollo.

IV.3. Delimitación del problema

La adolescencia es una etapa compleja en los seres humanos. Es un despertar en todos los ámbitos existentes y trae consigo una serie de cambios a nivel emocional, físico, hormonal y psicológico. Es esta etapa en la cual el niño alcanza su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social.¹ Las repercusiones que tiene el inicio temprano, ha generado gran interés por establecer los factores que determinan la edad de la primera relación sexual por parte de varias disciplinas, particularmente de las ciencias sociales y de la salud, centrándose en identificar factores del contexto social y familiar que se asocian con el comportamiento sexual de los adolescentes (sexo, nivel socio-económico, grupo étnico, estructura familiar,

entre otros), mientras otros han evaluado factores psicológicos e individuales, de los cuales se sabe poco cómo es la autoestima⁴

El embarazo en la adolescencia es inevitable verlo con un matiz catastrófico, sobre todo en nuestros países en vías de desarrollo, donde el medio proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc., que actúan potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente (parto prematuro, pre eclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas), así como a las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas) .De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que, junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general.⁵

El problema no es ajeno para América Latina. En Paraguay, los hijos de mujeres de 15 a 19 años de edad tienen casi 80% más probabilidades de morir durante el primer año de vida que los nacidos de mujeres entre 20-29 años, mientras que en República Dominicana los lactantes de madres adolescentes tienen un aumento de las probabilidades de mortalidad de 77%, en El Salvador de 69%, en Perú de 36% y en Colombia de 29%. En Honduras, la tasa de mortalidad infantil es de 77,4/1.000 nv. Para las mujeres menores de 20 años, en comparación con 48/1.000 nv. Para las de 20-34 años (26). Doig.²⁵

En Perú, se encontró entre las adolescentes de 11-14 años una tasa de mortalidad neonatal de 33/1.000 nv, mientras que para las mujeres de 15-19 años fue de 11/1.000 nv y para las de 20 y más años de 11,7/1.000 nv. En Chile, Donoso y cols (28), hallaron que la mortalidad en hijos de madres adolescentes menores de 15 años fue 15,2/1 000 nv, mientras que en las de 15-19 años esta fue 8,1/1000 nv, cifras superiores a las de mujeres de 20-34 años con mortalidad de 6,7/1000 nv. Además, detectaron un riesgo significativamente mayor de muerte neonatal en adolescentes menores de 15 años.⁵

En los últimos años se han presentado estadísticas alarmantes de embarazos adolescentes, en Honduras se estima que el 30% de los partos ocurren entre jóvenes de 13 a 19 años. En el departamento de Intibucá, de enero a junio del 2010, se han atendido en promedio mensual 77 adolescentes embarazadas entre edades de 10 a 19 años. El embarazo en la

adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social, afectiva y económica. En el caso de los municipios de Intibucá se identifican factores socioculturales que condicionan el embarazo entre las adolescentes entre ellas el machismo, los tabúes alrededor de la educación sexual, el hacinamiento, la falta de espacios de recreación y redes de jóvenes que permitan socializar sus inquietudes y fortalecer la educación sexual⁶

Por tal situación se planteó un estudio que se llevó a cabo con la necesidad de conocer los factores asociados al embarazo en adolescentes cuyos resultados serán novedosos por la escasa información que existe en el país, es factible ya que se cuenta con la anuencia de las autoridades para poder realizarlo siendo el fin principal buscar estrategias para poder lograr disminuir el embarazo en la adolescencia realizando recomendaciones a los tomadores de decisiones de nuestro país, entonces nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a embarazo en la adolescencia, en la clínica del adolescente, Hospital Escuela Universitario de Enero a Septiembre, año 2017?

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años el incremento de adolescentes embarazadas es muy elevado siendo este un motivo de preocupación en nuestro país ,porque podemos ver las estadísticas que van en ascenso ,lo cual trae como consecuencia un porcentaje mayor de factores de riesgo relacionados con la maternidad de las adolescentes afectando su salud física psicosocial, biológica, mental y a la vez la salud de su futuro hijo, desde la concepción ,factores de riesgo y múltiples complicaciones para ambos , pues la mayoría son embarazos no planeados, ni deseados. Por lo cual se ve también afectado el entorno familiar siendo esta problemática muy grande Provocando día a día causas y consecuencias mayores a nuestra niña hondureña, por lo cual la vulnerabilidad va en crecimiento.

Para el año 2013, Honduras contaba con 1.9 millones de jóvenes en rango de edad de 15-19 años lo que representa el 23.6 % del total de habitantes del país (INE 2013, XVII Censo de Población). En todo el mundo se presenta la fecundidad adolescente con mayor o menor intensidad, este fenómeno además de las implicaciones que tiene la maternidad temprana tiene efectos en la familia, y la sociedad, a nivel educativo, social y económico. El embarazo en la adolescencia puede retrasar los objetivos que tienen los jóvenes y sobre todo influir en la autoestima y provocar en algunas ocasiones depresión y pobreza.²⁵

El embarazo en la adolescente actualmente es considerado una causa frecuente de consultas en nuestros Hospitales, y otros servicios de salud como ser centros de salud, instituciones privadas, lo cual según las estadísticas actuales Honduras segundo país en América Latina con tasas más altas de adolescentes embarazadas lo cual es un problema de prioridad en la salud pública internacional y específicamente en los países en vías de desarrollo como el nuestro.²

Según el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) 1 de 4 niñas en nuestro territorio antes de cumplir 19 años por lo menos una vez ha estado embarazada lo cual trae múltiples problemas a nivel social, económico, fenómeno multifactorial cuyas determinantes son variables e incluyen la desintegración familiar, falta de educación, violencia, pobreza, muchos de los embarazos son producto de la violencia y abuso en el hogar, influencia de los medios de comunicación que incitan a prácticas sexuales tempranas porque no hay un control de los programas, falta de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva por lo cual hay un aumento de embarazos en este grupo de población, los programas creados por la secretaria de salud destinados a este grupo de jóvenes están vigentes pero el aumento de embarazos según porcentajes es preocupante.²⁵

Siendo este uno de los problemas que más está, afectando a nuestra población hondureña, es de suma importancia poder aportar las mejores recomendaciones para la prevención ya que las cifras van en crecimiento impresionante. En Latinoamérica los porcentajes de embarazo en la población adolescente menor de 18 años. Entre los países .Para el caso en Guatemala se encontró que el 18.6% de nacimientos fueron de madres adolescentes en el 2002, el 25.7 % en Nicaragua para el 2001 el 19% , en Colombia en 2000 el 14% de las gestaciones en Bolivia en 1998 y el 27.4% en Honduras en el 2005.² En el área de influencia del centro de salud tres de mayo (36,986 hab.) 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.²

Este es un problema mundialmente conocido el cual tiene un gran impacto que conlleva a riesgo físico, mental, emocional, salud reproductiva de la mujer joven que se embaraza a temprana edad, presentando crisis dentro de las relaciones del círculo familiar desde que se confirma el mismo, Afectando todos los sectores de la población; lo cual trae graves consecuencias para el país porque es necesario recursos calificados para brindar la atención de calidad e igual de condiciones para este grupo de población que sabemos que es muy vulnerable. El embarazo en adolescentes está asociado a múltiples complicaciones tanto en

la mujer como en el nuevo ser siendo algunas de ellas: hipertensión inducida por el embarazo, infecciones de transmisión sexual, anemia, ganancia inadecuada de peso, desproporción céfalo pélvica, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuros, y esto a la vez puede contribuir a el aumento de muerte neonatal y muerte materna.²

En cuanto a los problemas sociales el embarazo en la adolescencia; abandono escolar, nivel socio económico lo cual es una limitante a futuro de obtener un trabajo con ingresos adecuados en lo que se refiere al mercado laboral lo cual le servirá para poder obtener todas las necesidades básicas satisfechas El abandono de su grupo de amigos, donde su autoestima se ve afectada por el distanciamiento de sus amistades. Las cifras en cuanto a los porcentajes de embarazo en jóvenes adolescentes día con día van en avances significativos lo cual es de suma preocupación según estadísticas mundiales, latinoamericanas, regionales y locales. Es por ello el objetivo de este estudio poder determinar los factores de riesgos asociados, percepciones, culturales y creencias, datos personales ,familiares que tienen relación con el embarazo en la adolescencia que contribuya a lograr conocer a profundidad razones por las cuales hay un aumento de embarazos en este grupo de población y así poder aportar estadísticas actuales sobre la información que se obtuvo en el segundo piso Hospital Escuela Universitario, y así mismo realizar las recomendaciones y estrategias que ayuden a la prevención logrando disminuir la incidencia de casos con el fin de disminuir estos porcentajes de este gran problema que está enfrentando nuestro país .

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

VI.1. Objetivos General

Determinar los factores asociados a embarazo en la adolescencia, en la Clínica del Adolescente en el Hospital Escuela Universitario de Enero –Septiembre del año 2017.

VI.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los factores socio demográfico de la embarazada adolescente estudiada.
2. Identificar las relaciones socio cultural de la población en estudio.
3. Determinar antecedentes gineco obstétricos de las madres y gestantes adolescentes estudiadas.
4. Determinar relación del entorno familiar de la población en estudio.
5. Determinar la asociación entre factores socio demográfico, cultural, entorno familiar y gineco-obstétricos en la población de la embarazada adolescente.

V. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de los 14 a los 19 años. Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.⁸

Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.³

Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.⁷

En la historia de los aspectos relacionados con la sexualidad, se puede ver que el comportamiento de los humanos depende de las creencias e influencias culturales de cada civilización, que imprime en sus integrantes sus propios patrones de normalidad.

Cada una de las épocas ha tenido sus peculiaridades y enfoques sobre la sexualidad; en correspondencia con ello se prepara a los miembros de esa sociedad para asumir el rol que les corresponde.⁸ En los estudios realizados se descubren elementos que se han ido transmitiendo de generación en generación, que han sido interesados de diversas maneras, teniendo en cuenta el punto de vista de cada especialista y el contexto histórico social concreto en que se ha desarrollado su accionar.

Numerosos han sido los estudiosos del tema de la sexualidad y su educación utilizando disímiles métodos y acciones para lograrlo. Las actividades físico-recreativas llevan implícita la seguridad de instruirse y la adecuada utilización del tiempo libre puede constituir un elemento regulador en la prevención de conductas no adecuadas.⁸

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el

momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionarlas alteraciones psico sociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.³

La Organización mundial de la salud (OMS) y la Organizaciones Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1, 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.³

En estudios realizados sobre embarazo en la adolescencia se demuestra que en países latinoamericanos se habla del nivel de escolaridad y su incidencia en el embarazo precoz ya que las necesidades de trabajo para mantener la familia que en muchos casos es numerosa sin padre representante y sin trabajo constituye el factor decisivo, por lo que la relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y la condición económica. Muchas veces la actitud de los docentes y la censura social llevan a negar el problema y dejan en la desprotección a las madres adolescentes, Kirby plantea que, si un adolescente vive con ambos padres, en comparación con solamente uno o ninguno de los padres. Son menos probables a practicar sexo desprotegido y llegar a tener un embarazo no deseado Otros autores señala que la mayoría de las adolescentes embarazadas y con hijos tienen un bajo nivel de escolaridad y son solteros.⁸ Esta investigación coincide con lo planteado por esos autores, mostró que solo el 33% estudiaban y un 27% trabajan lo que demuestra un alto por ciento de adolescentes desvinculados. Según lo observado en la sexualidad de los adolescentes, la escolaridad es incidente al tomar esta decisión de tener relaciones sexuales y se ha notado que si el adolescente vive sin condiciones materiales aumentan estas relaciones sin protección aumentando los embarazos y así la pobreza y la mortalidad infantil por lo que son directamente proporcional.⁴²

Algunos autores señalan que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, llegando hasta el 66 % de adolescentes no casadas con experiencias sexuales antes de los 19 años. Otros plantean que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 15 años y las causas argumentadas

para el inicio temprano de las mismas son, entre otras, la precocidad del desarrollo sexual, la pobre educación sexual en cuanto a salud sexual y reproductiva que poseen por diferentes causas, así como otras características educacionales, religiosas, sociales, culturales, económicas y psicológicas. Otros estudios relacionados plantean que si una madre era joven en su primera relación sexual, es más probable que los hijos y las hijas tengan sexo antes de los 14 años, por ser parcialmente hereditarios los niveles de la hormona y la sincronización de la pubertad, que pueden afectar comportamiento sexual, el inicio temprano del desarrollo puberal es un factor determinante para la cópula temprana, que coincidentemente está ligado al uso irresponsable de anticonceptivo, esto concuerda con lo anteriormente planteado, donde las primeras relaciones sexuales se realizaron en el período de la adolescencia temprana y con mayor frecuencia en el sexo femenino más temprano que el sexo masculino. Siempre la mujer es más adelantada que el hombre ante las relaciones sexuales.⁹

La adolescencia es pensada más que una etapa evolutiva del desarrollo psicológico del Hombre. Involucra, en este sentido la oportunidad de reformular los logros habidos en la constitución subjetiva y de consolidar la formación del aparato psíquico.

Esta reformulación no debería entenderse como la repetición de consecuencias infantiles sino como una reedición creadora de nuevas significaciones. El encuentro con los cambios corporales propios de la pubertad enfrenta al sujeto con la exigencia de una serie de trabajos psíquicos tendientes a reposicionarse no sólo con su cuerpo sino también con el mundo adulto y sus pares. Podemos entender la producción simbólica como el producto psíquico resultante del trabajo de metabolización del Yo de la información no sólo procedente del mundo exterior sino de aquella proveniente de las otras instancias del psiquismo.¹⁵

Esta metabolización que el Yo la organiza en una “puesta sentido”, supone que su producto sea siempre un producto comunicable Sin embargo esa exigencia de comunicabilidad tiene un límite En otras palabras, según esta autora no sólo se trataría de conocer lo que pertenece a lo exterior al lenguaje, sino también de poseer un saber que podría no formar parte de lo comunicable, de lo simbolizable. Eso no comunicable lo más íntimo, los más singularizante de la subjetividad no preexiste a la acción intersubjetiva, sino que justamente se produce precisamente a partir de ella. Las transformaciones corporales que en la pubertad se producen articulan de una manera diferencial esta intimidad que seguramente también modifica la manera de producir simbólicamente.¹⁰

La edad de la menarquía es una variable antropológica, psicológica y biológica que puede influir en forma determinante en algunos estados de salud-enfermedad de las mujeres. Marca, además, el comienzo de la competencia reproductiva y, como consecuencia, la posibilidad de la continuidad biológica para la especie humana. Determinantes genéticos y ambientales definen la edad de la menarquía y pueden explicar las diferencias encontradas entre diferentes grupos étnicos. Desde un enfoque evolutivo, la selección natural favorece a individuos que optimizan sus competencias para procrear y traspasar la información genética a las nuevas generaciones, produciéndose un juego adaptativo entre las características de vida de los individuos y el medioambiente. Estas características involucran patrones y fases de crecimiento y competencias reproductivas dentro de las cuales se encuentra la menarquía).¹¹

La sexualidad varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Durante la prehistoria existieron dos etapas: la monogamia natural y la monogamia que tenía como finalidad asegurar el patrimonio familiar. En la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, tenía un carácter ritual en la adolescencia. En Grecia, se toleraba la homosexualidad masculina entre adultos y adolescentes púberes dentro de un contexto educativo.⁸

En Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusivo de las hetairas (prostituta fina). En la edad Media, la Iglesia refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco. En 1530 la Reforma protestante de Martín Lutero admite el primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena. A finales del siglo XV aparecen en Europa las enfermedades de transmisión sexual, que fueron consideradas como un castigo celestial. En 1882, apareció el trabajo de Richard Kraft-E Bing "Psicopatía sexuales", donde describe comportamientos sexuales patológicos. Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, demostró la trascendencia de la sexualidad en los individuos. Su teoría de la personalidad, tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de "libido" como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Por la misma época de Freud, el médico inglés Havellock Ellis publicó su obra⁸

La violencia durante el embarazo y su impacto en la salud de la mujer y del niño. La exploración del vínculo entre violencia y salud reproductiva ha sido escasa en nuestro medio, a pesar de las diferentes formas en que se expresa: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad forzada producto de la violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión

sexual; todo lo anterior tiene un impacto directo en el aumento de la morbilidad-mortalidad materna.¹²

La violencia doméstica durante el embarazo se comenzó a estudiar a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta. Los estudios correspondientes se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados como Estados Unidos de América y Canadá; algunos informes muestran una variación en la prevalencia que fluctúa entre 9% y 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada. Se ha documentado ampliamente que la violencia en contra de la mujer embarazada tiene efectos adversos en la salud de la madre y del bebé; por ejemplo, una agresión física o sexual que implique traumas abdominales puede provocar *abrupta placentae* el cual, según el tiempo de gestación, podría llevar a la pérdida del embarazo—; la precipitación del parto o el nacimiento de un bebé de bajo peso.¹²

Otras consecuencias posibles de los traumas abdominales incluyen fracturas fetales, la ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto. Es importante considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo producen lesiones físicas; impactan, además, la salud mental de las mujeres. Esto afecta también a las embarazadas, quienes terminan padeciendo diferentes malestares emocionales como depresión, fatiga, apatía, insomnio y tristeza.¹²

A finales de los 50 y principio de la década del 60, se divulgó la importancia de los programas de planificación familiar, pero con un enfoque muy dirigido a la anticoncepción tratando de interrumpir el proceso del embarazo al actuar sobre el óvulo, el espermatozoide, la unión de ambos o sobre la implantación. Hoy se conoce que más del 10% de los nacimientos que se registran a nivel mundial se produce en mujeres adolescentes. Se sabe que el 15% de los niños que nacen en Latinoamérica cada año tiene como madre una adolescente, en el Caribe sucede con el 25% de los nacidos, en Jamaica se estima que el 39% de las mujeres menores de 20 años tiene al menos un hijo, en Puerto Rico el 19,7% de las mujeres que paren cada año son adolescentes y en Cuba la cifra alcanza el 17%. La consulta Infanto-Juvenil se estableció en Cuba en la década del 70 y fue ganando gran interés la salud sexual y reproductiva del adolescente, diferentes estudios permitieron estimar que sólo uno de cada diez adolescente sexualmente activo utiliza un método de anticoncepción, pues consideran que el riesgo que corren es poco y esta falsa apreciación es en gran medida la responsable de la alta incidencia de embarazo no planificado en esta etapa.¹³

Aunque la pobreza es un fenómeno causado por múltiples factores, un sinnúmero de hechos estilizados y estudios empíricos han documentado la existencia del vínculo entre la demografía la calidad de vida de los individuos. A nivel macro, las condiciones de pobreza y la demografía pueden relacionarse a través del crecimiento económico y la distribución del ingreso. La participación laboral y el tamaño y el tipo de estructura familiar que conforman un grupo de individuos. Parte de la discusión sobre el vínculo entre demografía y pobreza se centra en la causalidad entre ambos fenómenos. ¿Es la pobreza la que causa resultados demográficos negativos? ó ¿Son los resultados demográficos negativos los que causan pobreza? Por un lado, la pobreza puede restringir el acceso al sistema educativo, limitar el uso de los métodos de planificación familiar y acelerar el inicio de las relaciones sexuales, determinantes próximos de la fecundidad adolescente.¹⁴

Por otra parte, la maternidad temprana puede ocasionar deserción escolar, des acumulación de capital humano y restricciones a la participación laboral, hechos que causan pobreza. Dicho de otra forma, la realización de estos fenómenos puede traducirse en un círculo vicioso que genera trampas de pobreza.¹⁴

En todos los países, las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor proporción de embarazo precoz. Sin embargo, el diferencial por zona es más marcado en unos países que en otros. Así, Perú que tiene la menor proporción de adolescentes madres o embarazadas y que muestra una tendencia más o menos constante en este indicador, tiene el mayor diferencial a lo largo del tiempo. La fecundidad adolescente es baja, pero las inequidades en contra de las zonas rurales son muy altas: la fecundidad adolescente rural (20,3%) es más del doble que urbana (9%). Por el contrario, países con mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas, y en los cuales esta proporción ha estado aumentando, como República Dominicana y Colombia, el diferencial es menor.¹⁴

La fecundidad adolescente es alta pero las inequidades en contra de las zonas rurales son menores: la fecundidad adolescente rural (26,9%) es 1,5 veces superior a la urbana (18,5%). En los países considerados, los diferenciales de la fecundidad adolescente por nivel educativo y por quintil de riqueza son mucho más pronunciados que el de zona de residencia. La proporción de adolescentes madres o embarazadas es mucho mayor en aquellas sin educación o con nivel primaria, que en las que tienen nivel secundario o más. Es mayor entre las más pobres que entre las más ricas.

Aunque en la mayoría de los países, los diferenciales por educación y por quintil de riqueza han disminuido en los últimos años, en los años del 2000, la proporción de adolescentes madres o embarazadas es por lo menos 3 veces mayor entre las más pobres o no educadas que entre las adolescentes más ricas o con educación superior. Los diferenciales por riqueza son muy altos en el caso de Perú, país de menor nivel de fecundidad adolescente. Allí, el 29% de las adolescentes pobres madres o están embarazadas, mientras que este porcentaje es de solo 4% entre las adolescentes más ricas.¹⁵

En general, los diferenciales por zona de residencia, educación y nivel de riqueza son más pronunciados cuando los niveles de fecundidad adolescente son menores. No hay consenso en la literatura si el embarazo precoz es causa o consecuencia de la deserción escolar y de la baja acumulación de capital humano, y por ende de la pobreza. Algunos estudios recientes coinciden en afirmar que las peores condiciones sociales observadas en las madres adolescentes, como menor nivel educativo y pobreza, preceden y no son el resultado de la maternidad temprana. Así, una parte significativa del embarazo precoz se debe a las condiciones anteriores de las jóvenes madres, como el fracaso escolar, problemas de comportamiento disfuncionalidad familiar y la pobreza.¹⁵

En Colombia, Flórez y Soto en el año 2007, muestran, con información longitudinal, que en el estrato bajo la deserción escolar (y la pobreza) es, en la mayoría de los casos, condición previa al y no consecuencia del embarazo adolescente. Sin embargo, una proporción importante de embarazos en las adolescentes pobres una cuarta parte ocurre simultáneamente con la deserción, y en la mayoría de los casos trunca la trayectoria educativa, obstaculizando la movilidad social y reforzando el círculo vicioso de la pobreza.¹⁵ Aún en el caso de que la deserción escolar y la pobreza ante cedan al embarazo, esta condición limita aún más el surgimiento social y económico de la adolescente. El embarazo en la adolescencia implica un obstáculo importante para el logro de las tareas propias de esta de desarrollo y para el desempeño futuro, entre las cuales está el truncamiento de la adquisición de educación como capital humano, empleos menos estables, un desempeño pobre en el mercado laboral y unas pérdidas de ingresos futuros. La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe. Estas condiciones obstaculizan la movilidad social y arraigan la pobreza de las adolescentes de bajos niveles de ingreso.¹⁵

Los cambios sociales de las últimas décadas derivados de variaciones en la dinámica y composición Una de la estructura demográfica de la población en que hay, en números

absolutos, mayor cantidad de adolescentes y de personas de la tercera edad; crisis económica Únicas recurrentes a las que se suman problemas de pobreza agravados por el incremento en el uso de drogas, y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individuales, familiar social en que interviene el abuso de sustancias.¹⁶

Al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media, ahora se han sumado las mujeres y los adolescentes que copian los modelos adultos asociados con frecuencia al consumo y la embriaguez. Aunque ha habido un cambio en la percepción social del tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, los adolescentes, principalmente mujeres, lo consumen cada vez más.¹⁶

Asimismo, al tradicional problema del uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se agrega ahora un consumo cada vez mayor de cocaína, que ha llegado incluso a los niños y a los sectores pobres de la población; en los adultos, este consumo se ha incrementado por vía intravenosa.¹⁶

Por otra parte, se ha detectado un brote epidémico de consumo de heroína en algunas regiones de la frontera norte y también han aparecido nuevas drogas como las meta-anfetaminas. En el artículo se describe el panorama del uso de drogas, sus tendencias partir de 1970 y el pronóstico, a la luz de las condiciones que prevalecen en México. Se discute la relación entre el uso de droga y la conducta sexual de riesgo y la conducta delictiva, se describe su asociación con los accidentes y con diferentes formas de violencia incluyendo la violencia intrafamiliar y el suicidio. Se hace por último una revisión de los principales determinantes macro sociales del problema (globalización, desarrollo económico y desigualdades sociales, migración, cambios en los roles de género y en la composición familiar) y su relación con el consumo desustancias, y se concluye con los retos para el futuro y las necesidades de investigación.¹⁶

Los investigadores que han analizado la relación entre salud sexual y reproductiva y manejo de fuentes de información han encontrado que en el caso del material impreso (folletos divulgativos, trípticos, afiches, etiquetas de productos farmacéuticos, etc.), las competencias lectoras tienen relación con la participación o no en conductas sexuales de alto riesgo En ese sentido, las personas con mejor desempeño lector entenderán mejor la información presentada en los materiales impresos, mientras que las que muestran un pobre desempeño

lector son más propensas a asumir conductas sexuales de alto riesgo y, en el caso de las adolescentes, a terminar con un embarazo no deseado.¹⁷

Si a esto le sumamos los resultados de las pruebas de comprensión de lectura, realizadas por el Ministerio de Educación en los años 2001 y 2004 con una muestra agregada de 37,000 estudiantes aproximadamente, las cuales revelan un desempeño deficiente en cuanto a habilidades para el manejo y uso de la información, en el futuro tendremos un número considerable de adolescentes que terminarán embarazadas sin haberlo deseado. Wiese en 1997, señala que diversos estudios han identificado la relación entre deficientes habilidades lectoras y un pobre cuidado de la salud, especialmente en los países en desarrollo donde la mejora en el nivel de alfabetización de las personas está correlacionada con una mejor salud, e incluso mejores niveles de educación y empleo.¹⁷

En ese sentido, ambos autores están de acuerdo en que mejorar las competencias lectoras es una forma de mejorar la salud. En el año 2000, Matsony Haglund encuestaron a 102 mujeres estadounidenses, afroamericanas y de origen latino, de 12 a 20 años, quienes respondieron preguntas sobre sus antecedentes académicos, conducta sexual y uso de sustancias psicoactivas; además, las participantes en el estudio completaron una prueba de comprensión lectora. El 38 % había consumido marihuana y el 86 % manifestó tener una alta tasa de actividad sexual, con una edad de inicio de $14,3 \pm 1,5$ años. La mitad de ellas había estado embarazada al menos una vez. De acuerdo con los resultados, las adolescentes que repitieron grados de estudio y aquellas con un alto nivel de ausentismo escolar obtuvieron un índice de atraso en comprensión lectora bastante alto (5,8 y 5,5 años de atraso respectivamente).¹⁷

Aquellas que habían tenido un embarazo previo mostraron un nivel de retraso similar. Los investigadores concluyeron que el pobre desempeño lector se asocia con conductas sexuales de alto riesgo. Los hallazgos de Matson y Haglund son importantes porque estudios realizados en la región han encontrado que los adolescentes tienen pocos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, Castillo-Serrano y su equipo de colaboradoras en el 2006, seleccionaron una muestra de 194 adolescentes de dos escuelas de bachillerato del estado de Veracruz, en México, con el fin de determinar el conocimiento que ellos tenían sobre las medidas preventivas y los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del embarazo y aborto. Según sus resultados, 32 % de los adolescentes tenían un conocimiento bajo de temas de salud sexual y reproductiva, mientras que 12 % manifestó tener conocimientos muy bajos.²²

En el Perú, Jesús Chirinos y col. en 1996, estudiaron la opinión de 935 mujeres de 12 a 19 años, estudiantes de cuatro colegios mixtos de la ciudad de Lima, con el propósito de identificar sus conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y las prácticas sexuales, medidas por medio de 20 preguntas básicas.¹⁷ El 90 % de las participantes había tenido su primer coito con un enamorado, familiar o amigo, mientras que el 10 % lo tuvo con una pareja casual. La edad de inicio de relaciones sexuales fue $13,7 \pm 2,4$ años. De acuerdo con sus hallazgos, el nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción era limitado: 32,7 % manifestó saber poco o nada sobre ambos temas. En relación con el número de respuestas correctas frente a las preguntas básicas, el puntaje promedio fue $9,9 \pm 3,4,8$. Como hemos observado, los conocimientos que la población adolescente tiene sobre temas de salud sexual y reproductiva son limitados. En cuanto a las fuentes no impresas, la relación entre las prácticas sexuales de los adolescentes y el consumo de radio y televisión aún no se ha tratado en la literatura académica nacional. En el Perú no se han publicado estudios que analicen la relación entre salud sexual y reproductiva y manejo de fuentes de información, aunque existe un trabajo sobre factores sociales y demográficos que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes.¹⁷

Los hogares disfuncionales se convierten en una de las principales causas de embarazos precoces, siendo el divorcio un elemento que ocupa un papel muy importante debido a que los niños y niñas crecen al cuidado de terceras personas, lo que implica una total desconfianza hacia los padres, generándose así una baja total de autoestima que con el tiempo conlleva a la búsqueda de afecto en una pareja; Este tipo de relaciones se convierten en nocivas debido a que se manifiesta un aferramiento enfermizo, situación que lleva a la práctica de relaciones sexuales para retener a la pareja existiendo así una altísima probabilidad de un embarazo no deseado. Los datos del INEC indican que, a partir del año 2002, 10,987 disoluciones, hasta el 2012, 21,466, ha existido un incremento del 95.38 % de la tasa de divorcios.¹⁸

Los embarazos a temprana edad es otro de los casos donde se puede dar la desintegración familiar fácilmente. Ya que entendemos por desintegración familiar al quebrantamiento de la unidad familiar y a la insatisfacción de las necesidades primarias que sus integrantes la requieren, los factores más comunes y que contribuyen esta la falta de empleo la misma que afecta el factor económico, la falta de amor entre la pareja o cualquiera de sus integrantes, por vicios, en lo cultural por la falta de educación y buenos modales.¹⁷

Otros estudios con enfoque social buscan ampliar la visión y establecer la vinculación entre el Embarazo Adolescente y el contexto social, las formaciones culturales, los programas de educación sexual y el impacto de los métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales. En este marco, la labor de las Organizaciones Civiles ha sido fundamental para impulsar los programas de formación a capacitadores y educadores en el ámbito de la salud sexual. El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven y las grandes diferencias regionales y geográficas.¹⁹

En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales. La relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y la condición económica. El proceso es complejo, la carencia de recursos económicos dificulta sostener la educación de los hijos a la que se aúna la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables, pero no indispensables para cumplir con una misión maternal.²⁰

Muchas veces la actitud de los docentes y la censura social llevan a negar el problema y dejan en la desprotección a las madres adolescentes sabe que las madres más pobres y con menos escolaridad, no sólo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados sino sus posibilidades de mejorar a través de matrimonio son muy limitadas. Las adolescentes embarazadas se unen a hombres que no aportan lo suficiente económicamente para mantener a la familia y sus relaciones son inestables. Algunas de las mujeres después de que nace su hijo, se integran a las familias de origen en lo que representa una mayor carga para el grupo familiar. Ser madres tan jóvenes por paradójico que parezca, les brinda otro estatus a partir del cual son reconocidas socialmente, independientemente que la familia opine acerca de su vida sexual; sin duda la responsabilidad de tener un hijo les otorga cierto privilegio como el valor de ser madre.²¹

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma.²²

Desde el punto de vista psicológico: La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo

en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.²³

El embarazo adolescente se ha vinculado a múltiples determinantes sociales (bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de SSR), políticos (insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, falta de políticas públicas de SSR para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes), individuales (inicio cada vez más temprano del ejercicio de la actividad sexual y bajas tasas de planificación familiar) y de los medios de comunicación (“erotización” de los medios de comunicación).²⁴

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana de embarazo en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.²³

A nivel mundial para el año 2013, en el mundo la población que representa a los jóvenes de 10-19 años es de un 25%, según USAID se espera que para el año 2050, aumente un 20% su representatividad el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el reporte

de “Estado de Población del año 2013” señala que hay unas 580 millones de niñas adolescentes en el mundo y que cuatro de cada cinco viven en países en desarrollo, se considera que si se invierte en ellas, se desatará un futuro prometedor, sin embargo, al escudriñar las cifras se encuentran marcadas diferencias que alarman la situación del adolescente para el caso la mayoría de los partos de adolescentes en el mundo un 95% de ellos ocurre en estos países en desarrollo, pero también señala que Estados Unidos es uno de los países que encabeza la lista con el porcentaje más alto de estos partos adolescentes.²⁵

La Revista de Pediatría de Atención Primaria y la Prevención del Embarazo Adolescente en el año 2013 de España, menciona que “los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que, tras el ascenso experimentado entre los años 1996 y 2008, la tasa fue disminuyendo ligeramente hasta llegar, en el año 2010, a cifras de 2.5/1000 a los 15 años y 20.7/1000 a los 19 años. La tasa de fecundidad de las adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados, pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado”.²⁵

El boletín de la OMS del 2009, menciona que la situación del Reino Unido es preocupante en el tema de embarazo adolescente: "En el Reino Unido preocupa en particular. Porque tiene la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental". Hoy en día esa tasa es de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales del año 2009. En el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular, se supone que esto cambiará después de que el Gobierno anunciara a finales de abril sus planes de hacer obligatoria la educación sobre el sexo y las relaciones en la enseñanza primaria y secundaria a partir de año 2011.²⁵

En el 2013, el reporte de la USAID Population Reference Bureau “Los Jóvenes en el Mundo” señala los siguientes datos: Hablando de los nacimientos de niños en adolescentes de 15-19 años se presentan datos de países europeos sobre las tasas de fertilidad y se encontró que los más bajos porcentajes se encuentran, Suiza con 4 nacimientos x cada 1000 mujeres de 15-19 años, Dinamarca con 5, Suecia con 4, Alemania, Suecia y Italia con 4, Finlandia con 9, España 10 y Bélgica 11 nacimientos en el año 2013. Entre los países con altas tasas de natalidad se encuentra Reino Unidos con 30 nacimientos cada 1000 mujeres de 15-19 años, Bulgaria 36, Moldavia con 29, Ucrania 26 y Rusia 23 nacimientos en el año 2013.

Aun así Europa presenta tasas bajas de maternidad adolescente en comparación a los demás continentes como es el caso de África, donde las tasas son las más altas del mundo. Los países con las tasas más altas del continente africano son Níger donde se dieron 192 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad de 15-19 años le sigue, Congo 168, Angola 146, Chad 136, Zambia 138 y Camerún 114 todos datos del año 2013.²⁵ Entre los países con tasas de natalidad más bajas se encontró a Libia con 2 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años le siguen Túnez con 4, Argelia 6, Botswana 43 y Sudáfrica 50 nacimientos en el año 2013. El continente asiático en el año 2013 registro países con tasas de natalidad. Altas como ser Afganistán con 98 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15- 19 años le siguen Bangladesh 67, India 73, Nepal 84 e Iraq 85 nacimientos. Los países con las más bajas tasas de natalidad están Corea del Norte con 1. Solo nacimiento por cada 1000 mujeres entre 15-19 años le siguen Japón 6, Singapur 7, Corea del Sur 6 y Malasia con 9 en el año 2013. Los países de Oceanía están entre los que presentan las tasas más altas, sobresale las Islas Salomón 64 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad de 15-19 años le siguen Guam 50, Polinesia Francesa con 48 y Fiji 43. Entre los países con las tasas de natalidad más bajas se encuentran Australia con 12, Micronesia y Tonga con 18 y Nueva Zelanda con 17 nacimientos en el año 2013. (Pág. 16).²⁵

Es por eso que, en 158 países, la edad legal para contraer matrimonio sin consentimiento de sus padres, es a partir de 18 años, las leyes de los países provocan una salida fácil para aumentar el problema social en estudio, sin dejar de mencionar que una adolescente se encuentra en la edad de 14 a 19 años según la OMS. Este pequeño inconveniente en los países en desarrollo es aquel que aumenta las cifras y convierte la situación en incontrolable, aun siendo legal la edad del matrimonio no así en Estados Unidos que puede variar la edad para el matrimonio por ejemplo en estados como Misisipí a los 17 años los varones pueden contraer matrimonio con mujeres de 15 años sin consentimiento de los padres, en Polonia a los 16 años solo con la autorización judicial es legal el matrimonio y así en varios países europeos.²⁵

En América Latina, la directora regional de UNICEF para América Latina y el Caribe Bernat Asean, menciona que “Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global. De hecho, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2100” (2014, Pág., 9). El embarazo adolescente es un problema que continúa aumentando y

apoderándose de la juventud especialmente en los países de América Latina. Según el informe final de UNICEF en el 2014, “Vivencias y Relatos sobre embarazos adolescentes” En la región, una tercera parte de los embarazos en adolescentes corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años en el año 2014.²⁵

A continuación, se observara algunos datos que se presentan en los diferentes países de Latinoamérica, donde la pobreza y la falta de educación enmarcan la presencia del embarazo adolescente en la región. El reporte de “Jóvenes en el mundo 2013”, de la Population Reference Bureau, resalta la tasa de fertilidad adolescente en las edades de 15-19 años en los países de América de Norte donde México es el país con el mayor porcentaje con 65 nacimientos por cada 1000 mujeres, Estados Unidos 26 y Canadá 11. En América del Sur los porcentajes los encabeza Venezuela registrando 87 nacimientos cada mil mujeres en el año 2013. Continúa en la lista los países de Ecuador con 80, Brasil 76, Bolivia 74, Colombia 68, Uruguay 59, Chile 56, Argentina 54 y Perú con 48 nacimientos en este grupo de edad. De igual forma los países de la región del Caribe de América se registran las tasas de fertilidad adolescentes del año 2013, República Dominicana es el país con los mayores porcentajes donde se registran 103 nacimientos cada mil mujeres después están los países de Jamaica 69, Santa Lucía 55, Puerto Rico 50, Cuba 44, Haití 41, Trinidad y Tobago 31, Bahamas 28 y Guadalupe 15.²⁵

El Ministerio de Salud de la República de Chile en el documento del mes de Julio del 2013 “Situación del embarazo adolescente en Chile” menciona que desde 2005 hasta el 2008, las cifras totales de embarazos en adolescentes a nivel país tuvieron un incremento anual de cerca de mil embarazos por año, siendo estos embarazos en su mayoría, de adolescentes de más de 15 años. Observándose para el trienio 2009- 2012 una disminución del 19%.²⁵ El Informe del UNFPA 2014, “Embarazos en Adolescentes”. Acceso a adolescentes embarazadas a servicios de salud pública y salud reproductiva, se señala a Bolivia unos de los países con mayor pobreza en América Latina según el Censo de 2012 revela que en Bolivia existen 37,741 madres adolescentes. En Bolivia la fecundidad en adolescentes se incrementó de 83 a 88 por mil esto hace que el país tenga una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes no solo de América Latina sino también del Caribe. Entre el 7 y 17% de los embarazos en adolescentes menores de 15 años se producen en contextos de violencia sexual. y la proporción de mujeres de 15 a 19 años, agredidas física o sexualmente, alcanza el 29%.²⁵

La revista Médica de Salud Pública en su artículo del año 2013, “El Embarazo Adolescente en el Perú: Situación actual e implicaciones para las políticas públicas”, describe la situación del embarazo adolescente mencionando que “En el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas.²⁵

La Dirección de Investigación y Análisis del Gobierno de México en el informe “El Embarazo Adolescente” del año 2013 detalla que del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista. Y que de tales datos se observa que Durango es el Estado que cuenta con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes de los 15 a los 19 años de edad con 79.56% y por el contrario la tasa de incidencia más baja la tiene el Distrito Federal con 36.39%. De igual forma se menciona en este comentario de la Dra. Menkes & Lic. Serrano “No hay duda que el embarazo adolescente en México ocurre en los hogares más pobres y en aquellos que cuentan con menores alternativas de desarrollo personal “. ²⁵

En Centroamérica que incluye Honduras el informe final “Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente “menciona que en la región centroamericana, 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%), Honduras (26%). El reporte de “Jóvenes en el mundo 2013”, de la Population Reference Bureau, establece la lista de países en la región de Centroamérica de las tasas de natalidad en adolescentes donde encabeza la lista Nicaragua con 104 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años, seguida de Guatemala de 102, Honduras 85, Panamá 75, Belice 70 y Costa Rica con 62 nacimientos. ²⁵ En Nicaragua en el año 2010, cerca de un cuarto de los nacimientos son de madres adolescentes, tomado de otras dimensiones del embarazo adolescente en Nicaragua para el año 2014. También se señala en este artículo, que, en el año 2011, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL) reportó 34,501 nacimientos de madres adolescentes en edades de 15 a 19 años. Del total de nacimientos registrados ese año, 1 de cada cuatro (25%) eran adolescentes entre 15 y 19 años.²⁵

El informe de “Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador 2014” menciona que Según el MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador), en el año 2011. El Salvador presentó la tasa más alta de embarazo adolescente en Centroamérica. Adicionalmente, se reporta que el 11% de las muertes maternas se dio en mujeres adolescentes. Durante la epidemia de

influenza AH1N1, la mayor parte de las muertes fueron de adolescentes embarazadas y la mayor parte de los niños que murieron por la epidemia eran también hijos de madres adolescentes. Asimismo, el embarazo adolescente es un factor relevante asociado al aumento de suicidios en este grupo poblacional ²⁵

En las zonas rurales de Costa Rica la adolescente con hijos es del 10.8% y en las residentes en la zona urbana 8.4%, respecto al nivel educativo las adolescentes con primaria incompleta o menos el 11.4% ha tenido un hijo, mientras adolescentes con educación primaria completa, la cifra es de 8.8%, las adolescentes extranjeras que viven en el país representan el 19.5% de adolescentes con un hijo. “En Panamá en el año 2012, la tasa de embarazo aumenta mucho con la edad de la mujer, pues pasa de 3.6% a los 15 años a casi el doble a los 16, a 28% a los 18 y a 45% a los 19 años de edad. Esto sucede principalmente en zonas indígenas y rurales, donde la fecundidad es más alta y los embarazos se dan a edades más tempranas, lo cual implica menos oportunidades de desarrollo para las madres y sus hijos. La proporción de adolescentes de 15 a 19 años que han tenido algún embarazo varía mucho entre provincias²⁵

El reporte del año 2013 de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH), propone como metas a cumplir para el año 2017, incrementar las atenciones de los adolescentes a los servicios de salud, reducir la tasa de embarazo en adolescente de 22% a 15.8 %, disminuir la demanda insatisfecha en anticoncepción (adolescentes de 15 – 19 años) y disminuir en un 10% la mortalidad materna en adolescentes.²⁵

La Revista Médica de Honduras del año 2011, presenta la investigación “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescente en comunidades urbano marginales de Comayagüela”, donde se determinan algunas condiciones sociales y económicas que afectan a las adolescentes, al referirse que, diversos estudios han determinado que la baja escolaridad es un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia, sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Estado por proveer educación primaria universal es evidente que incluso a nivel de las grandes ciudades como Tegucigalpa, existen conglomerados de jóvenes que no lograron completar la educación primaria y por lo tanto se convierte en un reto para los planificadores crear estrategias que reduzcan la tasa de deserción e incrementen la permanencia en las aulas de clase. ²⁵

También lo señala la Dra. Raquel Gómez directora de la clínica adolescente del Hospital Escuela en Honduras señalando: .la ignorancia, va de la mano de la pobreza en el que se encuentran las familias de las pacientes son de extractos rurales, aunque no se descarta casos de familias adineradas en el país.²⁵

VI. HIPÓTESIS

Ho. No existe asociación entre los factores socio demográfico con el embarazo en adolescente

Ha Si existe asociación entre los factores socio demográfico con el embarazo en adolescente

Ho. No existe diferencia entre los factores socioculturales con el embarazo en adolescente

Ha Si existe una verdadera diferencia entre los factores socioculturales con el embarazo en adolescente

Ho. Los antecedentes ginecoobstetricos de la madre y de la adolescente no se relacionan con el embarazo en adolescente.

Ha Existe relación entre los antecedentes ginecoobstetricos de la madre y de la adolescente y el embarazo en adolescente.

Ho. No existe asociación entre la relación del entorno familiar y el embarazo en adolescente.

Ha Si existe una verdadera asociación entre el entorno familiar y el embarazo en adolescente.

VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Caracterizar factores socio demográfico de la población en estudio

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES			ESCALA DE MEDICIÓN
		Dependiente o Independiente	Cuantitativa o cualitativa	Nominal Ordinal Discreta continua	Nominal Ordinal Intervalo Razón
Embarazo en adolescente	se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente Periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado	Dependiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Si No
Edad	Tiempo crono lógico desde su nacimiento	Independiente	Cuantitativo	Nominal	Ordinal # 10 – 14 15-19 años
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Católica Evangélica Otras Ninguna
Procedencia	Origen principio, de donde nació colonia, barrio donde vive	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Urbano Rural
Ingreso	Valor económico que	Independiente	Cualitativo	nominal	nominal

económico	sirve inicialmente para cuantificar el poder adquisitivo				< salario mínimo >salario mínimo
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función en si tienen o no pareja y en situación legal	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Casada Unión libre Soltera
Ocupación	Acción de ocupar, oficio o trabajo para obtener el sustento.	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Oficios domésticos Trabaja fuera del hogar. Estudiante.
Años cursados	Periodo de tiempo que un niño o joven asiste para estudiar o aprender, nivel académico alcanzado	Independiente	cuantitativo	Ordinal	Discreto Primaria # de años. cursados Secundaria # de años Universidad # de años Ninguno

2. Caracterizar las relaciones socio culturales de la población en estudio

Grado de aceptabilidad	Acción y efecto de aceptar aprobación y éxito de una persona	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Excelente Muy buena Buena No satisfactoria
Uso de drogas	Sustancia mineral, vegetal, animal/ sintética	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Si No
Motivo inicio relación sexual	Motivación para el inicio de relaciones sexuales	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Nominal Propio deseo Curiosidad Convenció Violación
Violencia intrafamiliar	Cualquier acto que inflige daño no accidental, usando fuerza física, emocional u objeto, que provoque lesiones	Independiente	Cualitativo	Nominal	Nominal Si No
Relación con sus amigos	Comunión entre una y mas persona	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal Si No
Relaciones interpersonales	Son asociaciones a largo plazo de dos o más personas	Independiente	Cualitativo	Nominal	Ordinal Excelente Buena Muy buena Mala

3. Determinar antecedentes gineco obstétricos de la madre y la adolescente de la población en estudio.

Numero pareja sexual	Conjunto de dos personas, compañera o compañero, matrimonio o novio	Independientes	Cuantitativa	Nominal	Discreta # 1 # 2 # 3 o mas
Inicio de actividad sexual	<i>Contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.</i>	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Discreta # 10 – 14 años 15 -- 19 años
Uso de Anticonceptivo	Son métodos para evitar que la mujer se embarace	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal Si - No
Menarquía	Día en el cual se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Discretas # 10 - 13 #14– 16 #17.19años
Infecciones de transmisión sexual	Infecciones de transmisión sexual, conjunto de afecciones clínicas que se dan durante la relación sexual	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal Si No
Salud sexual reproductiva	Es una constante a lo largo de todo el ciclo de vida	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal Si No

Edad de inicio actividad sexual	contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Discreta # 10 – 13 14 – 16 17 -19 años
---------------------------------	---	---------------	--------------	---------	--

4. Determinar relación del entorno familiar de la población en estudio.

Con quien Convive	Acción de convivir en común o interactuar ya sea con una o varias personas	Independiente	cualitativa	Nominal	Nominal Pareja Sola padres Familiares Solo madre Solo padre amistades
Relación con sus padres	Comunicación entre hijas y padres	Independiente	cualitativa	Nominal	Ordinal Excelente Muy buena Buena No satisfactoria
Madre se embarazo siendo adolescente	Estado fisiológico de la mujer producto de la concepción, implantación y desarrollo de un nuevo ser	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal Si No

VIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

X.1. Tipo de Estudio

Analítico, casos y controles. Temporalidad Transversal

X.2. Población y muestra

Todas aquellas adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que asistía a control prenatal en la clínica de atención adolescente en la consulta externa clínica del adolescente segundo piso del Hospital Escuela Universitario Enero a Septiembre 2017 realizando una comparación con un grupo de población Adolescentes no embarazadas de 10 a 19 años que recibieron atención en la clínica del adolescente en la misma institución en el segundo piso de la consulta externa a quienes se les proporcionó métodos anticonceptivos en el mismo periodo de tiempo para realizar la comparación 1 caso y 2 controles .

Tipo de muestreo: no probabilístico a conveniencia. Las adolescentes se tomaron cómo iban llegando hasta que se cumplió con la muestra.

Tamaño y cálculo de la muestra: el tamaño de la muestra Se realizó tomando en cuenta el universo o población conociendo el porcentaje de embarazos en Honduras que según datos de la ENDESA donde el 25% de embarazos se dan en las adolescentes, el número de adolescentes que asistieron el año pasado a control prenatal en dicha clínica por mes 150 al año 1800 adolescentes. Se considera como diferencia importante entre ambos grupos OR de 4 con un nivel de seguridad de 95% y un poder estadístico de 80% tenemos una exposición de los casos de un 57% y con los datos anteriores se calcula una muestra y se obtienen 42 casos y 42 controles que, por 1 caso, 2 controles.

Definición de caso: Adolescente (10-19 años) primigesta, con el diagnóstico de embarazo por el personal médico y que durante la gestación cumpliera con los siguientes criterios, en cualquier trimestre del embarazo, sin retraso mental o padecimiento psiquiátrico.

Definición de control: Adolescente (10 – 19 años), nulípara que no estuviera en estado de gestación que asiste para solicitar métodos anticonceptivos en la clínica de atención al adolescente consulta externa Hospital Escuela Universitario

Donde se estudió la existencia de asociación entre el embarazo en adolescentes y sus factores de riesgo.

Fórmula de tamaño de Muestra:

$$P1 = Wp2 / (1 - P2) + WP2$$

$$P1 = 4 \times 0.25 / (1 - 0.25) + 4 \times 0.25 = 1 / 0.75 + 1 = 0.57 = 57\%$$

$$N = [Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1) p (1 - p)} + Z_{1 - \beta} \sqrt{C P1(1-P1) + P2(1-P2)}]^2$$

$$C (P2 - P1)^2$$

$$N = [1.96 \sqrt{(2 + 1) \times 0.485 (1 - 0.485)} + 0.84 \sqrt{2 \times 0.57 \times (1 - 0.57)} + 0.4 \times (1 - 0.4)]^2$$
$$2 \times (0.57 - 0.4)^2$$

$$n = 42$$

X.3. Área geográfica ámbito de la investigación

Se tomaron las adolescentes embarazadas de cualquier parte del país que asistieron al Hospital Escuela Universitario.

X.4.1 Criterios de Inclusión

Todas las Embarazadas Adolescentes entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal, primigesta en la clínica de atención a la adolescente consulta externa Hospital Escuela Universitario.

X.4.2. Criterios de Exclusión

Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que no desearon participar en el estudio, que tuvieran discapacidad para comunicarse (problema de lenguaje) y presentaran problemas mentales.

X.5. Procedimientos

Se utilizó como fuente primaria de datos a toda adolescente embarazada que asistía a su control prenatal acompañada por su pareja o familiar, Se realizó en el período comprendido Enero a Septiembre 2017 previamente autorizado por la Junta de Dirección Hospital Escuela universitario y el comité de Ética del Instituto Hondureño de Seguridad Social, una vez definidas las variables a estudiar se procede, utilizando un instrumento con el fin de obtener la información específica de la muestra que se consideró en la investigación, el llenado del instrumento fue personalizado el cual fue realizado por la investigadora y licenciadas en Enfermería previa explicación verbal al familiar y a la adolescente sobre el

objetivo del estudio con dicho instrumento se recabo la información proporcionada por cada una de las adolescentes que participaron en el estudio previo autorización por el familiar a través de firma de consentimiento y asentimiento firmado por la adolescente. Las preguntas fueron abiertas y cerradas donde se obtuvo información sobre los factores asociados al embarazo de las entrevistadas ,el instrumento se estructuro en tres partes: datos socio demográficos, antecedentes ginecoobstetricos, datos entorno y relaciones familiares, se inició realizándose una prueba piloto con 10 adolescentes en la clínica del adolescente Hospital Escuela Universitario la principal fuente de datos que se utilizó en todo el proceso de la investigación fueron los datos obtenidos durante la entrevista a las adolescentes quedando la población constituida por adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años . La muestra la conforman 150 adolescentes que están distribuidas en 50 (casos) embarazadas adolescentes, y 100 controles adolescentes no embarazadas lo que representa el 100 % de la población.

X.6. Recursos humanos y materiales

La clínica del adolescente constan de tres cubículos y una sala de espera, las entrevistas a las adolescentes para el llenado del instrumento fueron realizadas por la investigadora y dos licenciadas en Enfermería a quienes se les brindo la capacitación previamente sobre el llenado del instrumento, resto de actividades realizadas por la investigadora.

Materiales: computadora, impresora, lápices, papel, tablero.

X.7. Consideraciones Éticas y consentimiento informado.

Se realizo la elaboración de un consentimiento informado para el familiar de la adolescente y el asentimiento informado para las adolescentes los cuales fueron aprobados por el comité de Ética del Instituto Hondureño Seguridad Social.

La protección de los derechos de los sujetos fueron protegidos manteniéndose la confidencialidad de la información obtenida por la entrevistada y el respeto a cada participante a la toma de decisión de su participación.

X.8. Procesamiento de datos

Se estimó una muestra de 50 casos y 100 controles para el registro de la información se realizó la elaboración de una base de datos Microsoft en el programa de Excel para poder hacer limpieza de los datos. La cual fue analizada posteriormente en el programa estadístico

EPI INFO 7.2 actualizado (CDC, Atlanta) se tabularon cada una de las preguntas del instrumento y se fueron vaciando diariamente cuidando siempre la calidad de los datos.

X.9. Plan de análisis de datos

Análisis Bivariado Primeramente se aplicaron frecuencias, medidas de tendencia central, y posteriormente en el análisis bivariado se aplicaron pruebas estadísticas chi cuadrado para explorar las medidas de asociación para las variables cualitativas: IC95%, OR, valor de p y se tuvo en cuenta la significancia estadística con el valor de P menor de 0.05 y variables cuantitativas t de student.

IX. RESULTADOS

Según la metodología de este trabajo de investigación a un total de 150 adolescentes estudiadas de las cuales 50 estaban embarazadas tomadas como casos y 100 no embarazadas como controles atendidas en la clínica del adolescente, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras Enero – septiembre año 2017 y se encontraron los siguientes resultados.

Cuadro No.1. Relación entre edad, años de escolaridad, antecedentes ginecoobstetricos y embarazo en la adolescencia. Hospital Escuela Universitario. Año 2017.

Variables	Casos (n=50)		Controles (n=100)		Valor p*
	Media	Desviación Estándar.	Media	Desviación Estándar.	
Edad en años	16.50	1.55	16.83	3.05	0.50
Menarquía	12.52	1.44	11.67	1.31	0.0004
Años escolares cursados	3.09	1.71	4.16	2.30	0.02
Edad de la primera relación sexual	15.20	1.39	13.88	1.69	0.0000
No. de parejas sexuales que ha tenido	1.20	0.45	1.48	0.55	0.002

La edad promedio de los casos fue de 16.5 años con 1.55 a una desviación estándar y los controles con una media de 16.83 años con 3.05 a una desviación estándar, la mediana fue de 16 años para ambos grupos y una moda de 16 años y el valor de p fue de 0.50 por lo que no hay diferencias estadísticamente significativas y con una distribución normal. En los casos el 50.0% se encontraban entre las edades de 13 a 16 años (entre adolescencia temprana y media). En cuanto a la menarquía fue a menor edad en los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.0004$), en cuanto a los años escolares cursados la media fue mayor en los controles que en los casos y las diferencias fueron estadísticamente significativas (0.02). Las adolescentes embarazadas llegaban a un máximo de 6 años de escolaridad.

Se observó que hubo diferencia entre los casos y controles en la edad de la primera relación sexual, 15.2 años para los casos contra 13.88 años para los controles con un valor de $P=0.0000$ y en la variable número de parejas sexuales que habían tenido se encontró 1.2 parejas para los casos y 1.48 parejas para los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas, $p=0.002$. (Ver cuadro No. 1)

Cuadro No. 2. Características socio demográficas. Embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Universitario. Año 2017

Variables.	Casos n= 50		Controles n= 100		OR	IC 95%	Valor P	Test de Fisher
	No.	%	No.	%				
Procedencia								
Rural	14	28.0	1	1.0				0.000001
Urbana	36	72.0	99	99.0				
Estado civil								
Con pareja	36	72.2	29	29.00	6.2	2.96-13.37	0.000001	
Sin pareja	14	29.8	71	71.0				
Religión								
Católica + Evangélica	34	68.0	83	83.0	2.29	1.04-5.07	0.05	
Ninguna	16	32.0	17	17.0	1.0			
Actualmente estudia								
Si	14	28.0	64	64.0	4.57	2.18-9.58	0.00007	
No	36	72.0	36	36.0				
Empleo								
Empleada	7	14.0	92	92.0	70.0	24.1-207.4	0.000000	
Desempleada	43	86.0	8	8.0				

En cuanto a las variables socio demográficas se observó que del total de las embarazadas adolescentes estudiadas o casos 14 (28.0%) procedían de un área rural y 36 (72.0%) del área urbana en comparación con los controles que una (1.0%) pertenecían al área rural y 99(99.0%), dando un valor de p igual a 0.000001 (según Test de Fisher), por lo que se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas.

En relación al estado civil se encontró que del total de las embarazadas adolescentes 33 (72.2%) tenían pareja en comparación a de los controles 29 (29.0%), se encontró también que 14 (29.8%) de los casos no tenían pareja en comparación a 71 (71.0%) de los controles, se realizaron las diferentes pruebas estadísticas encontrándose un OR=6.2 con un IC95%=2.96-13.37 y una p con un valor de 0.000001, por lo que hubo diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos y la probabilidad de 6.2 veces más de tener pareja si hay un embarazo en la adolescencia.

Con respecto a la religión se observó que 34 (68.0%) de los casos afirmaron ser católicas o evangélicas y 83 (83.0%) de los controles, y el 32.0% de los casos y 17% de los controles no profesaban alguna religión y las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.05$). En relación a la deserción escolar se encontró que del total de los casos 14 (28.0%) estudiaban al momento de la entrevista, en comparación a 64 (64.0%) de los controles, se observó también que del total de los casos, $n=36$ (72.0%) no estudiaban al momento de la entrevista en comparación a 36 (36.0%) de los controles, se realizaron las diferentes pruebas estadísticas encontrándose un $OR=4.57$ con un $IC95\%=2.18-9.58$ y una p con un valor de 0.00007, encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, se tienen casi cinco probabilidades más de no estudiar si se tiene un embarazo en la adolescencia en comparación a las adolescentes que no están embarazadas.

En cuanto al empleo se observó que del total de los casos 7 (14.0%) se encontraban empleadas y 92 (92.0%) de los controles, así mismo se observó que del total de los casos, 43 (86.0%) estaban desempleadas y 8 (8.0%) de los controles, por lo que hubo diferencias estadísticamente significativas, un $OR=70.0$ ($IC95\%:24.1-207.4$) una $p=0.00000$. Existen setenta veces más probabilidades de encontrarse desempleada si se está embarazada en la adolescencia en comparación a adolescentes que no lo estaban. (Ver cuadro No.2)

Cuadro No.3 Factores asociados a las relaciones de convivencia y embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Universitario. Año 2017

Variables	Caso n= 50		Controles n= 100		OR	IC 95%	p	Test de Fisher
	No.	%	No.	%				
Violencia familiar								
Si	1	2.0	52	52.0				0.0000
No	49	98.0	48	48.0				0
Persona con la que convive								
Pareja	27	54.0	16	16.0	7.21	3.26-15.93	0.00000	
Padres o Familiares	23	46.0	84	84.0				
Mantiene contacto con los amigos								
Si	37	74.0	51	51.0	2.67	1.27-5,64	0.01	
No	13	26.0	49	49.0				
Tipo de relaciones interpersonales								
Excelente	20	40.0	24	24.0	2.69	1.13-6.36	0.03	
Muy buena	17	34.0	34	34.0	1.61	0.68-3.78	0.37	
Buena	13	26.0	42	42.0	1.0			
Tipo de relación con los padres								
Excelente	24	48.0	18	18.0	4.20	1.97-8.93	0.0002	
No excelente	26	52.0	82	82.0				

En cuanto a la asociación entre las relaciones de convivencia y embarazo en adolescentes se encontraron los siguientes resultados. Respecto a la presencia de violencia familiar se encontró que del total de los casos, uno (2.0%) afirmó la presencia de esta, en comparación a 52 (28.0%) de los controles. 49 (98.0%) de los casos negó la presencia de violencia

intrafamiliar en comparación a 48 (48.0%) de los controles, observándose diferencias estadísticamente significativas con un valor de p de 0.0000 (Test de Fisher).

En cuanto a la persona con la que conviven, se encontró que del total de casos 27 (54.0%) vivían con la pareja en comparación a 16 (16.0%) de los controles, se observó que 23 (46.0%) de los casos conviven con los padres o familiares, en comparación a 84 (84.0%) de los controles, se realizaron pruebas estadísticas, encontrándose un OR=7.21 con un IC 95%= 3.26-15.93 y un valor de p=0.00000, por lo que los casos tenían 7.21 más probabilidades de convivir con su pareja que con sus familiares que adolescentes que utilizan algún método de anticoncepción.

Respecto a mantener contacto con los amigos, 37 (74.0%) de los casos refirió tenerlo, en comparación a 51 (51.0%) de los controles, así también, 13 (26.0%) de los casos afirmó no tenerlo, en comparación a 49 (49.0%) de los controles, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Respecto al tipo de relaciones interpersonales, se encontró que 20 (40.0%) de los casos refirieron relaciones “excelentes” en comparación a 24 (24.0%) de los controles, se compararon con aquellas que afirmaron tener “buenas relaciones”, las cuales eran 13 (26.0%) de los casos y 42 (42.0%) de los controles, realizándose pruebas estadísticas encontrándose un OR=2.69 con un IC 95%=1.13-6.36 y p=0.03, las diferencias fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos, de igual manera, se compararon aquellas adolescentes que reportaron “muy buenas” relaciones interpersonales, las cuales fueron 17 (34.0%) de los casos en comparación a 34 (34.0%) de los controles, con aquellas adolescentes embarazadas o casos que reportaron “buenas” relaciones interpersonales, 13 (26.0%) de los casos en comparación a 42 (42.0%) de los controles y las pruebas estadísticas realizadas mostraron un OR=1.61 con un IC 95%=.68-3.78 y p=0.37, valores que no demuestran una significancia estadística.

En cuanto a la calidad de relaciones refirieron con sus padres, se observó que del total de los casos 24 (48.0%) afirmó una excelente relación con los padres, en comparación a 18 (18.0%) de los controles, no obstante, del total de los casos, 26 (52.0%) afirmó una relación no excelente con los padres, en comparación con 82 (82.0%) de los controles, se realizaron diferentes pruebas estadísticas, encontrándose un OR=4.20 con un IC 95%=1.97-8.93 y p=0.0002, existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. (Ver cuadro No.3)

Cuadro No. 4. Relación entre Antecedentes Ginecoobstetricos, Educación sexual y Embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Universitario 2017

Variables	Casos n=50		Controles n= 50		OR	IC 95%	Valor de p	Test de Fisher
	No.	%	No.	%				
Antecedentes de ITS								
Si	22	44.0	16	16.0	4.40	2.01-9.63	0.0003	
No	28	56.0	84	84.0				
Recibió educación sexual y reproductiva								
Si	34	68.0	57	57.0	1.60	0.79-3.27	0.21	
No	16	32.0	43	43.0				
Embarazo en la adolescencia de la madre								
Si	31	62.0	40	40.0	2.44	1.2-4.91	0.01	
No	19	38.0	60	60.0				
Razón de su primera relación sexual								
Curiosidad	16	32.00	44	44.0	2.0	0.96-4.15	0.09	
La pareja la convenció	2	4.0	12	12.0				0.6
Propio deseo	32	64.0	44	44.0	1.0			

En cuanto a la relación entre antecedentes ginecoobstetricos y embarazo adolescente se encontró lo siguiente: respecto al antecedente de ITS del total de los casos 22 (44.0%) dijo que si había tenido antecedente en comparación con 16 (16.0%) de los controles. Así también, 28 (56.0%) los casos dijo no tener este antecedente, en comparación con 35 (84.0%) de los controles, encontrándose un $OR=4.40$, con un $IC\ 95\%=2.01-9.63$ y $p=0.0003$, por lo que las diferencias fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos. Existe cuatro posibilidades más de padecer de una ITS si se es una embarazada adolescente a diferencia de que a las adolescentes no embarazadas que toman anticonceptivos. 34 (68.0%) de los casos afirmó haber recibido educación sexual y reproductiva en comparación con 57 (57.0%) de los controles. Y 16 (32.0%) de los casos refirieron no haber recibido dicha educación en comparación con 43 (43.0%) de los controles, encontrándose un $OR=1.60$ con un $IC\ 95\%=0.79-3.27$ y $p=0.21$, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones estudiadas.

31 (62.0%) de los casos refirieron que su madre había tenido al menos un embarazo en la adolescencia en comparación con 40 (40.0%) de los controles. Se encontró también que del total de las embarazadas, 19 (38.0%) de los casos negó este antecedente en la madre en comparación con 60 (60.0%) de los controles, se realizaron pruebas estadísticas encontrándose un $OR=2.44$ con un $IC\ 95\%=1.2-4.91$ y una $p=0.01$, por lo que las adolescentes cuyas madres tenían el antecedente de embarazo en la adolescencia tenían 2.44 probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia, en comparación con las adolescentes cuyas madres no tenían dicho antecedente y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.01$).

16 (32.0%) de los casos refirieron haber tenido su primera relación sexual por curiosidad, en comparación a 44 (44.0%) de los controles, se compararon estas adolescentes con aquellas que afirmaron que lo hicieron por propio deseo, las cuales fueron del total 32 (64.0%) de los casos en comparación a 11 (11.0%) de los controles, las pruebas estadísticas realizadas reportaron un $OR=2.0$ con un $IC\ 95\%=10.96-4.15$ y $p=0.09$, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se observó también que 2 (4.0%) de los casos refirieron haberlo hecho por que la pareja las convenció, en comparación a 12 (12.0%) de los controles, al compararlas con las adolescentes embarazadas que afirmaron haberlo hecho por propio deseo fueron 32 (64.0%) de los casos en comparación a 44 (44.0%) de los controles, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos.(Ver cuadro No. 4).

No se encontró relación entre el uso de droga y embarazo en adolescente.

X. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten identificar diferencias entre las embarazadas adolescentes y adolescentes nulíparas con vida sexual activa que hacen uso de anticonceptivos.

Uno de los hallazgos importantes de este estudio es que se encontró que la mitad de las adolescentes embarazadas se encontraban entre la edad de 13 a 16 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años, y que existen algunas razones médicas que pueden intervenir para evitar el embarazo en adolescentes, dentro de las que se mencionan el desarrollo incompleto del sistema óseo, el alcance completo de la masa mineral, así como la relativa inmadurez del canal del parto.¹⁵ También la OMS estima el riesgo de cuatro veces mayor de muerte materna en las adolescentes menores de 16 años con tasa de muerte neonatal del 50% respecto a las del grupo de 20 a 30 años.²⁶

También se encontraron diferencias en cuanto a la procedencia, era más frecuente que las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Universitario procedieran del área rural que los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas, además que tenían menos años de escolaridad cursado que los controles, múltiples estudios concuerdan en que la procedencia de área rural y los estratos socioeconómicos bajos aumentan el riesgo de embarazo en la adolescencia y aumenta el riesgo de morbimortalidad en cualquier período del embarazo y complicaciones en el parto en las adolescentes embarazadas.^{13,14}

En este estudio se encontró que sólo tres de cada diez adolescente embarazadas continuaban estudiando a diferencia de los controles que era mayor la proporción, seis de cada diez, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0.0000007 y en el grupo de adolescentes embarazadas ocho de cada 10 estaban desempleada a diferencia del grupo control que nueve de cada diez tenían empleo. Según investigaciones realizadas en otros países donde se encontró que las adolescentes embarazadas abandonan sus estudios al enterarse del embarazo lo que conlleva a falta de oportunidades laborales. Y por otro lado que la deserción escolar es un factor de riesgo para el embarazo adolescente según Lameiras Fernández.^{27,28} En relación al convivir con su

pareja fue más frecuente en este estudio en las embarazadas adolescentes que en el grupo control y las diferencias fueron estadísticamente significativas un valor de p de 0.00000.

En algunos estudios se menciona que la convivencia con la pareja o estar casado ha sido asociado con el embarazo, así con frecuencias los autores relacionan el deseo de tener un hijo en las parejas de adolescentes que viven en unión libre o son esposos.¹⁶

En un estudio en Chile en el que se describen factores socioeconómicos asociados con el embarazo en adolescente, se encontró que la mayoría tenían entre 16 y 19 años, 82% estaban casada o en unión libre, el 87% se desempeñaba como ama de casa o empleada y el resto era estudiante, se diferencia de este estudio la edad pero es muy parecido a lo encontrado en investigaciones en embarazadas adolescentes en México, donde todos coinciden en el bajo nivel socioeconómico como factor asociados a embarazo en adolescentes por lo que el bajo nivel socioeconómico y vivir en zonas de marginación se describen como factores asociados con el embarazo en adolescentes.^{29,30,31,32}

En cuanto a la religión se observó que las adolescentes que profesan alguna religión vrs. Ninguna no se asociaba a tener un embarazo en la adolescencia. Un estudio, en México en el 2005, en embarazo en adolescentes encontró que no eran analfabetas, predominaban ser católicas y que vivían con ambos padres al momento del embarazo.³³

Se observó mayor violencia en los hogares de las adolescentes no embarazadas con vida sexual activa que en las adolescentes embarazadas. Este resultado no coincide con otros estudios ya que la violencia intrafamiliar aumenta el riesgo de embarazos en adolescentes, pero los hallazgos encontrados fueron muy importantes. Tal vez estos hallazgos se deben a que las embarazadas adolescentes en su mayoría convivían con su pareja y no con sus padres al momento del estudio.³⁴

Respecto a mantener contacto con los amigos, se observó que más del setenta por ciento de las embarazadas adolescentes mantenían contacto con sus amigos y en un porcentaje menor (51.0%) los controles habiendo diferencias estadísticamente significativas así mismo hubo diferencias en cuanto a la calidad de las relaciones interpersonales y con sus padres entre los grupos en este estudio. La calidad de las relaciones interpersonales calificadas como "excelente" fue mayor en el grupo de las adolescentes embarazadas que entre los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Por lo tanto con respecto al tipo de relaciones interpersonales, tanto las adolescentes embarazadas como sus controles mantenían buenas relaciones sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, de igual manera, otros investigadores no psicoanalistas han hecho observaciones parecidas.³⁷

Sin embargo algunos estudios hacen referencia a que tienen influencia el tipo de amigos, televisión, periódicos y revistas, y que también hay millares de adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encontraba planificar un embarazo.¹⁴

Se observó que del total de los casos afirmo una excelente relación con los padres, en comparación a un número menor de los controles, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los estudios hacen mención que las adolescentes con malas relaciones con su padres especialmente con su madre o con su pareja decidieron terminar en un aborto por lo que en este estudio se refuerza el haber encontrado buenas relaciones con sus padres ya que decidieron continuar con su embarazo.³⁵

Las entrevistas a primigrávidas y a sus madres sugieren que la relación madre-hija es esencial para la adaptación de la gestante al papel materno. En general, los problemas de la hija gestante reflejan los de la madre, hasta el punto de que se ha hablado de transferencia generacional como se observó en este estudio donde se encontró que seis de cada diez adolescentes embarazadas tenían una madre con el antecedentes de haber tenido al menos un embarazo en la adolescencia a diferencia de sus controles que fue en menor porcentaje y las diferencias fueron estadísticamente significativa existía la probabilidad de dos veces más de tener un embarazo en la adolescencia si la madre habían tenido un embarazo también en la adolescencia por lo que con mayor precisión, y según estudios realizados diríamos entonces que es el trabajo de identificación con la madre o de rechazo del modelo materno.³⁶

En cuanto a la relación entre antecedentes ginecoobstetricos y embarazo adolescente se encontró que el antecedente de ITS fue mayor en las adolescentes embarazadas que en los controles y la diferencia fueron estadísticamente significativa ($p=0.0003$) igual con otros estudios (4,7,17). Diversos estudios indican en que se observan conductas sexuales en los jóvenes y adolescentes cada vez con mayor precocidad lo que pone de manifiesto que comienzan a tener relaciones sexuales antes que sus iguales de otras épocas y utilizan el preservativo para evitar embarazos y no para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual.^{38,39}

En cuanto a la educación sexual y reproductiva se encontró que ambos grupos habían tenido educación sexual y reproductiva casi en la misma proporción. La educación debe avanzarse cada día más para poder lograr llegar a un porcentaje mayor sobre lo que es la salud sexual y reproductiva. La razón para ello expuestos por varios investigadores en el sentido de que la difusión de métodos de planificación, quien y como los educa no cumplen con las expectativas.^{40,41}

Por otro lado, tener padres mejor educados, relaciones familiares de apoyo, supervisión de los padres, amigos sexualmente abstinentes, buenos grados escolares y asistir a la iglesia frecuentemente son factores protectores para evitar un embarazo en la adolescencia implícitamente relacionada con el inicio de las relaciones sexuales.⁴¹

En cuanto a la razón de la primera relación sexual, se encontró que del total de las adolescentes embarazadas la causa fue en primer lugar por propio deseo, luego porque la pareja la convenció y en tercer lugar por curiosidad al igual que en los controles y las diferencias no fueron estadísticamente significativa. Este dato es de mucha importancia ya que nos damos cuenta que la adolescente está realizando sus relaciones sexuales por voluntad propia. A diferencia de otros estudios que mencionan que ocurren en forma coercitiva. De hecho, antes de los 15 años de edad, la mayoría de las primeras experiencias sexuales entre las mujeres se informa que no son voluntarias. La coerción no es sólo un problema por derecho propio, sino que se supone que está asociada con una protección pobre contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Se observó que hubo diferencia entre los casos y controles en variable edad de la primera relación sexual, fue más temprano en los controles que en los casos y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.002$) y en la variable número de parejas sexuales que ha tenido fue mayor también en los controles y estadísticamente significativas, la menarquía fue más temprano en los controles y la media de años escolares cursados fue mayor en los controles así hay varios estudios que lo relacionan.^{40,41,42}

La maternidad en adolescentes es un grave problema de salud pública por cuanto se mantiene y presenta un gran porcentajes de hijos no deseados, involucra mayores problemas de salud reproductiva y coloca a las madres adolescentes y a sus hijos en un riesgo de salud aumentando la morbilidad y la mortalidad como también en la perspectiva de exclusión social y la perpetuación de la pobreza.⁴²

La comprensión del riesgo en el embarazo en la adolescencia es un requisito fundamental para reducir los índices de maternidad adolescente y sus complicaciones. A nivel mundial se han realizado investigaciones sobre esta problemática, es importante que en Honduras se continúe investigando a este grupo vulnerable, con el objetivo de crear una política de salud pública que contribuya a disminuir la incidencia de embarazo adolescente, así mismo disminuir el riesgo obstétrico presentado por este grupo etario.

XI. CONCLUSIONES:

La edad promedio de los casos fue de 16.5 años con 1.55 años a una desviación Estándar y los controles con una media de 16.83 años con 3.05 a una desviación estándar. El 50.0% de los casos se encontraban entre las edades de 13 a 16 años (entre adolescencia temprana y media).

Las embarazadas adolescentes estudiadas un 28.0% procedían de una área rural y 72.0% del área urbana en comparación con los controles que una (1.0%) pertenecían al área rural y 99(99.0%) y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En relación al estado civil se encontró que el 72.2% embarazadas adolescentes tenían pareja en comparación a de los controles solo el 29.0%, las diferencias fueron estadísticamente significativas y la probabilidad de 6.2 veces más de tener pareja si hay un embarazo en la adolescencia.

Con respecto a la religión se observó que el 68.0% de los casos afirmaron ser católicas o evangélicas y 83.0% de los controles, y el 32.0% de los casos y 17.0% de los controles no profesaban alguna religión y sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El 28.0% de las embarazadas adolescentes estudiaban al momento de la entrevista, en mayor porcentaje (64.0%) los controles, encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, casi cinco probabilidades más de no estudiar sí se tiene un embarazo en la adolescencia. En cuanto a los años escolares cursados, no se encontró diferencias, pero sí las adolescentes embarazadas únicamente llegaban a un máximo de 6 años de escolaridad.

El 14.0% de los casos se encontraban empleadas y 92.0% de los controles, las diferencias fueron estadísticamente significativas, con setenta veces más probabilidades de encontrarse desempleada si se está embarazada en la adolescencia

La menarquía fue más temprana en los controles que en las adolescentes embarazadas y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En la edad de la primera relación sexual, 15.2 años para los casos contra 13.8 años para los controles con una diferencia estadísticamente significativa y el número de parejas sexuales

que habían tenido se encontró que fue mayor en los controles que en los casos y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Los antecedentes de ITS se dio en el 44.0% de los casos en comparación con 16.0% de los controles y las diferencias fueron estadísticamente significativas. Existe cuatro posibilidades más de padecer de una ITS si se es una embarazada adolescente a diferencia de que a las adolescentes no embarazadas que usan métodos anticonceptivos.

El 68.0% de los casos afirmó haber recibido educación sexual y reproductiva en comparación con 57.0% de los controles sin existir diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones estudiadas.

El 62.0% de los casos refirieron que su madre había tenido al menos un embarazo en la adolescencia en comparación con 40.0% de los controles, habían 2.44 probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia con antecedente materno de al menos un embarazo en su adolescencia, y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

El 32.0% de los casos refirieron haber tenido su primera relación sexual por curiosidad, en comparación a 44.0% de los controles, por propio deseo 64.0% de los casos en comparación a 11.0% de los controles, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se observó también que el 4.0% de los casos refirieron haberlo hecho por que la pareja las convenció, en comparación a 12.0% y las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Con respecto a su relaciones socioculturales el 74.0% de las embarazadas adolescentes estudiadas refirieron mantener contacto con los amigos y en menor porcentaje los controles (51.0%) pero las diferencia no fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Respecto al tipo de relaciones interpersonales, se encontró que 40.0% de los casos refirieron relaciones “excelentes” en comparación a 24.0% de los controles, se compararon con aquellas que afirmaron tener “buenas relaciones”, las cuales eran 13 (26.0%) de los casos y 42 (42.0%) de los controles, las diferencias fueron estadísticamente significativas.

No se encontró relación entre el uso de droga y embarazo en adolescente

La violencia familiar se encontró solamente en 2.0% de los controles y en ninguno de los casos.

El 54.0% de las embarazadas adolescentes vivían con la pareja en comparación a 16.0% de los controles, se observó que el 46.0% de los casos conviven con los padres o familiares, en comparación a 84.0% de los controles, por lo que los casos tenían 7.21 más probabilidades de convivir con su pareja que con sus familiares a diferencias de las adolescentes controles que utilizan algún método de anticoncepción.

El 48.0% de las embarazadas adolescentes estudiadas afirmó una excelente relación con los padres, en comparación al 18.0% de los controles. Existían 4 probabilidades más de tener una buena relación con los padres y ser una embarazada en la adolescencia.

Se concluye que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que tiene que ver con el crecimiento del país debido a la deserción escolar, la pobreza, unión familiar joven, desempleo, la escasa de educación salud sexual y reproductiva.

XII. RECOMENDACIONES

1. Coordinación el sector salud y sector educativo con equipo multidisciplinario realizar campañas permanentes para los estudiantes en los centros escolares, creación de escuela para padres sobre salud sexual y reproductiva
2. Utilizar estrategias que sean vivenciales a través de talleres preparando padres y alumnos
3. Creación de programas para promover conductas saludables a beneficio de las y los adolescentes, manteniendo planes educativos incluidos en la curricula educativa
4. Impulsar la educación televisiva y radial por parte de la secretaria de salud sobre implicaciones y consecuencias del embarazo en adolescentes
5. Crear políticas de ley para una maternidad saludable
6. Que los servicios de salud para jóvenes sean diferenciados y amigables

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda QMM, Sánchez R, Herrera PEM, et al. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *RevArchMéd Camagüey*. 2010;14(3):0-0.
2. Ávila Montes GA, Barbena García M, Arguello Munguía P. Factores de riesgo Asociados al embarazo en comunidades urbano marginales de Comayagüela, *Revista médica Hondureña*, 2011, 79(2): 53-109.
3. Guerrero M, Enrique G, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cuba ObstetGinecol*. 2012;38(3):333-42.
4. M H, Paulin Y, T M, Alfonso L, T E, Marcela C, et al. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *RevChilObstetGinecol*. 2013;78(3):209-19.
5. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *RevChilObstetGinecol*. 2012;77(5):375–382.
6. Zelaya,EY, Coto García JR, Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá,que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá . Disponible en: <http://www.lamjol.info/index.php/PDAC/article/view/691>.
7. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes., Embarazo adolescente.doc - zotero://attachment/126/, Disponible en: zotero://attachment/126/ León, P., Minassian, M., Borgoño, F. y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista PediátricaElectrónica*, 5 (01). Chile: Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Departamento dePsiquiatría Pp.42-51. Disponible en:http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf consultada el 5 de mayo del 2017.
8. Paredes PPQ, Lazo B del CR. Antecedentes históricos de la educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia, su incidencia en la práctica deportiva. *RevPodium*. 2010;5(4):356-68.
9. Dra. Dania de Jesús Rodríguez Hernández, Dra. Yara Lydia Morgado Bode , Lic. Esther Lidia Pérez Jimenez,Dr.Alain Rodriguez Carrasco,Dr. Jorge SuarezRamondi . caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Barquisimeto,

- Estado Lara. Venezuela. 2008- 2009 Disponible en:
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(3\)_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(3)_03/p3.html)
10. Prol G, Cecilia Kornblit C. La producción simbólica de la pubertad y adolescencia su especificidad a partir de la influencia de las transformaciones corporales y las nuevas producciones de intimidad Disponible en: <zotero://attachment/152/>
 11. Ossa X, Bustos P, Muñoz S, Amigo H. Edad de menarquia y ascendencia indígena: Un estudio poblacional en Chile. Rev Médica Chile. agosto de 2012;140(8):1035-42.
 12. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal ML, Hernández-Tezoquipa I, Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Mexico Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342004000100008&script=sci_arttext
 13. Hernández AF, Reyes Guzmán G, Palacios Martínez de Santelices L, Cardoso Núñez O. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. Rev Arch Méd Camagüey. junio de 2010;14(3):0-0.
 14. Jairo Nuñez M. Laura Cuesta Demografía y pobreza en Colombia Documento CEDE 2006-30 ISSN 1657-7191 (edición electrónica) Agosto 2006. Disponible en: <zotero://attachment/183/>
 15. Carmen Elisa Florez, Victoria Eugenia Soto. Documento CEDE 2007-16, ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica) Agosto 2007- la fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina Disponible en: <zotero://attachment/187/>
 16. Medina ME, Natera G, Borges G; Cravioto P; Fliez C, Tapia, R. Siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad Salud Mental , vol.24, num.4, agosto, 2001, pp.3-19. Instituto de psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz Distrito Federal, Mexico. Disponible en: <zotero://attachment/199/>
 17. Zegarra RLS, Vílchez Román C. Embarazo, hábitos de lectura y consumo de radio y televisión en adolescentes peruanas: explorando relaciones de asociación. ACIMED. abril de 2008;17(4):0-0.
 18. Campaña A, Janeth T, Teneda DA, Elizabeth P. "La desintegración familiar y el origen de los embarazos no deseados en las adolescentes de la parroquia Veracruz perteneciente a la provincia de Pastaza en el periodo noviembre 2011 a junio 2012". 23 de julio de 2014 ; Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7829>

19. Mayen Hernández B un acercamiento al embarazo en la adolescencia; de la visionmedica a los estudios de género 2004 embarazo adolescenteDEF.doc - zotero://attachment/230/ [Internet]. [citado 14 de julio de 2016]. Disponible en: zotero://attachment/230/
20. Noguera NO, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf.
21. Gamboa Montejano C. Investigadora Parlamentaria embarazo en adolescentes marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la oms, iniciativas presentadas y opiniones especializadas SAPI-ISS-38-13_Embarazo_Adolescente Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
22. Valencia S, Tascón M, Alfonso L, López G, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. RevChilObstetGinecol. 2013;78(4):269-81.
23. León Matías P, Minassion, R. Departamento de psiquiatría Facultad de Medicina Universidad de los Andes. Revista Pediátrica electrónica. Universidad de Chile 2008;5. Disponible en : http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
24. Carreon-vasquez J, Mendoza-Sánchez H, Perez-Hernandez C, Gil-Alfaro I, Soler - Huerta E, Gonzales-Solis R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes vol.6.num.3 septiembre-diciembre 2004 pp.70-73 Disponible en: zotero://attachment/235/ent/270/
25. Escoto Mejía EF, Zelaya Ochoa M. Características-socioeconomicas y demograficas del embarazo-adolescente en Honduras, 2006-2012p.pdf. [Online].; 2016. Tesis
26. Rodriguez Alvares Leonardo, Lopez Nava Jose Carlos complicaciones del embarazo y riesgo obstetrico en mujeres adolescentes y adultas, pacientes del Hospital Materno Infantil " Morelos" Rev. Sal Quintana Roo 2010 3 (14) 18-20 .; 2013. Available from: <http://www.unfpa.org.ec/sitioIndexphp?searchword>.
27. Organización Mundial de la Salud [Internet] [acceso 2011 Feb 10]. [Http://salud.gob.mx/unidaddes/cdi/documentos/docsal7201.pdf](http://salud.gob.mx/unidaddes/cdi/documentos/docsal7201.pdf)

28. Lameiras Fernández M. Embarazo en la Adolescencia. Cojedes. Venezuela [monografía en internet]. Venezuela: Celsan; 2000 [citado 5 may 2009]. Disponible en: [http://www.monografias.com/educacion/more 15-shtml-62 k.\)](http://www.monografias.com/educacion/more_15-shtml-62_k.)
29. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2007; 72(2): 76-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>.)
30. Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños: consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. *pers.bioét.* 2007; 11(2): 170-185. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222007000200007&lng=en)
31. Goicolea I, Marianne W, Öhman A, San Sebastian M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica.* 2009 Sep; 26(3): 221-228. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000900006>.)
32. Vargas Trujillo E, Barrera F, Burgos M C, Daza B C. La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica* 2006;569-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750106>.
33. Arredondo, Guillermo Padrón. "Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes." *Revista Médica del Hospital General de México.*2005 68(1) (2005): 13-19.).
34. Gutiérrez, MT. de revisión/actualización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2004, vol. 33, no 3.)
35. Guerrero Rosales, M. Consecuencias socioculturales del embarazo en la adolescencia en dos poblaciones institucionales de San Luis Potosí. 1999-2000.(2002).
36. Vargas Trujillo E, Barrera F, Burgos M C, Daza B C, La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica* 2006;569-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750106>.

37. Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro A et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Pública. 2005;79(5): 581-589. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500008&lng=es.)
38. Climent GI. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Revista Argentina de Sociología, 7(12/13)(2009), pp.186-213l
39. Moore K, Miller B, Sugland B, Morrison D, Gleit D, Blumenthal C. "Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions". Publicaciones electrónicas de PAHO. Marzo del 2000. Hallado en: <http://www.nnh.org/products/whatworks2.htm>).
40. Motta Ortiz A, Muñoz Perez S. Factores psicosociales asociados a relaciones sexuales precoces en estudiantes de séptimo grado de la Institución Educativa Montessori de Pitalito. 2015.)
41. Mendoza LA, Arias M, Mendoza L I. "Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 77.5 (2012): 375-382.)
42. Oviedo M, García MC. Embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. Rev.latinoam.cienc.soc, 2011, (.9):2,929-943. ISSN 1692-715X.

XIV. ANEXOS.

XIV.1. Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE SALUD PÚBLICA

III PROMOCION DE MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA

SECCION I ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS

P01. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS _____ AÑOS

P02 CUAL ES SU PROCEDENCIA _____ (BARRIO, COLONIA, MUNICIPIO)

P03 ESTADO CIVIL: CASADA UNION LIBBRE SOLTERA

P04 AÑOS CURSADOS: PRIMARIA _____ AÑOS CURSADOS

SECUNDARIA _____ AÑOS CURSADOS

UNIVERSITARIA _____ AÑOS CURSADOS

P05 ACTUALMENTE ESTUDIA:

SI B) NO

P06 USTED TRABAJA:

SI B) NO

P07 A QUE RELIGION PERTENECE:

A) CATOLICA EVANGELICA OTRAS NINGUNA

P08 CUAL ES SU OCUPACION:

OFICIOS DOMESTICOS

ESTUDIANTE

TRABAJA FUERA DEL HOGAR

NINGUNA

P09 USA ALGUN TIPO DE DROGA:

SI B) NO ESPECIFIQUE _____

P10 SIEMPRE MANTIENE RELACION CON SUS AMIGOS(AS):

SI B) NO

P11 QUIEN CUBRE LA MAYOR PARTE DE SUS GASTOS ECONOMICOS:

PADRES B) MADRE C) PADRE D) USTED LOS CUBRE
SU PAREJA E)

P12 SUS RELACIONES INTERPERSONALES SON.

EXCELENTES B) MUY BUENAS BUENAS
D) NO SATISFACTORIO

P13 EXISTE VIOLENCIA EN SU ENTORNO FAMILIAR.

SI B) NO

II DATOS GINECOOBSTETRICOS.

P14 USO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ANTES DEL EMBARAZO:

SI B)

P15 AÑOS DE LA MENARQUIA _____

P16 A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL _____ AÑOS

NO RECUERDA

P17 LA PRIMERA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES FUE POR:

SU PROPIO DESEO

SU PAREJA LA CONVENCIO

SU PAREJA LA OBLIGO

HUBO USO DE LA FUERZA O VIOLACION

CURIOSIDAD

P18 HA PADECIDO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

SI B) NO

P19 CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO:

DE PAREJAS NO APLICA

P20 A RECIBIDO EDUCACION SOBRE SALUD REPRODUCTIVA:

SI B) NO NINGUNA

III ENTORNO FAMILIAR.

P21 CON QUIEN CONVIVE ACTUALMENTE

CON SU PAREJA

SOLA
PADREY MADRE
SOLO MADRE
SOLO PADRE
FAMILIARES AMIGOS

P22. COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES:

EXCELENTE

MUY BUENA
BUENA NO SATISFACTORIA

P23 SU MADRE TUVO UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

A) SI B) NO

XVI.2. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA

Instrumento: factores asociados embarazo en la adolescencia en la clínica del adolescente segundo piso bloque hospital escuela universitario. Enero – septiembre, año 2017.

Introducción: El tema del estudio .Factores asociados a Embarazo en la Adolescencia, Clínica del Adolescente, Hospital Escuela Universitario, Honduras año 2017.

Se le invita a la adolescente a que participe en el estudio en donde se le hará preguntas sobre su embarazo, sin realizar ningún procedimiento invasivo y se llenara un instrumento con la información recibida. La duración será de 20 minutos. No existe beneficio directo por participar en el estudio y se mantendrá una confiabilidad de la información obtenida. No será conocida por nadie fuera del estudio y no se utilizará el nombre de la adolescente en el reporte final. La participación de la adolescente es completamente voluntaria y podrá retirarse del estudio en cualquier momento que ella desee sin repercusión alguna. Cualquier duda que tenga la puede formular al investigador.

Consentimiento: Mi adolescente ha sido invitada a participar en la investigación “Factores asociados a Embarazo en la Adolescencia, Clínica del Adolescente, Hospital Escuela Universitario, Honduras año 2017.” He leído la información acerca del estudio y explicada por el investigador, además la oportunidad de hacer preguntas y todas respuestas aclararon las dudas por parte del investigador. La licenciada que participa en la investigación me garantizo la confiabilidad de la información que se obtendrá sobre el embarazo de la adolescente y que podrá abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión sobre la adolescente o mi persona. También entiendo que no obtendré ninguna remuneración por participar en el estudio. Liberó de cualquier responsabilidad civil, penal, o de cualquier otra índole en el presente, pasado y futuro a la investigadora del estudio, autorización que hago de manera voluntaria sin coacción alguna Por lo tanto, yo, en pleno uso de mis facultades mentales y físicas, declaro por este medio que he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación y otorgo el consentimiento y permiso para la participación en esta investigación

A continuación, firmo la presente en la ciudad de Comayagüela, Honduras a los ____ días del mes de _____ del año 201.

Nombre y Firma padre/madre o familiar

Nombre y firma del investigador

XVI.3. Asentimiento Informado (Para adolescentes 10 – 19 años)

Le invitamos que participe en un estudio en donde se le harán preguntas sobre su embarazo, características socio demográficas, antecedentes ginecoobstetricos, entorno familiar solo realizare la entrevista. Puede decir “si” o “no” quiere participar en el estudio cuando quiera. Puede preguntar si no entiende algo que con gusto le responderé.

su participación en el estudio es voluntaria, es decir que, aunque sus padres o su familiar que le acompaña hayan dicho que, si puede participar, si usted no quiere puede decir que “no” y si está de acuerdo decir que “si”.

La información es confidencial, es decir nadie se enterará de sus respuestas solo la persona que está haciendo la investigación.

Si acepta participar dibuja una equis (X) en donde dice quiero participar y si no quieres déjalo en blanco.

Si quiero participar: _____

Iniciales nombre de la adolescente

Nombre y firma de licenciada que obtiene el asentimiento



Hereby Certifies that

**ALEJANDRINA MARIBEL
MANZANARES M**

has completed the e-learning course

**INTRODUCCIÓN A LAS
RESPONSABILIDADES DE LOS
INVESTIGADORES EN
CUANTO A LAS BUENAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS**

with a score of

100%

on

26/08/2016

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions:



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 148799

OFICIO No. 008 – GNDI-HE/IHSS - 2017

Tegucigalpa MDC, 6 de Febrero, 2017

Doctora
ALENJANDRINA MARIBEL MANZANARES MEMBREÑO
Maestría en Epidemiología
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAH

Estimada Doctora Manzanares:

Por medio de la presente le notifico, que el Protocolo de estudio “Factores asociados a Embarazos en la adolescencia, Clínica del adolescente, Hospital Escuela Universitaria, año 2016-2017.” ha sido aprobado por el Comité de Bioética y por la Gerencia de Docencia, así mismo le solicitamos cambiar la Institución que realizara la revisión del Protocolo y poner que será revisado en el IHSS, pag. 32 y 33 en el Protocolo y nos mantengan informados de los avances del estudio.

Adjunto acta recibida por el Comité de Bioética.

Atentamente,


DRA. LUCIA ANGELICA SARMIENTO
GERENTE NACIONAL DOCENCIA E INVESTIGACION IHSS
Docencia.investigacion2012@gmail.com

GERENCIA DE DOCENCIA E INVESTIGACION HE, EXT.: 5176
docencia.investigacion2012@gmail.com

COMITÉ DE BIOÉTICA, HDE.

ACTA 50 CB-HE 1 de Febrero del 2017

PARA: Gerente de Docencia e Investigación
Dra. Lucía Sarmiento

DE: Comité de Bioética

ASUNTO: Protocolo de Investigación

Cordialmente estamos comunicándole a usted, que los integrantes del Comité de Bioética, se reunieron, revisaron y se discutió el protocolo de investigación:

“ Factores asociados a Embarazos en la Adolescencia, Clínica del Adolescente, Hospital Escuela Universitario, 2016-2017”

- 1.- Debe cambiar la institución que realizará la revisión del protocolo y poner que será revisado en el IHSS, pag 32 y 33.
- 2.- Se sugiere utilizar bibliografía más reciente.

Integrantes:

Dra. Karin Clare, Dr. Gaspar Rodríguez, Dra. Helga Codina, Lic. Gerardo Audino,
Lic. Magdalena Escobar, Lic. Enrique Álvarez.


Coordinadora
Dra. Karin Clare

cc Director Médico
cc archivo


Secretario
Lic. Gerardo Audino

Dra. Dinna Rojas



UNAH
Universidad Nacional
Autónoma de Honduras



La Dirección de Investigación Científica y Posgrado de la UNAH:

Otorga Certificado a

Alejandrina Mambel Manzanares

Por su participación en el Curso:
Trabajos Académicos, Referencias Bibliográficas y Plagio,
desarrollado el día 25 de agosto de 2017, con una duración de 7 horas,
en la Ciudad Universitaria "**José Trinidad Reyes**",
Tegucigalpa M.D.G. Honduras, C.A.

Rolinda Estelamón

Directora de Investigación Científica y del
Sistema de Estudios de Posgrado, UNAH

024-0817-0001-A