



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



Mepi 2011-2013 OCOTAL

Tesis para optar al grado de Maestra en Epidemiología

**“SITUACION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES MUNICIPIO
DE SAN ANTONIO DE CORTES HONDURAS.
Marzo-Mayo 2013”**

Autora: Alejandra Concepción Cruz Castro

Tutora: Alice Pineda Whitaker
MSC. Epidemiología
MSC. Desarrollo Rural Eco sostenible

Ocotal-Nueva Segovia, Nicaragua. Junio 2013

INDICE.....	PAG.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iii
I. INTRODUCCION.....	1-2
II. JUSTIFICACION.....	3
III. ANTECEDENTES.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEORICO.....	7-25
VII. METODOLOGIA.....	26-28
VIII. DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	29-30
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	31-34
X. CONCLUSIONES.....	35
XI. RECOMENDACIONES.....	36
XII. BIBLIOGRAFIA.....	37
XIII. ANEXOS.....	38

DEDICATORIA

1-A Dios todopoderoso por haberme dado la sabiduría y haberme permitido terminar mis estudios.2- A mis padres por su ejemplo de dedicación y honradez.

3- A mi esposo por brindarme su apoyo y comprensión.

4- A mis hijos porque en todo momento estuvieron conmigo.

5- A mis compañeros porque siempre me acompañaron en cada uno de los momentos difíciles que pasamos.

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar por darme la vida y haberme dado la oportunidad de terminar mi carrera.

Agradezco a mi familia que me brindó todo su apoyo siempre.

A mi tutora de tesis MSC Alice Pineda por su enseñanza que me transmitió la confianza que deposito en mí, y por su apoyo incondicional en todo el proceso de mi tesis.

A todos los maestros que colaboraron con su enseñanza y dedicación para terminar mis estudios.

A mis compañeros que en todo momento me brindaron su apoyo.

A mis compañeros de trabajo del Centro de Salud Sotero Barahona por haberme brindado su apoyo en el estudio realizado en esa unidad de salud.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la situación de las adolescentes embarazadas en el municipio de San Antonio Cortes, Honduras.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, cuya población de estudio son 142 adolescentes embarazadas que buscaron atención en la unidad de Salud de San Antonio. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, y se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. Se elaboró una hoja para el consentimiento informado del adolescente a encuestar. El plan de análisis contempla el análisis univariado, se hizo algunos entrecruzamientos de variables se elaboraron tablas y gráficos.

Los principales resultados son los siguientes:

La mayoría de las adolescentes embarazadas están entre las edades de 17-19 años. Proviene del área rural DE LAS ALDEAS especialmente, El nivel educativo es pobre primaria, en su mayoría la relación que mantiene es Unión Libre, profesan la religión católica.

Viven en extrema Pobreza, en hacinamiento, con más de 3 personas por cuarto, con un ingreso familiar que es menor al salario mínimo y representa mitad del costo de la canasta básica.

Casi todas las adolescentes embarazadas, viven con un familiar que ha tenido también un embarazo precoz, algunas con sus madres, tías, hermanas y otro familiar.

Más de la mitad han tenido la menarquía a la edad de 10-13 años, y la mayoría inician su primera relación sexual posterior a esta edad. Una gran cantidad de adolescentes tienen de 3 a más de 3 embarazos.

Una de cada 4 adolescentes embarazada ha sufrido Violencia Psicológica, algunas reportan haber sido víctima de violencia Física y Sexual. Los perpetradores en la violencia sexual en las adolescentes fueron los familiares en la mitad de los casos y en la otra mitad han sido particulares.

I. INTRODUCCION

Honduras se caracteriza por tener una población joven, casi siete de cada hondureños son menores de treinta años, según el UNFPA, Honduras tiene la tasa de fecundidad más alta en América central, muchos nacimientos en adolescentes según ENDESAA el 7% de los nacimientos en los adolescentes fueron no planeados.

Las y los adolescentes requieren de nuestra especial atención, sus logros y frustraciones en esta etapa de su vida condiciona sus oportunidades futuras y las del país.

Entre salud y desarrollo se establece una relación vinculante que define la calidad de vida de una población. Para el caso de las personas jóvenes la posibilidad de aprovechar las oportunidades para alcanzar el desarrollo que ofrece el medio externo, está unido a las garantías de acceso y calidad de los servicios que ese medio ofrece para atender sus necesidades de salud.

Algo similar sucede con las condiciones educativas hoy se sabe qué factores como nivel educativo de las mujeres tiene que ver con el resultados de salud sexual y reproductiva, se ha encontrado que cuanto mayor es el nivel educativo en la población femenina más tardío es el inicio de las relaciones

sexuales y menos cantidad de embarazo en las adolescentes los métodos se observan más frecuentemente en el área rural, con poca o nula educación y con bajos índices de riquezas, estos indicadores reflejan como su contextos y el poco fortalecimiento de sus capacidades las hace más vulnerables, esta situación se limita al acceso y uso de los métodos anticonceptivos, además de recursos económicos, el acceso geográfico dificulta la llegada de a los establecimientos educativos y de salud

II. ANTECEDENTES

A través de un estudio realizado por el programa municipal de la infancia y juventud (COMVIDA) y el centro de salud de Choloma Cortes, Honduras se encontró un 50% de embarazo en adolescentes, un 35% problemas emocionales y un 15% en violencia intrafamiliar, física y psicológica y otros problemas propios de su edad.

Las organizaciones antes mencionadas en coordinación con la OPS, OMS y UNICEF decidieron implementar una clínica de atención y consejería amigable y diferenciada para el adolescente y joven del municipio de Choloma, Cortes, siendo estos jóvenes atendidos por una enfermera profesional con experiencia en servicios amigables.

- En el mundo hay se estima que 16 millones de niñas dan a luz cada año de 15-19 años
Y un 95% se producen en países en desarrollo, según la ONU, Honduras ocupa el segundo lugar en embarazos adolescentes en América Latina.

Según informe de población de las Naciones Unidas (UNFPA) Honduras tiene una tasa de (108) nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15-19 años, seguido de Venezuela con (101) y Ecuador (100) pero superada por Nicaragua con una tasa de (109).

Según un estudio realizado por la fiscalía de la niñez en Honduras, el 50% de embarazos en menores tienen su origen en violaciones y muchos de ellos por familiares.

En la Región Departamental de Cortes según el informe del año 2012, de las atenciones a embarazadas, el 61% eran adolescentes,

III. JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescente se ha convertido en un problema, debido a que las condiciones socioculturales que viven nuestra población colabora para que haya un incremento de embarazos en esta edad, en este estudio que se va a realizar va dirigido a esta población ya que es un problema que se ha generalizado presentándose altos índices de embarazos tomando en consideración que en este municipio no existe un lugar adecuado para brindar consejería a esta población, es por eso que a través de este estudio y en base a resultados se realizara un plan de intervención.

Actualmente se está gestionando con la alcaldía municipal y una organización llamada Visión Mundial para iniciar una clínica de atención y consejería de servicios amigables para el adolescente y joven de esta población, en este modelo de atención se desarrolla más confianza y acercamiento con los mismos, enfocados a:

- Consejería de embarazo(cuidados de su bebe y exámenes especiales)
- Consejería de sexualidad
- ITS/ VIH SIDA
- Acoso sexual
- Violación Según la necesidad se realizara visitas domiciliarias para orientar a su familia, de esa manera se les brindara apoyo a esta población y se colaborara a disminuir embarazos en adolescente, mortalidad materno infantil y así tendremos un futuro mejor que servirá para el desarrollo personal, familiar y social.

En el Centro de salud de San Antonio de Cortes a través de las consultas generales se han detectado muchos embarazos en adolescentes y no se ha realizando ninguna actividad dirigida a esta población.

Es por esta razón que se decidió realizar un estudio para que a través de los resultados intervenir y así mejorar calidad de vida en esta población.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de las embarazadas adolescentes del municipio de San Antonio de Cortes- Honduras. Marzo – Mayo 2013?

En base a lo anterior expuesto se formulan las siguientes preguntas.

1-¿Cuáles son las características de las embarazadas en objeto de estudio?

2-¿Cuáles es el ambiente familiar en que viven las adolescentes embarazadas?

3-¿Cuáles son los aspectos sexuales y reproductivos de las adolescentes embarazadas?

4- ¿cuáles son los tipos de violencia que vive la adolescente embarazada?

V. OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la situación de las embarazadas adolescentes del Municipio de San Antonio de Cortes-Honduras, Marzo – Mayo 2013.

ESPECIFICOS

1-Characterizar al embarazada objeto de estudio.

2-Identificar el ambiente familiar en la que viven las adolescentes embarazadas.

3-Describir los aspectos sexuales y reproductivos de las adolescentes embarazadas.

4-Identificar los tipos de violencia que viven las adolescentes embarazadas.

VI. MARCO TEORICO

La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes culturas e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experimentar y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de jóvenes."*

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la Menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*. La *"tasa de fecundidad adolescente (TFA)"* ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la *"tasa de fecundidad general (TFG)"*, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en

1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad en adolescente está cada vez más lejos.

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.

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

Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

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

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

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

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

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

A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. – **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos.

Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola

5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

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

B. – FACTORES DETERMINANTES

1. – Relaciones Sin Anticoncepción

2. – Abuso Sexual

3. – Violación

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. – LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante.

ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la ***adolescencia temprana***, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos-

En la ***adolescencia media***, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del ***exhibicionismo***. Es muy común que "***dramaticen***" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "***poderoso instrumento***" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la

euforia y la depresión. Temen los doctores del parto pero también se preocupan por la salud del hijo.

EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien

remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro no (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia.

CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

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

Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de *"muerte súbita"*.

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de *"extramatrimoniales"* o porque sus padres no cuentan con ellos.

3. – Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La **primera pregunta** a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal.

La **segunda pregunta** es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una **tercera pregunta** es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La **cuarta pregunta** es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que

permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de Estatura de 1,50 m o menor.

B. – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

1. Menarca a los 11 a Ser la mayor de los hermanos.

B. – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención

Actualmente no se considera el *grupo de mediano riesgo*. El factor "*actitud negativa*" de la adolescente al inicio del embarazo, pasaron al *al grupo de alto riesgo* y los otros 2 factores de *riesgo corriente o no detectable*.

CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar .

A. – PRIMER TRIMESTRE

Trastornos Digestivo

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% no controladas.

– Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en uy en un 5,7% de las adultas.

3. – Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

4. Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

1. – Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropenia, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerito encuentra un 16,99% de anemias

en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropenias en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

2. – Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

3. – Amenaza De Parto Pre término

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas.

No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

4. – Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un

18,2% de pre eclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

5. – Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

6. – Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pre término alcanza el 9%.

7. – Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal.

8. – Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

9. – Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

10. Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

11. – Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

12. – Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

RECIEEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

– PESO

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pre termino de los retardos del crecimiento fetal,

con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

– INTERNACION EN NEONATOLOGIA

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

C. – MALFORMACIONES

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%)neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

D. – MORTALIDAD PERINATAL

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

PRONOSTICO

A. – MATERNO

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicas. Intervalointergenésicos es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

B. – FETAL

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

PREVENCION

A. – PRIMARIA

A realizarse antes de la actividad sexual.

E. – SECUNDARIA

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

– TERCIARIA

Dirigida a adolescentes embarazadas, fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones

.

ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

A. – EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: *factores protectores* y *factores psicosociales* para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a. *Factores protectores*: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño.

Para un adolescente, una familia cohesiva (e incluso uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

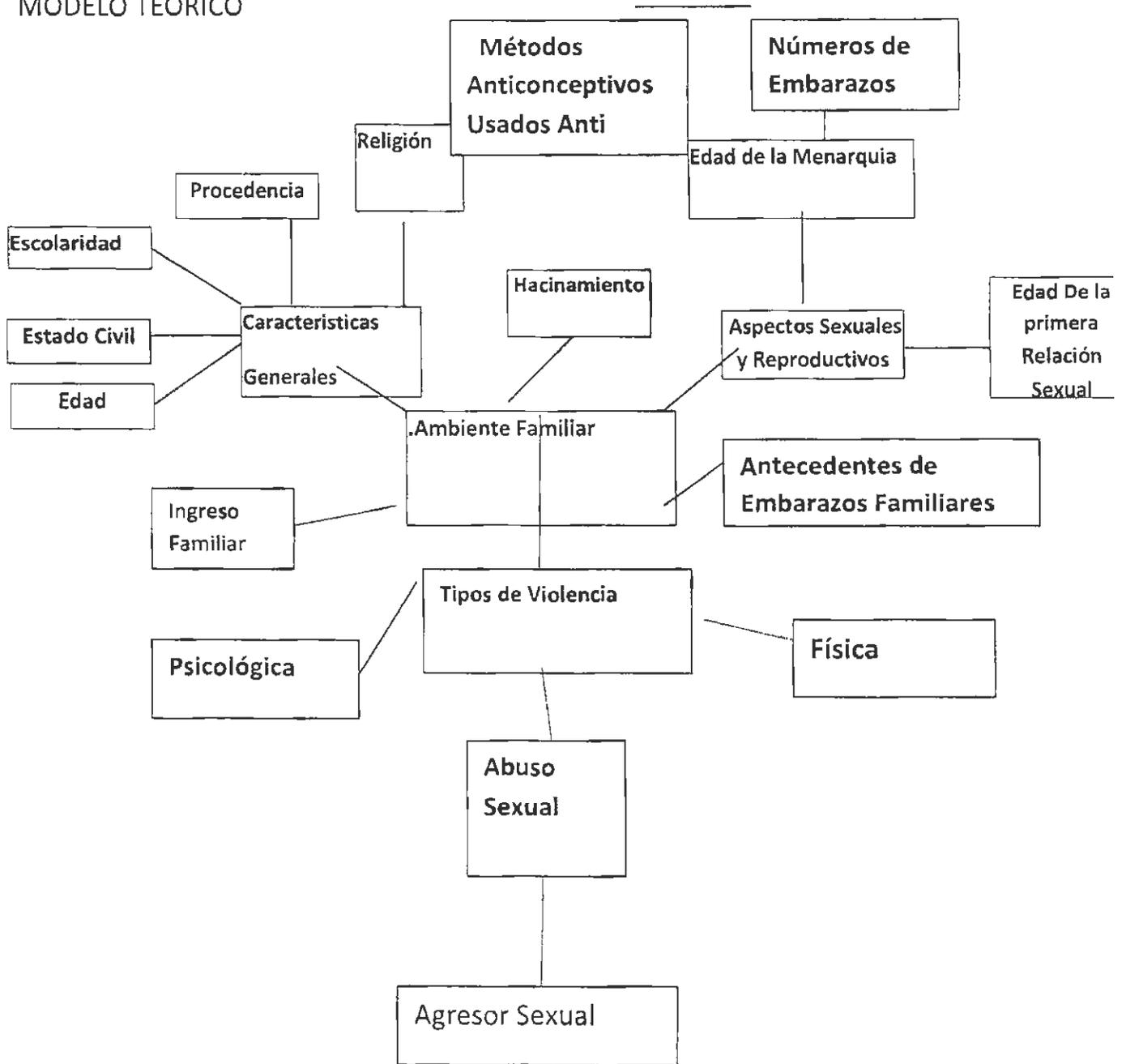
b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser: **1. Anticipatorio:** permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo. El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

MODELO TEORICO



VII. METODOLOGIA

Área de estudio.El presente estudio se realizara en el centro de salud Lutero Barahona del municipio de San Antonio de Cortes, ubicado 5 cuadras abajo del parque central, cuenta con tres unidades de salud.

Tipo de estudio.Es descriptivo de corte transversal.

Población de Estudio: La representa 142 adolescentes embarazadas que visitan el centro de salud.

Criterios de inclusión

Adolescentes dentro del rango de 10 a 19 años.

Adolescentes que asisten al centro de salud.

Adolescentes que querían participar

Criterios de exclusión.

Adolescentes que son de otro centro y buscaron atención

Técnica e Instrumento

La Técnicautilizada fue La Encuesta y el instrumento un cuestionario. Se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas y Cerradas que

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables del primer objetivo. Características Generales

Edad

Estado civil

Escolaridad

Procedencia

Religión

Variables del objetivo2. Ambiente Familiar

Hacinamiento

Ingreso Familiar

Antecedentes de Embarazos Familiar

Variables del objetivo 3. Aspectos Sexuales y Reproductivos

Edad de la Menarquia

Edad de la primera Relación Sexual

Número de Embarazos

Métodos Anticonceptivos Usados

Variables del objetivo 4. Tipos de Violencia sufrida o que sufre

Psicológica

Física

Abuso Sexual

Agresor Sexual

Psicológica
Física
Abuso Sexual
Agresor Sexual

Sesgos y su Control:

Se identificó el Sesgo de respuesta dentro del estudio, por ser una población adolescente y hay muchos tabúes en relación a la sexualidad en este grupo.

Consideraciones Éticas:

Se explicó a los adolescentes el alcance del estudio, se les explicó que la información que ellos brinden son de suma confidencialidad, no se dará a conocer su identidad, que después del estudio se guardara esta información. Se le solicitó que firmara el consentimiento de participar en este estudio.

IX. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se encuestaron un total de 142 adolescentes embarazadas.

El 61.3% (87) sus edades oscilaban entre los 17 y 19 años, seguido por el 38% (54) entre los 14 y 16 años.

El 69% (98) viven en unión libre, seguido por un 21.8% (31) que son solteras, y un 1.4% (2) que son viudas. Las adolescentes embarazadas proceden de las aldeas en un 62.7% (89), y un 36.6% (52) que vienen de los barrios.

El 74.6% (106) alcanzaron una educación primaria, y un 22.6% (32) que llegaron a la secundaria. Son de religión es católica en el 61% (87) de los casos, seguidos por los Evangélicos en un 33.1% (47).

(VER ANEXO TABLAS No. 1, 2, 3 4 y 5)

El 87% (124) viven en hacinamiento con más de 3 personas por cuarto, un 12% (17) con menos de 3 por cuarto. Hay un ingreso familiar de 3001-4, 500 Lempiras que es por debajo del salario mínimo en el 73% (103), Un 20% (29) alcanzan un ingreso de 4,500 a 5, 500 que apenas llega al salario mínimo.

El 75.3% (107) tienen antecedentes familiares con embarazos en la adolescencia, en donde el 32.4% han sido su madre, el 17.6% una hermana, un 19% una tía.

El 51.8% (72) refieren tener una comunicación con sus padres regular o mala.

(VER ANEXO TABLAS No. 6, 7, 8 y 9)

El 59.2% (84) tuvo su menarquía entre los 10 y 13 años seguido por un 40.8% (58) que lo tuvo entre los 14 y 16 años. El 57.7% (82) tuvieron su primera relación

sexual entre los 14 y 16 años. Seguido por un 40.8% (58) que tuvieron su primera relación sexual entre los 17 y 19 años.

(VER ANEXO TABLAS No. 10 y 11,).

El 71% (101) tiene más de 2 hijos, entre ellos existe un 32% (44) que tienen más de 3 hijos.

El 45% (64) usan algún tipo de anticonceptivos. El 58% (37) usan Inyectable la Depoprovera, seguido por las Gestagenos Orales en un 36% (23). Hay un 5% (3) que usan el DIU.

(VER ANEXO TABLAS No. 12 y 13 Y).

El 25% (35) Refieren haber sufrido violencia psicológica con el embarazo.

Un 7% (10) refieren haber sufrido violencia física durante el embarazo,

El 3% (4) refieren haber sufrido violencia sexual. Los agresores de la violencia en la adolescente embarazada han sido en un 50% algún familiar, y en un 50% particular.

(VER ANEXO TABLAS No. 14, 15 y 16).

X. ANALISIS DE RESULTADOS

Según especialistas, se debe modificar tres normas para mejorar atención y prevención. La información, Reducción de pobreza y elevar el nivel educativo en el uso de anticonceptivos. El 13.5% de jóvenes, entre 15 y 19 años, ya es madre.

AMBIENTE FAMILIAR DEL ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Las niñas expuestas a conflictos familiares, violencia, y con antecedentes de embarazos a temprana edad, tienen más probabilidad de quedar embarazada. (OMS 2011). Nuestros hallazgos fueron semejantes a esto ya que las adolescentes estudiadas viven en ambiente vulnerable a sufrir embarazo a temprana edad. En hacinamiento, lo que lo hace vulnerable a violaciones, también viven violencia en la familia, viven con familiares que también han tenido embarazo cuando eran adolescentes. En donde la misma madre fue madre adolescente.

LA MENARQUIA E INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Llegar a la pubertad es una de las etapas de la vida por la que todos hemos pasado, pero en la actualidad los niños llegan a esa etapa mucho antes- una tendencia que ha alarmado tanto a los padres de familia como a los expertos en salud.

La pubertad temprana, es la aparición de características sexuales secundarias como el crecimiento del vello púbico o de las mamas antes de los 8 años o la

aparición de la menarquía antes de los 9 años, impacta a al menos 1 de cada 5,000 niñas estadounidenses y la tasa va en aumento.¹

Incluso en las últimas tres décadas, los niños (las niñas en particular) están madurando más y más temprano (la pubertad temprana es 10 veces más común en niñas que en niños.)

Los resultados indican una menarquía de los adolescentes embarazadas entre 10-13 años. Se encontro ademas que seguido de la menarquia, los adolescentes inician su vida sexual. entre los 14 y 16 años.

INFORMACION Y USO DE ANTICONCEPCION

INFORMACIÓN. A pesar de que las mujeres menores de 14 años pueden reconocer a sus hijos y establecer demandas por manutención, ninguna puede acudir al hospital más cercano para **informarse sobre cómo prevenir un embarazo no deseado**. La especialista señaló que debería permitir que las adolescentes accedan y sean informadas sobre métodos de anticonceptivos, sin ser obligadas a acudir con sus padres.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Entre las distintas causas del embarazo precoz encontramos:

La mayoría de profesionales de la educación o del área de salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y el apoyo de los padres.

En estos resultados se visualiza que menos de la mitad de los adolescentes han usado en sus relaciones sexuales algún tipo de anticoncepción. Y el condon no aparece en ninguna opción. primero estan las inyectables, seguido por las

gestagenos orales y el DIU. No se midió la información recibida solamente en uso. Pero esta claro que menos de la mitad lo estan usando.

POBREZA

La investigación realizada por Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, encontró que en el caso de embarazo por nivel educativo y por nivel de riqueza, cuando se mira la incidencia del embarazo entre los más pobres y la relación entre deserción y embarazo adolescente la diferencia que hay es que entre los grupos de menor nivel de ingresos o de riqueza generalmente pasa que primero salen del sistema educativo y luego quedan embarazadas; mientras que las niñas de estratos medios o altos, aquellas que quedan embarazadas generalmente lo hacen estando en el sistema educativo y es el embarazo el que lleva a que salgan de este sistema, con una alta probabilidad de que luego vuelvan a reinsertarse en el sistema educativo. □□

Para la investigadora, lo que se vislumbra un poco es que más que el embarazo sea consecuencia de la pobreza, la pobreza es causa del embarazo. □□

“Hay un círculo en el cual toca empezar a romper el círculo en términos de educación, de oportunidades laborales, de un ambiente familiar favorable a las adolescentes para que permanezcan en el sistema educativo y en sus hogares”, afirmó Flórez quien añadió que es más probable que los hijos de las mujeres adolescentes sigan siendo pobres que aquellos hijos que han nacido más tarde durante el período reproductivo de la mujer. □□ Para evitar que la brecha de pobreza e inequidad siga aumentando año tras año, la investigadora de la Universidad de Los Andes propone la puesta en marcha de programas sociales

que lleven a incentivar a que las adolescentes en lugar de ser madres tempranas, permanezcan en el sistema educativo y en el mercado laboral primero.

Los resultados nos indican que casi la totalidad de las adolescentes embarazadas viven en pobreza extrema, debajo de la línea de pobreza.

Con un ingreso familiar menor al salario mínimo que solo ajusta para obtener la mitad de la canasta básica. Viven en hacinamiento con más de 3 personas en un cuarto, que los expone sufrir violaciones, a estar inmerso dentro de la violencia familiar, además con un nivel educativo muy bajo primaria o menos. Por esto es más difícil el asimilar los conocimientos y cambiar hábitos.

XI. CONCLUSIONES

1. Las adolescentes embarazadas de San Antonio Cortez son en su mayoría de las aldeas, profesan la fe católica, con un nivel educativo de primaria, estado civil unión libre y sus edades oscilan entre 10 y 19 años.
2. Viven en hacinamiento con más de 3 personas por cuarto, con un ingreso familiar por debajo del salario mínimo, con familiares con antecedente de embarazo precoz, con una relación familiar entre regular y mala.
3. Presentaron una menarquia entre 14 y 16 años, y su primera relación sexual ha sido seguido de esta.
4. Han usado algún método de planificación familiar, en donde la depoprovera y las géstatenos orales sobresalieron en su uso.

XII. RECOMENDACIONES

Al equipo de dirección de la unidad de salud de san Antonio

Formar un club de adolescentes con actividades educativas, deportivas y de consejería. (Incluyendo a adolescentes de las aldeas).

Crear un servicio especial para atender a los padres de adolescentes en consejería.

Gestionar para contratar a un profesional en Psicología para poder abordar a esta población.

A la alcaldía municipal

Gestionar y crear un fondo resolvente para apoyar proyectos económicos con adolescentes. (Especialmente de las aldeas).

A las ONG en el territorio:

Enfocar su atención en adolescentes de las aldeas.

Capacitar al personal de Enfermería sobre la utilización de los métodos anticonceptivos

Para que orienten a las adolescentes acerca de la utilización de los mismos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1-Programa de Naciones Unidas, Informe Mundial de Desarrollo Humano.

En <http://Intn.pnu.org>.

2- Organización de Naciones Unidas, conferencia sobre población y Desarrollo El Cairo ONU, 1994.

3-Biblioteca de Naciones UNIDAS [http// www.uv.es](http://www.uv.es).

4-Programa Municipal de La Infancia y Juventud COMVIDA, Choloma, Cortes.

OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, CANADA.

5-AA.VV. La Juventud en Iberoamérica: Tendencias y Urgencias, CEPAL, Organización Iberoamericana de juventud Chile.

6- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones Y Estudios de la Salud,

Maestría en Epidemiología 2002-2004, Tutora. AlicePineda Whitaker, MSC en Desarrollo Rural Eco sostenible, Autores Santos Marlene Montes. Héctor Armando Escalante.

XIII. ANEXOS

TABLA No. 1

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012.

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%
10-13	1	0.7
14-16	54	38
17-19	87	61.3
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ESTADO CIVIL. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Union Libre	98	69
Soltera	31	21.8
Casada	11	7.7
Viuda	2	1.4
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN PROCEDENCIA.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
Aldeas	89	62.7
Barrios	52	36.6
Caserios	1	0.7
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 4

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ESCOLARIDAD.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Primaria	106	74.6
Secundaria	32	22.6
Tecnico	2	1.4
Ninguna	2	1.4
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 5

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN RELIGION.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

RELIGION	FRECUENCIA	%
Catolica	87	61
Evangelica	47	33.1
Ninguno	8	5.6
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGUN HACINAMIENTO.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

PERSONAS QUE VIVEN EN UN CUARTO.	FRECUENCIA	%
< de 3	17	12
> de 3	124	87
N.R.	1	1
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 7

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN INGRESO FAMILIAR. . EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

INGRESO FAMILIAR	FRECUENCIA	%
< de 3,000 Lempiras	9	6
3,001-4,500	103	73
4,500-5,500	29	20
N.R.	1	1
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 8

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ANTECEDENTES DE EMBARAZO FAMILIAR. . EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS ENERO-DICIEMBRE 2012

ANTECEDENTES DE EMBARAZO FAMILIAR EN < DE 18 ANOS	FRECUENCIA	%
Madre	46	32.4
Hermana	25	17.6
Tia	27	19
Otros Familiares	9	6.3
Ninguno	35	24.6
TOTAL.....	142	100

TABLA No. 9

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN COMUNICACIÓN CON PADRES. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CHOLOMA CORTES-HONDURAS ENERO-DICIEMBRE 2012

COMUNICACIÓN CON PADRES	FRECUENCIA	%
Buena	70	49.2
Regular	67	47.2
Mala	5	3.6
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 10

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD DE MENARQUIA. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS ENERO-DICIEMBRE 2012

EDAD DE MENARQUIA	FRECUENCIA	%
10-13	84	59.2
14-16	58	40.8
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 11

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD DE LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CHOLOMA CORTES-HONDURAS

ENERO-DICIEMBRE 2012

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	%
10-13	2	1.4
14-16	82	57.7
17-19	58	40.8
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 12

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN NUMERO DE EMBARAZOS. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

NUMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	%
1	39	27
2	57	40
3 O MAS	44	32
N.R.	2	1
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 13

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS . EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS ENERO-DICIEMBRE 2012

METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS	FRECUENCIA	%
Depoprovera	37	58
Gestagenos Orales	23	36
DIU	3	5
Ninguno	1	1
TOTAL.....	64	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 14

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN VIOLENCIA PSICOLOGICA RECIBIDO. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

VIOLENCIA PSICOLOGICA RECIBIDO	FRECUENCIA	%
Si	35	25
No	106	74
N.R.	1	1
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 15

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN VIOLENCIA FISICA RECIBIDO. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

VIOLENCIA FISICA RECIBIDO	FRECUENCIA	%
Si	10	7
No	132	93
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

TABLA No. 16

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN VIOLENCIA SEXUAL RECIBIDA. EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

VIOLENCIA SEXUAL RECIBIDO	FRECUENCIA	%
Si	4	3
No	137	96
N.R.	1	1
TOTAL.....	142	100

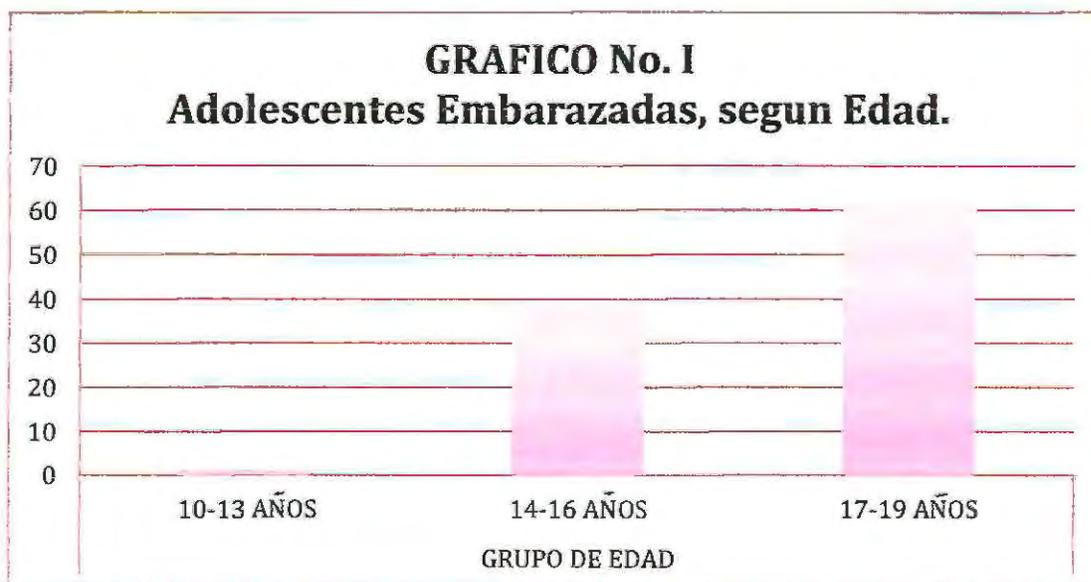
FUENTE: Encuesta

TABLA No. 17

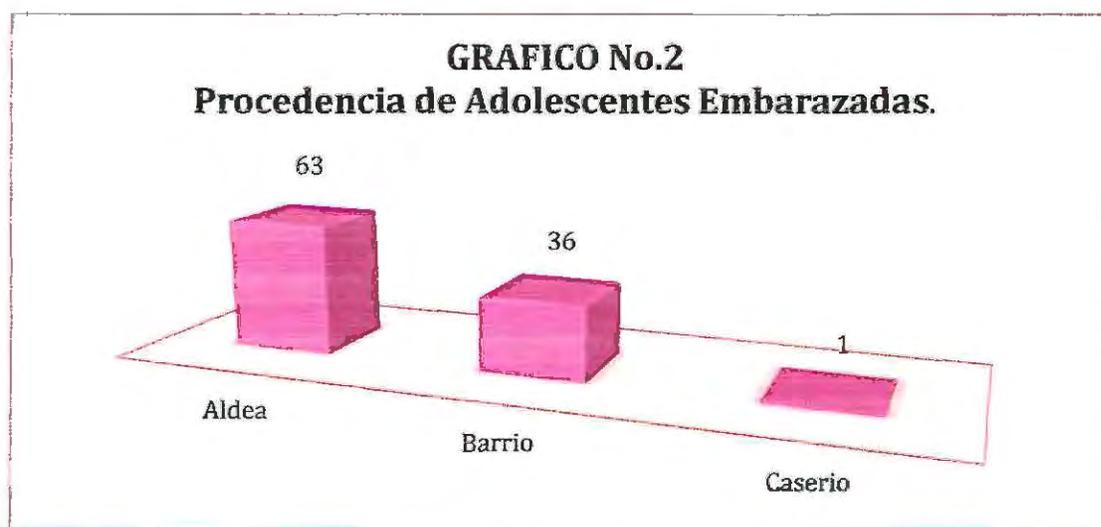
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN AGRESOR .
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CHOLOMA CORTES-HONDURAS. ENERO-DICIEMBRE 2012

AGRESOR DE VIOLENCIA SEXUAL	FRECUENCIA	%
Familia	2	50
Particulares	2	50
TOTAL.....	142	100

FUENTE: Encuesta

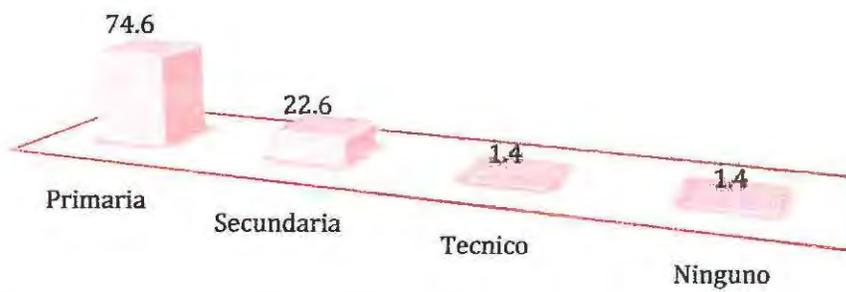


fuentes: Tablas



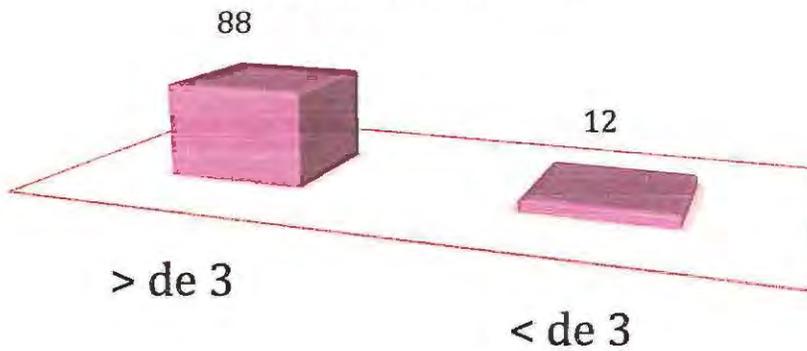
Fuente: Tablas

GRAFICO No.3 Escolaridad de Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Tablas

GRAFICO No.4 Adolescentes Embarazadas que viven en Hacinamiento



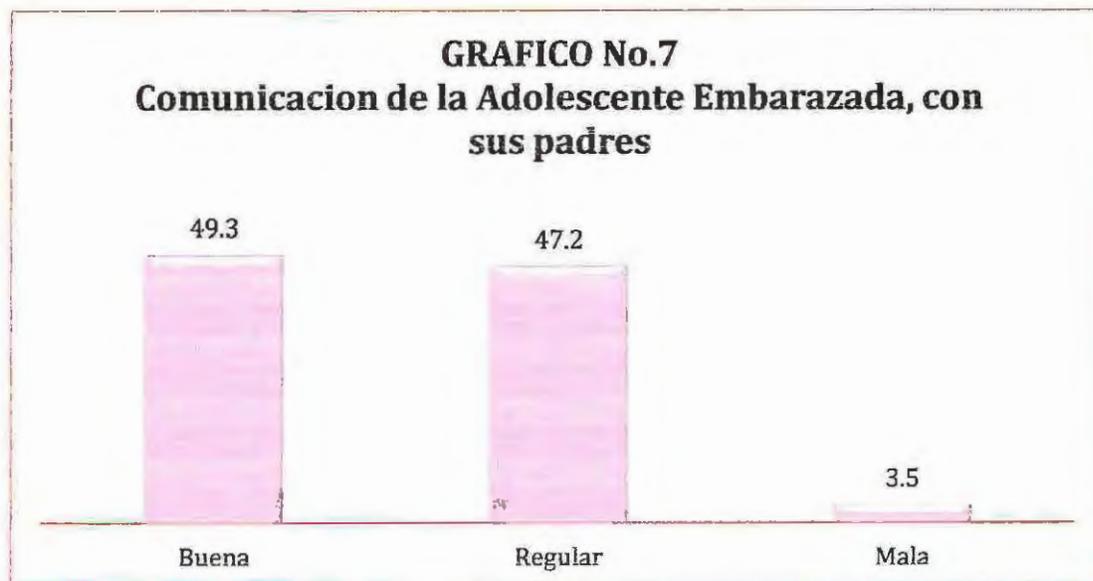
Fuente: Tablas



Fuente: Tablas



Fuente: Tablas



Fuente: Tablas



Fuente: Tablas

GRAFICO No.9
Edad de Primera Relacion Sexual de la Adolescente Embarazada

