



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua**



Maestría en Salud Pública

2018-2020

**Informe final de tesis para optar
al Título de Máster en Salud Pública**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON
EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO CIUDAD MUJER DE
TEGUCIGALPA, HONDURAS; ENERO 2020**

Autora:

Jessyca Prady Velásquez Paguada

Doctora en Medicina y Cirugía

Tutora:

Msc. Sheila Valdivia Quiróz

Docente Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, marzo 2020.

INDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	22
IX. CONCLUSIONES	65
X. RECOMENDACIONES	66
XI. BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	73

RESUMEN

Objetivo: Establecer los Determinantes Sociales de la Salud presentes en las adolescentes embarazadas que asisten al Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa Honduras, enero, 2020.

Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con 30 adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, que asistieron al Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, se aplicó encuesta que contenía las variables correspondientes en 3 componentes: características socioeconómicas, componentes de salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud.

Resultados: 73% ya no asistían al centro educativo, 27% por causa del embarazo, 70% estado civil unión libre, 63.3% ocupación amas de casa, 54% de los hogares sostenidos económicamente por sus parejas, con ingreso mensual menor de 5 mil lempiras en 50%, 46.7% iniciaron vida sexual entre los 14 -15 años, 87% recibió información sobre métodos anticonceptivos, el 36.7% centro educativo, pero el 63% no los utilizó en su primera relación sexual, por lo cual 60% refirió que ese fue el motivo de embarazo, 30% estaban en su segundo embarazo. 23% ha sufrido violencia, 33.3% ha hecho uso de los servicios de salud.

Conclusiones: Los determinantes sociales que prevalecieron: deserción escolar por causa del embarazo, unión libre, amas de casa, bajo nivel económico, inicio temprano de las relaciones sexuales, si ha recibido información sobre métodos anticonceptivos pero no los utilizó y ese fue el motivo de embarazo, un porcentaje significativo ha sufrido violencia, solo un tercio hizo uso de los servicios de salud.

Palabras claves: Adolescencia, Embarazo, Determinantes sociales

Contacto: jessyprady@gmail.com

DEDICATORIA

Para mi madre, la mujer que simplemente me hace llenar de un inmenso orgullo, sus esfuerzos son impresionantes y su amor es para mí invaluable, me ha educado y me ha proporcionado todo y cada cosa que he necesitado, todo lo que soy y todo lo que tengo ha sido fruto de su trabajo, sus exigencias me han hecho lograr mis metas con mucho éxito, sus enseñanzas las aplico cada día y me han hecho una mejor persona.

A mi querida hermana Liz, por siempre creer en mí y ser un apoyo incondicional, sus ayudas han sido fundamentales en mi carrera, tanto de pregrado como postgrado.

Gracias madre y hermana.

Jessyca Prady Velásquez Paguada

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios todopoderoso, él es quien guía el destino de mí vida y que continuamente está con migo ayudándome a aprender de mis errores.

Mi agradecimiento especial al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de Salud Pública, CIES-UNAN, Managua, el cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente.

A la Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), por su apoyo y colaboración con los permisos para los encuentros presenciales de mi formación académica y al Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa por autorizarme la ejecución del estudio.

A mis profesores por sus diferentes formas de enseñar, quienes me incentivaron en muchos sentidos a seguir adelante y me acercaron al verdadero significado de la salud Pública.

A la Máster Sheila Valdivia, por su asesoría metodológica, su apoyo, sus acertadas y oportunas tutorías. Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento.

Jessyca Prady Velásquez Paguada

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países bajos y medianos. (OMS, 2018). La tasa mundial de embarazo en adolescentes se estima en 46 nacimientos por cada 1000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años. (UNFPA, 2018)

En Honduras el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo a nivel nacional era el 24% y de 101 por cada 1,000 mujeres en el periodo de 2009-2012 según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA, 2011-2012 (INE, 2013). Colocando a Honduras en el segundo lugar de embarazos en adolescentes en Latinoamérica. (UNFPA, 2018)

La situación de embarazo en adolescentes es un problema multifactorial, afectando el desarrollo de las futuras generaciones, sus consecuencias están altamente influenciadas por los factores sociales, económicos, culturales y emocionales del entorno en que las jóvenes se desarrollan, por lo cual es necesario comprender de manera más global este problema.

Este estudio se realizó en el módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, ya que es un centro de atención integral para adolescentes mujeres, con el fin de establecer cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en el embarazo adolescente, el cual se utilizará como aporte a las estrategias educativas.

II. ANTECEDENTES

Sierra, Covarrubias, González & Alfaro (2019), México, en su estudio descriptivo y exploratorio con metodología cualitativa sobre embarazos adolescentes y representaciones sociales, se identificó que “Las representaciones sociales del embarazo no planeado se centraron en aspectos económicos y emocionales negativos el embarazo no deseado se asoció con aspectos emocionales negativos (sentimientos de enojo y culpa por la situación), además de que se consideró el aborto como solución”

Medina & Gonzáles, (2018), México, en su estudio de tipo ecológico a partir de fuentes secundarias de la información para determinar la fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México 2015, reportó “las condiciones de marginación y pobreza tienen una asociación importante con el embarazo y la tasa de fecundidad en las adolescentes” y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la tasa de fecundidad y el rezago al acceso a servicios de salud, en especial en el quintil 5 (riesgo relativo [RR] = 45,68), mientras que para el rezago educativo fue mayor en el quintil 4 (RR = 27,36).

CA, Gómez-Mercado; G., Mejía-Sandoval (2017) Colombia, en un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en Carepa, se utilizó una encuesta dirigida a buscar información sobre la prevalencia del embarazo y las características demográficas, sociales, familiares y económicas de las adolescentes; “Se aplicaron un total de 566 encuestas a mujeres entre 10 a 19 años, la prevalencia de embarazo adolescente fue del 17,8%, el 69,5% cursaban estudios secundarios incompletos, el 51,9% eran de estrato socioeconómico uno, el 37,9% tenían ingresos mensuales en sus hogares inferiores a 500 mil o menos, el 50% de ellas tenía una edad de 15 años (RI: 5años), el 8,4% fueron maltratadas física o verbalmente y el 1,3% fueron violadas por su padre o familiar”.

Vargas & Judith, (2015), Perú, en su investigación sobre factores determinantes de la fecundidad en adolescentes atendidas en el hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca, aplicación de una ficha de datos demográficos, sociales, culturales y económicos, se encontró que "la fecundidad de las adolescentes que viven con sus padres es de 47,83%, de las que viven con solo un padre es de 76,47% y de las que no viven con sus padres fue de 79,34. La fecundidad en adolescentes del área rural fue de 57,35%, en área periurbana fue de 82,95 y en área urbana de sólo 55,41%, concluyendo que la estructura familiar y la zona de residencia influyen en una alta fecundidad en adolescentes.

Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada, & De la Vara, (2015), México, en su estudio transversal sobre; Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional, se encontró que "el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo". En el estudio anterior, llama la atención como casi el 70% de las adolescentes que se encontraban en estado de embarazo no terminaron sus estudios, la deserción escolar por causa del embarazo precoz es un factor muy prevalente e influye negativamente en el futuro de las jóvenes.

III. JUSTIFICACIÓN

Honduras un país en vías de desarrollo con muchos problemas sociales y económicos entre otros, uno de los factores que contribuyen para evitar el desarrollo adecuado de la sociedad es el embarazo en la adolescencia.

Dicho problema ya no se trata de algo de carácter únicamente médico en cuanto a la salud de una población, sino que también se trata de un problema multicausal que influye negativamente en la sociedad, tanto a nivel de salud, como a nivel educativo porque las adolescentes que se embarazan la gran mayoría abandona sus estudios, quitándole la posibilidad de desarrollarse plenamente y cumplir sus metas; a nivel social dicho problema se vuelve un círculo vicioso que se repite en las futuras generaciones una y otra vez empobreciendo cada día más a estas mujeres y su generación. Además estas adolescentes no cuentan con la suficiente preparación para formar a otro ser, ni anatómica, ni emocionalmente y mucho menos económicamente, convirtiéndolas en blancos más propensas a la violencia y otros riesgos sociales que surgen posteriormente por la falta de oportunidades.

Con esta investigación se pretendió ampliar el conocimiento acerca de los determinantes sociales de la salud que estaban presentes en las adolescentes embarazadas, para un abordaje con estrategias intersectoriales, integrales, educando a la población desde edades tempranas, creando habilidades en su vida que les permitan un pensamiento crítico sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Por lo tanto se realizó esta investigación para generar evidencia científica, priorizar características que deberán retomar actores clave, instituciones como la Secretaría de Educación, Secretaría de Salud, la Dirección de la Niñez Adolescencia y Familia, Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa, entre otras.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe alguna evidencia empírica que indica que entre los muchos determinantes del embarazo en la adolescencia se encuentran las características del hogar en el que crece la adolescente, su parte afectiva y emocional se ve afectada al crecer en un hogar disfuncional, también el ingreso económico y nivel educativo que posean sus progenitores, y la condición de pobreza del hogar concomitantemente con otros factores relevantes en contexto como el acceso a una educación sexual integral, la restricción de los métodos anticonceptivos, a la garantía del ejercicio de su derechos y la violencia social, de la misma manera dicho problema podría estar ligado a un conglomerado de factores culturales en torno a la maternidad, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

Debido a lo anterior se ve la necesidad de investigar

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud relacionados con el embarazo en adolescentes que asisten al Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras, en enero 2020?

1. ¿Cuáles son las características socioeconómicas en las adolescentes embarazadas?
2. ¿Cuáles componentes de salud sexual y reproductiva están presentes en las adolescentes embarazadas?
3. ¿Cómo influye el acceso a los servicios de salud en las adolescentes embarazadas?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer los Determinantes Sociales de la Salud presentes en las adolescentes embarazadas que asisten al centro ciudad mujer de Tegucigalpa Honduras, enero 2020.

Objetivos Específicos

1. Describir características socioeconómicas de las adolescentes embarazadas.
2. Identificar los componentes de salud sexual y reproductiva presentes en las adolescentes embarazadas.
3. Reconocer los componentes de acceso a los servicios de salud que influyen en el embarazo en las adolescentes.

VI. MARCO TEÓRICO

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La adolescencia representa una etapa de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, de sueños, de vínculos fuertes y al mismo tiempo de ser seres independientes, sin embargo, en medio de todos estos cambios, ideales y de exploración de su cuerpo y de su entorno, se intensifica el tema de la sexualidad, que resulta ser un tema de interés para los y las adolescentes, especialmente en las relaciones de pareja.

La sexualidad en la adolescencia

La visión de la sexualidad desde una perspectiva fenomenológica, ha permitido destacar que la adolescencia es una etapa del ser humano llena de potencialidades, creatividad y entusiasmo, con gran capacidad para actuar como agentes de cambio social.

La vinculación estratégica del ámbito sanitario, con los servicios educativos, de recreación, cultura juvenil y familia se hace necesaria a efecto de dar integralidad al enfoque de la sexualidad adolescente, para verla no como un “problema de salud pública”, sino como un asunto de derechos humanos, condición indispensable para el desarrollo integral los adolescentes.

Un estudio que se realizó en 2017 con grupos focales, se observó que, en todos los grupos de estudio la sexualidad se experimenta desde la genitalidad y el erotismo. Los adolescentes enfocados en: afectividad, género, reproductividad y erotismo. Los adultos mostraron temor al tratar el tema. Los profesionales enfocan el tema hacia las consecuencias de las prácticas sexuales y los padres, aunque reconocen que la educación sexual inicia en el hogar, enfrentan dificultades para manejarla. La educación estereotipada dificulta las vivencias de la sexualidad con igualdad de género, incrementando los comportamientos sexuales no saludables.

Uso de anticonceptivos en la adolescencia

Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos. Entre los que habían utilizado un método anticonceptivo, aproximadamente el 40% no lo hicieron de forma regular.

Inicio temprano de las relaciones sexuales

En varios países de la Región de las Américas, la edad de inicio de relaciones sexuales se ha adelantado, y la mayoría de los jóvenes inicia la actividad sexual durante el período de la adolescencia. En diversos países centroamericanos, aproximadamente el 50% de las mujeres de 15–24 años de edad ha iniciado relaciones sexuales a los 15 años; el porcentaje es mayor en las zonas rurales y entre los jóvenes con los niveles más bajos de educación.

El hecho de que los adolescentes tengan información y conocimientos sobre la prevención del embarazo no garantiza su prevención. La falta de información y educación concreta y oportuna con relación al ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva desde los primeros años de la niñez por parte de la familia y de la escuela o incluso desde otros ámbitos, son los determinantes sociales que influyen en el inicio temprano de su vida sexual, dando como resultado la presencia de un embarazo no planeado y no deseado en la vida de las y los adolescentes.

El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva. Es por ello que la educación sexual en el hogar, escuelas, colegios y servicios de salud, unido a la estimulación de habilidades para la vida, el retraso del inicio de la actividad sexual entre adolescente, la promoción de la abstinencia sexual y las prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, son una las estrategias más eficaces para enfrentar estas problemáticas.

Embarazo en la adolescencia

En las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Consecuencias económicas y sociales

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Un estudio sobre embarazo en adolescente realizado por UNICEF y Plan Internacional refiere que América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020 – 2100. En la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años.

Este estudio refleja las complejidades asociadas al embarazo adolescente. Entre los motivos por los que muchas adolescentes quedan embarazadas están la falta de información o de oportunidades, la voluntad propia, las expectativas sociales y también la violencia sexual.

Referente a la situación socioeconómica de las adolescentes embarazadas en un estudio sobre determinantes que influyen en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas de Ecuador; se encontró que el 81% perciben un ingreso menor a \$366 mensual, con relación a otros estudios realizados en Argentina (2015) el per cápita familiar es bajo con el 59,7%. Se asumió que los ingresos económicos con los que cuentan en el hogar las adolescentes está por debajo de los niveles de la canasta básica ecuatoriana lo que influye para una calidad de vida estable.

Sobre el estado civil de las adolescentes se determinó que el 46% de las embarazadas son madres solteras, El tener un elevado número de adolescentes que no cuentan con el apoyo de la pareja durante el embarazo se ve como condicionamiento para alcanzar una calidad de vida esperada de estas adolescentes, y se refleja como uno de los principales efectos del embarazo precoz.

En cuanto a los determinantes el de más relevancia fue el factor socioeconómico, debido al no tener el ingreso económico suficiente, trae como consecuencias en esta población una mala alimentación, abandono de la escolaridad a su vez el desempleo, teniendo en cuenta que los familiares, percibían mensualmente un salario básico unificado, lo que era utilizado como sustento del hogar.

En relación al determinante socioeconómico, el principal factor que influye en las gestantes, es que no lleven un nivel óptimo de calidad de vida, debido al no tener el ingreso económico suficiente, trae como consecuencias en esta población una mala alimentación, abandono de la escolaridad a su vez el desempleo, teniendo en cuenta que los familiares, percibían mensualmente un salario básico unificado, lo que era utilizado como sustento del hogar.

En un estudio sobre la sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales, los resultados indicaron que el papel de la familia es determinante en las conductas sexuales de los jóvenes, y que la figura materna resultó tener una función predominante en la comunicación incluso en los hombres, además de que transmite valores e impone límites. Se encontraron diferencias en las representaciones sociales entre los sexos en cuanto a compromiso y afectividad. Se pudo observar que en el esquema cognitivo de los adolescentes no aparece el riesgo de embarazo y que los medios de comunicación han trazado una ruta orientadora en las relaciones entre los individuos.

Deserción escolar

En algunos estudios, se evidencia la deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas del estudio, acentuando ciclos de poca educación y pobreza, aunado a sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva.

En un estudio sobre embarazo en la adolescencia y rezago educativo en México se encontró que el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo. Tener embarazo previo está asociado con cohabitar con la pareja (RM=8.4), rezago educativo (RM=2.4), nivel socioeconómico bajo (RM=2.0) y asistencia a la escuela (RM=0.5). El rezago educativo muestra una asociación con el antecedente de embarazo alguna vez en la vida (RM=2.4), no así con el primer embarazo al momento de la encuesta. Conclusión.

De las adolescentes sin experiencia de embarazo, 52.3% eran estudiantes, en tanto que aquéllas que tuvieron al menos un embarazo se dedican principalmente a las labores del hogar (76.7%) ($p < 0.05$). El máximo grado escolar alcanzado por las adolescentes sin antecedente de embarazo es de preparatoria o bachillerato (41.4%), mientras que gran parte de las adolescentes con antecedente de embarazo sólo cursó hasta secundaria (58.9%) ($p < 0.05$). De las adolescentes con inicio de vida sexual y sin experiencia de embarazo, 36.1% tiene rezago educativo, y el porcentaje aumenta a 74.9% en el caso de las que alguna vez tuvieron un embarazo ($p < 0.05$). Poco más de la mitad de las mujeres sin antecedente de embarazo asistían a la escuela al momento de la encuesta (54.1%), porcentaje que se reduce a 21.1% entre las que experimentan su primer embarazo y a 12.9% en adolescentes con antecedente de embarazo.

En otro estudio sobre características poblacionales y factores asociados a embarazo en adolescentes de Colombia; hubo asociación significativa con embarazo las

variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS (Actividad sexual) a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres.

Servicios de salud sexual y reproductiva

A lo largo del siglo XXI, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ha venido mejorando en Honduras y las brechas existentes entre diversos grupos poblacionales se han venido reduciendo, aunque todavía son significativas.

Las mujeres pobres, de menor nivel educativo y que habitan en áreas rurales, tienen un menor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y, como resultado, tienen mayores niveles de fecundidad. De continuar las tendencias con los actuales niveles de fecundidad, las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva casi tres veces el número de hijos que aquellas con educación superior, mientras que las mujeres del quintil de riqueza inferior tendrían más del doble de los hijos de las del quintil superior. En el caso del área de residencia, las mujeres viviendo en áreas rurales tendrían 1.4 veces más hijos que las que viven en áreas urbanas.

Estas desigualdades en las tasas de fecundidad están directamente correlacionadas con los niveles de necesidad insatisfecha de planificación familiar. El promedio nacional es de 10.7%, pero para el área rural es de 11.6%, para las mujeres sin educación es del 13.3% y para las que están en el quintil inferior de riqueza es del 13.7%²⁰. Claramente, se identifica un vínculo entre desigualdades económicas, educativas y territoriales, con la demanda insatisfecha de planificación familiar y, consecuentemente, con la tasa de fecundidad.

Estas desigualdades se vuelven aún más agudas cuando se trata de adolescentes, ya que a las restricciones ya identificadas, se agrega una adicional vinculada a este grupo de edad en particular, que tiene que ver con las dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, las cuales obedecen a patrones culturales preexistentes relacionados con temas como iniciación sexual y unión temprana, a debilidades en materia de educación integral de la sexualidad y a la falta de servicios integrales de salud para adolescentes que garanticen el acceso a métodos de planificación familiar.

Este grupo de edad tiene una elevada Tasa Específica de Fecundidad (101 por cada 100,000 mujeres en el grupo de edad), pero lo más llamativo es que en los últimos 10 años esa tasa se ha mantenido prácticamente estática, mientras que la de los otros grupos de edad se ha venido reduciendo.

Incluso, el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que es madre o alguna vez ha estado embarazada, creció de un 21.5% en el 2006 a un 24% en el 2012. Además, es el grupo de edad que tiene la mayor proporción de necesidad insatisfecha en el acceso a planificación familiar (17%). Al igual que ocurre con la fertilidad general, la mayor proporción de embarazos en adolescentes se presenta entre las adolescentes más pobres, que habitan en áreas rurales y que tienen menores niveles educativos, por lo que el embarazo adolescente se convierte en un factor de fortalecimiento del ciclo de reproducción de la pobreza.

En la mayoría de los países, el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente. Muchos adolescentes y jóvenes encuentran obstáculos legales y económicos, y ambientes hostiles cuando utilizan los servicios de salud como el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación relacionados con la actividad sexual, el consumo de drogas y la discriminación. El acceso a los servicios de salud (incluyendo biomédico, de salud mental y otros) además se ve afectado por la política de financiamiento de los sistemas de salud, barreras geográficas y disponibilidad de personal de salud.

En Nicaragua, mediante una encuesta realizada para la formulación del Proyecto CERCA, Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, Investigación y Formulación Estratégica, se encontró que en la búsqueda de información, en los barrios intervenidos los adolescentes buscan información más de 3 veces hasta en un 34% frente a los barrios de control que no supera el 27%. Entre los adolescentes que ninguna vez ha buscado información, se redujo la brecha entre los adolescentes de los barrios de control con un 33% frente a los barrios con intervención hasta en un 26%. La información sobre sexualidad es buscada en folletos distribuidos por diferentes instituciones y accesibles por diferentes medios, entre ellos, vía internet en un 29.2% en los barrios de control y la búsqueda de información en folletos aumenta en los adolescentes en los barrios de control hasta en un 7%. El 54.2% mujeres y el 43.4% varones estaban usando un método anticonceptivo moderno en el momento de la encuesta.

Modelo conceptual de los determinantes sociales

Según el contexto social en el que se encuentren y los procesos de adaptación que vivan, los adolescentes podrán desarrollar patrones de conducta que tendrán efectos positivos o negativos duraderos en su salud y bienestar futuros.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno social; los rasgos culturales de cada sociedad imponen diferentes niveles de sanción social al hecho de que una adolescente que va a ser madre sea excluida de diversos escenarios y del proyecto de vida que pudiese tener.

Es así como la interrelación del embarazo en adolescentes con la falta de oportunidades, la pobreza y la exclusión social ha sido ampliamente explicada. En resumen, esa falta de oportunidades, de control sobre sus vidas y de realización personal constituyen los principales mecanismos de reproducción del ciclo del embarazo en la adolescencia.

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud (OMS, 62 Asamblea Mundial de la Salud, 2011). Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales.

Un estudio sobre determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la Amazonas, concluyó que: 65.2% (28) pertenecían a la adolescencia tardía y 34.8% (15) a la etapa intermedia, el grado de instrucción de la gestante adolescente 46% (20) tienen secundaria completa, 28% (12) de los jefes de las familias no tienen instrucción educativa. 88.4% (38) de los ingresos los aporta el jefe del hogar, 95% (40) de los ingresos es menor a S/.850. En relación a la vivienda, 81.4% (35) son multifamiliares, el material predominante de los techos son de yarina, 81.4% (35), 44% (19) de las viviendas no tienen paredes, 81.4% (35) duermen como máximo 5 personas en una habitación, 34.8% (15) eliminan los residuos sólidos en campo abierto y 32.6% (14) lo queman o lo ponen en pozo. En cuanto a los controles pre natales, el 81.4% (35) no asisten.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo – de corte transversal.

b. Área de estudio

El estudio se realizó en Honduras, Tegucigalpa en el módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa.

c. Universo

El universo se constituyó por 30 adolescentes de 15 a 19 años en estado de embarazo que asistieron al módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, en enero 2020.

d. Unidad de análisis

Todas las adolescentes de 12 a 19 años embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y que asistieron al módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa, en enero 2020.

e. Criterios de Inclusión

- Adolescentes de 12 a 19 años que estaban embarazadas.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que asistieron al módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa, en el período que se realizó el estudio.

- Que estaban acompañadas por su madre o tutora si eran menores de 18 años.

f. Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no se encontraban en el rango de edad de 12 a 19 años.
- Que no estaban embarazadas.
- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Que eran menores de 18 años y no estaban acompañadas por madre o tutora.

g. Variables por objetivo

Objetivo 1: Describir determinantes socioeconómicos de las adolescentes embarazadas.

- Edad.
- Escolaridad de las adolescentes.
- Escolaridad del jefe del hogar.
- Permanencia escolar.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Religión.
- Ingreso Familiar.
- Personas que aportan económicamente.
- Ocupación.
- Exposición a violencia.

Objetivo 2: Identificar los componentes de salud sexual y reproductiva presentes en las adolescentes embarazadas.

- Edad de primera menstruación (menarquia).
- Edad de inicio de las relaciones sexuales.

- Razón de inicio de las relaciones sexuales.
- Información sobre métodos anticonceptivos.
- Uso de métodos en la primera relación sexual.
- Motivo del embarazo.
- Número de embarazos.
- Número de hijos.

Objetivo 3: Reconocer los componentes de acceso a los servicios de salud que influyen en el embarazo en las adolescentes

- Uso de los servicios de salud sexual y reproductivos.
- Disponibilidad de métodos anticonceptivos.
- Horarios de atención a los servicios de Salud Sexual Reproductiva.
- Programas educativos de salud sexual y reproductiva.
- Atención personalizada a adolescentes.

h. Fuente de información

Fuente de información primaria, se recolectó directamente de la unidad de análisis, que conformaron las adolescentes asistentes al Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa.

i. Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada consistió en la aplicación de una encuesta, a las adolescentes que asistieron al Módulo de Adolescentes del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa, en enero del 2020, actividad que se realizó por la investigadora.

j. Instrumento de recolección de datos:

El Instrumento de recolección de la información se realizó a partir de una guía de preguntas estructuradas (ver anexo 2), previamente elaborada, en la que se reflejó los datos de interés del estudio, relacionados a las determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas.

La encuesta constó de los siguientes datos:

- Características socioeconómicas.
- Componentes de salud sexual y reproductiva.
- El acceso a los servicios de salud.

k. Procesamiento de los datos

Para el procesamiento de la información se utilizó Word, Power Point y Excel, para el análisis de variables se utilizó el programa estadístico SPSS v 20 en cifras absolutas y porcentajes.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, fueron analizados por la investigadora para proceder a la elaboración del informe final.

l. Consideraciones éticas

Se solicitó a las autoridades correspondientes del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa la autorización para realizar el estudio. Se aseguró la confidencialidad y privacidad a que tienen derechos las adolescentes embarazadas en cuanto a los datos que proporcionaron y que serán de utilidad y uso solo para esta investigación, se aplicó consentimiento informado a las madres o tutoras y asentimiento informado a las adolescentes que aceptaron participar en la misma. (Ver Anexo 4).

m. Trabajo de campo:

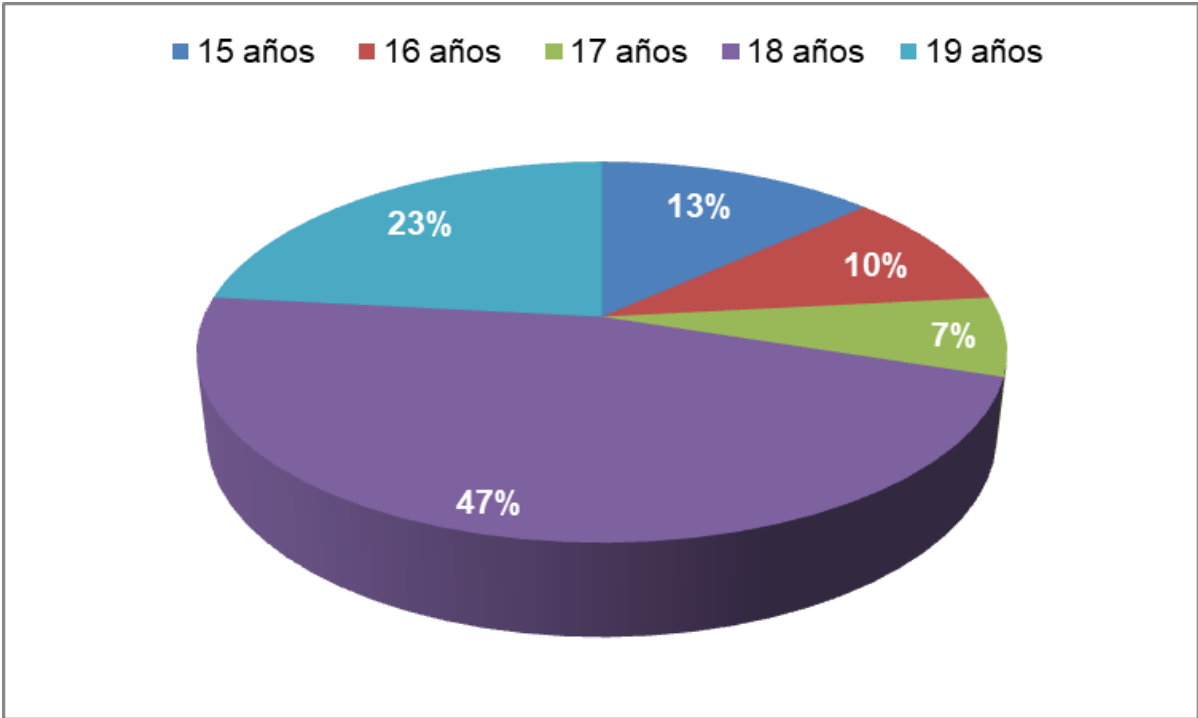
Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso a la Gerente del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa, para la cual se aplicó la encuesta por escrito a las adolescentes embarazadas que asistieron a dicho centro, obteniendo así la información de fuentes primarias.

La información se recolectó en un período de 1 mes, sin incluir los fines de semana, se coordinó con funcionarias del Módulo de Atención a las adolescentes, quienes colaboraron con la captación de las adolescentes que asistieron cada día y las remitieron a la investigadora, la cual les aplicó la encuesta a las participantes que cumplían los criterios de inclusión y que firmaron previamente el asentimiento informado, las adolescentes que deseaban participar en el estudio pero no cumplían los criterios de inclusión, en cuanto al acompañamiento de su madre o tutora, se les citó para aplicarles la encuesta.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1. Determinantes socioeconómicos de las adolescentes embarazadas.

Gráfico 1. Edad de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



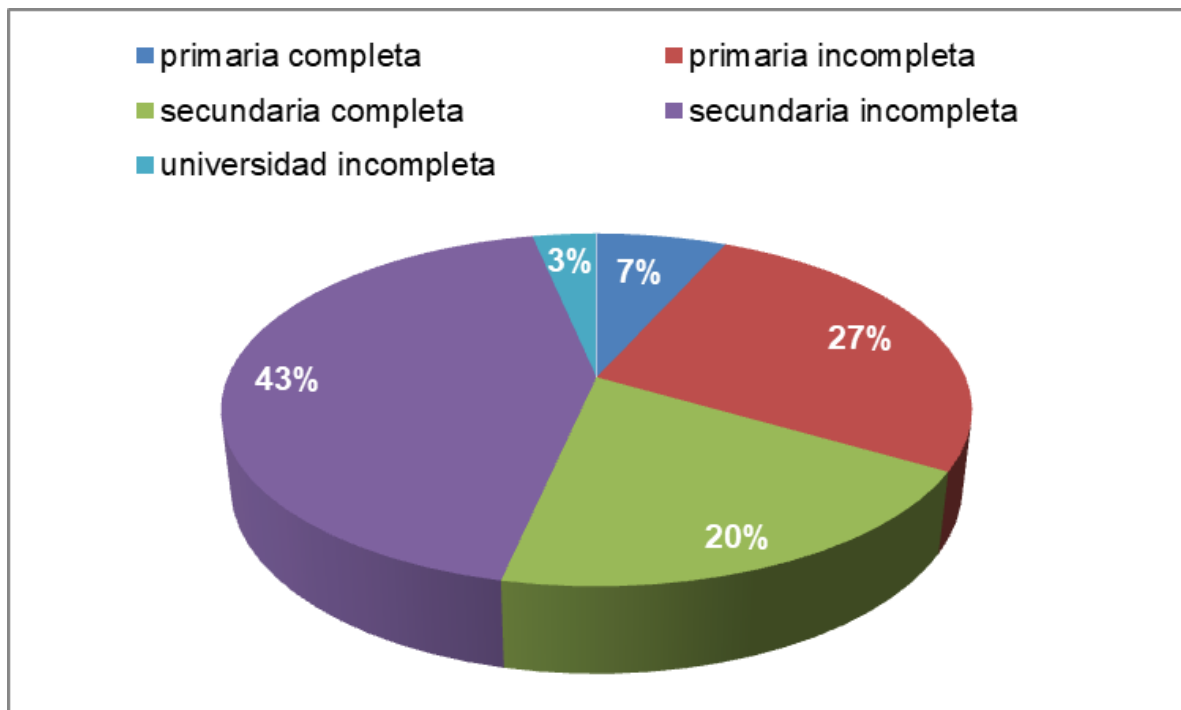
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras

La edad de las adolescentes embarazadas que se encuestaron fueron 14 (47%) de 18 años, 7 (23%) en la edad de 19 años, 4 (13%) de 15 años, 3 (10%) de 16 años, 2(7%) de 17 años, el mínimo de edad fue de 15 y el máximo de 19 años, (Ver Anexo 5, tabla 1)

La mayoría de las adolescentes encuestadas se encontraban en la edad de 18 años en un 47%, dato que coincide con los resultados de Mejía-Mendoza, M. L., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R. C., Blackaller-Ayala, J., & Benitez-Morales, R. (Mexico, 2015); encontraron que la mediana de la edad fue de 18 (rango de 13 a 19 años) también se observó que la gran mayoría de las participantes pertenecían a la adolescencia tardía, dato que en este estudio equivale a un 77% (47%, 23% y 7%) de las encuestadas, así como concluyó Montoya L. de Lima, Perú, 2017; en su estudio donde encontró que 65.2% (28) pertenecían a dicha etapa.

Esto da a entender que la adolescencia tardía, es la etapa de mayor incidencia de embarazo en las usuarias que visitan el Centro Ciudad Mujer en Tegucigalpa.

Gráfico 2. Escolaridad de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



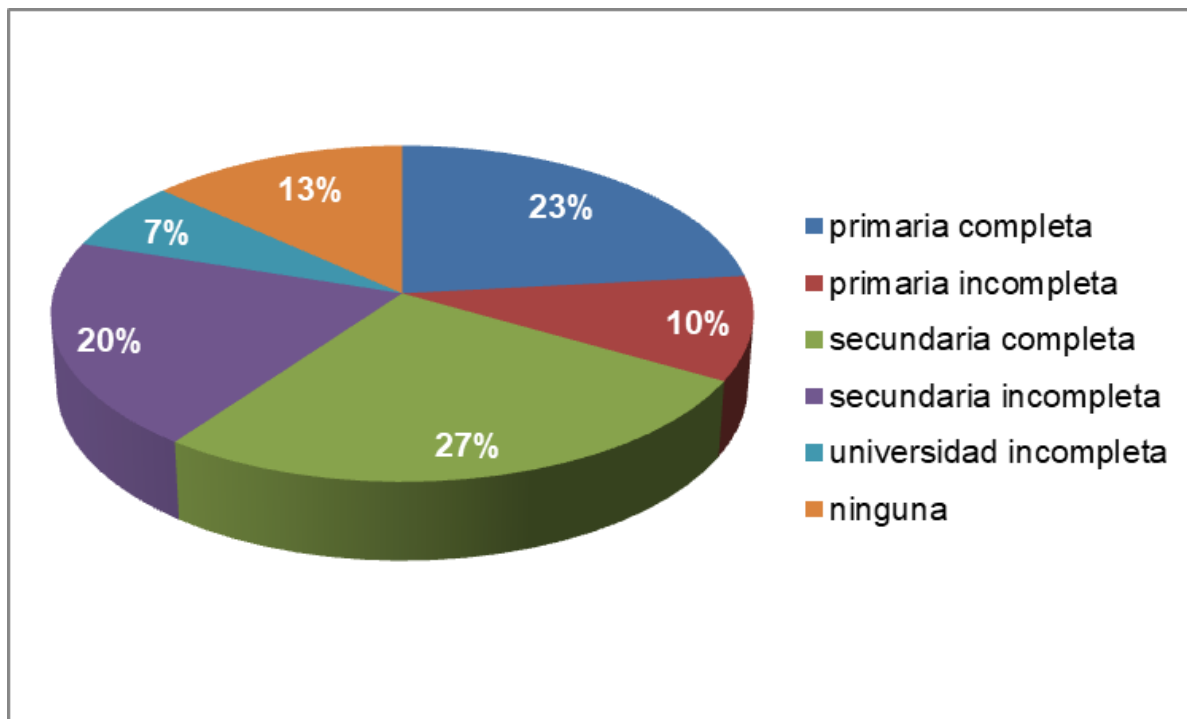
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras

De las adolescentes embarazadas presentaron secundaria incompleta 13 (43%), primaria incompleta 8 (27%), secundaria completa 6 (20%), primaria completa 2(7%), universidad incompleta 1 (3%). (Ver Anexo 5, Tabla 2)

El 43% de las adolescentes embarazadas no culminaron sus estudios de secundaria, se encontraron datos similares en un estudio que realizó CA, Gómez-Mercado; G., Mejía-Sandoval (2017) Colombia, donde el 69,5% cursaban estudios secundarios incompletos, asimismo este resultado difiere con el estudio; Montoya L. de Lima, Perú, 2017; donde se encontró que el grado de instrucción de la gestante adolescente (46%) tenían secundaria completa.

Durante los años de secundaria hay alta incidencia de deserción escolar, el embarazo en la adolescencia trae consigo múltiples repercusiones, como la baja escolaridad y la dificultad para reinsertarse posteriormente al sistema educativo, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza, es importante resaltar que mantenerse en el sistema educativo es un factor protector porque las adolescentes tienden a posponer su primer embarazo y usar métodos anticonceptivos.

Gráfico 3. Escolaridad del jefe de hogar, de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

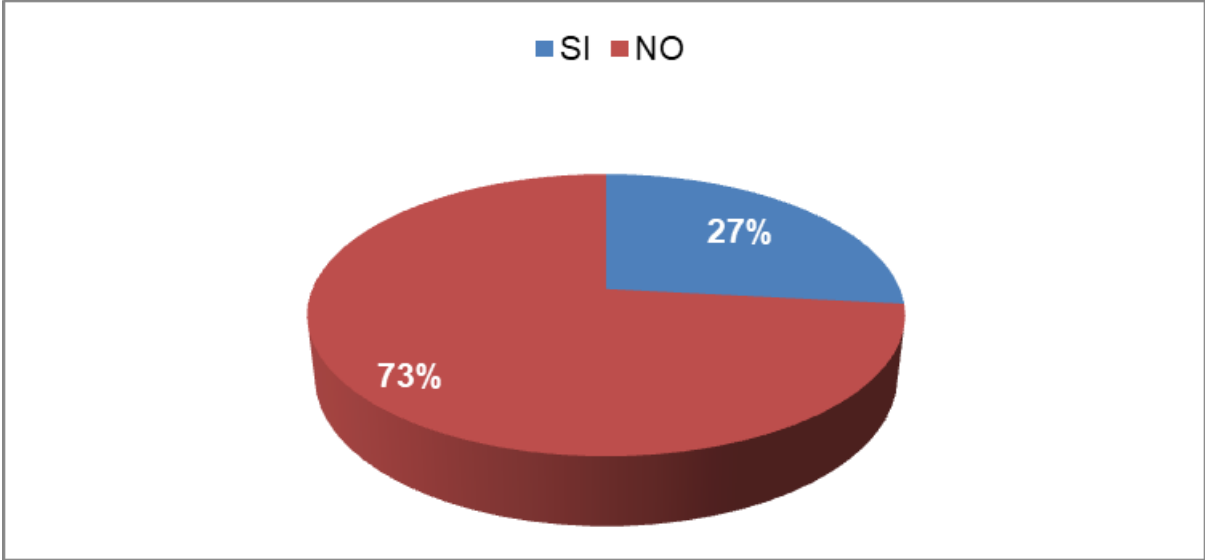
El nivel académico de los jefes de hogar de las adolescentes encuestadas fue de secundaria completa en un 8 (27%), primaria completa en 7 (23%), secundaria incompleta en 6 (20%), ninguna 4 (13%), primaria Incompleta 3 (10%), y universidad incompleta 2 (7%). (Ver Anexo 5, Tabla 3)

De los jefes de hogar de las adolescentes embarazadas que se encuestaron, solo el 13% reportó ningún nivel académico, difiere con el estudio de Montoya L. de Lima, Perú, 2017; donde se encontró 28% (12) de los jefes de las familias no tienen instrucción educativa.

El nivel educativo de los jefes de hogares de las adolescentes encuestadas fue de secundaria y primaria completa en su mayoría, como consecuencia del embarazo en

la adolescencia es que los jefes de hogares que en ocasiones son jóvenes podrían verse en la necesidad de abandonar sus estudios, para ingresar al mercado laboral y poder mantener a los hijos, trascendiendo así en menores oportunidades para la culminación de la secundaria o sin oportunidad de lograr educación superior.

Gráfico 4. Permanencia escolar de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

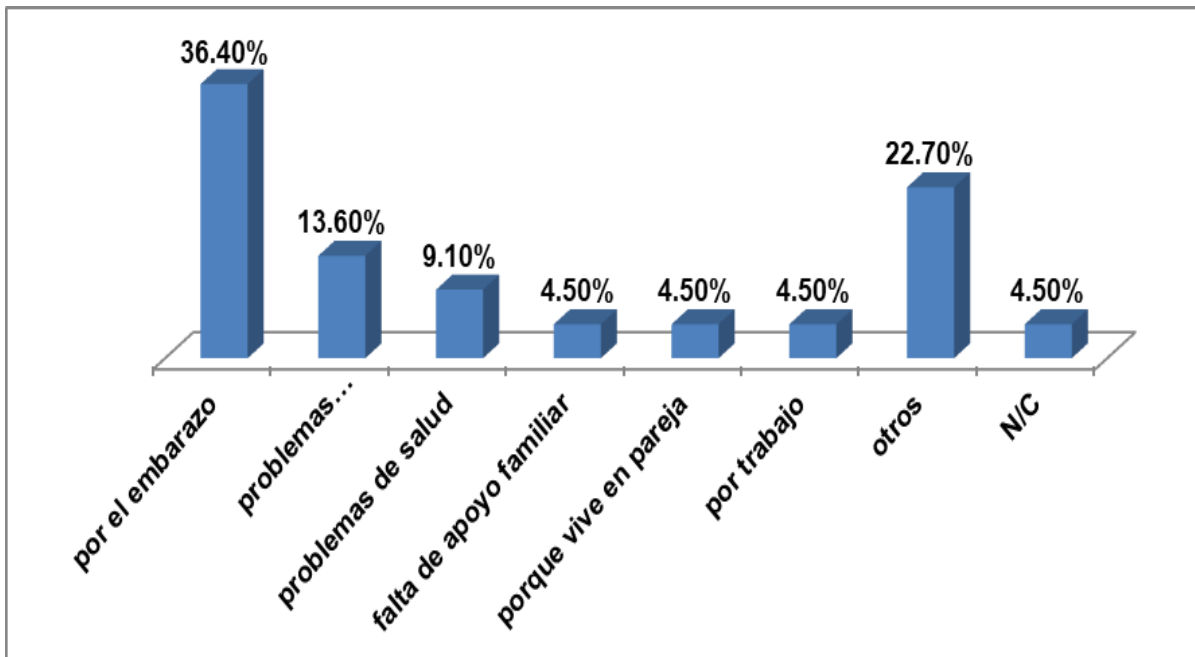
De las adolescentes embarazadas que se les aplicó la encuesta 22 (73%) ya no asisten al centro educativo y 8 (27%) si asisten. (Ver Anexo 5, Tabla 4).

Predomina en un 73% las que se retiraron de sus estudios, existe gran similitud de este estudio con los datos obtenidos por Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada, & De la Vara, (2015), México, encontró que “el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedentes de embarazo.

La joven que cursa con un embarazo en la adolescencia se enfrenta a muchas dificultades como por ejemplo; falta de tiempo para combinar las obligaciones en el hogar con la situación académica, falta de apoyo por su pareja, situaciones de salud debidas al embarazo, problemas económicos, se enfrenta a los tabúes sociales y sufren discriminación por su estado, lo cual le causa desmotivación para seguir con sus estudios, también que el sistema educativo ejerce cierta distinción hacia ella y se le traslada o jornadas nocturnas de estudio y aunado a esto el problema de violencia

social en el país, repercute en las inasistencias y posterior retiro del sistema educativo.

Gráfico 5. Razón por la cual ya no asisten al centro educativo las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

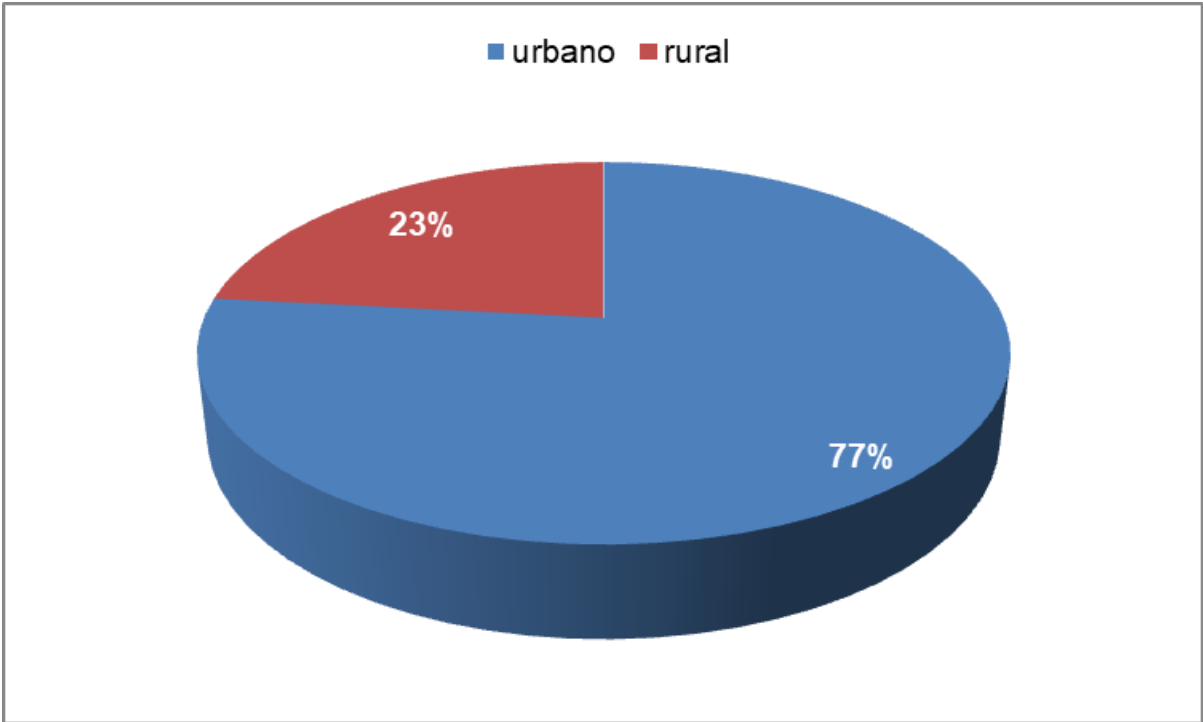


Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las 22 (73%) adolescentes que ya no asisten al centro educativo se encontró que la primera causa fue por el embarazo 8 (36.40%), otras causas 5 (22.70%), problemas económicos 3 (13.60%), problemas de salud 2 (9.10%), porque viven en pareja 1 (4.5%), falta de apoyo familiar 1 (4.5%), por trabajo 1 (4.5%) y 1 (4.5%) N/C (no contestó). (Ver Anexo 5, Tabla 5).

36.40% ya no asisten debido al embarazo, lo señalan diversos autores, el embarazo en la adolescencia tiene una relación directa con la no culminación de los estudios, Flores-Valencia, Nava-Chapa, & Arenas-Monreal, Mexico, 2017, mencionan en su estudio; que el impacto social es el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o durante la crianza, como consecuencia se presenta dificultad para conseguir empleos permanentes con salarios adecuados y beneficios sociales.

Gráfico 6. Procedencia de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



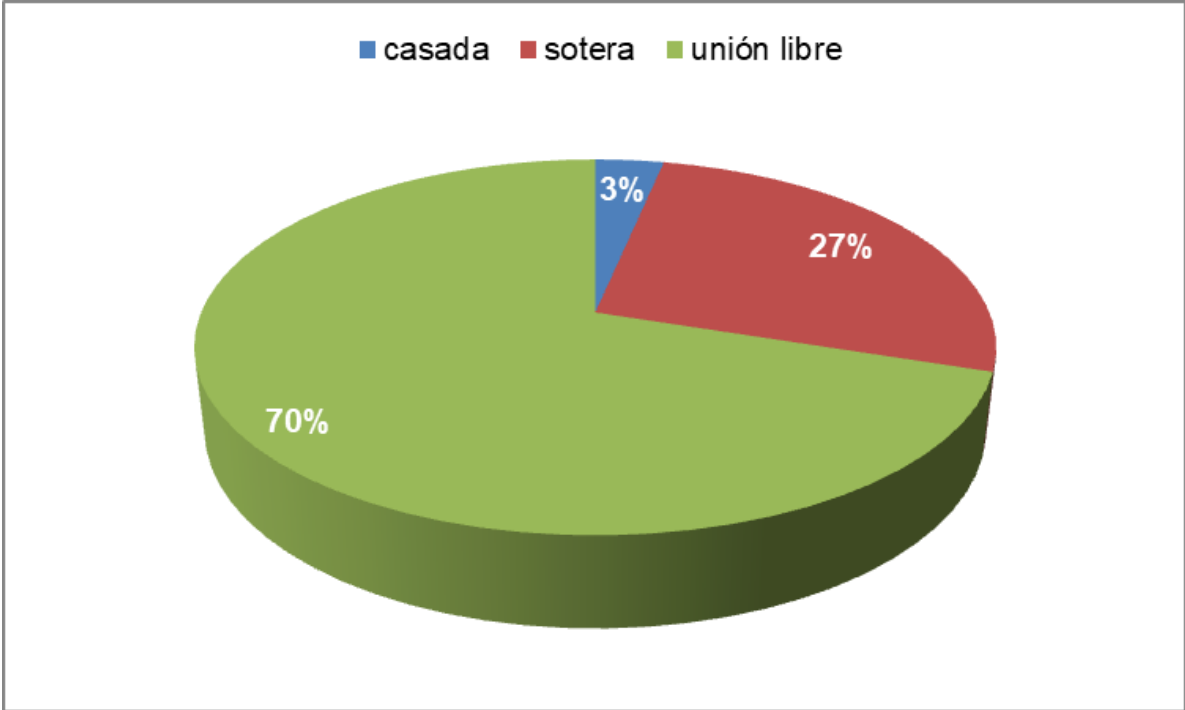
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

La procedencia de las adolescentes embarazadas es urbano 23 (77%) de ellas y rural en 7 (23%) de las encuestadas. (Ver Anexo 5, Tabla 6).

En relación a la procedencia se encontró que 77% de las adolescentes embarazadas que se encuestaron pertenecen al área urbana, en el caso de esta investigación no es posible realizar una conclusión, ya que solo se tomó en cuenta a usuarias que asisten al Centro en busca de los servicios y debido a la localización del mismo la mayoría pertenecen al área urbana, pero cabe mencionar que, a partir de la concepción que existe respecto a que en los sectores rurales se concentran grados más elevados de pobreza en el país, el embarazo en la adolescencia no puede pasar inadvertido, dado que aparece como uno de los principales vehículos que tiende a perpetuar la pobreza en el sector, una madre rural adolescente disminuye considerablemente sus posibilidades de acceso a los servicios de salud y principalmente a la educación formal.

Difiere con los resultados de Vargas & Judith de Perú, 2015, encontraron en su estudio, que la fecundidad en adolescentes del área rural fue de 57,35% y en área urbana de sólo 55,41%, concluyendo que la estructura familiar y la zona de residencia influyen en una alta fecundidad en adolescentes.

Gráfico 7. Estado civil de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



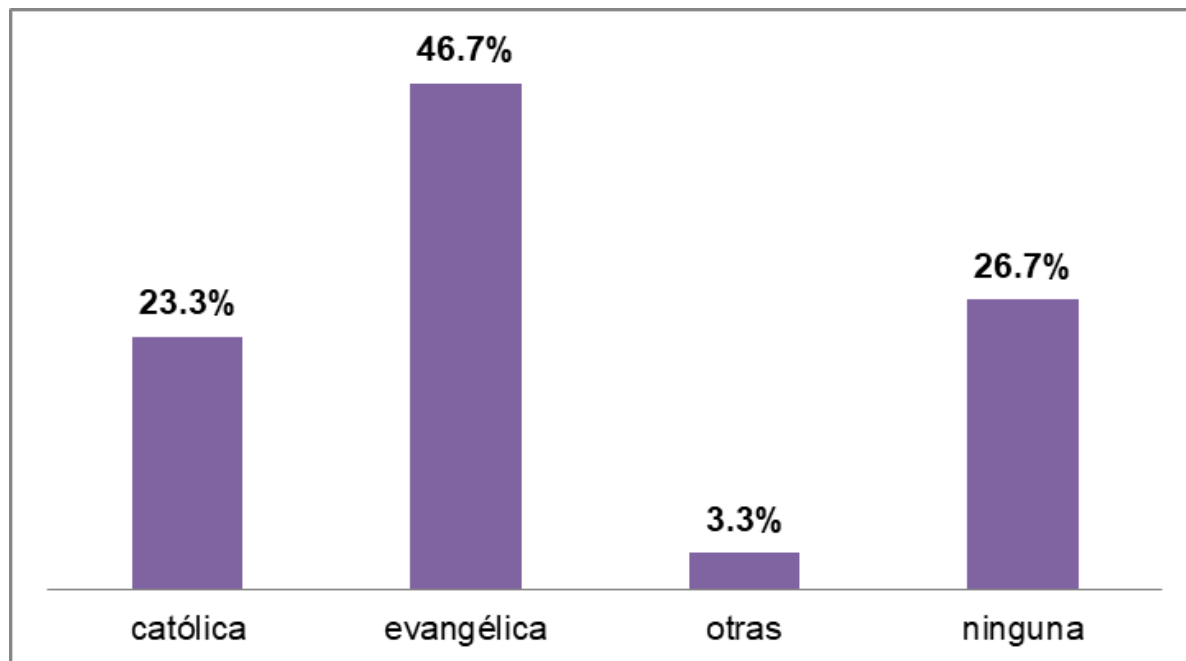
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

El 21(70%) de las adolescentes encuestadas se encuentran en unión libre, 8(27%) solteras y 1 (3%) casada. (Ver Anexo 5, Tabla 7)

Se observó que el 70% de las adolescentes encuestadas viven en unión libre, uno de los principales cambios que trae el embarazo en la adolescencia, es el cambio en el estado civil, de pronto para asumir un rol de adultas y madres, asignado por la sociedad como lo que se espera de ellas, también en busca del apoyo económico para solventar gastos que incurre la crianza de un hijo y en ocasiones ven como una oportunidad para salir de sus hogares en los cuales existe mucha pobreza, disfunción familiar e incluso violencia, esta práctica nociva tiene un impacto negativo para el desarrollo económico y social del país.

Tal como lo mencionan; Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara, E. (2015), en su investigación encontraron que las adolescentes nunca embarazadas 84.1% eran solteras, mientras que 83.1% de las adolescentes con antecedentes de embarazo está o ha estado unida. De las adolescentes embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, 67.7% vive con la pareja.

Gráfico 8. Religión de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

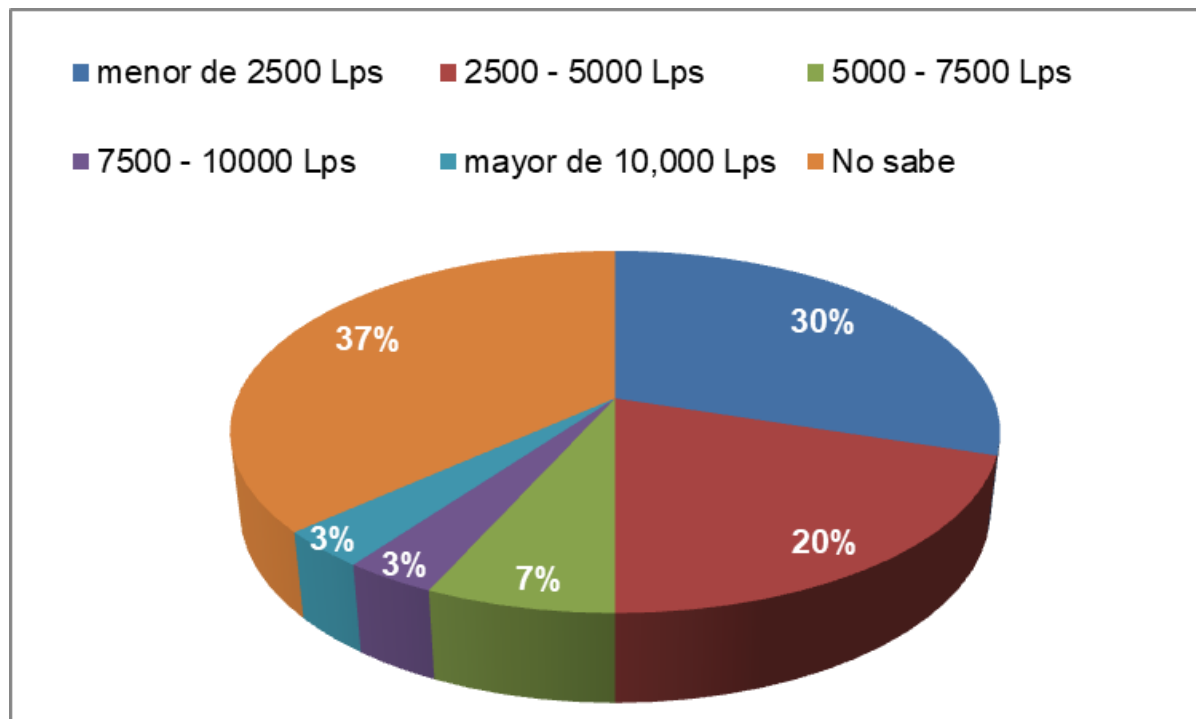
De las adolescentes embarazadas 14 (46.7%) pertenecen a la religión evangélica, 8 (26.7%) a ninguna religión, 7 (23.3%) a la religión católica y 1 (3.3%) otras. (Ver Anexo 5, Tabla 8).

Más del 70% de las encuestadas pertenecían a una religión y están cursando con un embarazo en la adolescencia, difiere de lo que Ramírez-Aranda JM y colaboradores, México, 2013; en una investigación concluyeron que; los factores independientes que representan protección son: el empleo, estar estudiando, tener una familia nuclear y funcional, pertenecer a una religión y el haber recibido información sobre sexualidad.

Pertenecer a un grupo religioso, sea católico, evangélico u otros, podría retardar el inicio de la actividad sexual y disminuir el riesgo de tener más de una pareja sexual, a diferencia de aquellas jóvenes sin religión, pero se sabe que la religión a través del

tiempo ha influido negativamente en la educación sexual integral, la afiliación religiosa de los jóvenes aumenta la posibilidad del no uso de condón, por lo tanto la religión puede ser un factor determinante en la prevalencia del embarazo en la adolescencia.

Gráfico 9. Ingreso Familiar de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



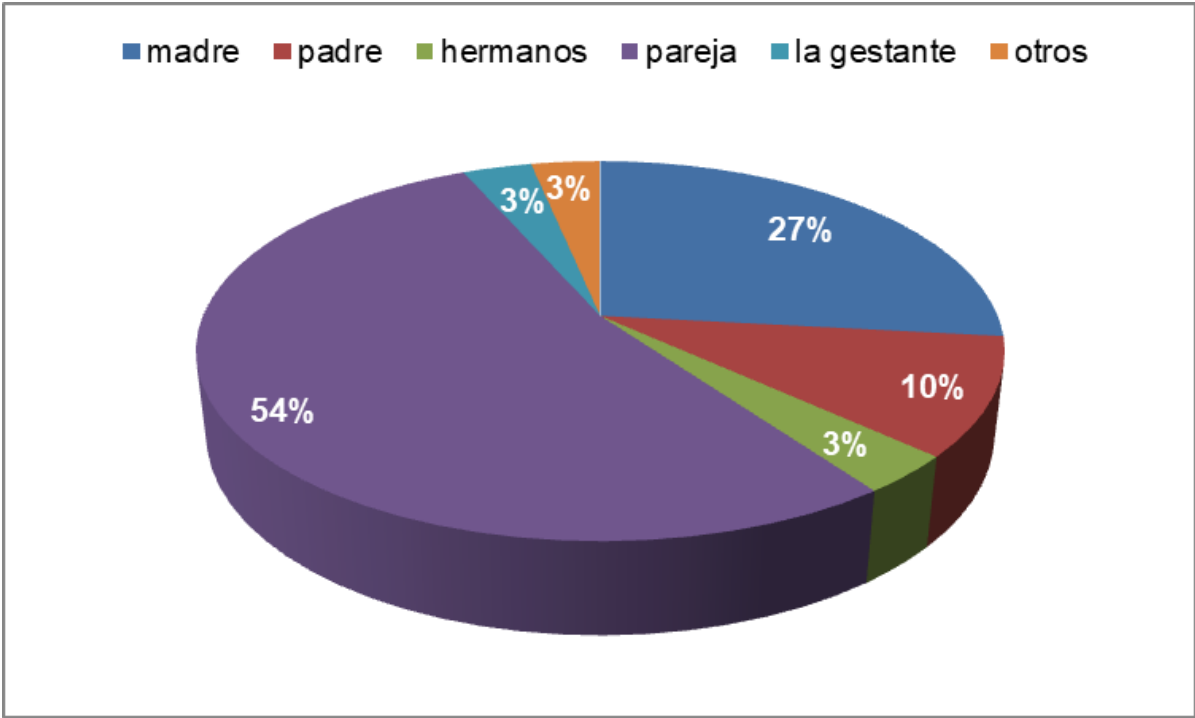
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

En el ingreso económico mensual de los hogares de las adolescentes encuestadas el 11 (37%) no sabe cuál es, 9 (30%), menor de 2,500Lps, 6(20%) de 2,500-5,000 Lps, 2 (7%) de 5,000-7,000 Lps, 1 (3%) de 7,500-10,000, 1 (3%) mayor de 10,000. (Ver Anexo 5, Tabla 9).

Se observa que la mayoría de las adolescentes (97%) viven con un ingreso mensual menor a 10,000Lps (aproximadamente \$400) y el 50% de estas viven con un ingreso mensual menor de \$200, que equivale a 5,000 lempiras, (un alto porcentaje 30% de las encuestadas refirió que su ingreso mensual es de menos de 2,500 lempiras al mes y en segundo lugar de 2,500 a 5,000 en un 20%). Similar a lo que se expone en la investigación de Chalar, Ecuador 2018 referente a la situación socioeconómica de las adolescentes embarazadas se encontró que el 81% perciben un ingreso menor a \$366 mensual.

Indica que el ingreso económico en los hogares de las adolescentes se encuentra por debajo del salario mínimo actualizado (L12,357.84), misma que influirá negativamente para una adecuada calidad de vida promoviendo las uniones tempranas de estas jóvenes por buscar apoyo o sustento por parte de sus parejas; así como la no continuación de sus estudios.

Gráfico 10. Personas que aportan económicamente, en los hogares de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

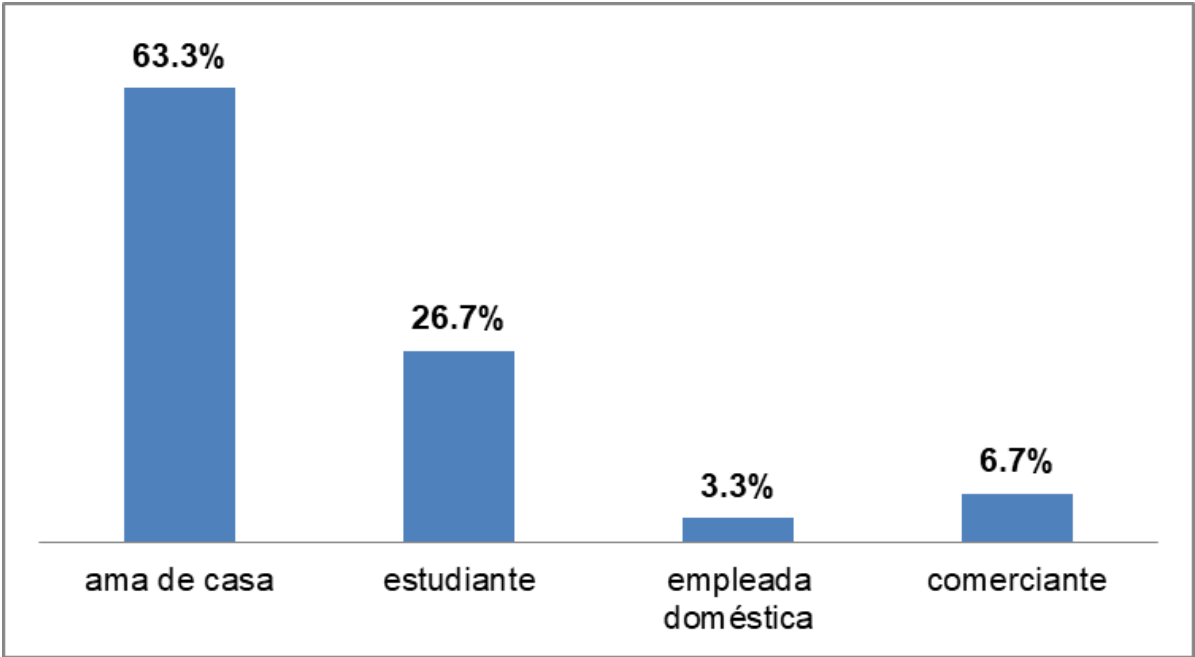
EL 16 (54%) de los hogares de las adolescentes embarazadas son sostenidos económicamente por sus parejas, 8 (27%) por la madre de la gestante, 3 (10%) por el padre de la gestante, 1(3%) por la gestante, 1(3%) por los hermanos de la encuestada y 1 (3%) por otros. (Ver Anexo 5, Tabla 10).

El 54% de los hogares de las adolescentes que se encuestaron, son sostenidos económicamente por sus parejas, esto demuestra la alta dependencia económica de las jóvenes, que les puede provocar muchas dificultades a la hora de continuar con su proyecto de vida, situación que aumenta la posibilidad de sufrir violencia intrafamiliar, rezago educativo, no uso de métodos anticonceptivos, la multiparidad, entre otros, seccionando así el futuro de las adolescentes

Muñoz-Astudillo María N, Martínez José W, Quintero Alba R. 2010, mediante la Validación de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria en

gestantes adolescentes; Se evaluaron 150 adolescentes en embarazo y se encontró que el 37 % de los hogares estaba bajo la responsabilidad económica de las parejas de las gestantes, mientras que para el 34 % eran los padres de las adolescentes embarazadas, los que tenían esa competencia.

Gráfico 11. Ocupación de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

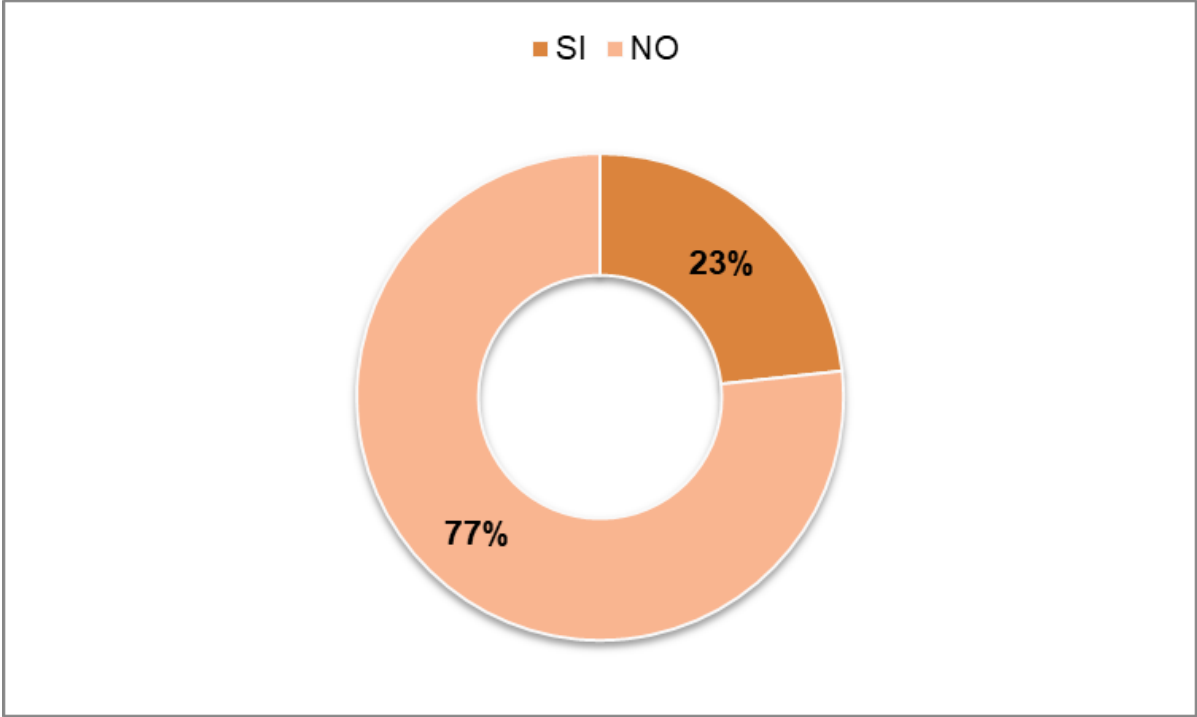
De las adolescentes encuestadas 19(63.3%) son amas de casa, 8(26.7%) estudiantes, 2(6.7%) comerciante, 1(3.3%) empleada doméstica. (Ver Anexo 5, Tabla 11).

El 63.3% de las adolescentes viven en unión libre, a pesar de que el estudio es la labor fundamental en la etapa de la adolescencia, la gran mayoría de adolescentes que se embarazan cambian su estado civil a unión libre y dejan sus estudios de forma precoz, se quedan realizando las labores de la casa, es debido a su edad y el no haber culminado su formación escolar que no reúnen los requisitos necesarios para obtener algún empleo formal, por lo cual persiste la falta de independencia financiera.

Concuerda con lo que expone Mejía-Mendoza, M. L., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R. C., Blackaller-Ayala, J., & Benitez-Morales, R.

(México, 2015); en la investigación encontraron que 59,5 % eran amas de casa, lo que da a entender que las adolescentes que cursan con embarazo a temprana edad se retiran de sus estudios y se dedican a las labores del hogar. Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara, E. (2015), en su investigación indican que aquéllas adolescentes que tuvieron al menos un embarazo se dedican principalmente a las labores del hogar (76.7%).

Gráfico 12. Exposición a violencia de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

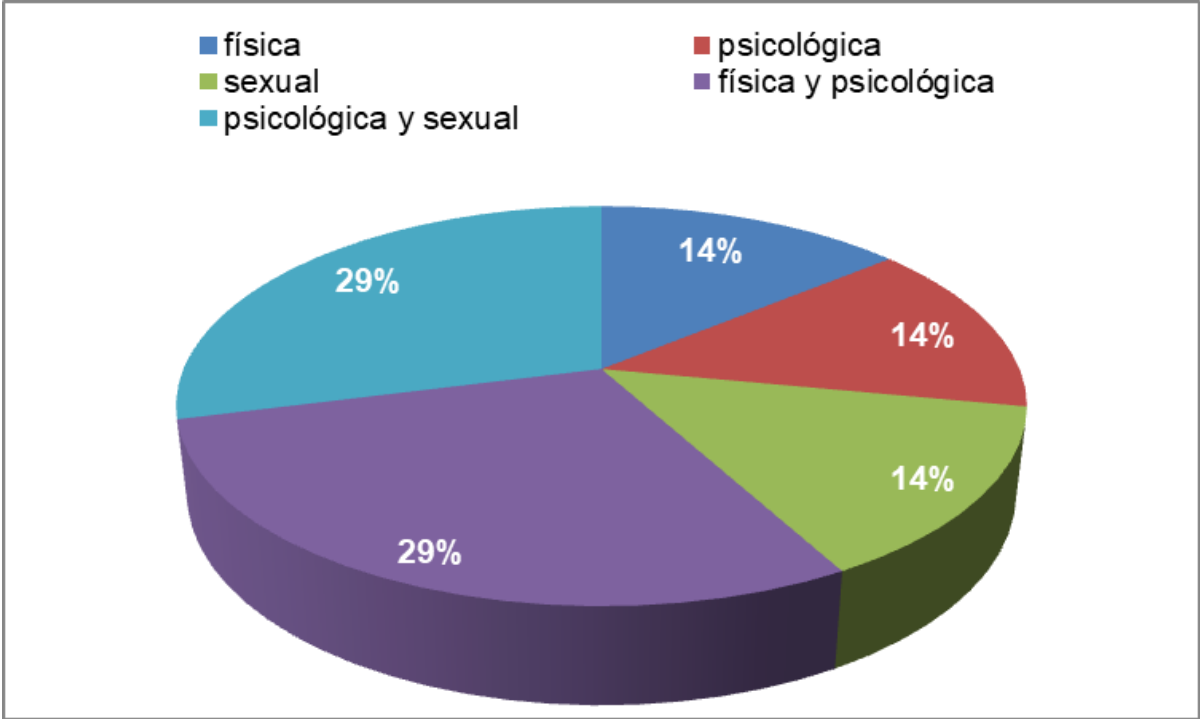
De las adolescentes encuestadas no ha sufrido violencia 23 (77%), si han sufrido algún tipo de violencia 7 (23%). (Ver Anexo 5, Tabla 12).

Se aprecia que para ser una muestra pequeña la que se evaluó en esta investigación, el porcentaje de adolescentes que sufrió algún tipo de violencia es significativo (23%), por lo cual se puede pensar que la violencia está detrás del embarazo adolescente, porque en muchos casos se repiten patrones. Se trata de jóvenes víctimas de un entorno violento y cuyas vidas tienen en común el embarazo temprano, obligadas a ser madres por las circunstancias, sin acceso a la educación y al empleo, empobrecidas y con dependencia emocional y económica total de sus parejas. Cuando se habla de embarazo adolescente no solo hay que hablar de métodos anticonceptivos o de consejería en salud sexual y reproductiva, poner

especial atención al tema de violencia, ya que detrás existen miles de historias de abuso y violencia sexual.

Un estudio realizado por UNICEF, Plan Internacional, 2014 refleja las complejidades asociadas al embarazo en adolescentes. Entre los motivos por los que muchas adolescentes quedan embarazadas están la falta de información o de oportunidades, la voluntad propia, las expectativas sociales y también la violencia sexual.

Gráfico 13. Tipo de violencia a la que fueron expuestas las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las 7 (23%) adolescentes que han sufrido violencia se detectó que algunas han sufrido 2 tipos de violencia 2(29%) han sufrido violencia física y psicológica, 2(29%) violencia psicológica y sexual, 1(14%) violencia física, 1(14%) psicológica, 1(14%) violencia sexual. (Ver Anexo 5, Tabla 13).

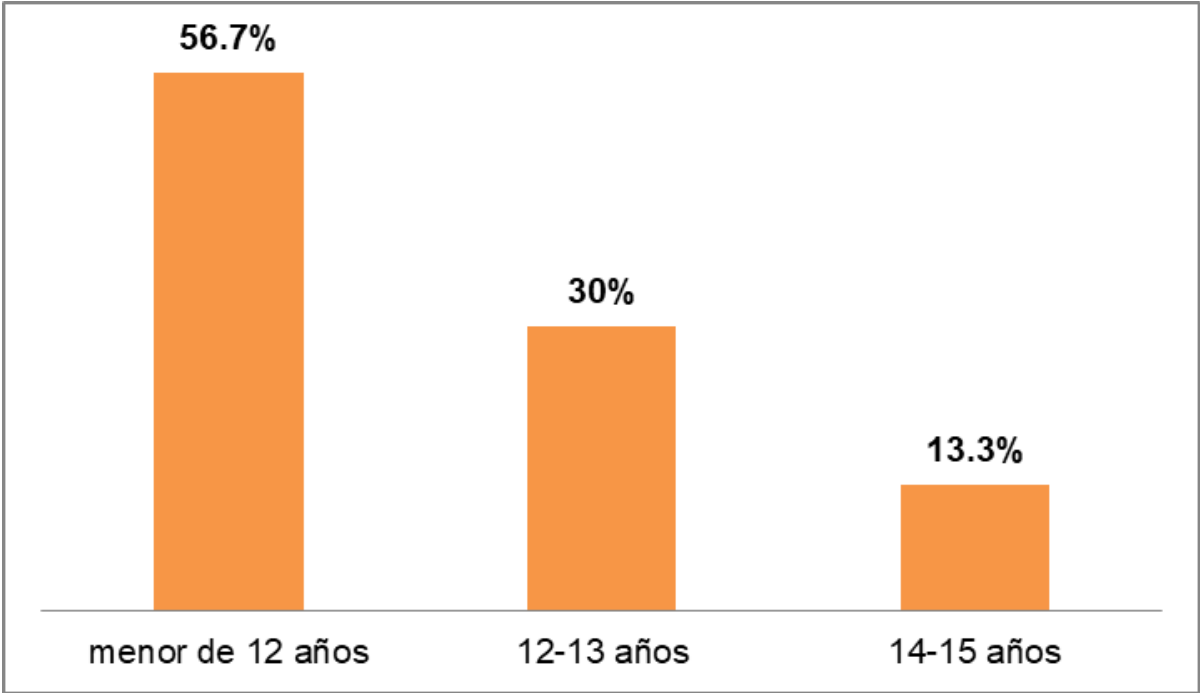
El 29% de las adolescentes han sufrido dos tipos de violencia, el fenómeno de embarazo en adolescente, es una forma de violencia que obstaculiza el proceso de autonomía de las jóvenes, con un efecto negativo sobre el empoderamiento de las mismas, así como las implicaciones sobre la posibilidad de contar con una atención oportuna para su reinserción en el sistema educativo, laboral y social.

Contrario a los datos encontrados en la investigación de CA, Gómez-Mercado; G., Mejía-Sandoval (2017) Colombia, sobre la prevalencia del embarazo y las características demográficas, sociales, familiares y económicas de las adolescentes; encontraron que el 8,4% fueron maltratadas física o verbalmente y el 1,3% fueron violadas por su padre o familiar.

El acto de la violencia sexual puede ser el causal de que una adolescente quede embarazada, pero otras formas continuas de violencia como psicológica y física por ejemplo, puede provocar que las jóvenes se salgan de sus hogares para escapar del abuso, teniendo como consecuencia la búsqueda temprana de pareja para la unión libre, en busca de protección y sustento, también da paso a las relaciones inestables, múltiples parejas y más riesgo de abuso; es debido a la situación de violencia en su entorno que podrían ser víctimas de las redes de trata de personas, o se anexen a las maras y salgan embarazadas en ese trayecto.

Objetivo 2: Componentes de salud sexual y reproductiva presentes en las adolescentes embarazadas.

Gráfico 14. Edad de primera menstruación (menarquia) de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras, enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

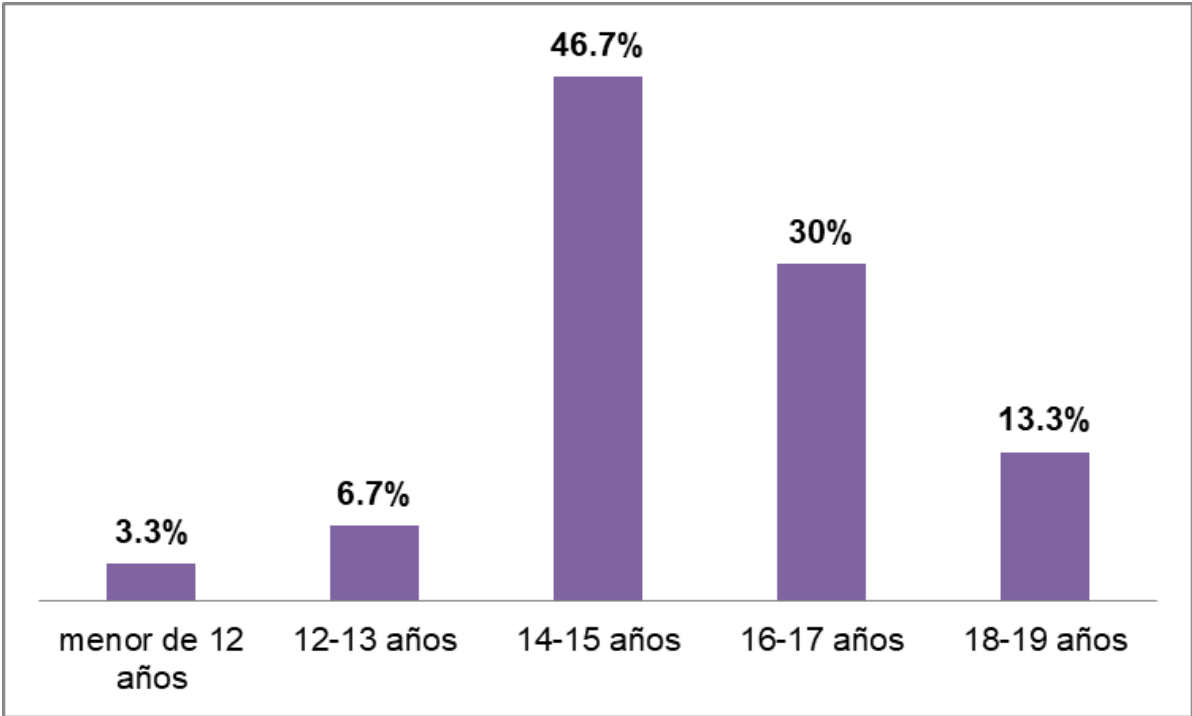
De las encuestadas 17 (56.7%) tuvo su primera menstruación antes de los 12 años, 9 (30%) de 12-13 años y 4 (13.3%) de 14 a 15 años. (Ver Anexo 5, Tabla 14).

Más de la mitad de las adolescentes 56.7% tuvo su primera menstruación antes de los 12 años, la asociación de menarquía temprana e inicio de la actividad sexual está relacionado a muchos aspectos, en cuanto a lo biológico está la influencia hormonal que conlleva el inicio de un ciclo menstrual, por otro lado los factores psicológicos del desarrollo afectados por una estructura familiar disfuncional, y en cuanto a lo social, actualmente la erotización de la mujer desde edades tempranas, el auge de las redes sociales, la influencia de la música, entre otras, son muchos los factores

que influyen en un inicio de actividad sexual temprana y como consecuencia el embarazo en la adolescencia.

Con respecto al tema cabe mencionar a Leal F, Ingrid, Stuardo A, Valeria, Molina G, Temístocles, & González A, Electra. (2015), Chile, que realizaron un estudio sobre Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes, concluyeron que la menarquia temprana se asoció al inicio precoz de actividad sexual, ellos encontraron que inicio de actividad sexual antes de los 15 años se presentó en un 39,4% adolescentes con menarquia temprana y en 22,3% de no temprana.

Gráfico 15. Edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



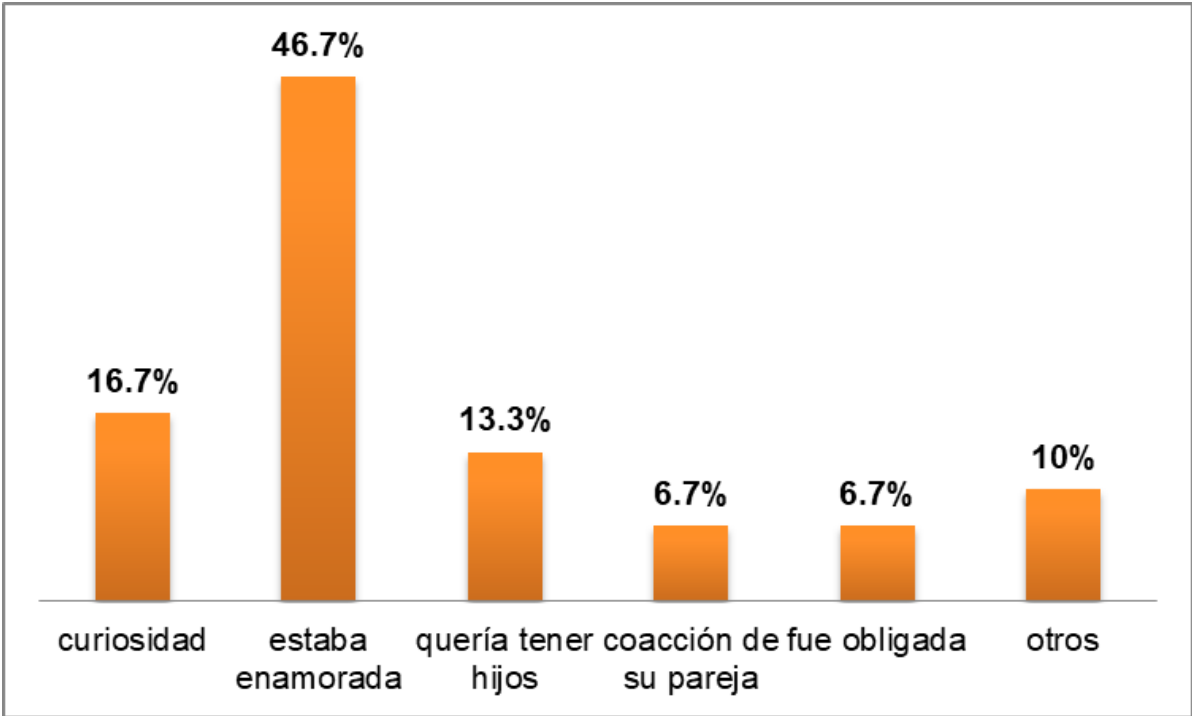
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

El 14 (46.7%) de las adolescentes iniciaron vida sexual entre los 14 -15 años, 9 (30%) a los 16-17 años, 4 (13.3%) de 18-19 años, 2 (6.7%) de 12-13 años y 1 (3.3%) menor de 12 años de edad. (Ver Anexo 5, Tabla 15).

Se observa que el inicio de la vida sexual de las adolescentes es precoz 46.7% fue de los 14-15 años tal como menciona en su estudio Zapata L. de Perú, 2018, en otra investigación; Mendoza, Claros, & Peñaranda, Colombia 2016, citan que la actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente y el aumento de las infecciones de transmisión sexual.

Coincidiendo con Quintero-Rondón & Rojas-Betancur, 2015, quienes encontraron que precisamente, el inicio temprano de la sexualidad conlleva el riesgo del embarazo precoz, tal como se analiza en esta investigación.

Gráfico 16. Razón de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



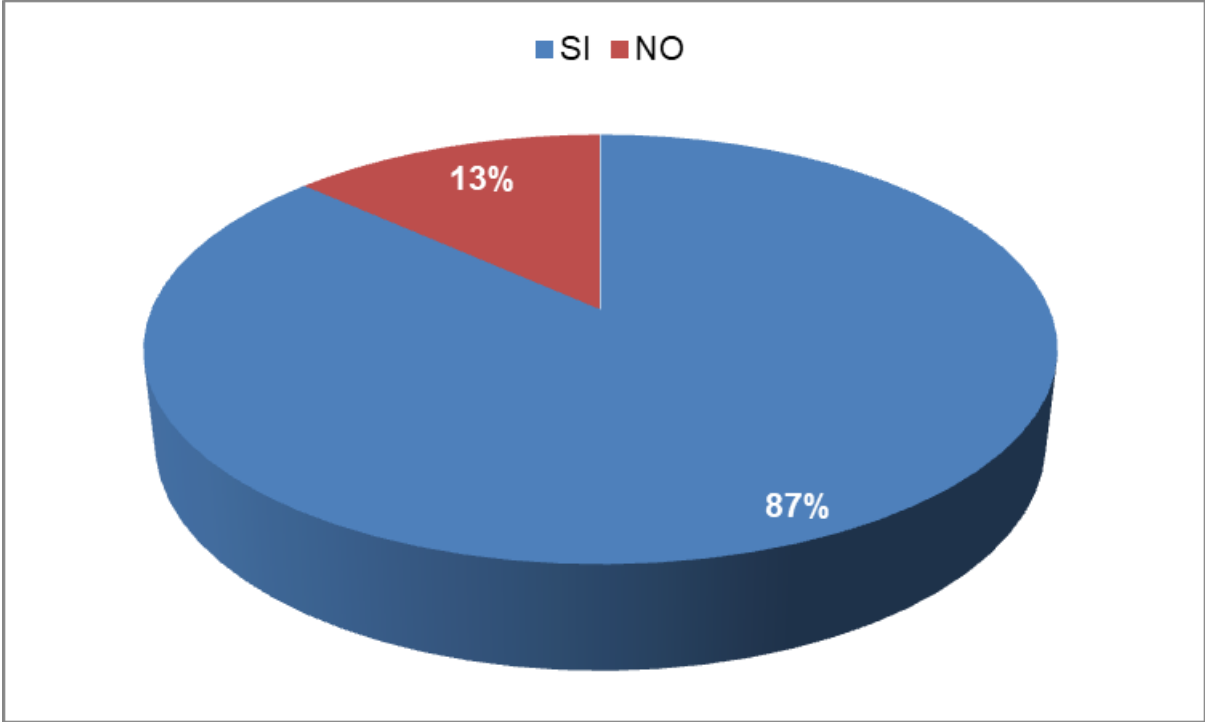
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

La razón por la cual las adolescentes encuestadas iniciaron relaciones sexuales es 14 (46.7%) estaban enamoradas, 5 (16.7%) por curiosidad, 4 (13.3%) quería tener hijos, 3 (10%) por otras razones, 2 (6.7%) coacción de su pareja y 2 (6.7%) fue obligada. (Ver Anexo 5, Tabla 16).

Se observa que la mayoría de las adolescentes 86% inician sus relaciones sexuales sin presión, ya sea porque la mayoría de ellas estaban enamoradas, tenían curiosidad o deseaban tener hijos, pero es debido a la percepción errónea de las relaciones de pareja que poseen las y los jóvenes, el amor romántico que promueven las redes sociales, más la no concientización sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos, que a pesar de haber recibido la información correspondiente sobre los mismos, según reportaron, no los utilizan.

Baeza W, Bernardita, Póo F, Ana María, Vásquez P, Olga, Muñoz N, Sergio, & Vallejos V, Carlos. Chile, (2007) encontraron en un estudio cuantitativo de casos que de los factores individuales de riesgo que favorecen el embarazo (FFE) aparecen con relevancia categorías denominadas como: "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos (MAC), baja autoestima, "irresponsabilidad masculina" y falta de conocimiento en sexualidad.

Gráfico 17. Información sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



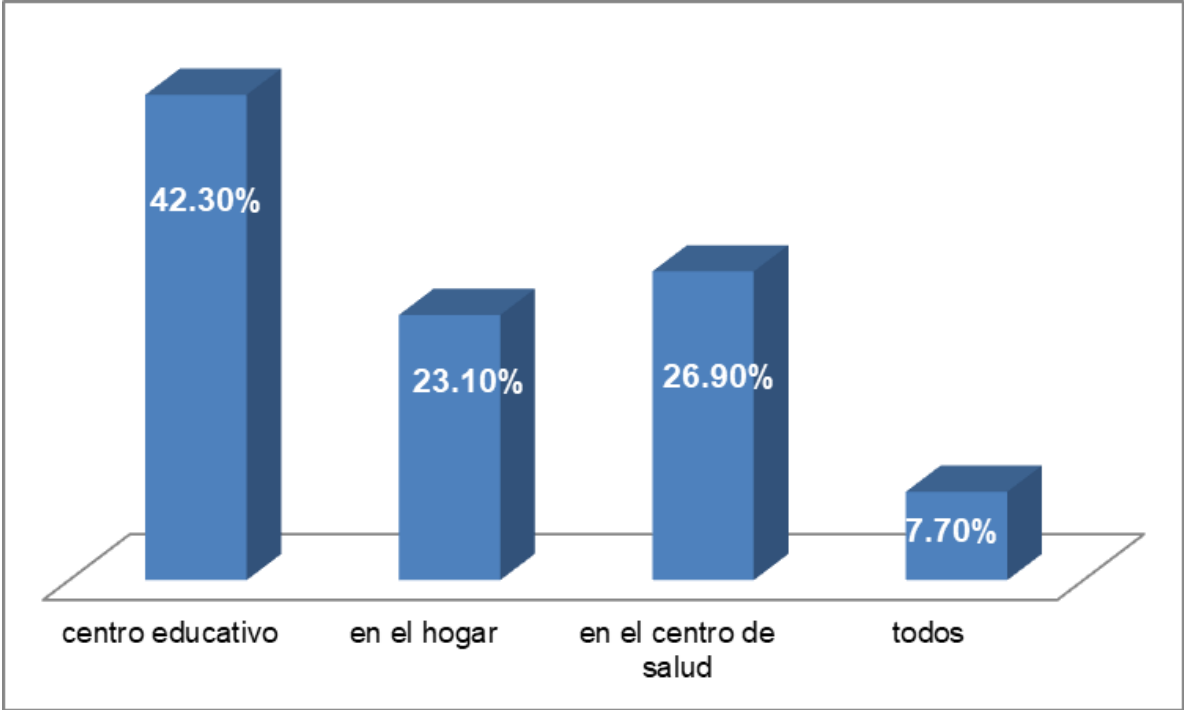
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las encuestadas 26 (87%) si recibió información sobre métodos anticonceptivos y 4 (13%) no recibió. (Ver Anexo 5, Tabla 17).

La mayoría de adolescentes embarazadas que equivale al 87% si recibieron información sobre métodos anticonceptivos, esto significa que la información si se está brindando, pero no cumple con la efectividad deseada para las jóvenes, ya que no toman conciencia de la importancia del tema, es porque la información no se les brinda de manera concreta e integral que no cumple su objetivo, no se trabaja en conjunto; sistema educativo, familia, unidad de salud y entorno, por lo cual el no uso de métodos de anticoncepción es la primera causa de embarazo en este estudio.

Dato que es confirmado por OPS/OMS, en su informe 2010-2018; donde presentan que cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos.

Gráfico 18. Sitio donde recibieron información sobre métodos anticonceptivos las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



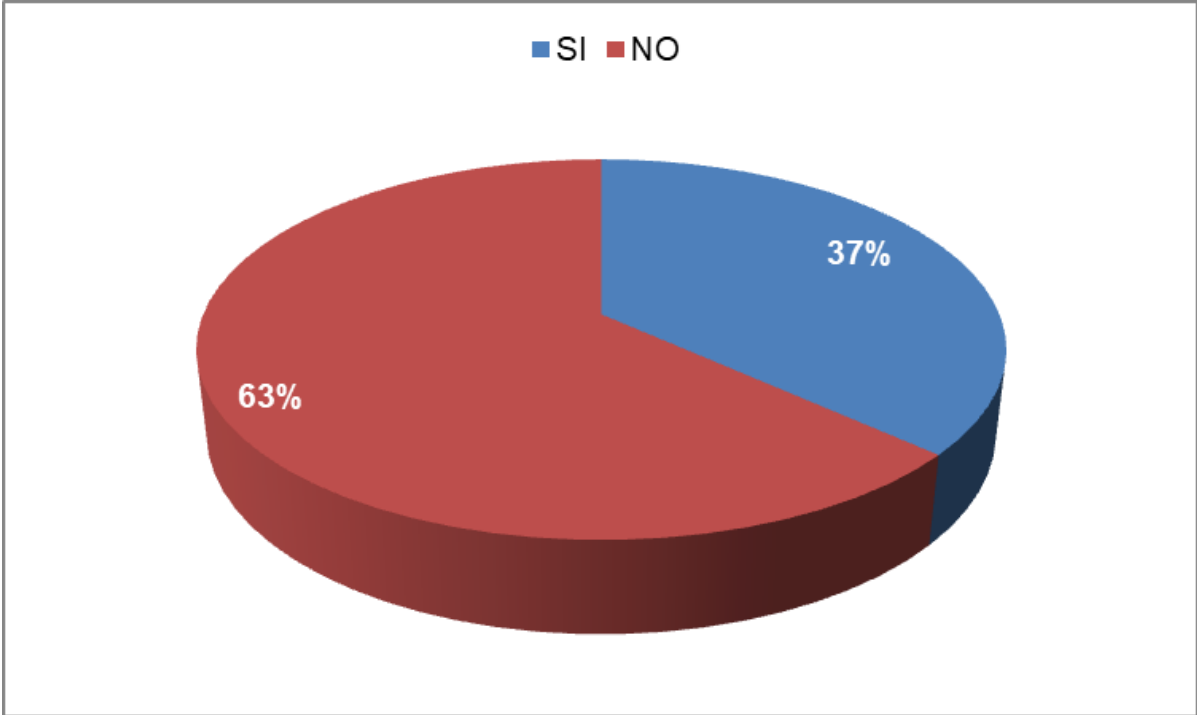
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa. Honduras.

De las 26 adolescentes (87%) que recibieron información sobre métodos anticonceptivos 11 (42.3%) la recibió centro educativo, 7 (26.9%) centro de salud, 6 (23.1%) en el hogar y 2 (7.7%) la recibieron en todos los sitios antes mencionados (Ver Anexo 5, Tabla 18)

Las adolescentes embarazadas que se encuestaron recibieron información sobre métodos anticonceptivos centro educativo en un 42.3%, difiere a lo que expresa Ibarra, M., Orozco, M., Segura, Z., & Medina, J. (2013), Nicaragua, donde ellos reportan que la información sobre sexualidad es buscada en folletos distribuidos por diferentes instituciones y accesibles por diferentes medios, entre ellos, vía internet en un 29.2%.

El centro educativo es el sitio principal donde las adolescentes reciben la información sobre métodos anticonceptivos y se observa que los hogares son el tercer lugar, situación preocupante, ya que los hogares son el primer sitio de enseñanza, si se trabajara en conjunto el sistema educativo, familia y comunidad las acciones serían más productivas y es debido a la disfuncionalidad de estos entes que la prevención de embarazos se ha convertido en una lucha desalentadora.

Gráfico 19. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



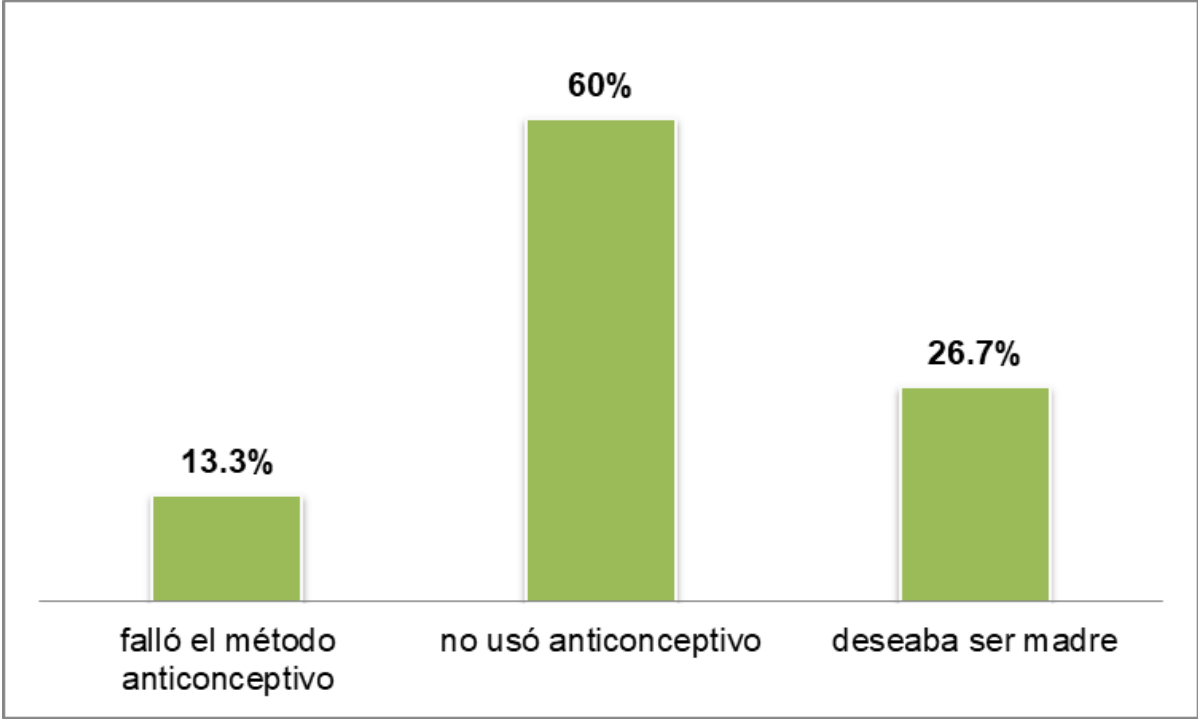
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las adolescentes embarazadas que se encuestaron 19 (63%) refiere no usó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y 11 (37%) si utilizó. (Ver Anexo 5, Tabla 19).

Más de la mitad de las adolescentes 63% no utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual, dato que es similar a la investigación de Mejía-Mendoza, M. L., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R. C., Blackaller-Ayala, J., & Benitez-Morales, R. (México, 2015); donde el 78,6 % no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo.

La razón de no uso de métodos anticonceptivos no es porque no tengan la información sobre los mismos, como se observó en este estudio, la gran mayoría si ha recibido información sobre el tema, el problema va más allá y la mala comunicación con sus padres es un factor clave, los padres temen que si le brinda la información adecuada y oportuna a sus hijos les están aprobando las prácticas sexuales a temprana edad, por otra parte las jóvenes temen que sus padres se enteren que inició o desea iniciar vida sexual, ya que se enfrentan a una sociedad que puede reprobarles, cabe mencionar que más que un problema personal o familiar es un tema cultural.

Gráfico 20. Motivo del embarazo de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



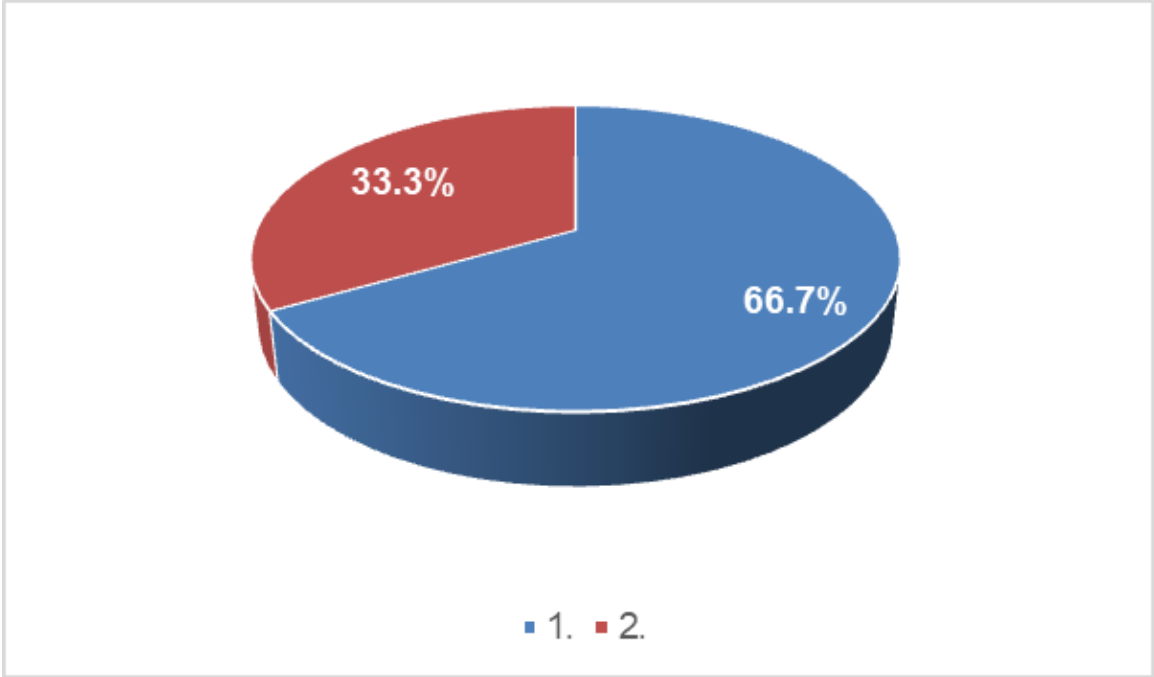
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

En cuanto al motivo de embarazo de las adolescentes encuestadas, 18 (60%) no usó método anticonceptivo, 8 (26.7%) deseaban ser madres y 4 (13.3%) falló el método anticonceptivo. (Ver Anexo 5, Tabla 20).

En el 60% de las adolescentes su motivo de embarazo fue por el no uso de métodos anticonceptivos, precisamente, el inicio temprano de la sexualidad conlleva el riesgo del embarazo precoz, pero más que eso el riesgo incrementa por la falta de orientación, de comunicación y acompañamiento de las adolescentes en los procesos de maduración biológica y psicológica en esta etapa crucial del ciclo vital y la no concientización.

Análogo con Mejía-Mendoza, M. L., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R. C., Blackaller-Ayala, J., & Benitez-Morales, R. (2015). México, en su estudio se encontró que 78,6 % no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo.

Gráfico 21. Número de embarazos de las adolescentes, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



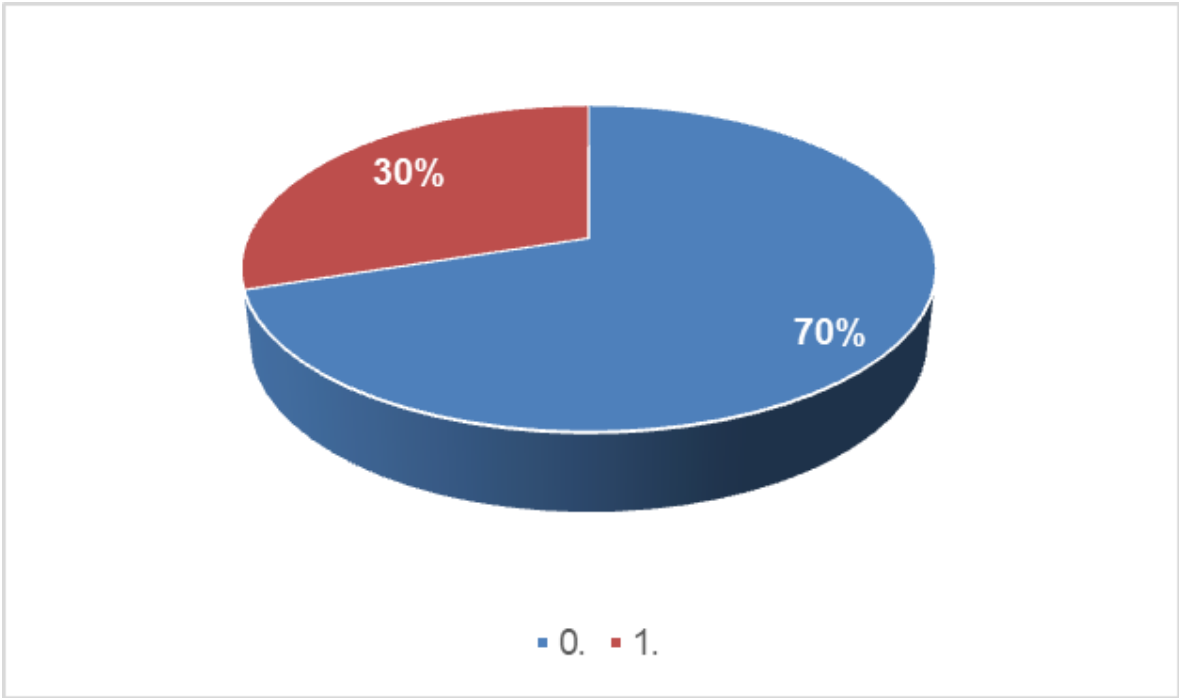
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las adolescentes cursaban con su primer embarazo 20 (66.7%) y de ellas estaban al momento de la encuesta en su segundo embarazo 10 (33.3%). (Ver Anexo 5, Tabla 21).

Se observa que aproximadamente la tercera parte de las adolescentes 33.3% cursan con su segundo embarazo, son cifras alarmantes que indica que no se está trabajando en estrategias educativas para prevenir un segundo embarazo en aquellas adolescentes que ya son madres.

Difiere un poco con la investigación de Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara, E. (2015), quienes encontraron que un 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida, de las cuales 7.8% estaba cursando su primer embarazo al momento de la encuesta.

Gráfico 22. Número de hijos de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



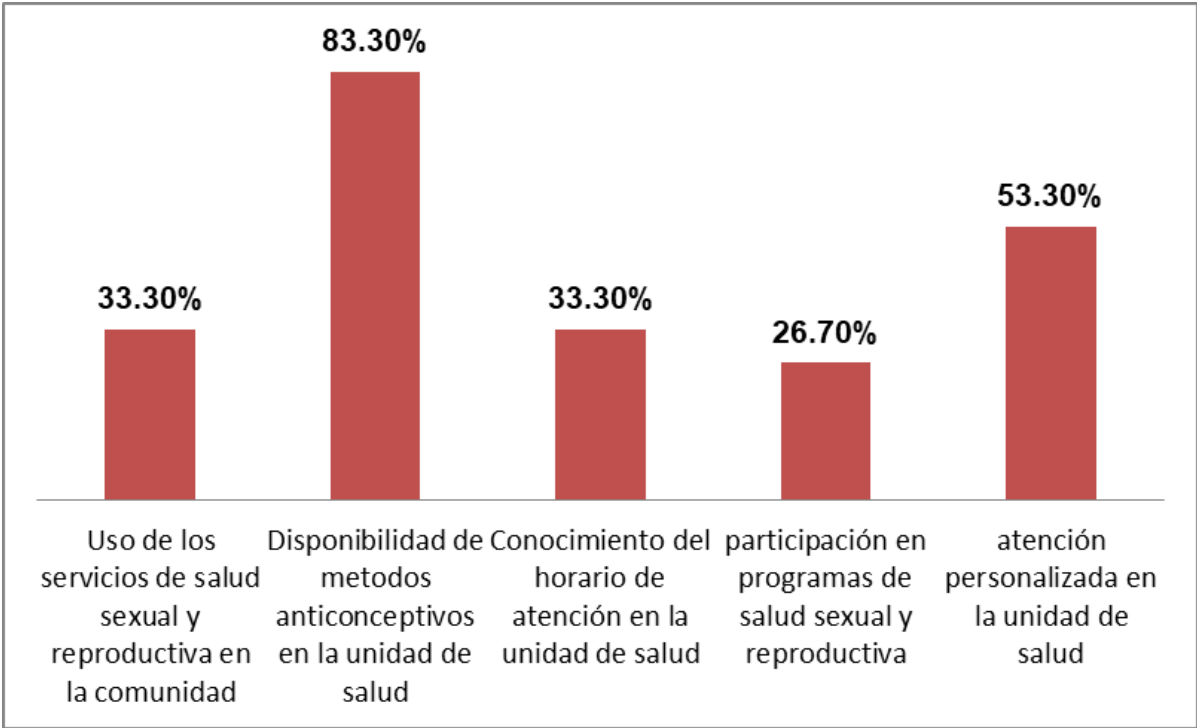
Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

El 21(70%) de las adolescentes encuestadas no son madres, 9(30%) ya eran madres adolescentes y están actualmente cursando su segundo embarazo. (Ver Anexo 5, Tabla 22).

Las cifras de madres adolescentes que cursan su segundo embarazo es alarmante así como se indica en el Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Honduras, 2018, muestra que Incluso, el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que es madre o alguna vez ha estado embarazada, creció de un 21.5% en el 2006 a un 24% en el 2012.

Objetivo 3. Componentes de acceso a los servicios de salud que influyen en el embarazo en las adolescentes.

Gráfico 23. Componentes del acceso a los servicios de salud de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.



Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras.

De las adolescentes embarazadas 25 (83.3%) de ellas saben que hay disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud, 16 (53.3%) ha recibido atención personalizada en la unidad de salud, 10 (33.3%) ha hecho uso de los servicios de salud sexual y reproductiva de su comunidad, 10 (33.3%) conocen el horario de atención de la unidad de salud y 8 (26.7%) han participado en programas de salud sexual y reproductiva. (Ver Anexo 5, Tabla 23).

La mayoría de jóvenes 83.3% tiene conocimiento sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud, coincide con el dato de este estudio que confirma que 87% de las encuestadas recibió información sobre métodos, también

es importante mencionar que el 33.3% de las jóvenes conoce los horarios de atención y usan los servicios de salud sexual y reproductiva de la unidad de salud, similar a lo que se expresó en la investigación de Ibarra, M., Orozco, M., Segura, Z., & Medina, J. (2013), Nicaragua, en los barrios intervenidos los adolescentes buscan información más de 3 veces hasta en un 34%. También es de notar la importancia de que, de las adolescentes que han utilizado los servicios de salud en un 53.3% refirieron haber recibido atención personalizada.

Los resultados anteriores orientan a pensar que las unidades de salud necesitan medios de difusión que les ayude a promocionar sus servicios, sus horarios de atención y brindar una atención más personalizada con programas educativos amigables, es debido a que las adolescentes no hacen uso correcto de la información o no poseen la información necesaria sobre la salud sexual y reproductiva que repercute en aumento de los embarazos a temprana edad, pero esto porque las y los adolescentes en su mayoría encuentran obstáculos legales y ambientes hostiles cuando utilizan los servicios de salud, como por ejemplo el incumplimiento de la confidencialidad, miedo a ser juzgados, la desaprobación relacionados con la actividad sexual, barreras geográficas, problemas económicos y disponibilidad de personal adecuado para la atención de este grupo poblacional.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en edades entre 18 y 19 años, de escolaridad secundaria incompleta, en su mayoría no asisten al centro educativo debido al embarazo, pertenecen a la zona urbana, de religión evangélica, con un ingreso económico mensual menor a cinco mil lempiras en su hogar, el cual es sostenido por su pareja, estado civil unión libre, ocupación ama de casa y aproximadamente un tercio de ellas ha sufrido algún episodio de violencia en su vida.
2. En los resultados de salud sexual y reproductiva se encontró que la mayoría de adolescentes embarazadas refirió su edad de menarquía antes de los 12 años, el inicio de la vida sexual fue de 14-15 años, la principal razón del inicio de relaciones sexuales fue porque estaban enamoradas, si recibieron información sobre métodos anticonceptivos centro educativo, pero no los utilizaron en su primera relación sexual, lo cual resultó ser el principal motivo de embarazo y un tercio de las participantes cursaba con su segundo embarazo.
3. El acceso a los servicios de salud muestra que la mayoría de las adolescentes encuestadas saben de la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud de su comunidad, a pesar de ello solo un tercio de las participantes han recibido atención en la misma ya que en su mayoría no conocen los horarios de atención, muy pocas han participado en programas de salud sexual reproductiva, aproximadamente la mitad de las que han buscado atención refieren que la recibieron de manera personalizada.

X. RECOMENDACIONES

Al centro Ciudad Mujer Tegucigalpa

1. Intensificar las estrategias que posee el módulo de atención a las adolescentes enfocadas a la prevención de embarazo en la adolescencia y monitorear la efectividad de las mismas una vez al año, para buscar oportunidades de modificar y mejorar.
2. Dar alcance a las adolescentes madres, orientadas en la prevención de un segundo embarazo.
3. Procurar la supervisión y constante seguimiento a los planes de vida, de las adolescentes que han recibido los servicios de manera integral en el módulo de atención a las adolescentes del Centro Ciudad Mujer, para poder intervenir con nuevas estrategias y brindar formación continua.
4. Trabajo conjunto del Módulo de Atención a las adolescentes con el Módulo de Educación Comunitaria del Centro Ciudad Mujer, para brindar información adecuada a las adolescentes sobre, derechos sexuales y reproductivos así como la ley de igualdad de oportunidades, para que ellas conozcan su derecho de inserción al sistema educativo.
5. Implementar estrategias de formación para adolescentes que asisten a los talleres educativos, con el objetivo de capacitar jóvenes líderes, que puedan realizar efecto multiplicador de las metodologías de prevención de embarazos, en las instituciones educativas, religiosas y organizaciones comunitarias.
6. Realizar investigaciones sobre ambiente y dinámica familiar de las adolescentes, para encontrar otros determinantes sociales asociados al embarazo.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Baeza W, Bernardita, Póo F, Ana María, Vásquez P, Olga, Muñoz N, Sergio, & Vallejos V, Carlos. (2007). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA NOVENA REGIÓN. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-81. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
- CA, G.-M., & G., M.-S. (Enero-Junio de 2017). *Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2019, de *Rev CES Salud Pública*.: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6176881.pdf>.
- Chalar, C. (2018). *DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO C DE LAS PALMAS*. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de Tesis de Grado. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Sede Esmeraldas: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1617/1/CHALAR%20CAGUA%20CINTHYA%20MERICIA.pdf>
- ENDESA 2011-2012. (2013). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Encuesta de Hogares, Instituto Nacional de Estadística (INE), Tegucigalpa.
- Flores-Valencia, M., Nava-Chapa, G., & Arenas-Monreal, L. (Mayo-Junio de 2017). *Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública*. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de Scielo, *Rev. Salud Pública*: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/>

Gobierno de la República de Honduras. (Marzo de 2018). *Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Tegucigalpa. Recuperado el 8 de Octubre de 2019

Ibarra, M., Orozco, M., Segura, Z., & Medina, J. (2010-2014). *CIES-UNAN Managua*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2019, de Proyecto CERCA, Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la comunidad: <https://www.cies.edu.ni/web/index.php/en/redes-proyectos-extension/proyectos-de-investigacion/proyectos/cerca>

INE. (2013). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012. En I. N. Secretaría de Salud [Honduras]. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International.

Internacional/Profamilia, P. (Junio de 2018). *Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia, Fundación PLAN*. Recuperado el 18 de Octubre de 2019, de Un estudio a profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015.: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>

Martell, N., Ibarra, M., Contreras, G., & Camacho, E. (Enero-junio de 2018). <https://www.researchgate.net/pLa sexualidad en adolescentes desde la teoria de las representaciones sociales>. Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de Rev. Psicología y Salud, Vol. 28, Núm. 1: 15-24: https://www.researchgate.net/publication/323642632_La_sexualidad_en_adolescentes_desde_la_teor%C3%ADa_de_las_representaciones_sociales

- Medina, O., & Gonzáles, K. (2018). *Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en Mexico, 2015*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2019, de Rev Panam Salud Publica: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49168/v42e992018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Mendoza, L., Claros, D., & Peñaranda, C. (Junio de 2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. Recuperado el 16 de Octubre de 2019, de Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.3 Santiago: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
- Montoya, L. (2017). *Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la Comunidad Nativa Wawain Imaza - Amazonas 2016*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2019, de Tesis de Maestría. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2689>
- Morón, A., Soto, A., & Ledesma, F. (Marzo de 2017). *Sexualidad en la Adolescencia. Estudio de grupos focales*. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de Revista Arbitrada Multidisciplinaria. Universidad del Zulia. Maracaibo - Venezuela. Multiciencias. Vol 17, N°1: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD49789.pdf>
- Muñoz-Astudillo María N, Martínez José W, Quintero Alba R. Validación de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria en gestantes adolescentes. Rev. Salud pública [Internet]. 2010 Apr [cited 2020 Feb 27]; 12(2): 173-183. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200001&lng=en" http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200001&lng=en.

- OMS. (23 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 21 de Abril de 2019, de El embarazo en la adolescencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (2019). *Región de las Américas*. Recuperado el Octubre de 2019, de Desarrollo en la Adolescencia: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#
- OPS. (2010). *Estrategia y Plan de Acción Regional Sobre los Adolescentes y Jóvenes, 2010-2018, Washington D.C.* Recuperado el 16 de Octubre de 2019, de Organización Panamericana de la Salud: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- OPS/OMS. (23 de Febrero de 2018). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OPS/OMS. (s.f.). *Salud del Adolescente - Servicios de Salud*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2019, de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3184:salud-del-adolescente-servicios-de-salud&Itemid=2421&lang=es
- Quintero-Rondón, A., & Rojas-Betancur, H. (Febrero - Mayo de 2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtula, Universidad Católica del Norte*, 222-237. Recuperado el Octubre de 2019, de El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes.

Sánchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Bustamente, J., Castañeda, E., . . . Acuña, M. (2013). *Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia*. Recuperado el 8 de Octubre de 2019, de Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.4 Santiago: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005

Sierra, A., Covarrubias, M., Gonzáles, G., & Alfaro, N. (Enero-Junio de 2019). *Embarazos adolescentes y representaciones sociales (León, Guanajuato, México, 2016-2017)*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2019, de Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/r/rlcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3589>

UNFPA. (28 de Feberero de 2018). *UNFPA América Latina y el Caribe*. Recuperado el 21 de Marzo de 2019, de América Latina y el Caribe tienen la Segunda Tasa mas alta de Embarazo Adolescente en el Mundo: <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>

UNICEF, Plan Internacional. (Agosto de 2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. Recuperado el 15 de Octubre de 2019, de UNICEF y Plan Internacional, oficina regional para las América Latina y el Caribe: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)

Vargas, E., & Judith, R. (Enero-Junio de 2015). *FACTORES DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2019, de Revista Científica Investigación Andina: <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/RClA/article/view/100>

Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara, E. (2015). *Embarazo adolescente y rezago educativo*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2019, de salud pública de México / vol. 57, no. 2: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2015.v57n2/135-143/es>

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Describir los Determinantes socioeconómicos de las adolescentes embarazadas.

Variable	Indicador	Definición	Valores	Escala de Medición
Edad	% de adolescentes según grupo de edad	Tiempo cronológico del encuestado desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	12-13 años 14-15 años 16-17 años 18-19 años	Ordinal
Escolaridad	% según nivel educativo alcanzado	Nivel académico alcanzado en virtud de los estudios formales	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Universidad incompleta • Ninguna 	Nominal
Escolaridad del jefe de hogar	% según nivel educativo alcanzado de jefe de hogar	Nivel académico alcanzado del jefe del hogar en virtud de los estudios formales	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Universidad incompleta • Ninguna 	Nominal
Permanencia escolar	% de adolescentes que continúan sus estudios	Tiempo que el alumno permanece en la institución, corresponde al periodo de inicio de la carrera, el transcurso de esta, y alcanza hasta el último	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • ¿Por qué? 	Nominal

		año		
Procedencia	% según lugar de donde procede	Lugar de donde procede la persona según el área de influencia del Centro Ciudad Mujer Tegucigalpa	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Nominal
Estado civil	% según estado civil de las adolescentes	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Unión libre 	Nominal
Religión	% según tipo de religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración.	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Testigo de Jehová • Otras • Ninguna 	Nominal
Ingreso familiar	promedio de Ingreso en la familia	Totalidad de los ganancias o ingresos que tiene una familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 2,500 Lps • 2,500-5,000 Lps • 5,000-7,500 Lps • 7,500-10,000 Lps • Mayor de 10,000 Lps • No sabe 	Ordinal
Personas que aportan Económicamente	% de ingresos que provienen de un miembro de la familia	Todo lo que permite la entrada de bienes al patrimonio	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Padre • Hermanos • Pareja • La Gestante • Otros 	Nominal
Ocupación	% de adolescentes que trabajan	Es el trabajo, labor u oficio que desempeña la persona para adquirir bienes, sustento alimenticio y	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Empleada doméstica. • Comerciante • Otros 	Nominal

		posición dentro de la sociedad.		
Exposición a violencia	% de adolescentes que han recibido violencia	Exposición a conductas que provocan o amenazan con hacer daño, mal o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o a una colectividad	Si No tipo	Nominal

Objetivo 2: Identificar los componentes de salud sexual y reproductiva presentes en las adolescentes embarazadas

Variable	Indicador	Definición	Valores	Escala de Medición
Edad de primera menstruación (menarquia)	% de edad de la menarquia	Es aparición de la primera menstruación que tiene la mujer	Menor de 12 12-13 años 14-15 años 16-17 años 18-19 años	Ordinal
Edad de inicio de las relaciones sexuales	% de edad de inicio de la actividad sexual	Las relaciones sexuales son un conjunto de conductas que efectúan usualmente dos personas con el propósito de proporcionar o recibir placer sexual.	Menor de 12 12-13 años 14-15 años 16-17 años 18-19 años	Ordinal
Razón de inicio de las relaciones sexuales	% de causas de la iniciación sexual	Justificación para la ejecución de conductas que efectúan usualmente dos personas con el propósito de proporcionar o recibir placer sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Curiosidad • Estaba enamorada • Quería tener hijos • Influencia de amigos/as • Coacción de su pareja • Fue obligada • Otros 	Nominal
Información previa sobre métodos anticonceptivos	% de adolescentes que han recibido información sobre métodos anticonceptivos	Información sobre los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres.	SI NO ¿Dónde lo obtuvo?	Nominal
Uso de método anticonceptivos en la primera relación	% de adolescentes que ha usado	Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente	Si No	Nominal

Variable	Indicador	Definición	Valores	Escala de Medición
sexual	método	las posibilidades de un embarazo en las relaciones sexuales.		
Motivo de embarazo	% de causas de embarazo	Causa que determina la existencia de una cosa o la manera de actuar de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual • Falló el método anticonceptivo • No uso anticonceptivo • Deseaba ser madre • Su pareja se lo exigió • Otros 	Nominal
Número de embarazos	# de embarazos por adolescentes	Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto	0 1 2	Numeral
Número de hijos	# de hijos por adolescentes	Un hijo o una hija es el descendiente directo de un animal o de una persona	1 2	Numeral

Objetivo 3. Valorar los componentes de acceso a los servicios de salud que influyen en el embarazo en las adolescentes

Variable	Indicador	Definición	Valores	Escala de Medición
Uso de servicios de salud sexual y reproductiva	% de adolescentes que ha usado los servicios	Hace referencia a la actividad que consiste en realizar cierta acción para satisfacer una necesidad.	Si No	Nominal
Disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud.	% de adolescentes que tiene acceso a métodos anticonceptivos	Posibilidad de acceder al método anticonceptivo cuando se la necesita.	Si No	Nominal
Conocimiento sobre el horario de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva	% de adolescentes que conocen el horario de atención en salud sexual y reproductiva	Tiempo invertido en desempeñar actividades de salud sexual reproductiva en la unidad de salud.	Si No	Nominal
Participación en programas educativos de salud sexual y reproductiva	% de adolescentes que recibió educación	Instrumento donde se organizan las actividades de enseñanza aprendizaje.	Si No	Nominal
Atención personalizada a	% de adolescentes	Es la atención que implica un	Si No	Nominal

Variable	Indicador	Definición	Valores	Escala de Medición
adolescentes	que recibió atención individual	trato directo o personal entre adolescentes y prestadores de los servicios de salud y que toma en cuenta las necesidades, gustos y preferencias de estas últimas.		

Anexo 2. Entrevista o Instrumento de recolección de los datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente cuestionario es el instrumento para realizar la medición de variables de la investigación “DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO CIUDAD MUJER KENNEDY DE TEGUCIGALPA HONDURAS, EN ENERO 2020”

Instrucciones: lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta y responda las preguntas cuando sea el caso.

ENCUESTA No. _____ FECHA _____

I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

1. Edad _____

2. Escolaridad

Primaria completa _____ Primaria incompleta _____ Secundaria completa _____
Secundaria incompleta _____ Universidad incompleta _____ Ninguna _____

3. Escolaridad del jefe de hogar

Primaria completa _____ Primaria incompleta _____ Secundaria completa _____
Secundaria incompleta _____ Universidad incompleta _____ Ninguna _____

4. ¿asiste de manera regular todavía al centro educativo?

SI_____ NO_____

- Si la respuesta es NO, seleccione las causas

Por el embarazo_____ Problemas económicos_____ Problemas de salud_____ Falta de apoyo familiar_____ Porque vive en pareja_____ Por trabajo_____ Cambio de domicilio_____ Otros_____

5. Procedencia

Urbano_____ Rural_____

6. Estado Civil

Casada_____ Soltera_____ Unión Libre_____

7. Religión

Católica_____ Evangélica_____ Testigo de Jehová_____ Otras_____ Ninguna_____

8. Ingreso familiar

Menor de 2,500 Lps_____ 2,500-5,000 Lps_____ 5,000-7,500 Lps_____ 7,500-10,000 Lps_____ Mayor de 10,000 Lps_____ No sabe_____

9. ¿quién sostiene económicamente el hogar?

Madre_____ Padre_____ Hermanos_____ Pareja_____ La Gestante_____ Otros_____

10. Ocupación

Ama de casa_____ Estudiante_____ Empleada doméstica_____ Comerciante._____ Otros_____

11. ¿alguna vez ha sido víctima de violencia?

SI_____ NO_____

- Si la respuesta es SI, indique el tipo de violencia

Física_____ Psicológica_____ Sexual_____

II. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación (menarquia)?

Menor de 12 años_____ 12-13 años_____ 14-15 años_____
16-17 años_____ 18-19 años_____

2. ¿Cuál fue la edad que inició las relaciones sexuales?

Menor de 12 años_____ 12-13 años_____ 14-15 años_____ 16-17
años_____ 18-19 años_____

3. ¿Cuál fue la razón de inicio de las relaciones sexuales?

Curiosidad_____ Estaba enamorada_____ Quería tener hijos_____
Influencia de amigos/as_____ Coacción de su pareja_____
Fue obligada_____ Otros_____

4. ¿Ha recibido información previa sobre métodos anticonceptivos?

SI_____ NO_____

Si la respuesta es SI, indique donde lo recibió la información

Centro educativo_____ En el hogar_____ Centro de salud_____ En la
iglesia_____ En internet_____ Otros_____

5. ¿Usó de método anticonceptivo en su primera relación sexual?

SI_____ NO_____

6. ¿Cuál fue el motivo de embarazo?

Abuso sexual_____ Falló el método anticonceptivo _____
No uso anticonceptivo_____ Deseaba ser madre_____
Su pareja se lo exigió_____ Otros_____

7. ¿Cuántos embarazos ha tenido?_____

8. ¿Cuántos hijos tiene?_____

III. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha usado los servicios de salud sexual y reproductiva de su comunidad?		
2. ¿Sabe si hay disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud de su comunidad cuando los solicita?		
3. ¿Conoce usted el horario de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva en la unidad de salud de su comunidad?		
4. ¿Ha participado en programas educativos de salud sexual y reproductiva?		
5. ¿Ha recibido atención personalizada en la unidad de salud?		

Anexo 3. Autorización para el estudio



Tegucigalpa. M.D.C.19 de diciembre del 2019.

Msc. MARCIA YASMINA IBARRA HERRERA
Sub-Directora
CIES-UNAN
SU OFICINA.

Estimada Msc Ibarra:

La presente es portadora de cordiales y atentos saludos y nuestros deseos de éxito en sus delicadas funciones. En respuesta a su solicitud referente al apoyo técnico y el acceso a la información para el desarrollo de la Tesis Final de la Maestranda *Jessyca Prady Velasquez Paguada*, con número de identidad 0817-1986-00176 tengo a bien informarle que dicha solicitud fue **APROBADA**.

Estamos seguras de que el trabajo de Tesis: *“Determinantes Sociales de la Salud Relacionados con el Embarazo en Adolescentes que Asisten al Centro Ciudad Mujer Kennedy”* será un gran insumo para la elaboración de nuevos planes de trabajo y el abordaje con las adolescentes que visitan nuestro Centro.

Agradeciendo de antemano su atención al presente, aprovecho la ocasión para suscribirme de usted con las muestras de mi consideración y alta estima.

Atentamente,


Ing. Tania Esther Cardona
Gerente Centro Ciudad Mujer Kennedy

cc: Archivo



www.ciudadmujer.gob.hn
info@ciudadmujer.gob.hn



[@ciudadmujerhn](https://twitter.com/ciudadmujerhn)



[ciudadmujerhn](https://www.facebook.com/ciudadmujerhn)



[@ciudadmujer.gob.hn](https://www.instagram.com/ciudadmujer.gob.hn)



+504 2239-8957
+ 504 2239-8911

Anexo 4. Consentimiento y Asentimiento Informado



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____ con cédula de identidad
N° _____ de _____ años de edad, en calidad de
representante de la adolescente
_____ por medio del presente

documento, permito de manera voluntaria expresar, que estoy de acuerdo con la participación de mi representada, a la cual también se le ha informado el proceso y acepta participar en la investigación: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO CIUDAD MUJER KENNEDY DE TEGUCIGALPA HONDURAS, EN ENERO 2020, proceso académico a desarrollar por la Dra. Jessyca Prady Velásquez Paguada, en el marco del Trabajo de Investigación para optar al título de Máster en Salud Pública.

Manifiesto que hemos sido informadas del proceso de recolección de datos mediante una encuesta escrita que se le realizará a mi representada, sobre aspectos relacionados con su embarazo, entendiendo que la información obtenida a partir de sus respuestas tendrá un carácter estrictamente confidencial y para fines académicos, de tal manera que nuestro nombre no se hará público, solo es con fines de aprendizaje.

Soy consciente que podemos aceptar o no participar en dicho estudio y retirarnos en el momento que lo deseemos sin consecuencia alguna.

En constancia de lo anterior se firma el presente consentimiento.

Firma de la Representante

Firma de la Investigadora



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____ con N° _____ identidad _____ de _____ años de edad, por medio del presente documento, permito de manera voluntaria expresar que estoy de acuerdo con mi participación del cual también se me ha informado el proceso y acepto participar en la investigación: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO CIUDAD MUJER KENNEDY DE TEGUCIGALPA HONDURAS, EN ENERO 2020, proceso académico a desarrollar por la Dra. Jessyca Prady Velásquez Paguada, en el marco del Trabajo de Investigación para optar al título de Máster en Salud Pública.

Manifiesto que he sido informada del proceso de recolección de datos mediante una encuesta escrita que se me aplicará, sobre aspectos relacionados con mi embarazo, entendiéndolo que la información obtenida a partir de mis respuestas tendrá un carácter estrictamente confidencial y para fines académicos, de tal manera que mi nombre no se hará público, solo es con fines de aprendizaje.

Soy consciente que puedo aceptar o no aceptar participar en dicho estudio y retirarme en el momento que desee sin consecuencia alguna. En constancia de lo anterior se firma el presente consentimiento.

Firma de la Encuestada

Firma de la Investigadora

Anexo 5. Tablas

Tabla 1. Edad de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	4	13.30%
16 años	3	10.00%
17 años	2	6.70%
18 años	14	46.70%
19 años	7	23.30%
Total	30	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras

Tabla 2. Escolaridad de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
primaria completa	2	6.7%
primaria incompleta	8	26.7%
secundaria completa	6	20%
secundaria incompleta	13	43.3%
universidad incompleta	1	3.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 3. Escolaridad del jefe de hogar, de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Escolaridad del jefe del hogar	Frecuencia	Porcentaje
primaria completa	7	23.3%
primaria incompleta	3	10%
secundaria completa	8	26.7%
secundaria incompleta	6	20%
universidad incompleta	2	6.7%
ninguna	4	13.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 4. Permanencia escolar de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020

Asiste regularmente al centro educativo	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	26.7%
NO	22	73.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 5. Razón por la cual ya no asiste al centro educativo las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Razón	Frecuencia	Porcentaje
por el embarazo	8	36.4%
problemas económicos	3	13.6%
problemas de salud	2	9.1%
falta de apoyo familiar	1	4.5%
porque vive en pareja	1	4.5%
por trabajo	1	4.5%
otros	5	22.7%
N/C	1	4.5%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 6. Procedencia de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
urbano	23	76.7%
rural	7	23.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 7. Estado civil de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
casada	1	3.3%
sotera	8	26.7%
unión de hecho estable	21	70%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 8. Religión de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
católica	7	23.3%
evangélica	14	46.7%
otras	1	3.3%
ninguna	8	26.7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 9. Ingreso Familiar de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Ingreso Mensual	Frecuencia	Porcentaje
menor de 2500 Lps	9	30%
2500 - 5000 Lps	6	20%
5000 - 7500 Lps	2	6.7%
7500 - 10000 Lps	1	3.3%
mayor de 10,000 Lps	1	3.3%
No sabe	11	36.7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 10. Personas que aportan económicamente, en los hogares de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

sostiene económicamente el hogar	Frecuencia	Porcentaje
madre	8	26.7%
padre	3	10%
hermanos	1	3.3%
pareja	16	53.3%
la gestante	1	3.3%
otros	1	3.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 11. Ocupación de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	19	63.3%
estudiante	8	26.7%
empleada doméstica	1	3.3%
comerciante	2	6.7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 12. Exposición a violencia de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Violencia	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	23.3%
NO	23	76.7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 13. Tipo de violencia a la que fueron expuestas las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tipo de Violencia	Frecuencia	%
física	1	14%
psicológica	1	14%
sexual	1	14%
física y psicológica	2	29%
psicológica y sexual	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 14. Edad de primera menstruación (menarquia) de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
menor de 12 años	17	56.7%
12-13 años	9	30%
14-15 años	4	13.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 15. Edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Edad de inicio de las relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
menor de 12 años	1	3.3%
12-13 años	2	6.7%
14-15 años	14	46.7%
16-17 años	9	30%
18-19 años	4	13.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 16. Razón de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Razón de inicio de las relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
curiosidad	5	16.7%
estaba enamorada	14	46.7%
quería tener hijos	4	13.3%
coacción de su pareja	2	6.7%
fue obligada	2	6.7%
otros	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 17. Información sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Información sobre métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	86.7%
NO	4	13.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 18. Sitio donde recibieron información sobre métodos anticonceptivos las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Sitio donde recibió inf. sobre métodos AC	Frecuencia	%
centro educativo	11	42.30%
en el hogar	6	23.10%
en el centro de salud	7	26.90%
todos	2	7.70%
Total	26	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 19. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Uso Anticonceptivos en su 1ra relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	36.7%
NO	19	63.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 20. Motivo del embarazo de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Motivo de Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
falló el método anticonceptivo	4	13.3%
no usó anticonceptivo	18	60%
deseaba ser madre	8	26.7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 21. Número de embarazos de las adolescentes, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Número de Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
1	20	66.7%
2	10	33.3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 22. Número de hijos de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	21	70%
1	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Tabla 23. Componentes del acceso a los servicios de salud de las adolescentes embarazadas, Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Acceso a los Servicios de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Uso de los servicios de salud sexual y reproductiva en la comunidad	10	33.30%
Disponibilidad de métodos anticonceptivos en la unidad de salud	25	83.30%
Conocimiento del horario de atención en la unidad de salud	10	33.30%
Participación en programas de salud sexual y reproductiva	8	26.70%
Atención personalizada en la unidad de salud	16	53.30%

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas que son usuarias del Centro Ciudad Mujer de Tegucigalpa, Honduras; enero 2020.

Anexo 6. Mapas y Fotografías

