



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2003-2005

TESIS

**SITUACIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR
ABUSO SEXUAL,
CLINICA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TEGUCIGALPA D.C. HONDURAS
2004 - 2005**

AUTORES:

**Dr. Héctor Emilio Galindo Castellanos
Dra. Marlene Henríquez Starkman**

TUTOR: M.sp. Lic. Manuel Martínez

**Ocotal Nueva Segovia
Nicaragua Abril 2005**

INDICE

	Página
i. Dedicatoria	
ii. Agradecimiento	
iii. Resumen	
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	6
IV. Planteamiento del Problema	9
V. Objetivos Generales y Específicos	10
VI. Marco Teórico	11
VII. Diseño Metodológico	20
VIII. Resultados	21
IX. Análisis de resultados	24
X. Conclusiones	27
XI. Recomendaciones	29
XII. Bibliografía	32
XIII. Anexos	36

DEDICATORIA

- A Dios primeramente por haberme guiado diligentemente, a través de los conocimientos obtenidos y puestos en práctica con la colaboración de esta tesis.
- La cual dedico a la población en general, ya que en algún momento nuestra vida nos enfrentamos a un momento de violencia, intrafamiliar y nos encontramos en situaciones de no poder dar respuesta a una adolescentes, es por ello que dejara plasmados este estudio para fortalecer esos interrogantes que nos hacen victimas de una violación y de un embarazo no deseado.
- A nuestros padres por su apoyo incondicional antes, durante y después de mi post-grado, disponibilidad para seguir estudiando, profundizando mis conocimientos en el área de salud.
- A nuestros cónyuges y a nuestros hijos por el apoyo económico, moral y espiritual brindado.
- A los pacientes que incondicionalmente nos brindaron datos confidenciales esperando recibir propuestas que den respuestas a sus futuros inciertos en el entorno en el cual viven, se desarrollan y desarrollaran esos niños futuro de nuestro país.

AGRADECIMIENTO

- A nuestro tutor quien incondicionalmente nos brindó en todo momento apoyo técnico, moral y espiritual, Master en salud publica Manuel Martinez.
- Al Dr. Miguel Orozco por su apoyo técnico, Dra. Martha Gonzalez, Dra. Alma Lila Pastor y a todo el personal técnico administrativo del CIES.
- Al personal técnico de la clínica de atención al adolescente del Hospital Materno Infantil
- A todas las personas que nos brindaron y nos apoyaron en forma incondicional en la recopilación de datos.

RESUMEN

Este es un estudio cuantitativo sobre la situación de las adolescentes embarazadas por abuso sexual en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa Honduras Centro América, en un periodo comprendido entre Junio del 2004 al primer trimestre del 2005.

Propósito

Dar a conocer los datos recopilados en este periodo hemos basando nuestra tesis tomando en cuenta algunos artículos bibliográficos a fin de comparar con otros países datos estadísticos sobre en donde las condiciones y estilos de vida son similares a los de nuestro país.

Viabilidad

Es importante destacar que la viabilidad del estudio fue posible gracias al apoyo técnico y recopilación de datos a los referimos en el marco de referencia el cual, dejo evidenciar que el abordaje del problema quede plasmado en los datos obtenidos durante se realizo la investigación.

Objetivo del Estudio

Es entregar una sólida comprensión de la atención que se brindó a las adolescentes embarazadas y abusadas sexualmente e el Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa Honduras C.A. Junio 2004 al primer trimestre 2005.

Factibilidad del Estudio

El estudio fué factible ya que se dispuso de fondos autofinanciados y recursos humanos con la disponibilidad y actitud de alcanzar la finalización de esta investigación así como insumos necesarios para la finalización del mismo

Fin del Estudio

Entregar a la población, a los servidores de salud en los diferentes niveles jerárquicos y a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales datos reales sobre la situación incierta que viven las adolescentes expuestas a factores de riesgo de ser abusadas sexualmente y posteriormente con un embarazo no deseado.

I. INTRODUCCIÓN:

El crecimiento de los principales centros urbanos del país ha demostrado un aumento significativo como consecuencia de las corrientes migratorias del campo a la ciudad.

Esta concentración rápida prácticamente desbordo la capacidad de la absorción de los sistemas formales de provisión de viviendas, infraestructura, servicios y empleos, obligando a más de la población urbana a vivir en zonas marginales, barrios bajos, colonias periféricas carentes de servicios básicos.

El alto grado de pobreza, desempleo precariedad sanitaria, degradación de los servicios de la salud pública, desnutrición infantil y por ende en adolescentes.

A si como la desintegración familiar, aumentan como consecuentes de la situación los índices de violencia intrafamiliar así como también los abusos violentos sexuales que dejan un embarazo no deseado en una mujer en edad temprana la cual aun por su grado de inmadurez en sus órganos sexuales reproductivos se ven expuestas a factores de riesgo de muerte por cualquier causa presente en una mujer en edad fértil, así como inestabilidad en su estado económico, educativo, psicológico y social.

El estudio esta dirigido a esta población expuesta que a diario es atendida en las diferentes unidades de salud o control prenatal y en particular en clínicas de atención al adolescentes, pasando desapercibida, el porque de su embarazo, por continuar manteniendo un silencio al

que ha sido sometida por paradigmas propios de nuestros pueblos que aun no captan la importancia de romper el silencio y denunciar al agresor.

Es importante destacar que aun no existen, datos que revelen la realidad en nuestro país, ya que los aspectos socio cultural no permiten la relevancia de lo que implica el abordaje de este problema y existe un silencio en los casos que aquí se detectan.

En este trabajo se realizó un estudio de situación de casos, con el propósito de verificar las circunstancias que viven las adolescentes, embarazadas y abusadas sexualmente con la finalidad de hacer un aporte en nuestro país y el cual impacte al nivel político y puedan hacerse mejores intervenciones en los diferentes entornos de donde proceden la mayor parte de casos, atendidos en la Clínica de Adolescente del Hospital Materno Infantil, el cual es un Hospital de Referencia, esperamos que este trabajo motive al personal de salud a continuar diariamente vigilando las etapas que viven nuestras mujeres, los cuales sean impulsadas a romper el silencio de abusos sexuales a las que diariamente están expuestas y por lo cual inician una vida de sufrimiento físico, moral y espiritual.

II.- ANTECEDENTES

A través de décadas se han documentado actos de violencia contra la mujer, sobre todo en adolescentes por su condición, física, emocional, psicológico y espiritual, ayudando a esto el aumento demográfico en las grandes ciudades, las cuales supuestamente ofrecen, estilos de vida mejores, en donde predomina el consumismo, la influencia de medios de comunicación, el Internet y por ende el aumento de barrios marginales en donde la población, vive en hacinamientos, según datos estadísticos de necesidades básicas insatisfechas.

Es por ello que como hipótesis suponemos, que el predominio de abuso sexual ocurre predominantemente en familias extensivas en donde, el primo que vive en el área rural viene a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, por su desempleo, por su trabajo por comida y por su desempleo formal, se le delega el cuidado de sus primas adolescentes, u otras que viven en este hacinamiento.

Uno de los casos históricos con mayor impacto es el de Lima Medina quien a sus 2 ½ años desarrollo, acostumbrada su madre a este hecho no busca explicación y se inicia un abuso sexual, hasta quedar embarazada , a la edad de cinco años, atribuyendo su embarazo a una razón mística, en donde finalmente buscan ayuda medica, por el aumento de fondo uterino, explicando un embarazo de 8 meses, quien, es captado por un doctor en la ciudad de Perú aduciendo, como primer culpable a su padre, quien refiere que lo mas seguro, el abusador o agresor fuese un hermano, con problemas de retraso mental , quien hubiere abusado de Ella, al igual que otras victimas. Sus datos que son escritos para que se conozcan a través

del tiempo sumiéndola siempre a vivir en la pobreza, casi en la indigencia, a pesar de las miles de ofertas ofrecidas por los organismos gubernamentales y no gubernamentales. Aun persisten esfuerzos por investigar quien fue realmente el agresor.

Es por ello que el abuso sexual, el incesto o cualquier otro nombre que se le atribuya a este hecho, no mejora, en torno a las leyes que se han establecido, y los alcances que han alcanzado valga la redundancia organizaciones como el Instituto de la mujer, la ley contra la violencia domestica, lo cual es elaborado por hombres.

Dentro de los antecedentes es importante que en la revisión de otras tesis dirigidas a mujeres que venden sexo han sido abusadas sexualmente por algún familiar, y han salido o escapado de sus hogares por falta de apoyo, razón por la cual, dan en adopción su hijo, y su estado depresivo lo enmascaran prostituyendose, y tratando de ganar poder a través de la depreciación de valores morales, por la perdida de ellos desde temprana edad. Volviéndose insensibles, infelices, insatisfechas, todo secundario a una falta de atención familiar por desintegración familiar, por falta de afecto aceptan ser victimas, por su baja estima, es por ello que libros como la psicología comunitaria hace un enfoque mayor en la tabla #

Es importante mencionar que en el libro de la O.P.S / OMS sobre modelos de atención integral a la violencia intrafamiliar y rol del sector salud hace un abordaje del problema desde 1993 a nivel de gobierno central de honduras en el cual en un inicio las personal maltratadas mujeres, niños, niñas y adolescentes eran atendidas por un reducido numero de organizaciones de mujeres de la sociedad civil en la ciudad de Tegucigalpa que brindad

servicios especializados de atención psicológica y legal mediante el decreto ejecutivo nº 0079, crea la consejera de familia adscrita al departamento de salud mental de la secretaria de salud que contribuyen a extender la atención a la violencia intrafamiliar a través de los servicios de salud entre 1995 y 1997. Se han habilitado ya 12 conserjerías de familias que funcionan distribuidas en ocho de las 22 regiones departamentales del país. # de articulo de los modelos de atención.

La ley contra la violencia domestica fue aprobada por el gobierno de honduras en septiembre 1997 fortaleciendo los actores de coordinación entre los diferentes actores sociales a nivel macro mero y micro que trabajan en lo de la familia.

Estas conserjerías están ubicadas en las unidades prestadoras de servicios.

Dentro de las funciones establecidas de estas conserjerías esta la evaluación, física y mental de la persona afectada por violencia intrafamiliar.

Conforme a la encuesta de Diana Rusell solo el 6% estuvo frente a un juez demandando que los opresores sexuales en pocas ocasiones son arrestados y encarcelados.

Es importante destacar que una de las ventajas del agresor es el de no ser denunciado por aspectos culturales y sociales de nuestras sociedades tanto urbana, como rural.

III. JUSTIFICACIÓN

- Las altas tasas de adolescentes embarazadas.
- El porque de la impunidad para definir el motivo de ocultar el agresor a pesar del daño ocasionado.
- Cual es el futuro de nuestros niños y niñas del mañana, en nuestro país producto de embarazos no deseados.
- Cuales son las metas que se identificaron por parte de las adolescentes abusadas sexualmente y embarazadas a la vez.
- Hacer un análisis de los datos encontrados que nos lleven a hacer propuestas de intervención en la identificación del problema.
- Investigar sobre los tipos de familia que son sometidas a este tipo de abuso sexual.
Para verificar entorno familiar en donde vive la victima.

Sienten temor a la reacción de otras personas, como las de su familia y de los agentes de salud. Es probable que retrasen o eviten el diagnostico.

Son mas propensos a tratarse por si mismos, lo que es sumamente peligroso por que pueda ser que el síntoma desaparezca.

El tratamiento para que sea eficaz debe ser de acuerdo al manejo sindrónico de algunas ITS ya que no tienen síntomas evidentes en sus etapas iniciales. Las ITS. Sin síntomas son más comunes en las mujeres violadas.

Es importante que la persona que brinda conserjería en las Unidades de Salud (U.S.) sobre salud sexual reproductiva (S.S.R.) mantenga una relación de respeto hacia la persona afectada.

A fin de prevenir el SIDA en el producto de la embarazada, así mismo la vigilancia sobre la prevención de la sífilis congénita a través de la prueba para la confirmación o negación de sífilis en por lo menos 5 controles prenatales.

El programa del adolescente ha elaborado un proyecto sobre SSE en adolescentes embarazadas, el cual esta enfocado a apoyar este grupo poblacional según amerite el caso en donde interviene psicología y trabajo social quienes se comprometen a vigilar el tiempo de embarazo, así como abordar el problema en conjunto con sus familiares a quienes se investigan para definir el tipo de familiar y poder obtener mayor información sobre el bienestar, auto cuidado de la embarazada adolescente así como la del producto. Nuestro estudio revela que el predominio de la embarazada adolescente pertenece a un hogar desintegrado, a un bajo nivel de escolaridad por

falta de recurso económico, por lo que se trabajando con estas adolescentes a formarlas para enfrentar la vida, empezando por explicarles que es un estado fisiológico, para despertar en la adolescente un mejor sentimiento hacia su producto, a través de la enseñanza de la elaboración de un traje para su niño, a fin de integrarlas al campo laboral. Ya que este aspecto es negativo en este momento, por efectos negativos en la participación laboral, ausentismo en los centros de trabajo da como efecto baja productividad y por ende bajos ingresos económicos y de hacer notar que a través del programa del adolescente ya implementado en esta clínica de adolescente la adopción de estos.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta General:

¿Cuál es la situación social y de salud en adolescentes embarazadas por abuso sexual, atendidas en la Clínica de Adolescente del Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa, en el 2004 y primer trimestre del 2005?

Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, económicas y culturales de las adolescentes embarazadas por abuso sexual?
2. ¿Cuál es la relación entre la adolescente abusada y el agresor en el entorno familiar y comunitario?
3. ¿Cuáles son las repercusiones en la salud física y mental de la adolescente embarazada por abuso sexual?
4. ¿Cómo es la actitud de las familias de la adolescente embarazada por abuso sexual?

V. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

5.1. Objetivo General

Analizar la situación social y de salud en adolescentes embarazadas por abuso sexual, atendidas en la Clínica de Adolescente del Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa, en el 2004 y primer trimestre del 2005.

5.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, económicas y culturales de las adolescentes embarazadas por abuso sexual?
2. Valorar la relación entre la adolescente abusada sexualmente y embarazada con el agresor en el entorno familiar y comunitario.
3. Analizar las repercusiones en la salud física y mental de la adolescente embarazada por abuso sexual.
4. Describir las actitudes de las familias de la adolescente embarazada por abuso sexual.

VI. MARCO TEÓRICO:

Honduras es un país con una población aproximadamente de 7 millones de habitantes de los cuales el 25% esta constituido por población adolescente siendo nuestro país el segundo país mas pobre del istmo Centro Americano la estrategia de reducción de la pobreza (ERP) identifica la reducción de la violencia de genero como objetivo de desarrollo de alta prioridad, estudiar recientes muestras que la violencia contra la mujer continua siendo un problema serio en América Latina y el caribe: entre un 30% y 60% de todas las mujeres en edad fértil (MEF) que sufren violencia psicológica cada año y entre el 10% y 30% sufren violencia física. Estas victimas son de alto riesgo y pueden sufrir lesiones relacionadas a fracturas óseas, perdida auditiva y de visión, hipertensión arterial, problemas cardiacos, depresión y embarazos no deseados entre otros.

Estos datos que impactan negativamente en la salud de la población nos hacen reconocer el poco esfuerzo que los sistemas de salud de la región metropolitana han hecho a favor de identificar las victimas de violencia de una manera sistemática.

Por esta razón, el programa de Alianza Banco Mundial-Holanda le ha concedido una beca a la unidad de pobreza de genero (LCSP) para América Latina del Banco Mundial par mejorar la eficacia de los proyectos de salud en Honduras, Nicaragua y Bolivia, a través de la asistencia técnica en el area de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja.

Específicamente esta asistencia técnica fortalece la capacidad del personal de los centros de salud, clínicas materno infantiles para detectar, mejorar y referir efectivamente la causa de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja con este fin, el programa financio la elaboración de una guía para atención a las mujeres que enfrentan violencia en su relación de pareja.

Esta guía básica que le ofrece pauta y lineamiento para facilitar su trabajo en incorporación del problema de la violencia contra la mujer. En la secretaria de salud dado que existen múltiples formas de violencia a fin de ofrecer respuestas específicas a la violencia que ocurre en el contexto de las relaciones de pareja.

La violencia sexual es un problema global generalizada, se encuentra en cada cultura en todos los niveles de la sociedad y en todos los países de l mundo, los datos recopilados de estudios realizados a nivel local y de países indican que en algunas partes del mundo una mujer de cada cinco ha sufrido a lo largo de su vida, por lo menos un intento de violación por parte de una persona allegada a Ella.

Además hasta un tercio de las mujeres describen su primera relación sexual forzada a pesar de que la gran mayoría de victimas son mujeres los hombres, los niños y las niñas de cualquier edad también pueden sufrir una experiencia de violencia sexual.

Que ocurre en el contexto de las relaciones de pareja

La violencia basada en género en el contexto de las relaciones de pareja constituye una de las manifestaciones de abuso más frecuente en nuestra región y el concepto engloba a cualquier tipo de acción u omisión que resulte o tenga la probabilidad de resultar en un daño físico, psicológico sexual o sufrimiento en la mujer y que ocurre en el ámbito de una relación íntima.

Ello quiere decir que puede presentarse en parejas actuales o pasadas, casadas, separadas, divorciadas en unión libre o noviazgo o bien en parejas que sin haber tenido una relación de convivencia hayan procreado hijos o hijas, igualmente pueden afectar a mujeres de distintas etnias, clases sociales, religiones, niveles educativos y lugar de nacimiento, la verdadera magnitud del problema no se conoce, sin embargo, existen datos coincidentes aportados por estudios de violencia realizados en diferentes países latinoamericanos donde se evidencia que una de cada dos mujeres ha experimentado en el pasado o sufre en el presente de violencia en el contexto de las relaciones de pareja tomando en cuenta que por múltiples factores o razones personales comunales o sociales, las mujeres afectadas no siempre tienen la oportunidad de acudir a servicios especializados en la atención del problema. (Con atención psicológica, asesoría y acompañamiento legal entre otras).

El sector salud constituye una instancia estratégica para la detección oportuna, en este sentido usted como proveedor o proveedora de servicios de salud se encuentra

en circunstancias potencialmente favorables para desempeñar un papel valioso en la identificación de experiencias de violencia la elaboración de planes de seguridad en situaciones de peligro y en posteriores coordinaciones que promuevan el ejercicio de los derechos humanos para todas las mujeres.

Además tomando en consideración el tipo de trabajo que realizo (servicios de atención directa), se requiere también, que la historia de la violencia se integra a la consulta de cada mujer afectada con el objetivo de trabajar integralmente los problemas de salud, incidir en las causas reales de los síntomas y no medicar aquella que no corresponden a un problema clínico.

¿Qué es la violencia o abuso sexual?

Es una agresión sexual que se realiza en contra de la voluntad de quien la sufre irrespetando su integridad y dignidad como ser humano.

Entendiéndose por violación como la introducción del pene ya sea por la vagina, por el ano o por la boca, usando para ello la intimidación, violencia o amenaza de causarnos más daños a nosotros o algún pariente nuestro.

El nuevo código penal establece una pena de nueve (9) a trece (13) años de reclusión por el delito de violación en aquellos casos en que la víctima es menor de 12 años o mayor de 70 años.

Cuando la violencia se comete por más de una persona o por alguien reincidente la pena es de 15 a 20 años de reclusión. El código penal también considera como agresiones sexuales otros actos de lujuria sancionándolos con 3 a cinco años de reclusión.

Si los actos de lujuria consisten en la introducción de un objeto en la vagina o en el ano, la pena será de 9 a 13 años de reclusión.

Un avance significativo en estas reformas lo constituye el hecho de que queda eliminada la figura del perdón expreso, mediante el cual la víctima pide a sus representantes, padres o tutores tenían la oportunidad de otorgar dicho perdón al agresor, ya fuera por dinero, casamiento u otras. Permitiendo de esta manera que el mismo agresor exento de toda responsabilidad criminal.

Por otro lado mediante estas reformas la jueza o el juez quedan facultados para actuar sin necesidad de que la ofendida denuncie la violación o petición del ministerio público del alcalde municipal o de cualquier persona que denuncie al hecho.

¿Quiénes son las agredidas y quienes son los agresores?

Las víctimas de violación pueden ser mujeres, en nuestro estudio adolescentes entre 12 a 17 años con mayor incidencia en las edades comprendidas entre los 13 a 14 años de edad no así al agresor no le interesa la edad ni el nivel económico.

Sin embargo, según datos estadísticos somos las mujeres las principales víctimas. De cada 10 personas violadas 7 son mujeres de cualquier edad.

Los violadores pueden ser personas completamente desconocidos, amigos y hasta familiares en nuestro estudio se obtiene que el que más arremete a nuestras adolescentes en estudio fue el primo en primer lugar y en segundo lugar el padrastro.

Para agredir sexualmente a una adolescente no es necesario estar enfermo o loco.

Consecuencias de una agresión sexual.

La agresión sexual nos causa daño físico y psicológico por lo que toda nuestra vida puede ser alterada.

Una recuperación definitiva puede lograrse pronto o puede que no se logre nunca, por eso es que para superar la crisis sufrida como consecuencia de una violación además del apoyo de nuestros familiares y amigos necesitamos la ayuda profesional de personas que tienen conocimiento del trauma relacionado con el tipo de agresiones.

En este estudio se hace un enfoque directo sobre la situación de la adolescente con abuso sexual y embarazo a ser un impacto de violencia intrafamiliar, en edades de 12 a 13 años.

La salud sexual reproductiva se ve afectada por un embarazo no deseado y que también a agregado a este estado psicológico se contemple también la contaminación de ITS/VIH SIDA, trastornos ginecológicos, abortos en condiciones de riesgo, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica inflamatoria en estos casos y bajo el dictamen medico forense se determine provocar el aborto ya que aun en nuestro país no esta aprobado el aborto espontáneo pues ha sido tema de discusión en el congreso legislativo en donde participa la iglesia como opositora al aborto. Razón por la cual muchos adolescentes quedan embarazadas resignadas al alumbramiento bajo un futuro incierto por temor a denunciar por represalias por parte del agresor, por temor a los padres, al esposo, al novio o compañero por vergüenza o pena, por sentimientos de culpabilidad creyendo que los adolescentes son los que provocan la violación.

Por miedo a la reacción de la sociedad o sea de nuestros conocidos, por proteger a parientes violadores, por desconocer la identidad del violador ver grafico, por no saber que hacer .

En cuanto a la salud sexual y reproductiva el sector salud ha creado programas independientes pero que integran el mismo fin, o sea siempre trabajando como un

sistema integrado prestando atención en forma oportuna a través de un equipo multidisciplinario, es por ello que se han creado las clínicas del adolescentes a nivel de las unidades de salud del país manteniéndose como piloto la región metropolitana en donde esta ubicada nuestro estudio. Dadas estas condiciones, la clínica del adolescente brinda servicios de consejera previa de VIH/SIDA, lo cual ya esta formado para toda mujer embarazada sobre todo si es captada antes de las 20 semanas.

Es así que la victima posterior a la conserjería, que da a opinión de la abusada el continuar el caso del acusado a la gravedad del mismo.

Existen organizaciones como la casa de la mujer, el instituto de la mujer, asociación de mujeres “Visitación Padilla” y otras ONGs organizados trabajando en prevención de la violencia intrafamiliar. Es por ello que hace tres años surge el programa sobre la formación de salud sexual del hombre a través del proyecto. Promoción de la vasectomía sin bisturí y el modo de atención al hombre a nivel institucional, y comunitario en el proyecto

Se ha capacitado personal de los centros de salud con mayor demanda de atención a fin de prevenir que el hombre sea mas violento y agresor sexual ya que estos victimarios de los agresiones sexuales son generalmente hombres corrientes y comunes es poco lo que sabe de los agresores y de los que se sabe algo es de los

que son denunciados, arrestados, enjuiciados, condenados y encarcelados según dictamen judicial.

La Secretaria de Salud a través del Programa de Atención Integral al Adolescente el cual funciona desde hace aproximadamente 8 años implementando en las diferentes regiones de salud las normas de atención Integral al Adolescente así como manuales sobre consejería de atención en Salud Sexual Reproductiva dirigida a los adolescentes, en donde se hace un abordaje Integral de los problemas Psicológicos, Sociales, Biológicos y físicos que a diario el adolescente demanda en las clínicas de atención al adolescente ubicada en las Unidades de Salud, desde hace aproximadamente un año se ha implementado el Programa de Atención Integral al Hombre promoviendo la Salud Sexual y Reproductiva así como aspectos de masculinidad y violencia intrafamiliar con el propósito de disminuir los índices de violación y abuso sexual, el programa hace un enfoque hacia el personal institucional sobre autocuidado con la finalidad que las personas que brindan atención estén capacitadas para atender a los hombres que demanden del servicio por diversas causas, se pretende crear unidad de sensibilización en los ámbitos institucionales y comunitarios a fin de crear entes multiplicadores que le den sostenibilidad al programa en cada unidad de salud, este programa ha integrado aspectos con el programa del adolescente ya que es la población con alto de riesgo de enfermar por (ITS) Infecciones de Transmisión Sexual y Violencia Intrafamiliar, con este logro la Secretaria de Salud como ente regulador pretende disminuir de abuso sexual, violación y embarazos en la población adolescente.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio:

Es un estudio cuantitativo de la situación social y salud de adolescentes embarazadas por abuso sexual, que fueron atendidas en la Clínica de adolescentes del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa Honduras, en los 2004 y primer trimestre del 2005.

Universo.

Son todas las adolescentes embarazadas por abuso sexual que asistieron y que fueron atendidas en la clínica del adolescente del Hospital Materno Infantil, durante el año 2004 y el primer trimestre del 2005.

Marco Muestral:

Se incluyeron todas las adolescentes embarazadas por abuso sexual que asistieron a consulta de la clínica del adolescentes Hospital Materno Infantil, que son referidas de diferentes sectores de la Región Metropolitana 2004 – y primer trimestre del 2005.

La clínica de adolescente se encuentra ubicada contiguo a la consulta externa de ginecología del Hospital Materno Infantil, que es un hospital nacional de referencia de todo el país. La clínica cuenta con una ginecóloga, una psicóloga, una enfermera profesional y una enfermera auxiliar. Cuenta con un espacio para brindar atención médica y psicológica y con una sala de espera dotada de televisor VHS, material educativo sobre salud sexual y reproductiva.

VIII. RESULTADOS

1. El porcentaje de adolescentes abusadas sexualmente durante el periodo del estudio comprendido desde Junio del 2004 al primer trimestre del 2005. fue de 27 casos (100%) tomando en cuenta las edades de 12 – 19 años, a pesar que la OMS consideró la adolescencia desde los 10 a los 19 años.
2. Se encontró que el agresor más frecuente según el estudio es por un primo (11) un 66% de las 27 adolescentes embarazadas en el estudio.
3. La edad mas frecuente en que la adolescente es abusada sexualmente y embarazada es de los 13 años (5) o sea 18.5% al igual que las de 14 años (6) con un 22.2%.
4. Se encontró que la adolescente dedicada a los estudios es la más frecuentemente abusada sexualmente (13) 48.1% y las dedicadas a los oficios domésticos es el grupo que ocupa el segundo lugar de las abusadas sexualmente (11) 40.7% todas las adolescentes embarazadas siempre tenían algún grado de escolaridad, a pesar de ello se observó que las que se dedicaban al estudio eran las mas abusadas sexualmente.
5. Se encontró que del 100% (27) adolescentes en el estudio el 70.4% pertenecían a la religión católica y que el 29.6% a alguna religión protestante.

6. Del 96.3% de las adolescentes en el estudio representado por 4 Vivian en hacinamiento factor oportuno para una violación.
7. Del 100% de las adolescentes abusadas sexualmente solo el 44.4 Vivian con sus padres lo cual nos permite analizar el factor que hay de la desintegración familiar en el hogar.
8. En un 85.2% se encontró que el jefe del Hogar era la Madre, y que el 88.9% Vivian donde un hermano o hermana con su madre y que el 25.9% (7) Vivian con algún otro familiar.
9. Se encontró que los abuelos maternos o paternos tienen un rol importante en la vida de los adolescentes ya que del 100% el 29.6% (8) Vivian con su abuelo o abuela.
10. Se encontró que el 63% de las adolescentes abusadas en el estudio no tuvieron el apoyo o no les creyeron sus familiares, mientras que en el 37% tuvieron un apoyo algunas veces condicionado por falta de credibilidad o por factores culturales asociados etc,
11. En cuanto a los daños en los órganos sexuales en la adolescente por violación se encontró que del 100% tenían daños, ya que el 70.4% presento traumas físicos o sea golpes, hematomas en su cuerpo, el 18.5% presentó sangrado vaginal por desgarró y que el 11.1% con infecciones de transmisión sexual todos negativo por VIH/SIDA

12. Se encontró que el agresor con predominio del abuso sexual a las adolescentes fue un vecino de la comunidad con el 44.4%, y que el 37% fue un miembro de la familia especialmente un primo, y el 18.5% se trato de una persona desconocida, según hipótesis encontrado en el marco referencial es un líder comunitario (pastor, lideres patronales, policías etc) o sea un desconocido con algún grado de poder.
13. En los daños psicológicos a las adolescentes embarazadas derivados del abuso sexual se encontró que el 55.6% decidió tendrían a su bebe, en el 29.6% decide regalar al bebe y en un 14.8% decide darlo en adopción.
14. Encontramos que del 100% de las adolescentes que fueron abusadas sexualmente solamente el 51.9% si denunció a su agresor, pero el 48.1% no denunciaron a su agresor por temor, intimidación o represalias por parte de su agresor.
15. Las edades mas frecuentes del agresor que provoca un abuso sexual a las adolescentes de acuerdo al rango tomado es entre los 20 y 30 años con un 17.5% de frecuencia.
16. Se observó que a mayor grado de escolaridad menos es la probabilidad de una adolescente de ser abusada sexualmente, y que las adolescentes procedentes del area rural son las que con mayor frecuencia y facilidad son victimas de un abuso sexual por parte de los agresores

IX. ANÁLISIS DE DATOS:

Al obtener toda la información, Se realizó los cruces de variables y del análisis correspondiente a cada objetivo que se han considerado, y se compararon con los datos del marco teórico de referencia.

Muestra:

El 100% de la muestra fueron las 27 adolescentes atendidas en dicha clínica por embarazo provocado por abuso sexual. Sólo se tomó en cuenta a las adolescentes en el rango de edad de doce a diecinueve años. Que se entrevistaron en un período de 15 meses, que acudieron a la clínica del adolescente del Hospital Materno Infantil que cumplían con los criterios de selección del estudio que se realizó.

Criterios de selección:

De Inclusión: Todas las adolescentes embarazadas por abuso sexual, comprendidas entre doce y diecinueve años, que asistieron a la clínica del adolescente del Hospital Materno Infantil en la Ciudad de Tegucigalpa DC 2004 y primer trimestre del 2005.

De Exclusión: Todas las adolescentes embarazadas que no fueron abusadas sexualmente y que asisten a control prenatal en la clínica del adolescente.

Unidad de análisis:

Adolescentes atendidas por embarazo y abuso sexual entre 12 y 19 años, que asistieron a la clínica del adolescente del H.M.I.

Variable en estudio:

Objetivo # 1: Características sociodemográficas, económicas y culturales.

Objetivo # 2: Relación entre la adolescente embarazada abusada y el agresor.

Objetivo # 3: Repercusiones en la salud de la adolescente embarazada y abusada.

Objetivo # 4: Actitudes de los familiares con relación a las adolescentes embarazadas por abuso sexual.

Fuente de obtención de datos:

La recolección de la información se obtuvo directamente de la adolescente abusadas sexualmente, en forma confidencial como entrevista aplicando el cuestionario previamente elaborado. Fueron captadas por la enfermera profesional Y la Psicóloga quienes las citaban los días miércoles para realizar dicha entrevista.

Trabajo de terreno:

- Visita a la clínica del adolescente, se entrevistó con el personal para llevar a cabo la socialización del estudio con las autoridades correspondientes, como ser el Director del hospital, el epidemiólogo del hospital el jefe de sala y el personal labora en dicha clínica, explicando el motivo del estudio y solicitando su colaboración.
- Aplicaciones del cuestionario a las pacientes en estudio que son citadas cada miércoles para el control de su embarazo. En los años 2004 – y primer trimestre del 2005.

Técnica aplicada:

Entrevista confidencial personal en forma de cuestionario a las adolescentes embarazadas por abuso sexual.

Procesamiento de datos:

Se recopiló toda la información, luego fue vaciada en una matriz de datos y se procesaron en Epi Info, Word, y Power Point, para obtener el cruce de variables y las gráficas de las mismas.

X. CONCLUSIONES

- Las adolescentes abusadas sexualmente y embarazadas aun no tienen metas definidas sobre sus aspectos económicos y sociales a los cuales se expondrán post parto
- Estas jóvenes se observaron con actitudes de tristeza , soledad y abandono por parte de sus familias por carecer de políticas de gobierno que verdaderamente apoyen financieramente a este grupo de victimas de abuso sexual y embarazos.
- Es importante destacar que en otros estudios se ha encontrado que la mayor parte de prostitutas han sido en algún momento adolescentes abusadas y embarazadas
- Es necesario promover la integración familiar a traves de campañas educativas y leyes que fortalezcan la responsabilidad paterna, a fin de dar seguridad social a las adolescentes que viven en una sociedad contaminada a traves de medios de comunicación
- Aconsejar en forma amigable no coercitiva por parte de las personas con las que conviven estas adolescentes abusadas sexualmente

- Valorar cualquier acto que se atreve a delatar un adolescente, ya que el estudio concluye que en la mayor parte de los casos no se les cree el momento del abuso sexual, mas bien hay un rechazo y critica y censura hacia la victima y defendiendo en la mayor parte de las veces al agresor por temor, intimidación o por problemas económicos en donde el agresor es el proveedor de los gastos familiares

XI. RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN

- Apoyo incondicional a las madres abusadas sexualmente
- Asistencia a los servicios de salud adecuados a padres e hijas “Sueños Compartidos”
- Educar a nuestros hijos de la preservación de valores morales ante cualquier situación que ponga en riesgo la preservación de la vida
- Vigilancia de nuestros hijos ante la identificación de factores de riesgo que causen este daño en cualquier adolescentes agredida

RECOMENDACIONES A LOS SERVIDORES DE SALUD

- Promocionar los servicios de salud sexual y reproductiva a fin de disminuir que se incrementen las tasas morbimortalidad por diversas causa en este grupo de población
- Sensibilizar al personal institucional y comunitario del dramático impacto que causa en una adolescente este efecto que marca su vida
- Adaptar los programas de auto ayuda en la que las adolescentes superen esta etapa y se integren a vivir en una comunidad saludable
- Monitorear y evaluar estos programas sistemáticamente y analizando la situación para toma de desiciones eficientes eficaces y efectivas

RECOMENDACIONES A LOS GOBIERNOS CENTRALES

- Prevención de un entorno saludable fortaleciendo las comunidades con implementación de campañas dirigidas a esta población en riesgo para romper el silencio y actuar en forma oportuna
- Crear políticas de estado no de gobierno que garanticen la sostenibilidad de adolescente que reciban mayor protección ante una situación de la presentada en el estudio
- Fortalecer las clínicas de adolescentes en cada US del País con mas recurso humano especializado y económico para crear espacios físicos para mejorar los grupos de auto ayuda
- Crear políticas de estado que supervise la tecnología actual a la que se exponen nuestros adolescentes a través de diversos medios de comunicación en todo el país de acuerdo a su estrato social
- Empoderar alas comunidades del problema creando políticas de salud que fortalezcan la responsabilidad paterna

XII.-BIBLIOGRAFIA .

1. Annar, Amar Jose Universidad del Norte, apartado aereo 1569, Barranquilla Colombia, del Libro Psicología Comunitario, Pagina 75 – 87
2. Conclave de F. Freitas M. (1995) Participación organica y conclave. Desarrollo comunitario en “Paz de Azúcar”. Caracas Venezuela, Universidad Central de Venezuela, Escuela de Psicología, Tesis de Bachillerato.
3. Como promover la igualdad de genero a través de los dictámenes psicosociales de consultor jurídico popular, Dra. Giaconda Batrez Mendez. 20 Junio 2001.
4. Compendio de Leyes sobre los derechos de la Mujer, Ley contra la violencia domestica, convenio de Belén Do Pará, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer, Ley de igualdad de oportunidades.
5. Código de la niñez y la adolescencia.
6. Código Sanitario
7. Constitución de la Republica

8. Debora Boyer es profesora asociada de Investigación del Programa de Estudios de la Mujer, Universidad de Washington en Seattle. Este artículo fue publicado en la edición de noviembre/diciembre de 1995 del Boletín del Centro Nacional de Recursos para el Abuso Sexual Infantil (NRCCSA News), del Centro Nacional para el Abuso y Descuido Infantil de Estados Unidos Traducido y difundido con autorización de la autora por: Laura E Asturias Guatemala.
9. Derechos Procesales de mujeres que sufren violencia domestica pagina 20
10. Epidemiología Básica R. Booglehole, R. Bonita, T. Hjellstron, como perfeccionar sus conocimientos sobre epidemiología, pagina 151 – 158., tipos de estudios en epidemiología Pagina de la 53 – 57
11. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF – 2001
12. Encuesta Nacional de Salud Masculina ENSM – 2001
13. Fragmentos del ensayo Sexual coerción and women's reproductive health, presentado en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, en El Colegio de México, de próxima publicación. Traducción: Manuel Zozaya Fuente: Tomado del documento "Embarazos producidos por la violación o incesto: ¿Es el aborto la solución?", resumen de los estudios estadísticos realizados y que aparecen en el libro Aborted Women: Silent No More de David C Reardon

14. Francke, *The Ambivalence of Abortion* (New York: Random House, 1978) 895, 167; Reardon, *Aborted Women -Silent No More* (Chicago: Loyola Univer'sity Press, 1987), 51, 126 Zakus, "Adolescent Abortion Option," *Social Work in Health Care*, 12(4):87 (1987)
15. Libro de la Ginecología de Williams, Artículo sobre abuso sexual mas reconocida por la academia de Ginecologia mundial sobre abuso sexual a los 5 años
16. La Ley especial sobre SIDA en Honduras, aprobada en septiembre de 1999, establece la educación sexual como obligatoria en las escuelas
17. Manual de Normas de atención Integral al Adolescente.
18. Manual de normas sobre conserjería de Salud Sexual Reproductiva para adolescentes.
19. Manual de Normas para el abordaje de la Sífilis Congénita, diagnostico clínico de Sífilis precoz
20. Maloof, "The Consequences of Incest: Giving and Taking Life" *The Psychological Aspects of Abortion* (eds Mall & Watts, Washington, DC, University Publications of America, 1979) 84-85

21. Mahkorn, "Pregnancy and Sexual Assault," *The Psychological Aspects of Abortion*, eds Mall & Watts, (Washington, DC, University Publications of America, 1979) 55-69.
22. *Salud comunitaria*, José Espinoza, Manuel Martínez. Artículo Población Objetivo, Pagina 138 – 142, *La comunidad como sistema* Pagina 272 – 276.
23. Serie Género y Salud Pública Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS, Serie Género y Salud Pública Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes, Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Programa Mujer, Salud y Desarrollo ABUSO SEXUAL EN MUJERES ADOLESCENTES. María Cecilia Claramunt. San José, Costa Rica, Agosto 2000.

ANEXOS

TABLA N° 1

**EDAD MAS FRECUENTE EN QUE LA ADOLESCENTE ES ABUSADA Y EMBARAZADA,
2004 - 2005**

EDAD	FREQ	%
12 Años	4	14.8
13 “ “	5	18.5
14 “ “	6	22.2
15 “ “	4	14.8
16 “ “	2	7.4
17 “ “	1	3.7
18 “ “	3	11.1
19 “ “	2	7.4
TOTAL	27	100.0 (27)

FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

TABLA N° 2

**OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES QUE FUERON ABUSADAS SEXUALMENTE Y
EMBARAZADAS**

OCUPACION	FREQ	%
Estudiante	13	48.1
Oficios Domésticos	11	40.7
Empleada Domestica	3	11.1
TOTAL	27	100.0 (27)

FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

TABLA N° 3

PORCENTAJE DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD SEGÚN PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE ABUSADA SEXUALMENTE Y EMBARAZADA, 2004 - 2005

ESCOLARIDAD	RURAL		URBANO		URBANA MARGINAL	
1 – 6 Años	6	54.5	1	50.0	4	28.6
7 – 12 años	2	18.2	0	0.0	10	71.4
Ninguna	3	27.3	1	50.0	0	0.0
TOTAL	11	100.0	2	100.0	14	100.0

FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

TABLA N° 4

TIPO DE AGRESOR MAS FRECUENTE QUE ABUSO SEXUALMENTE Y EMBARAZO A LAS ADOLESCENTES

AGRESOR MAS FRECUENTE	FREQ	%
Miembro de la Familia	10	37.0
Vecino de la Comunidad	12	44.4
Desconocido	5	18.5
TOTAL	27	100.0 (27)

FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 1

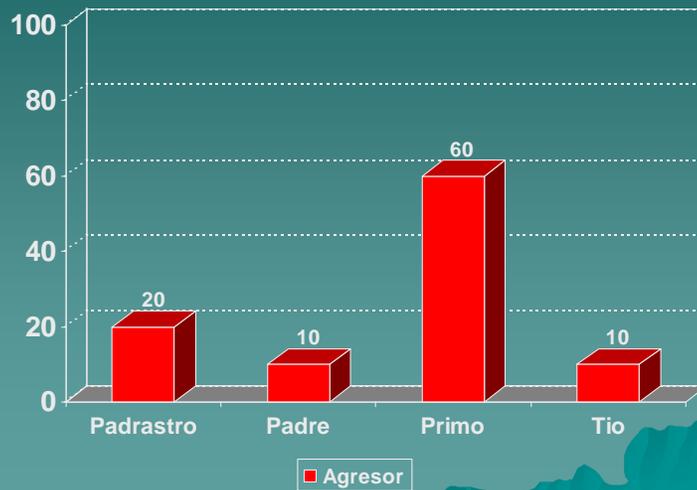
RELIGIÓN A LA CUAL PERTENECEN LAS ADOLESCENTES ABUSADAS SEXUALMENTE



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 2

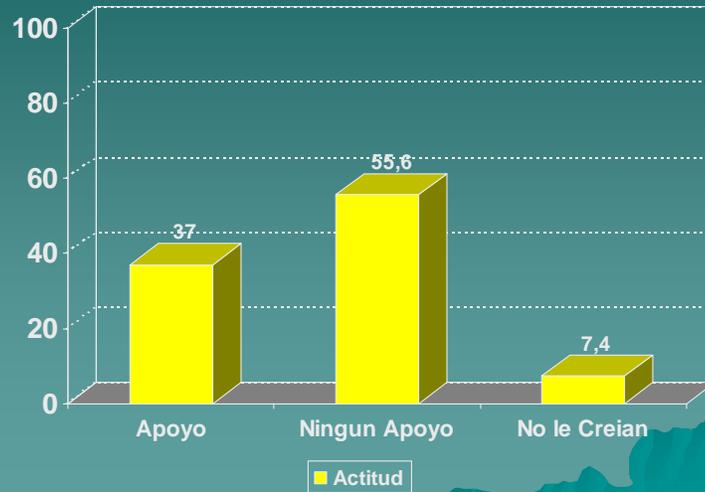
PORCENTAJE DE LA RELACION DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE OCACIONO LA AGRESION SEXUAL A LA ADOLESCENTE



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 3

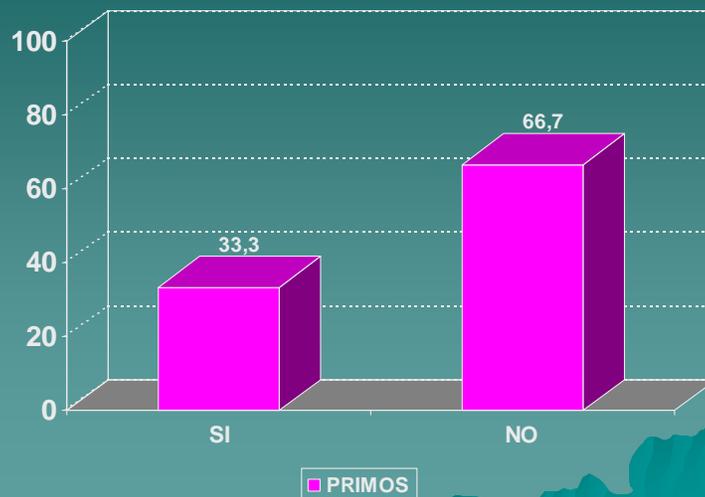
ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA SITUACION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DE ACUERDO A SU CONDICION DE ABUSO



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 4

PORCENTAJE EN DONDE HABITABA EL PRIMO EN CASA DE LA ADOLESCENTE



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico Nº 5

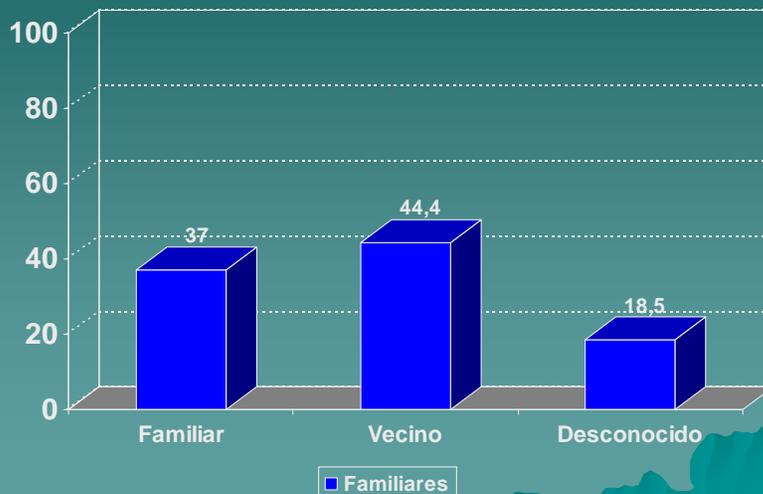
PORCENTAJE DE FAMILIARES CON QUIENES HABITABA LA ADOLESCENTE



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico Nº 6

PORCENTAJE DE QUIEN FUE EL AGRESOR MAS FRECUENTE DE LA ADOLESCENTE



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

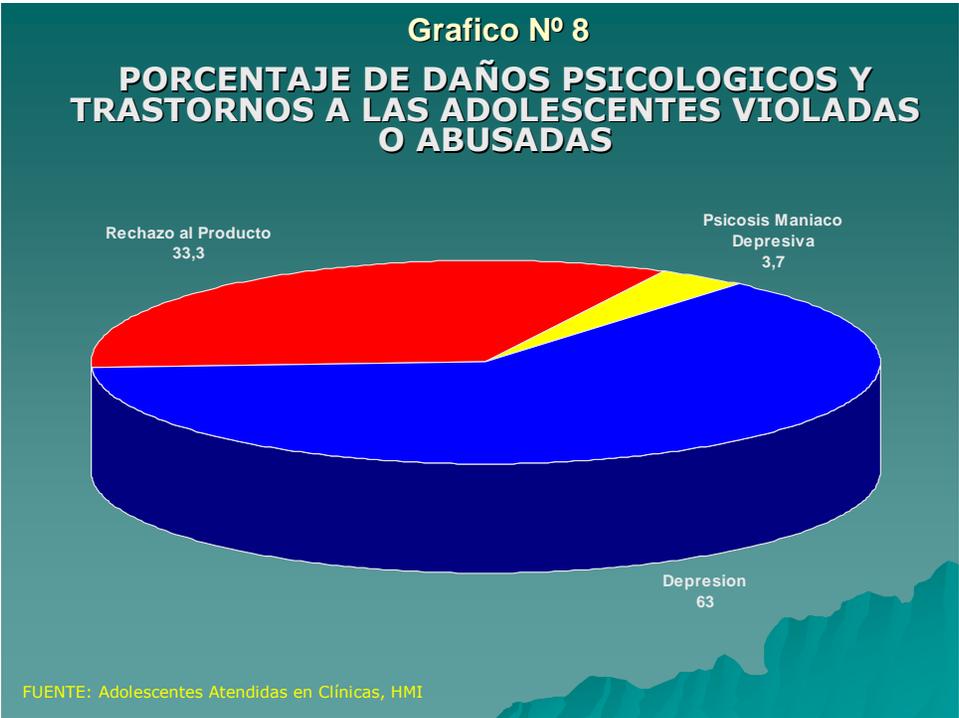
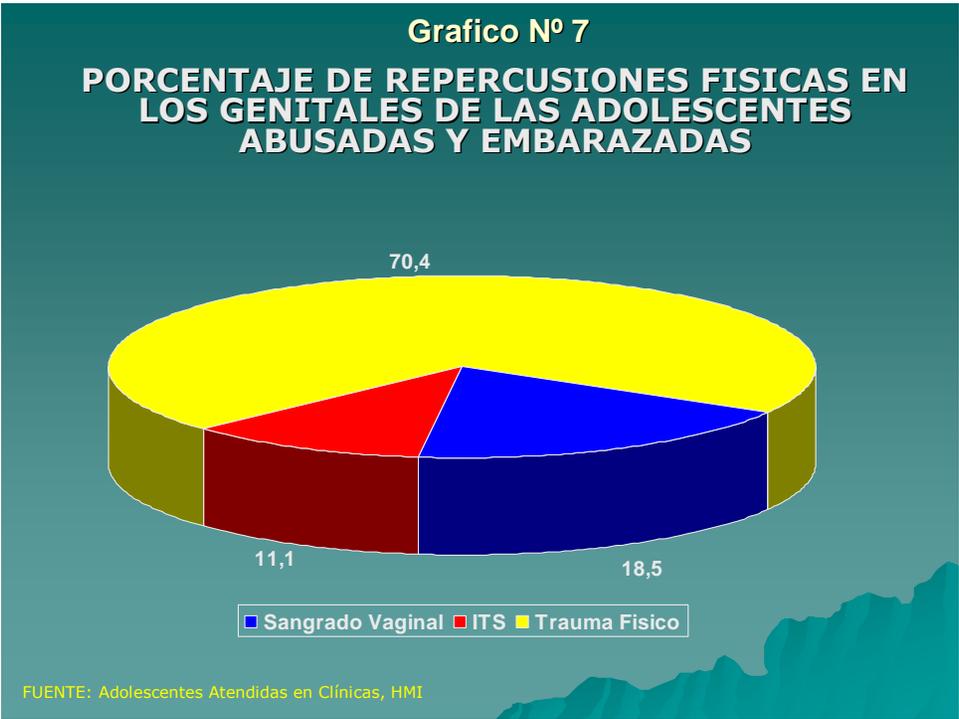


Grafico N° 9

Distribución Adolescentes Según Procedencia - Escolaridad

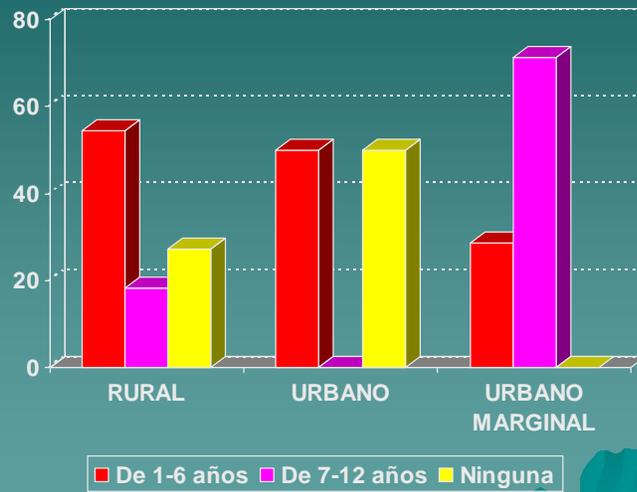
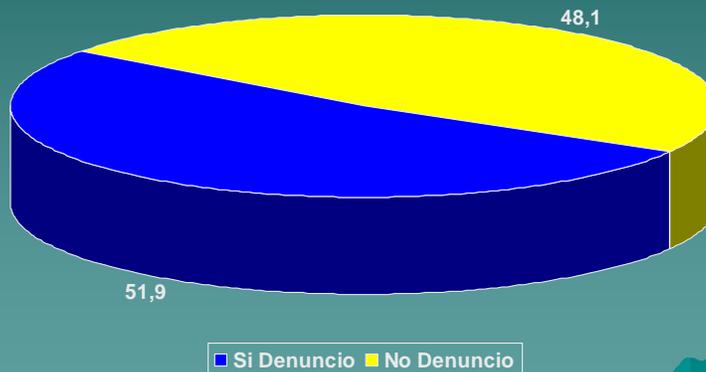


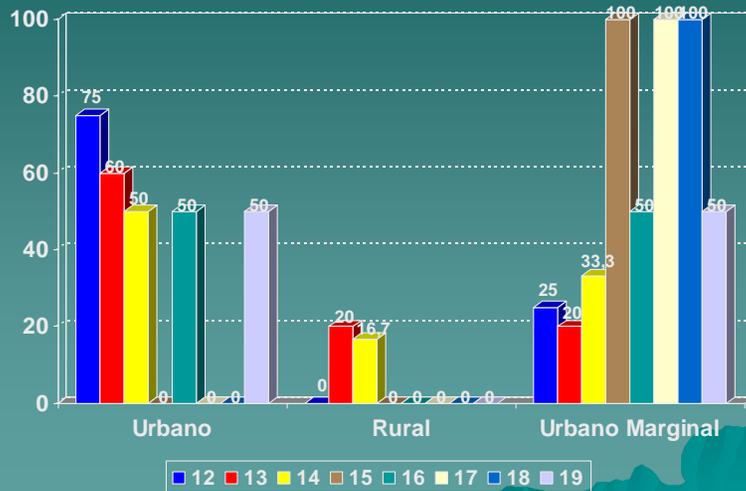
Grafico N° 10

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE DENUNCIARON A SU AGRESOR



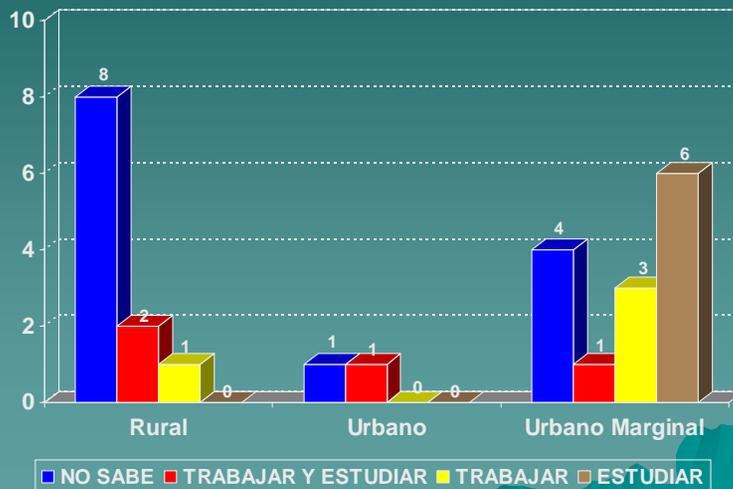
FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 11
PORCENTAJE DE ADOLESCENTE SEGÚN EDAD Y PROCEDENCIA



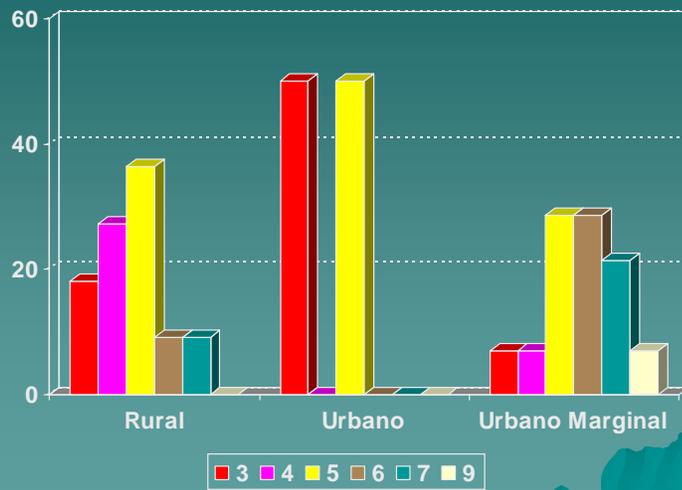
FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 12
ADOLESCENTE SEGÚN SUS METAS Y PROCEDENCIA



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

Grafico N° 13
DISTRIBUCIÓN ADOLESCENTES SEGÚN
PROCEDENCIA – Nº PERSONAS QUE CONVIVEN



FUENTE: Adolescentes Atendidas en Clínicas, HMI

