



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, 2010 – 2012



Tesis para optar al grado de Maestro en Salud Pública

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ DE SAN PEDRO SULA,  
HONDURAS, 2010**

Autor: Dr. Ramsés Asís Vega Mora

Tutor: MSC. Manuel Martínez

Managua, Nicaragua, Noviembre, 2011

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. Introducción.....	3
II. Antecedentes.....	4
III. Justificación.....	6
IV. Planteamiento del problema.....	7
V. Objetivo general y específico.....	8
VI. Marco conceptual y de referencia.....	9
VII. Diseño metodológico.....	24
VIII. Resultados.....	28
IX. Análisis de resultados.....	33
X. Conclusiones.....	36
XI. Recomendaciones.....	37
XII. Bibliografía.....	38
Anexos.....	42
a) Anexo N° 1 Cuadro operacionalizacion de variables.....	43
b) Anexo N° 2 Cuadro base de datos de estudio.....	46
c) Anexo N° 3 Encuestas.....	48
d) Anexo N° 4 Hoja de Reporte a la Fiscalía.....	51
e) Anexo N° 5 Gráficos de encuestas.....	52

## DEDICATORIA

En primera instancia a nuestro Dios todo poderoso por darme fuerzas para enfrentar este reto tan importante que se cruzó en mi camino.

A mi familia por ese apoyo incondicional que me han dado todo este tiempo que realice mis estudios, y que siempre estuvieron pendientes de mis logros.

A mi esposa por el apoyo incondicional, comprensión, y amor.

A mis hijos por compartir este sacrificio mutuo, por las palabras de aliento en los momentos de desesperación ya que hemos invertido parte de nuestro tiempo de convivencia familiar.

Porque ellos fueron el motor que me impulso a la superación.

A mis padres por darme la vida, amor y valores morales, mi madre que ha estado presente en los momentos más difíciles, a mi padre (QDDG) que me alentó durante cierta etapa de mi vida y sembró en mi la perseverancia sacrificio y autoestima.

A mis Hermanos (as). Por sus palabras de motivación.

A mis suegros por estar pendiente de mis viajes hacia Nicaragua.

A mis Compañeros con quien compartí momentos de angustia, desvelos, estrés, alegrías que ahora y siempre formaran parte de mi gran familia de Salud Pública.

## AGRADECIMIENTO.

A todos los maestros que enriquecieron nuestros conocimientos, que son parte de mis logros.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a las personas que han colaborado en la realización de esta tesis, y, de forma especial: a MSC. Manuel Martínez y la Dra. Mayra Molina como asesores.

A mí cuñada la Lic. Dilma Aracely Mata por su valiosa colaboración en la aportación de ideas análisis y conocimientos para la elaboración del presente informe.

Pero sobre todo:

Te agradezco SEÑOR.

Por permitirme llegar hasta donde estoy.

Por dirigir mis pasos

Por darme paz, sabiduría y fuerza

Sin ti no sería nadie ni nada SEÑOR.

Gracias PADRE.

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, cuyo objetivo es de un universo de 124 adolescentes de 10-14 años, de la cual se tomó una muestra de 41 adolescentes por criterio de conveniencia, realizado en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula, Cortes, Honduras, de Enero a Diciembre del 2010, con la finalidad de determinar, el porcentaje de adolescentes embarazadas o que ya tuvieron su primer hijo.

Observando que la mayor cantidad de estas adolescentes se encuentran ubicadas en la ciudad de San Pedro Sula, se encuentran en un porcentaje más alto, en edad de 14 años, la cual refleja que las personas, con menor ingreso menor educación y que viven en zonas marginales son las más propensas a convertirse en madre a corta edad.

También podemos decir que la mala relación que tienen con los padres o tutores, la falta de educación sexual adecuada es un factor de riesgo.

## I. INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente trabajo de investigación, está motivado por nuestra inquietud debido al incremento de embarazos en adolescentes en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula, Honduras.

La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.<sup>(1)</sup>

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social de gran importancia, debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica y Estados Unidos.

La mayor incidencia de embarazos en Honduras es en las zonas rurales y más entre las jóvenes con poca o ninguna escolaridad.

Siete de cada diez embarazadas en América Latina son adolescentes de 15 a 19 años de edad. Honduras es uno de los países con más alta incidencia de la región, ya que se estima que el 30% de los partos son de jóvenes de 13 a 19 años, según datos de la Organización Iberoamericana de la Juventud, OIJ.<sup>(2)</sup>

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.<sup>(3)</sup>

Los resultados de la presente investigación serán de gran utilidad para poder establecer coordinaciones necesarias para el desarrollo de acciones de Salud Sexual y Reproductiva, que permitan incidir en la problemática actual de las adolescentes con relación a la sexualidad y la prevención del embarazo.

## II. ANTECEDENTES

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

EE.UU es el país industrializado que presenta el mayor número de embarazos adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. <sup>(4)</sup>

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. <sup>(5)</sup>

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996. <sup>(6)</sup>

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. <sup>(7)</sup>

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es

imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera.  
(8)

Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanecen solteras durante el embarazo. (9)

Honduras es uno de los países con más alta incidencia de la región, ya que se estima que el 30% de los partos son de jóvenes de 13 a 19 años, según datos de la Organización Iberoamericana de la Juventud, OIJ. <sup>10.</sup> Op.cit.



### III.JUSTIFICACIÓN

La elaboración del presente trabajo de investigación me motivo, debido al incremento de embarazos en adolescentes, ya que Honduras ocupa los primeros lugares de América Latina con más embarazos de adolescentes. <sup>(11)</sup>

Además se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente, son las condiciones socioculturales, las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia.

Aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a los planteamientos antes señalados, se formula la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuál es la situación del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años que fueron atendidas en el Hospital Leonardo Martínez, de la ciudad de San Pedro Sula, Honduras, en el período de Enero a Diciembre del 2010?

Derivadas de la pregunta de estudio, se proponen las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio demográfico, económico y educativo en adolescentes embarazadas?
2. ¿Cuál es el sitio por su accesibilidad al servicio de atención donde se encontró la mayor cantidad de adolescentes embarazadas?
3. ¿Cuáles son los factores de la vida familiar que influyen en el embarazo de las adolescentes?

## V. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general:

Analizar la situación del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años, atendidas en el Hospital Leonardo Martínez, de la ciudad de San Pedro Sula, Honduras, en el período de Enero a Diciembre del 2010.

### 5.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características socios demográficos, económicos y educativos en adolescentes embarazadas.
2. Valorar cual es el sitio por su accesibilidad al servicio de atención, en las que se encontró la mayor cantidad de adolescentes embarazadas.
3. Describir el entorno familiar de las adolescentes embarazadas.

## VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA.

### - Adolescencia

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. <sup>(12)</sup>

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

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

#### 6.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

## 6.2 Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

## 6.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

## - Embarazo

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. <sup>(13)</sup>

### Embarazo en adolescentes:

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". <sup>(14,15)</sup>

Según un informe de la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), un 7.3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes de entre 15 y 19 años. El caso de Honduras es de los más llamativos ya que se estima que 30% de los partos en Honduras ocurren entre jóvenes de 13 a 19 años. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endesa) de 2005-2006, reveló que el 22% de las adolescentes entre los 15 y 19 años estaban embarazadas o tenían un hijo. <sup>(16, Op.cit.)</sup>

La incidencia es cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etario entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana.

Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.<sup>(17)</sup>

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado."<sup>(18)</sup>

"La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato."<sup>(19)</sup>

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que

se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)... " (20)

Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo-valoración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etario entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana.

Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.



En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir así en relación que Tapia (1991), en un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. Igualmente la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc.

En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

- Aspectos Psicológicos:

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional". Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período.

Cambios en la adolescencia:

Cambios Intelectuales:

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético - deductivo, pueden realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible.

### Cambios Emocionales:

García (1992) refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

### Cambios Sociales:

Crítica de las normas o valores familiares, especialmente aquellos provenientes de los padres. Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa. <sup>(21,22)</sup>

En Honduras los embarazos de adolescentes menores de 14 años se consideran según las leyes de nuestro país como violaciones especiales y a su vez toda clínica u/o hospital está en la obligación de notificar dichos embarazos a la fiscalía del ministerio público, según artículo número 140 del código penal.<sup>(23)</sup>

- Factores predisponentes.
- Menarquíatemprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

- Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta odistorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. <sup>(24)</sup>

- La familia:

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonioque, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.. <sup>(25)</sup>

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens<sup>(26)</sup>

Las familias pueden ser clasificadas de diversas maneras.

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia Homoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.<sup>(27)</sup>

- Factores dependientes de la vida familiar:

- Tipo de educación recibida por los padres

Se clasificó en: rígida, tolerante y adecuada.

Rígida: se consideró como tal aquella en que los adolescentes transcurrieron los primeros años de la vida en un clima familiar donde predominó la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia.

Tolerante: se consideró a aquella que se desarrolló en un clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que produce desde la temprana infancia actitudes donde el

joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar.

Adecuada: se consideró para aquella en que el joven se desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad. <sup>(28)</sup>

Bajo su efecto de trabajo se dividió esta variable en:

Las que tienen educación adecuada: constituyen el grupo no expuesto.

Las que presentaron educación inadecuada: se incluyeron las de tipo rígida y tolerante considerándose como grupo expuesto al factor.

- Convivencia con los padres

Se refiere al hecho que la joven creció sobre el cuidado y protección de los padres dentro del hogar dividiéndose en:

Las que conviven con los padres formaron el grupo no expuesto.

Las que no conviven con los padres formaron el grupo expuesto.

- Relaciones con los padres:

Este acápite se dividió en:

Relación adecuada: si existieron relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral.

Los jóvenes en esta condición forman el grupo no expuesto.

Relación inadecuada: cuando la población estudiada no mantiene esta relación con sus padres, constituye el grupo expuesto.

- Conversación con los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción

Se precisó si existía comunicación de los jóvenes con los padres en los aspectos de la sexualidad manteniendo un intercambio en todos los aspectos referentes a la misma que le permitiera alcanzar la confianza necesaria para informar sobre la posibilidad de una gestación, y se solicitó su cooperación para

decidir lo más correcto. Las gestantes adolescentes con este tipo de relación afectiva se agruparon en las no expuestas, mientras que el resto constituyeron el grupo expuesto. <sup>(29)</sup>

- Factores dependientes de la vida personal:

- Responsabilidad de la pareja: Se hace referencia en este acápite a irresponsabilidad individual donde el varón tiene conciencia de su propia actuación reconociendo su error y tomen decisiones independientes en pleno conocimiento de la consecuencia de sus actos y su preocupación por la otra parte de la pareja, además de brindarle apoyo espiritual y económico a la gestante adolescente. Esta variable se dividió en: las que su pareja no tenía responsabilidad en la relación y las que no tenían pareja, grupo expuesto y las que su pareja tenía responsabilidad en la relación, grupo no expuesto.

- Estabilidad en la relación de pareja:

Se consideró estable cuando existía una relación afectiva e íntima de manera mantenida independiente de que estuviera legalizada o no. Las adolescentes con esta condición constituyeron el grupo no expuesto a diferencia de las que presentaban inestabilidad en su relación o negaron tener pareja que conformaron el grupo expuesto. <sup>(30,31)</sup>

- Promiscuidad.

Dentro de este atributo se tuvieron en cuenta aquellas personas y grupos de personas en estado de salud aparente en que su comportamiento sexual pudiera aumentar la probabilidad de tener una gestación en edades tempranas de la vida, clasificándose dichas variables en:

Promiscuas: todas aquellas adolescentes que independientemente de su estado civil refirieron relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero sexual constituyendo el grupo expuesto.

- No promiscuas: todas las féminas que no presentaron este comportamiento conformaron el grupo no expuesto. Se procedió a determinar el riesgo atribuible en expuesto porcentual de los aspectos de la vida familiar y personal de las adolescentes que contribuyeron al embarazo precoz, los que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto en la población afectada.<sup>(32,33)</sup>

#### Ciudad de San Pedro Sula:

San Pedro Sula es la segunda ciudad más grande de Honduras, también llamada como la Capital Industrial debido al desarrollo industrial alcanzado en el siglo XX. Es la cabecera departamental de Cortés, La ciudad se ha consolidado como el principal centro urbano de la región del Valle de Sula, donde se produce aproximadamente el 55% del Producto Interno Bruto del País.

Para el año 2008 contaba con una población de 813.839 según el censo municipal del mismo año, pero su área metropolitana conformada por las ciudades vecinas de Choloma, La Lima, Villanueva, San Manuel, El Progreso (Honduras)

San Pedro Sula fue fundada el 27 de junio de 1536 por el adelantado don Pedro de Alvarado con el nombre de San Pedro de Puerto Caballos. San Pedro Sula ha evolucionado muy significativamente durante la segunda mitad del siglo XX, gracias a la creación de un importante polo de desarrollo. Ubicada en la porción oeste del Valle de Sula, en el norte del territorio hondureño y en el departamento Cortés (siendo su capital política). Se encuentra a 58 km al sur de Puerto Cortés (en la costa del Caribe hondureño, Límites Norte: municipio de Choloma Sur: municipio de Villanueva Este: municipio de La Lima Oeste: montaña del Merendón y municipio de Omoa.<sup>(34)</sup>

La población económicamente activa (PEA). En el 2009 – 2010 el salario mínimo se aplicó a 2 escalas una rural y una urbana, de 1 – 20 empleados (urbana) 5500



Y zona rural 4055 lempiras, y de 20 – 50 trabajadores el salario base se aumentó en 165 lempiras en la zona urbana, y en la rural 115 lempiras. <sup>(35)</sup>

La definición de zona urbana varía según el país. Por lo general, se considera que una zona urbana es aquella que presenta una población de 2.000 habitantes o más.

La actualización de los modelos de crecimiento urbano ha generado que la densidad de la población, la extensión geográfica y el desarrollo de infraestructuras se combinen para ser factores claves en la delimitación de este tipo de zonas. <sup>(36)</sup>

#### Zona urbano marginal

Sectores de la población segregados en áreas no incorporadas al sistema de servicios básicos en viviendas improvisadas y sobre terrenos ocupados ilegalmente. <sup>(37)</sup>

Zona rural: Es aquella que se caracteriza por la inmensidad de espacios verdes que lo componen y por esta razón está destinada y utilizada a actividades agropecuarias y agroindustriales entre otras generalmente las zonas rurales. <sup>(38)</sup>

## Acceso a servicios básicos en Honduras

1. Acceso a agua: En Honduras el 13.1% de las viviendas no cuentan con un acceso adecuado de agua. En el área urbana el 95.2% de las viviendas cuentan con este servicio, sin embargo todavía la cobertura del servicio público en el área rural sigue siendo baja (4.9%).
2. Saneamiento: El uso de inodoro conectado a alcantarilla es predominantemente urbano: el 66.1% de las viviendas tienen este sistema de saneamiento. En el área rural lo más común es encontrar viviendas que cuentan con letrinas con cierre hidráulico (35.9%), seguido por las viviendas sin ningún tipo de sistema de eliminación de excretas (16.3%) y letrinas con pozo negro o simple (14.5%).
3. Energía Eléctrica: El acceso a este servicio es una característica predominantemente urbana, ya que el 98.7% de las viviendas tienen acceso al sistema público de electricidad, sólo un 60.4% de las viviendas rurales cuenta con el mismo.<sup>(39)</sup>

### Hospital Leonardo Martínez

Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. Ubicado en la hoy zona central de la pujante SanPedro Sula, fue inaugurado en el gobierno del Gral. Terencio Sierra Romero el año de 1900, en un predio, por aquél entonces periférico, que medía más de tres manzanas de extensión pero que se le fueron reduciendo mediante triquiñuelas de sus directivos y autoridades edilicias. Su primer Director fue Don Jorge D. Avid y su nombre fue dado en memoria del gran galeno sampedrano que en 1905 hizo frente a la epidemia de Fiebre Amarilla que azotó Choloma y Puerto Cortés y por cuya causa falleció. En 1990 la mayoría de sus servicios se trasladaron al moderno edificio del Mario Catarino Rivas, el Hospital Leonardo Martínez, es el primer centro piloto del adolescente, bajo la gestión del Dr. José Samara.<sup>(40)</sup>

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Es un estudio descriptivo, que se ejecuto mediante entrevistas y valoración del protocolo del departamento de trabajo social de las adolescentes embarazadas de 10 a 14 años atendidas en el Hospital Leonardo Martínez de Enero a Diciembre del 2010 en la ciudad de San Pedro Sula departamento de Cortes, Honduras.

### - Universo.

Los 124 pacientes registrados en el Hospital Leonardo Martínez, San Pedro Sula, Honduras.

### - Muestra.

Se tomó una muestra igual a 41 adolescentes embarazadas que representa el 33% del universo por criterio de conveniencia.

### - Unidad De Análisis.

Pacientes adolescentes embarazadas de 10 a 14 años que fueron atendidas en el Hospital Leonardo Martínez de enero a diciembre del 2010 en la ciudad de San Pedro Sula departamento de Cortes, Honduras.

- VARIABLES:

Objetivo específico # 1

Características socio demográficas, económicas y educativas en adolescentes embarazadas.

- Edad
- Grado de escolaridad
- Condiciones económicas
- Miembros de la familia
- Procedencia.

Objetivo # 2

Accesibilidad al servicio de atención para las adolescentes embarazadas

- Sitio

Objetivo # 3

Factores de la vida familiar

- Familia
- Educación recibida de los padres y tutores
- Convivencia con sus padres o tutores
- Relación con sus padres o tutores
- Conversación sobre sexualidad-adolescentes
- Apoyo económico de pareja
- relación de estabilidad con la pareja
- promiscuidad

Fuente y obtención de información:

Fuentes primarias:

- Protocolo del departamento de trabajo social
- Encuestas.

Fuentes secundarias:

- Referencias bibliográficas.
- Noticias publicadas
- Revistas

Técnicas E Instrumentos.

La información posible de recolección fue mediante una encuesta, revisión de protocolo del departamento de trabajo social, realizada en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula estas herramientas son las más utilizadas en dicha investigación (ver anexo).

Procesamiento de Datos y Análisis de la Información.

Procesamiento de los datos mediante Hoja de Cálculo (Excel), con gráficos y tablas, cruce de variables partiendo de adolescentes embarazadas de 10-14 años, y sus variantes nivel de educación, procedencia, condiciones económicas, aspectos de la vida personal, Aspectos de la vida familiar.

Para la elaboración del informe escrito se utilizará el programa Word de Windows con letra Arial #16 para los títulos, #12 para los subtítulos y #12 para el contenido.

Trabajo de campo.

Revisión de protocolos del departamento de trabajo social y realización de encuestas en Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula.

Consideraciones éticas.

Solicitar autorización por escrito a la dirección del Hospital Leonardo Martínez (consentimiento informado).

## VIII. RESULTADOS.

### Análisis de resultados de la realización del estudio

#### 1. Características socios demográficos, culturales y educativos en adolescentes embarazadas.

La casi totalidad de las adolescentes embarazadas están en la edad de 14 años, o sea 37 pacientes de nuestra muestra, esto equivale a un 90.24%, seguido de 2 adolescentes que equivalen al 4.88%, tenemos a 1 paciente de 11 y de 12 años o sea el 2.44% de adolescentes embarazadas (ver tabla #1).

##### - Número de miembros de la familia.

Los que se destacan en este grafico son las 10 familias que tienen cuatro miembros cada una esto equivale a un 24.39% de nuestra población o muestra estudiada, seguido tenemos 8 familias con seis miembros cada uno o sea el 19.51%, continuamos con 6 familias con cinco miembros o sea 14.63%, cuatro familias de siete miembros y 4 familias de ocho equivalentes al 9.76% cada uno y para finalizar tenemos 2 familias de nueve miembros que equivale a 4.88% y 1 familia con 10 miembros con la cual convive dicha adolescente, esto equivale al 2.44% en total (ver tabla # 2).

##### - Cuantas personas trabajan en la familia.

La mitad de las familias cuentan con una sola persona que trabaja para mantener su hogar, esto equivale al 51.22%, o sea que puede ocasionar problemas dentro de un entorno familiar y pobreza extrema, seguido del 21.95% de 9 familias con solo dos miembros de personas que trabajan, puede ser el padre y la madre que fortalecen la unión familiar, un 14.63% equivale a 6 familias con tres miembros o personas que laboran en el hogar, y un 7.32% que son 3 familias con cuatro personas que trabajan y el 4.88% de las personas que trabajan equivale a 2 hogares con seis miembros que tienen un trabajo estable (ver tabla # 3).

- Cuál es el ingreso mensual.

En este grafico se muestra una variación en cuanto al ingreso familiar, ya que en las condiciones en que se encuentra el país, esto afecta en gran parte tanto la educación que se le da a los adolescentes y la educación que se tiene, podemos notar que un poco menos de la mitad de las adolescentes embarazadas tienen un ingreso mayor al salario mínimo, siendo el 48.78% o sea 20 familias tienen que tienen un ingreso adecuado, seguido tenemos a 17 familias que ganan el salario mínimo o sea 5500 lempiras, esto equivale al 41.46% y solo 4 familias restantes logran ganar un salario menor que este o sea 4055 lempiras, o sea el 9.76% de ellas (ver tabla # 4).

- Área donde vive.

La mayor parte de adolescentes vive en el área urbano marginal de nuestro país, con un 41.46% o sea 17 pacientes embarazadas esto crea una inestabilidad en las adolescentes de 10-14 años, que no han tenido la educación que por derecho les confiere, seguido tenemos el área urbana con 12 adolescentes y el área rural con 12 adolescentes respectivamente, ósea el 29.27% c/u restante de las adolescentes (ver tabla # 5).

- Asistió a la escuela.

Esta grafica nos demuestra el tipo de educación que han recibido las adolescentes tratadas en el Leonardo Martínez, la mayor parte de ellas tienen su primaria incompleta, esto ocasiona gran preocupación en la población, con 19 pacientes que vienen a formar el 46.34% de las adolescentes embarazadas o que ya han tenido un hijo, seguido tenemos a 13 adolescentes con su primaria completa o sea el 31.71%, seguidamente tenemos a 5 adolescentes con secundaria incompleta o sea el 12% y para finalizar están las analfabetas o sea 4 adolescentes que nunca han tenido una educación escolar en su vida, con esto equivale al 9.76% (ver tabla # 6).



## 2. Accesibilidad del hospital con referencia al sitio donde vive

La mayor parte de adolescentes viven en la ciudad de San Pedro Sula o sea el 34.15% de nuestra población o muestra, seguido de La Lima con 7 adolescentes o sea el 17.07%, luego esta Choloma, Chamelecón y Cofradía con 4 adolescentes en cada lugar que equivalen al 9.76% cada uno y un porcentaje más bajo se encuentran establecidas en Villanueva con un 7.32%, Quimistan y Rio Lindo con un 4.88% y para finalizar se encuentra Peña Blanca con un 2.44% de adolescentes (ver tabla # 7).

## 3. Factores de la familia

- Convive usted con sus padres.

Aun estas adolescentes en su mayoría conviven con sus padres formando así, el 58.54% de las adolescentes embarazadas y los 41.46% restantes no tienen una convivencia estable con sus padres y esto ocasiona una inestabilidad emocional para ellas (ver tabla # 8).

- Tipo de familia.

En esta grafica notamos que 14 adolescentes viven con otro tipo de personas estas pueden ser amigos o cualquier tipo de parientes algo lejanos, equivale a 34.15% de ellas, también tenemos a 10 adolescentes que viven en una familia extensa, o sea el 24.39% pueden vivir con sus padres y con primos, tíos etc. 9 adolescentes que equivale al 21.95% conforman la familia nuclear que conviven con sus padres y descendencia, y 8 adolescentes viven con familia monoparental esto equivale al 19.51% o sea que solo viven con una persona ya sea padre, madre o tutor (ver tabla # 9).

- Tipo de educación recibida de los padres o tutores (responsables).

A continuación vemos el tipo de educación que han recibido las adolescentes de los padres o tutores, 26 de las adolescentes han tenido una educación tolerante esto equivale al 63.41% esto quiere decir que ellas han tenido un clima familiar desfavorable, exceso de cariño y preocupación por ambos

conyugues, luego tenemos a 9 adolescentes que han tenido una educación rígida, esto equivale al 21.95% o sea que predomina la tensión, temor o frustración, desconfianza y una inadecuada relación emocional y para finalizar tenemos a 6 adolescentes que equivalen al 14.63% de las adolescentes que viven o que tienen una educación adecuada, o sea que la atmosfera que los rodea es de confianza, seguridad, amor, protección adecuada(ver tabla # 10).

- Relación con sus padres o tutores.

La relación que las adolescentes tienen con sus padres en su mayor parte notamos que es inadecuada ya que 35 adolescentes no tienen buena relación con ellos o sea el 85.36% de estas adolescentes está expuesto, seguidamente tenemos 6 adolescentes o sea al 14.64% de adolescentes que tienen una educación adecuada, o sea el grupo no expuesto(ver tabla # 11).

- Converso con sus padres o tutores sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo.

Este grafico nos demuestra una vez más que la educación sexual en nuestro país no tiene los suficientes resultados deseados, tanto los padres que no les gusta hablar con sus hijos sobre el sexo seguro o las relaciones sexuales en su debido momento y las responsabilidades que esto genera, si vemos 24 adolescentes no han recibido orientación de sus padres o tutores esto equivale al 59.54% y el restante 41.46% son las adolescentes que si han tenido orientación sobre sexualidad, la responsabilidad que tienen y las consecuencias que esto genera esto equivale solamente a 17 adolescentes que si conversaron con sus padres(ver tabla # 12).

- Tiene apoyo económico de su pareja.

En cuanto el apoyo que deberían tener estas adolescentes, el 80.49% contestaron que no tienen apoyo de pareja, o sea que 33 adolescentes no cuentan con una estabilidad económico, las restantes 8 adolescentes, contestaron que si tienen apoyo esto equivale al 19.51% de las adolescentes(ver tabla # 13).

- Tiene usted relación estable de pareja.

Si observamos y analizamos este grafico podemos decir que 33 adolescentes o sea 80.49% de ellas, no tienen una relación estable, por ese motivo no son apoyadas por sus parejas o son apoyadas pero no tienen una convivencia familiar debido a que todos tiene un proceso legal en curso seguida de 8 adolescentes que si tienen una relación estable con su pareja o sea el 19.51%(ver tabla # 14).

- Cuántas parejas ha tenido a la fecha.

34 adolescentes contestaron que solo han tenido 1 relación o sea 82.93% de ellas, el 17.07% restantes han tenido dos parejas o sea 7 adolescentes de 14 años(ver tabla # 15).

- Número de hijos que tiene.

Seguidamente se les pregunto cuántos hijos tiene cada una de estas adolescentes y 30 de ellas contestaron, que solo tienen 1 hijo, esto equivale al 73.17%, y para finalizar tenemos que 11 adolescentes, se encuentran embarazadas, esto equivale al 26.83% y que son atendidas en el Leonardo Martínez de San Pedro Sula(ver tabla # 16).

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS.

### 1. Características socio demográficas.

El resultado nos refleja que las adolescentes embarazadas de 14 años fueron las de mayor frecuencia, con un 90.24%, seguidas de las de 13, 12 y 11 años respectivamente, estos datos concuerda, con lo publicado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endesa) de 2005-2006, y la organización internacional de la juventud (OIJ).

- El promedio de miembros que conforman a las familias de nuestro estudio es de 4 a 6 personas, entre mayor cantidad de miembros en la familia hay menos oportunidad para obtener un nivel de educación óptima y contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.
- Nuestro estudio nos refleja que más del 50% de las familias de las adolescentes embarazadas solo un miembro trabaja, esto es un factor de riesgo socioeconómico alto, generando problemas en el entorno familiar y pobreza extrema.
- Este resultado que indica que el ingreso por familia en su mayor porcentaje es mayor que el salario mínimo, no es indicativo que este salario sea lo suficiente para cubrir las necesidades básicas del núcleo familiar, ya que la gráfica # (3) nos revela que en la mayor cantidad de familias solo un miembro trabaja.
- Uno de los tantos factores causales de embarazo en adolescentes son los que provienen de sectores populares, con carencia habitacional, hacinamiento, esto concuerda con nuestro resultado donde la mayoría de estas adolescentes son del área urbano marginal.
- La deserción escolar, la falta de programas oficiales sobre educación sexual y la crisis de educación en el país contribuye directamente que las

adolescentes estén propensas a que se adelanten en su vida reproductiva y por lo tanto el abandono de los centros educativos.

## 2. Accesibilidad del hospital.

En San Pedro Sula, Choloma, Chamelecón, Cofradía, y Villanueva se concentra la mayor cantidad de adolescentes embarazadas, esto es directamente proporcional a la cantidad de personas que allí habitan y la mayor cantidad de maquilas en estos sectores, Quimistan, Rio Lindo, y Peña Blanca por la cercanía y accesibilidad se reportan casos de adolescentes embarazadas en este Hospital.

## 3. Factores de la familia

El 58.54% de estas adolescentes convive con sus padres, lo cual nos demuestra que no están exentas, ya que la falta de orientación, atención, y educación sexual, las convierten en madres a temprana edad.

- Este resultado, de 34.15% de las adolescentes que conviven con otro tipo de familia, puede ser debido a pérdida del vínculo familiar, deseos de superación, necesidad de un trabajo ya que muchas veces emigran del campo a la ciudad. Las familias extensas, nuclear y monoparental y en general puede tener limitación a una educación adecuada, aumenta el riesgo de abuso sexual por hacinamiento.
- La influencia de la educación familiar nos demuestra que el 85.36% de adolescentes recibieron una educación familiar inadecuada esto nos refleja que este grupo está más expuesto a concebir un embarazo a edades más tempranas a diferencia de las que recibieron una educación adecuada de sus padres.
- Estos datos nos demuestran, la importancia de conversar con sus hijos sobre aspectos de sexualidad adecuados a su edad y nos reflejan una diferencia muy pobre entre los padres que conversaron sobre sexualidad y los que no,

quedando demostrado que la orientación que dieron estos padres no fue la mejor.

- Según las tablas y gráficos trece y catorce de la página 46 mencionan a las adolescentes que tienen apoyo económico y conviven con su pareja en un porcentaje muy bajo debido a que las leyes de nuestro país penalizan la convivencia con menores de 14 años, y esto es tomado como violación especial. Otro dato importante es que la pareja de este adolescente son menores de edad por lo cual las leyes le han otorgado medidas sustitutivas.
- Un pequeño porcentaje (17.07%) de estas adolescentes específicamente las de 14 años tuvieron 2 parejas, esto nos refleja que tuvieron un comportamiento sexual promiscuo.
- El 73.17% de las adolescentes encuestadas ya habían dado a luz, y el restante en ese momento estaban en estado de embarazo.

## X. CONCLUSIONES.

### I. Características socio demográficas, económicas y educativas.

Existen disparidades importantes entre los diversos subgrupos de adolescentes. Los más pobres, los marginados, los que tiene menos nivel educativo, parecen sufrir en mayor grado las consecuencias adversas de la salud reproductiva.

II. Por su buena accesibilidad, posición geográfica, y ser la principal sede, esto lo convierte en el centro hospitalario más utilizado, del área noroccidental del país. Las distancias en tiempo aproximado de cada lugar son: Choloma localizada a 20 minutos de San Pedro Sula, La Lima a 10 minutos, Cofradía a 30 minutos, Quimistan a 45 minutos, Villanueva a 15 minutos y por ultimo esta Rio Lindo que se encuentra a una distancia aproximada de 1 hora de San Pedro Sula.

### III. El tipo de familia

Factores que influyeron.

La mala comunicación, relación inadecuada con sus padres, falta de educación sexual que se les brindan y abandono de sus estudios, las exponen a mayor riesgo de embarazos precoces, por lo tanto deja en peligro, maltrato, abandono y frecuentes cesiones de adopción el hijo de dicha adolescente, además existe la posibilidad de que sea nuevamente embarazada.

## XI. RECOMENDACIONES.

### 1. Gobierno de Honduras

- Mejorar la colaboración a nivel de gobierno, asegurar una participación activa y visible con los distintos ministerios de gobierno. El enfoque multisectorial de la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes requiere colaboración y alianza con varios ministerios y departamentos de gobierno.

### 2. Secretaria de Salud Pública

- Para el control y manejo de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante. Es importante, reiteramos, la labor del médico de la familia en cuanto a orientar a los padres hacia una educación sexual correcta y terminar con el tabú. Sensibilizar a los profesionales de salud, además de los aspectos técnicos y médicos del adolescente, el entrenamiento de sensibilización permitirá a los profesionales trabajar con jóvenes sin juzgarlos. También se deben explorar los valores de los profesionales que trabajan con jóvenes en temas de sexualidad, y estimular la aceptación de las necesidades y deseos de las diversas culturas adolescentes.

### 3. Ministerio de Educación y la Familia

- Hacer que nuestros jóvenes ocupen su tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual ya que el logro educativo constituye una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo.

### 4. Visualizar problemas en educación, en el apoyo emocional y la formación integral de los adolescentes, aumentar el rol de los padres como educadores principales de la sexualidad de sus adolescentes es prioritario.

### 5. Las escuelas deben estar conectadas con las familias y organizaciones comunitarias, incluyendo gobiernos locales y grupos religiosos. Las escuelas deben fomentar la participación de la familia y defender los beneficios de incorporar la educación sexual en los currículos escolares.



## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Pediatría octava edición, Waldo E. Nelson, Víctor C. Vaughan, James Mckay, Richard E. Behrman, Pág. 79
2. Transcripción de la noticia publicada por el digital La Prensa con fecha 22 de julio de 2010.
3. Davis Ivey Ch. El embarazo en los adolescentes de América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos. UNICEF, 1998: 17
4. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
5. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
6. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
7. Toro Merlo J., UzcáteguiUzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" – Rodriguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
8. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile

9. Prof. Dr. Juan R. Issler Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina, N° 107 - Agosto/2001  
Página: 11-23.
10. Op.cit. Transcripción de la noticia publicada por el digital La Prensa con fecha 22 de julio de 2010.
11. LaTribuna.hn [www.latribuna.hn/.../honduras-ocupa-el-primer-lugar-en-niñas-embarazadas](http://www.latribuna.hn/.../honduras-ocupa-el-primer-lugar-en-niñas-embarazadas), 15 de mayo 2011.
12. [www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf](http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf).
13. Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos (1997-1998). «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricialibro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18.
14. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000? EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
15. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
16. Op.cit. Transcripción de la noticia publicada por el digital La Prensa con fecha 22 de julio de 2010.
17. Sileo, E. (1992). Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente. Programa PROAMA. OPS/UNICEF/OMS/.
18. (Molina et al., 1994, p.92).

19. (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991).
20. (Castillo et al., 1992, p.21).
21. Lugones Botrell M Quintana Riveron T. Algunas afecciones y problemas de interés de la ginecología infanto-juvenil en la atención primaria, RevCub MGI; 1998.
22. Lugones Botrell M, Pedroso Hernández P, Perara Boza O, Acosta Jiménez M. La consulta de ginecología Infanto-Juvenil en función de la educación sexual. RevCub. MGI; 1999, pag 184-190.
23. Diario oficial de la Republica de Honduras, la gaceta sección A, del 4 de febrero del 2006.
24. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
25. [es.wikipedia.org/wiki/Familia](http://es.wikipedia.org/wiki/Familia).
26. Bel Bravo, María Antonia (2000). *La familia en la historia*
27. [www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia](http://www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia).
28. Castro Espín M. Programa crecer en la adolescencia. Ciudad de la Habana, 1998.

29. UNICEF. Por un cambio en la salud de la población juvenil. Cuaderno de UNICEF sobre programación para el desarrollo y la salud de la población juvenil. 1999.
30. Arditi G. Orientaciones para asumir un embarazo adolescente. Sociedad Argentina de protección Familiar; maga@cinet.com, Abril, 2000.
31. Taureaux Ravelo I. Algunos factores biopsicosociales en adolescentes post parto (Tesis). Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 1999.
32. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Influence factors in adolescence pregnancy. Rodolfo Alarcón Argotal; Jeorgelina Coello Larreall
33. [es.wikipedia.org/wiki/Promiscuidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Promiscuidad)
34. «[http://es.wikipedia.org/wiki/San\\_Pedro\\_Sula](http://es.wikipedia.org/wiki/San_Pedro_Sula)» Categoría: Municipios de Cortés.
35. [www.honduraslaboral.org/leer.php/335747](http://www.honduraslaboral.org/leer.php/335747)
36. <http://definicion.de/zona-urbana/>
37. <http://webarticulista.net.free.fr/marginalcompil.html>
38. <http://www.definicionabc.com/general/rural.php>
39. [www.ine.gob.hn/drupal/node/113](http://www.ine.gob.hn/drupal/node/113)
40. 172 Revista Médica Hondureña - vol. 64 - no. 4 – 1996.

# ANEXOS

## ANEXO #1

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### Objetivo #1

6. Describir las características socios demográficos, económicos y educativos en adolescentes embarazadas.

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo que una persona ha vivido	Número de años cumplidos	10- 11 11 -12 12 -13 13 -14 años
Grado de escolaridad	Son los tramos en que se estructura la educación formal	Años de estudio	Primaria completa / incompleta. Secundaria-completa/incompleta
Condiciones Económicas	La capacidad de adquirir bienes y servicios	Ingreso mensual	Menor, igual o mayor que le salario mínimo
Miembros de la familia	Son aquellas personas que comparten una misma residencia	Número de personas que la conforman	Uno , dos , tres etc.
Procedencia	Lugar donde vive la adolescente	Lugar de residencia	Urbano, Urbano marginal, Rural

#### Objetivo # 2

7. Valorar la accesibilidad en las que se encontró la mayor cantidad de adolescentes embarazadas.

Accesibilidad	Grado en el que todas las personas puedan utilizar un objeto, visitar o acceder a un servicio independiente de sus capacidades.	Sitio donde viven los adolescentes	San Pedro Sula, Choloma, Lima, Cofradía, Quimistan, Villanueva, Rio Lindo, Peña Blanca, Chamelecón.
---------------	---	------------------------------------	---

Objetivo # 3

8. Identificar los factores de la vida familiar que influyen en el embarazo en las adolescentes

Familia	Es el elemento natural y fundamental de la sociedad	Como se conforma la familia	Familiar nuclear, Extensa, Mono parenteral homo parenteral y otros
Educación recibida de los padres o tutores	Es aquella educación que se le brinda a una persona dentro de la familia	Tipo de enseñanza recibida	Rígida, tolerante y adecuada
Convivencia con sus padres o tutores	Es cuando una persona creció con el cuidado y protección de los padres o tutores dentro del hogar	Grupo no expuesto: convivió con sus padres Grupo expuesto: no convivió con sus padres	Si / no
Relación con sus padres	Es aquel tipo de relación ya sea adecuada o inadecuada de los hijos con sus padres o tutores	Que haya o no armonía con los padres	Adecuada e inadecuada
Conversación sobre	Es la comunicación de los jóvenes con los	Comunicación	Si / no

sexualidad- adolescentes	padres en los aspectos de la sexualidad		
Apoyo económico de pareja	El varón tiene conciencia de su propia actuación reconociendo su error y su preocupación por la otra parte de la pareja, además de brindarle apoyo espiritual y económico a la gestante adolescente.	Responsabilidad	Si / no
Relación de estabilidad con la pareja	Una relación afectiva e íntima de manera mantenida independiente de que estuviera legalizada o no.	Estable o no estable	Si / no
Promiscuidad	Es cuando se tiene más de 2 parejas sexuales en menos de 6 meses	Riesgo de embarazo	Uno, dos o más



## ANEXO #2

## BASE DE DATOS DE ESTUDIO TABLA #1

# Px	Dirección	Edad	# de miembros de familia	Personas que trabajan en la familia	Ingreso mensual	Área donde vive	Asistió a la escuela	Convive con sus padres	Tipo de familia	Tipo de educación recibida por padres	Relación con padre o tutores	converso con sus padres o tutores sobre sexualidad y un posible embarazo	apoyo económico de pareja	Relación estable de pareja	parejas que ha tenido a la fecha	# de hijos
1	Choloma	14	4	1	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	SI	Nuclear	Adecuada	Adecuada	SI	NO	NO	1	1
2	La Lima	13	3	1	Menor mínimo	Rural	Primaria completa	SI	monoparental	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	Embarazada
3	San Pedro Sula	14	4	1	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	SI	Nuclear	tolerante	Adecuada	NO	NO	NO	1	1
4	San Pedro Sula	14	7	3	Menor mínimo	Urbano	Secundaria incompleta	NO	Otro tipo	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
5	Cofradía	14	6	4	Menor mínimo	Rural	Primaria incompleta	SI	Nuclear	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	2	1
6	Cofradía	14	3	1	Menor mínimo	Rural	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	SI	SI	1	1
7	Quimistan	14	8	1	Menor mínimo	Rural	Primaria completa	SI	monoparental	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
8	Villanueva	14	4	1	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
9	San Pedro Sula	14	5	2	mayor mínimo	Rural	Primaria incompleta	si	monoparental	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	1	Embarazada
10	San Pedro Sula	13	6	2	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Extensa	Adecuada	Adecuada	NO	NO	NO	1	Embarazada
11	Rio Lindo	11	6	2	mayor mínimo	Rural	Primaria incompleta	SI	Extensa	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
12	Rio Lindo	12	5	6	Menor mínimo	Rural	Primaria incompleta	SI	monoparental	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
13	Villanueva	14	5	1	mayor mínimo	Rural	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	Embarazada
14	Cofradía	14	6	1	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	SI	Extensa	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	Embarazada
15	San Pedro Sula	14	9	4	Menor mínimo	Rural	Primaria incompleta	SI	Extensa	rígida	inadecuada	SI	NO	NO	1	1
16	San Pedro Sula	14	6	2	mayor mínimo	Urbano	Secundaria incompleta	SI	Nuclear	Adecuada	Adecuada	SI	NO	NO	1	1
17	Choloma	14	4	1	mayor mínimo	Urbano marginal	Analfabeta	NO	Otro tipo	Adecuada	Adecuada	NO	NO	NO	2	1
18	Peña Blanca	14	7	2	Menor mínimo	Rural	Analfabeta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	1	1
19	San Pedro Sula	14	4	1	mayor mínimo	Urbano	Primaria completa	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
20	San Pedro Sula	14	4	1	mayor mínimo	Urbano	Secundaria incompleta	NO	Nuclear	tolerante	Adecuada	SI	NO	NO	1	Embarazada
21	La Lima	14	7	2	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Extensa	Adecuada	Adecuada	SI	NO	NO	1	1
22	La Lima	14	6	1	Mínimo	Urbano	Analfabeta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	2	1
23	Choloma	14	5	2	Mínimo	urbano	Analfabeta	SI	Extensa	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	2	1

24	Choloma	14	9	3	mayor mínimo	urbano	Secundaria incompleta	SI	Extensa	Adecuada	Adecuada	SI	NO	NO	1	1
25	Cofradía	14	6	3	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Nuclear	rígida	inadecuada	SI	SI	SI	1	1
26	Villanueva	14	8	4	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Nuclear	tolerante	inadecuada	NO	SI	SI	1	1
27	San Pedro Sula	14	8	3	mayor mínimo	Urbano	Primaria completa	SI	Extensa	tolerante	inadecuada	SI	SI	SI	1	1
28	La Lima	14	2	1	mayor mínimo	Urbano	Primaria completa	SI	monoparenteral	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	1	Embarazada
29	Chamelecón	14	8	2	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	SI	Extensa	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	2	1
30	Quimistas	14	4	2	mayor mínimo	Rural	Primaria incompleta	NO	monoparenteral	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
31	La Lima	14	7	3	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	SI	SI	SI	2	1
32	San Pedro Sula	14	3	1	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	monoparenteral	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	Embarazada
33	San Pedro Sula	14	2	1	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	SI	SI	1	1
34	Chamelecón	14	2	1	Menor mínimo	Rural	Primaria completa	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	SI	SI	1	Embarazada
35	Chamelecón	14	4	1	mayor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Nuclear	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	1	1
36	San Pedro Sula	14	10	6	Mínimo	urbano	Primaria completa	SI	Extensa	rígida	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
37	San Pedro Sula	14	5	3	mayor mínimo	urbano	Secundaria incompleta	NO	Otro tipo	rígida	inadecuada	SI	SI	SI	2	Embarazada
38	San Pedro Sula	14	4	1	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria completa	SI	Nuclear	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
39	Chamelecón	14	5	1	Mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1
40	La Lima	14	6	1	Menor mínimo	Urbano	Primaria incompleta	SI	monoparenteral	tolerante	inadecuada	SI	NO	NO	1	Embarazada
41	La Lima	14	4	1	Menor mínimo	Urbano marginal	Primaria incompleta	NO	Otro tipo	tolerante	inadecuada	NO	NO	NO	1	1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, 2010 – 2012



**Embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital  
Leonardo Martínez de San Pedro Sula, Honduras.**

I. Datos personales •

1. Dirección actual:

Número de teléfono \_\_\_\_\_

II. Características socios demográficos, culturales y educativos en adolescentes embarazadas.

2. Edad: \_\_\_\_

3. Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

4. Cuantas personas trabajan en la familia: \_\_\_\_\_

5. Cuál es el ingreso mensual (escala de 4,368 – 6651 lempiras/ 2011)

Mayor que el salario mínimo \_\_\_\_\_

Menor que el salario mínimo \_\_\_\_\_

Salario mínimo \_\_\_\_\_

6. Área donde vive: urbano\_\_\_\_, urbano marginal\_\_\_\_, rural \_\_\_\_.

7. Asistió a la escuela: si \_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

(Si contesta sí)

Primaria completa \_\_\_\_\_ primaria incompleta \_\_\_\_\_ secundaria completa \_\_\_\_\_  
secundaria incompleta\_\_\_\_\_

Analfabeta \_\_\_\_\_

III. Aspectos de la vida familiar y personal en las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Leonardo Martínez.

- Algunos aspectos de la vida familiar:

8. ¿Convive usted con sus padres?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

9. Tipo de familia.

a) Familiar nuclear \_\_\_\_\_

b) familia extensa \_\_\_\_\_

c) familia mono parenteral \_\_\_\_\_

d) familia homo parenteral \_\_\_\_\_

e) otro tipo \_\_\_\_\_.

10. Tipo de educación recibida de los padres o tutores (responsables):

a) Rígida \_\_\_\_\_

b) Tolerante \_\_\_\_\_

c) Adecuada \_\_\_\_\_

11. Relación con sus padres o tutores.

Adecuada \_\_\_\_\_

Inadecuada \_\_\_\_\_

12. ¿Converso con sus padres o tutores sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

- Algunos aspectos de la vida personal.

13. ¿Tiene apoyo económico de su pareja?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene usted relación estable de pareja?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

15. ¿Cuántas parejas ha tenido a la fecha?

1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ Más\_\_\_\_\_

16. Número de hijos que tiene.

\_\_\_\_\_

ANEXO #4

**HOSPITAL LEONARDO MARTINEZ VALENZUELA**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**HOJA DE REPORTE A LA FISCALIA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

N° de Expediente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre Compañero: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Día Hora de Llamada a la Fiscalía: \_\_\_\_\_

Nombre del Fiscal: \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO** \_\_\_\_\_

Trabajador Social

## ANEXOS # 5

Porcentaje de embarazadas adolescentes según casos del Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula, 2010.

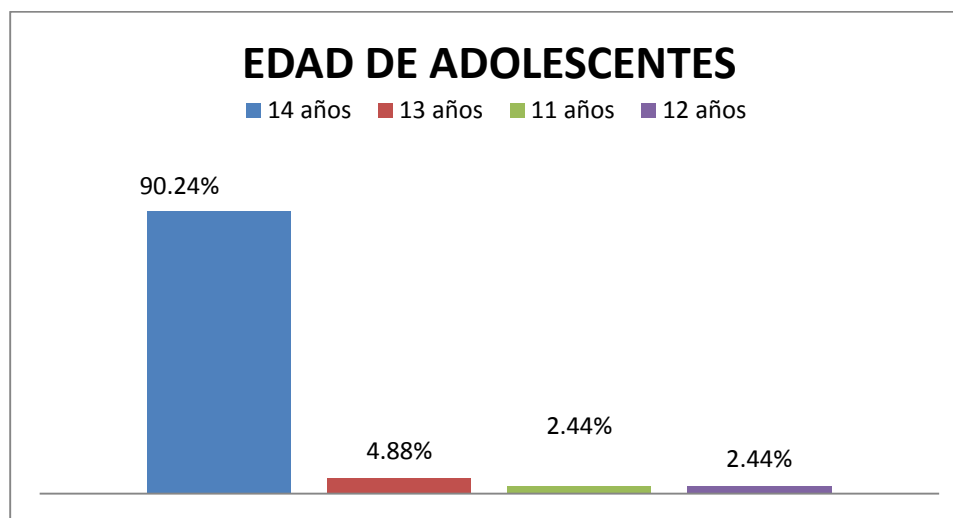
- Características socio demográficas y educativos en adolescentes embarazas

Tabla # 1

Edad	Nº	Porcentaje
14 años	37	90,24%
13 años	2	4,88%
11 años	1	2,44%
12 años	1	2,44%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 1



Fuente: Tabla # 1

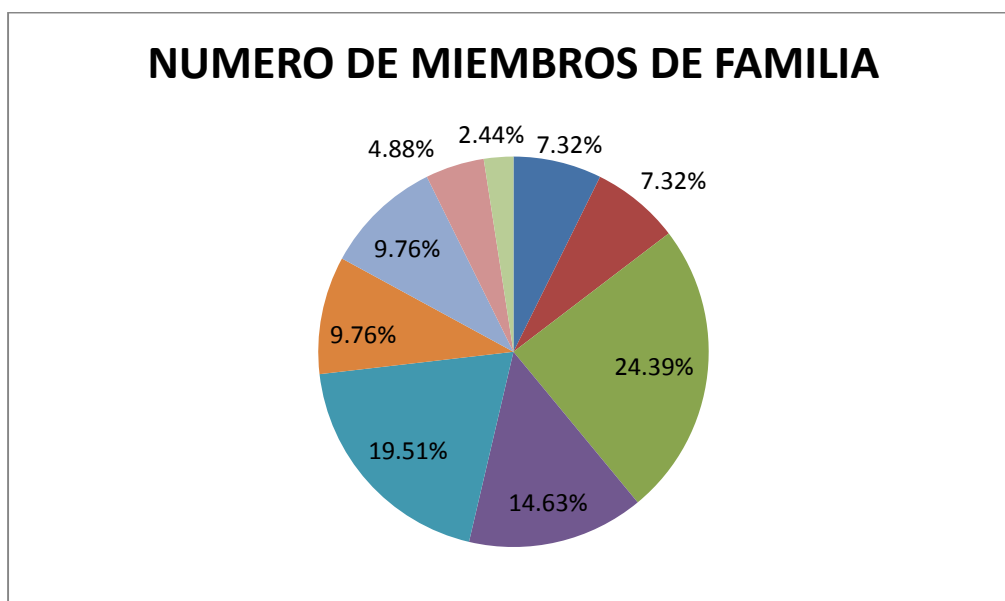
- Número de miembros de la familia.

Tabla # 2

# de miembros de familia c/u	Cantidad de familias	Porcentaje
Dos	3	7.32%
Tres	3	7.32%
Cuatro	10	24.39%
Cinco	6	14.63%
Seis	8	19.51%
Siete	4	9.76%
Ocho	4	9.76%
Nueve	2	4.88%
Diez	1	2.44%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 2



Fuente: Tabla # 2



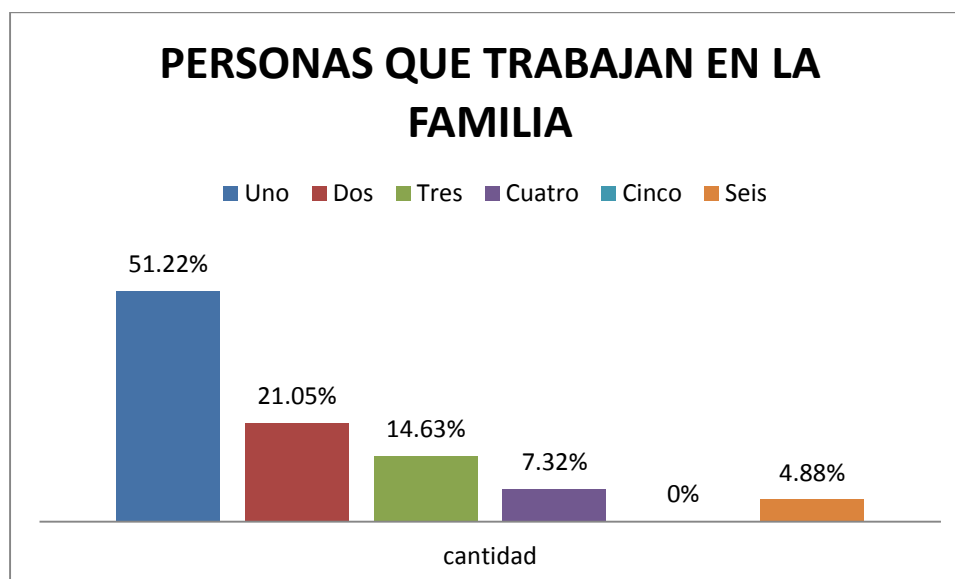
- Cuántas personas trabajan en la familia.

Tabla # 3

<b>Personas que trabajan en la familia</b>	<b>cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Uno	21	51.22%
Dos	9	21.95%
Tres	6	14.63%
Cuatro	3	7.32%
Cinco	0	0.00%
Seis	2	4.88%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 3



Fuente: Tabla # 3

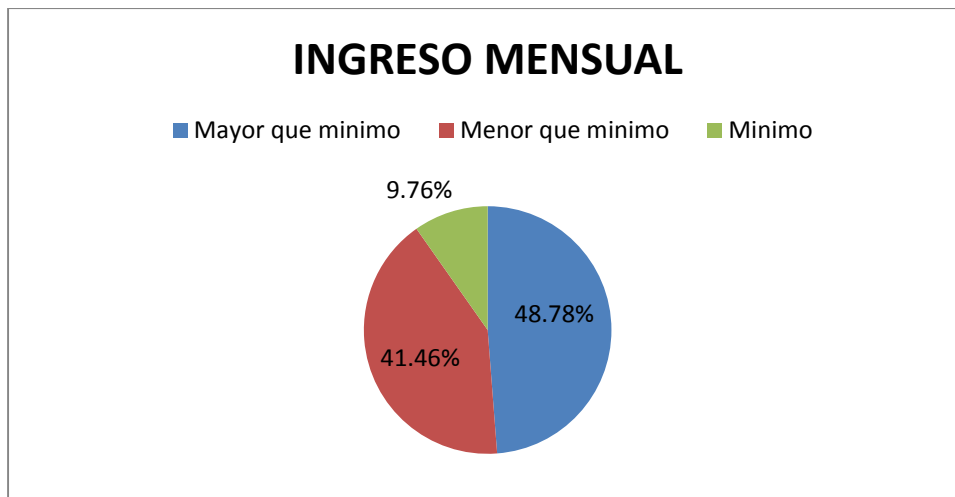
Cuál es el ingreso mensual.

Tabla # 4

<b>Ingreso mensual</b>	<b>Cantidad familias</b>	<b>Porcentaje</b>
Mayor que mínimo(5500)	20	48.78%
Menor que mínimo (4055)	17	41.46%
Mínimo (5500)	4	9.76%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 4



Fuente: Tabla # 4

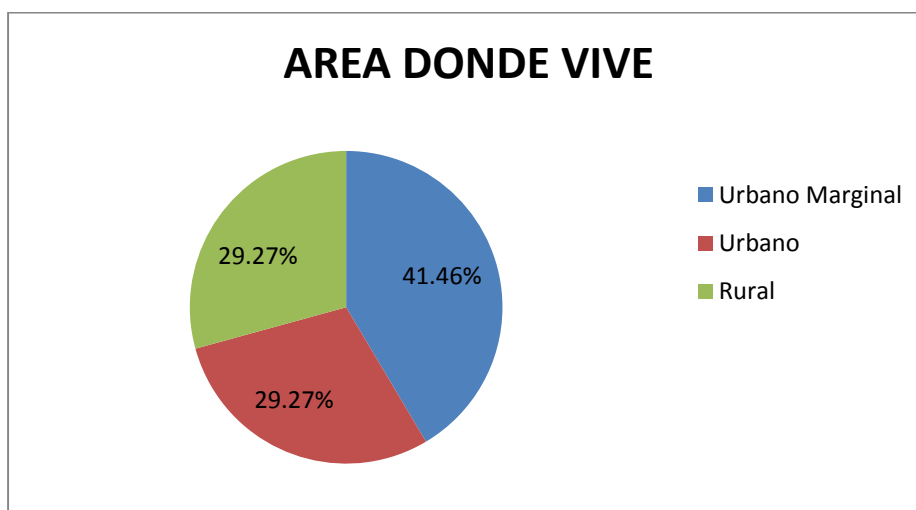
Área donde vive. Urbano, Urbano marginal, Rural.

Tabla # 5

Área donde vive	cantidad de adolescentes	Porcentaje
Urbano Marginal	17	41.46%
Urbano	12	29.27%
Rural	12	29.27%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 5



Fuente: tabla # 5

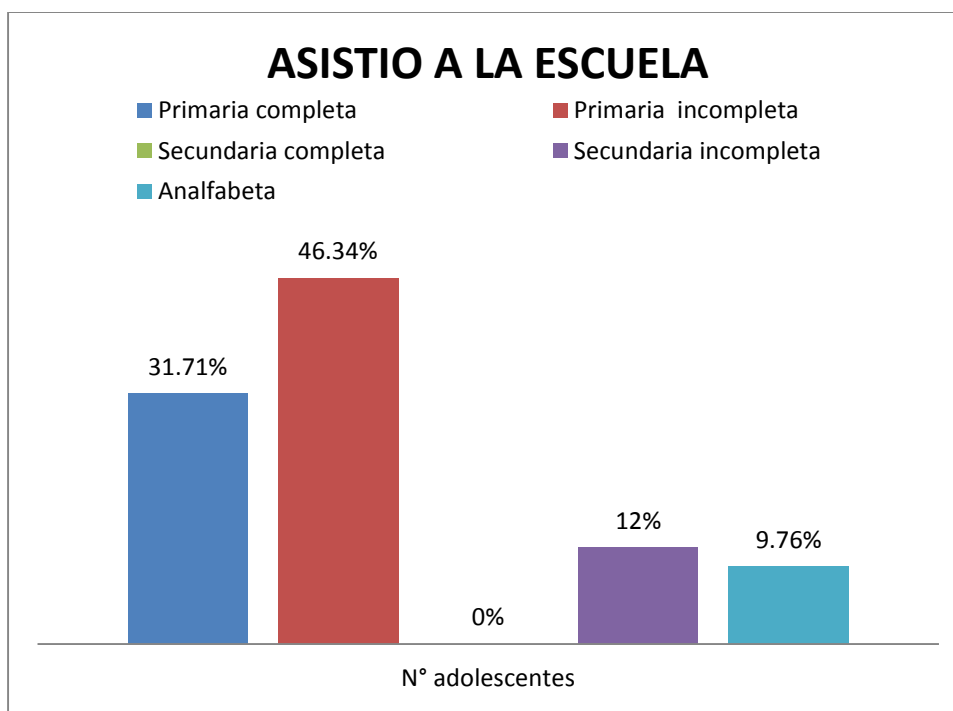
Asistió a la escuela.

Tabla # 6

<b>Asistió a la escuela</b>	<b>N° adolescentes</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria completa	13	31.71%
Primaria incompleta	19	46.34%
Secundaria completa	0	0.00%
Secundaria incompleta	5	12.00%
Analfabeta	4	9.76%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico# 6



Fuente: Tabla # 6

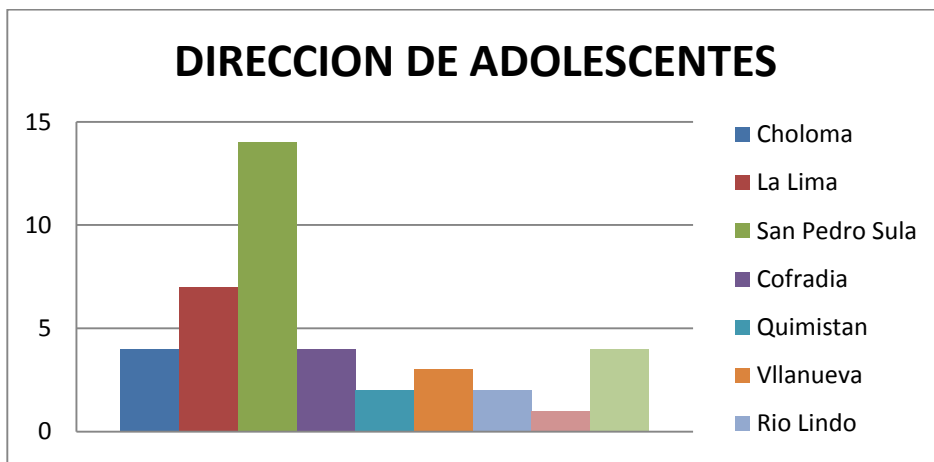
Accesibilidad del Hospital con relación al sitio donde vive

Tabla # 7

Dirección	# Adolescentes	Porcentaje
Choloma	4	9,76%
La Lima	7	17,07%
San Pedro Sula	14	34,15%
Cofradía	4	9,76%
Quimistan	2	4,88%
Villanueva	3	7,32%
Rio Lindo	2	4,88%
Peña Blanca	1	2,44%
Chamelecón	4	9,76%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 7



Fuente: Tabla # 7

## Factores de la familia

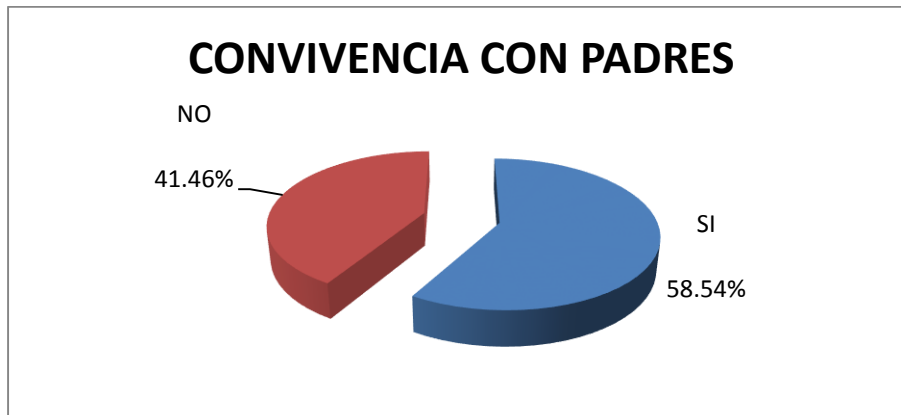
Convive usted con sus padres.

Tabla # 8

<b>Convive con padres</b>	<b>N° adolescentes</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	24	58.54%
NO	17	41.46%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 8



Fuente: Tabla # 8

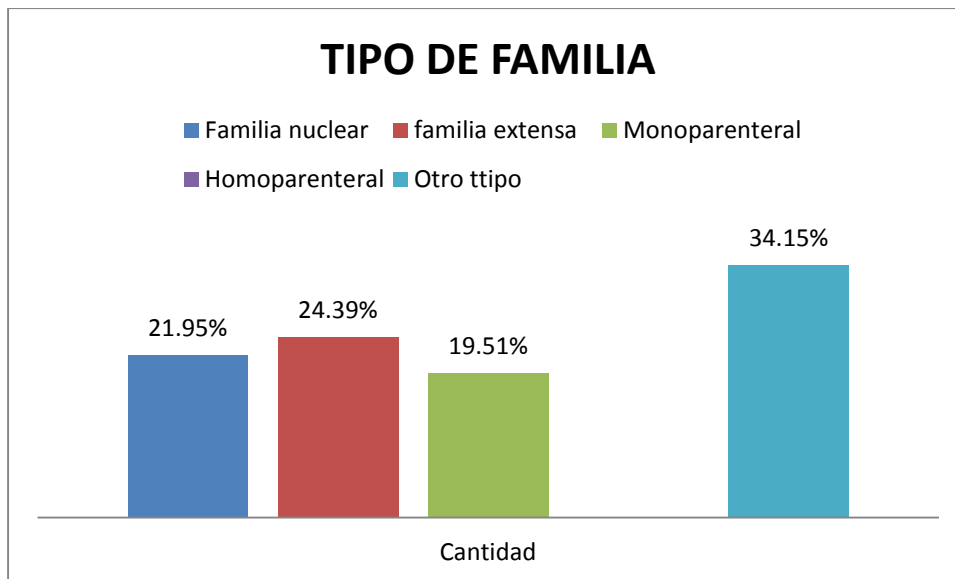
Tipo de familia.

Tabla # 9

<b>Tipo de familia</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia nuclear	9	21.95%
familia extensa	10	24.39%
Monoparenteral	8	19.51%
Homoparenteral	0	0.00%
Otro tipo	14	34.15%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 9



Fuente: Tabla # 9

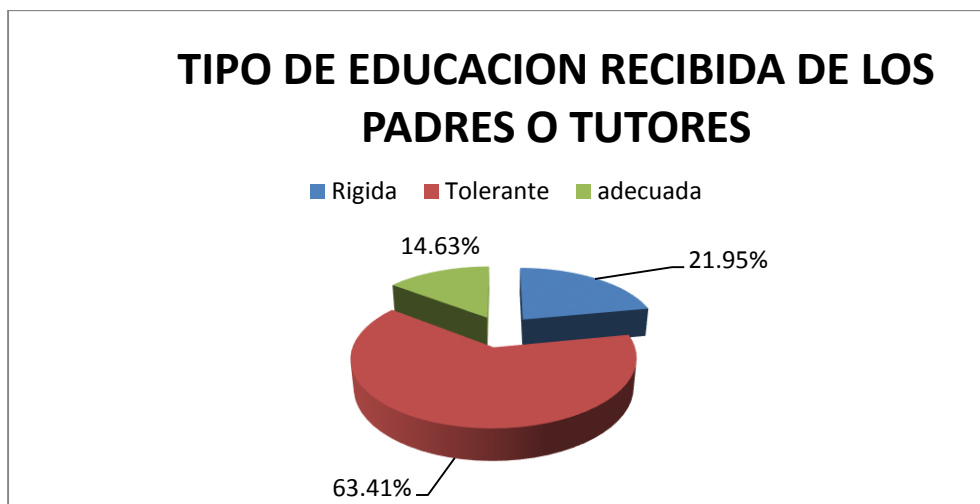
Tipo de educación recibida de los padres o tutores (responsables).

Tabla # 10

Tipo de educación recibida de padres o tutores	N° Adolescentes	Porcentaje
Rígida	9	21.95%
Tolerante	26	63.41%
Adecuada	6	14.63%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 10



Fuente: Tabla # 10

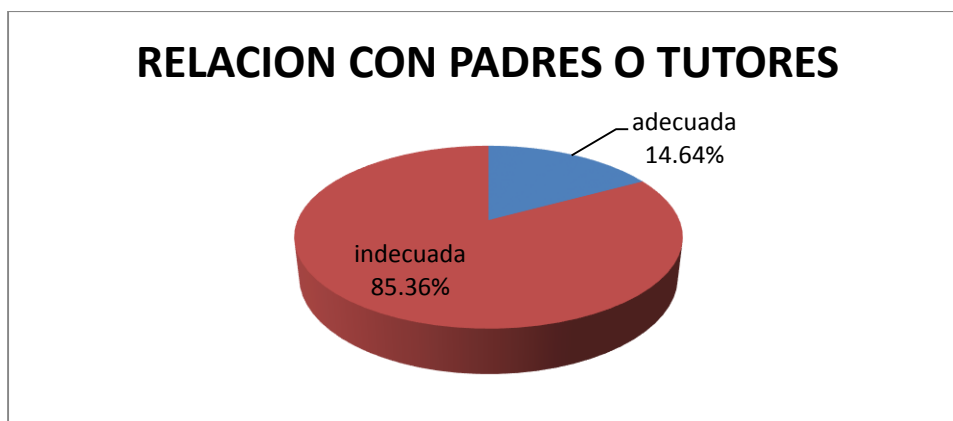
Relación con sus padres o tutores.

Tabla # 11

<b>Relación con padres o tutores</b>	<b>N° adolescentes</b>	<b>Porcentaje</b>
Adecuada	6	14.64%
Inadecuada	35	85.36%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 11



Fuente: tabla #11

Converso con sus padres o tutores sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo.

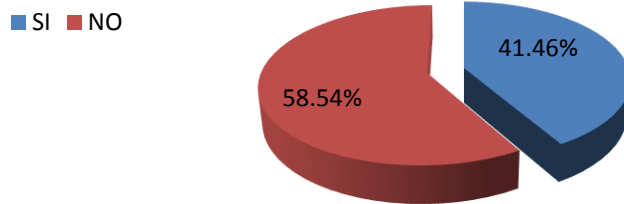
Tabla # 12

<b>Converso con padres sobre sexualidad y posible embarazo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	17	41.46%
NO	24	58.54%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuestas

Grafico # 12

## CONVERSO CON SUS PADRES O TUTORES DE SEXUALIDAD Y POSIBILIDAD DE EMBARAZO



Fuente: Tabla # 12

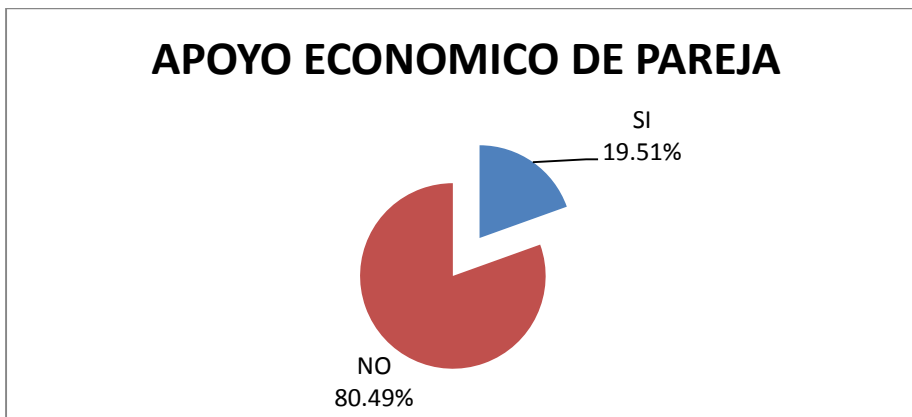
Tiene apoyo económico de su pareja.

Tabla # 13

Apoyo económico de pareja	N° adolescentes	Porcentaje
SI	8	19.51%
NO	33	80.49%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 13



Fuente: Tabla # 13



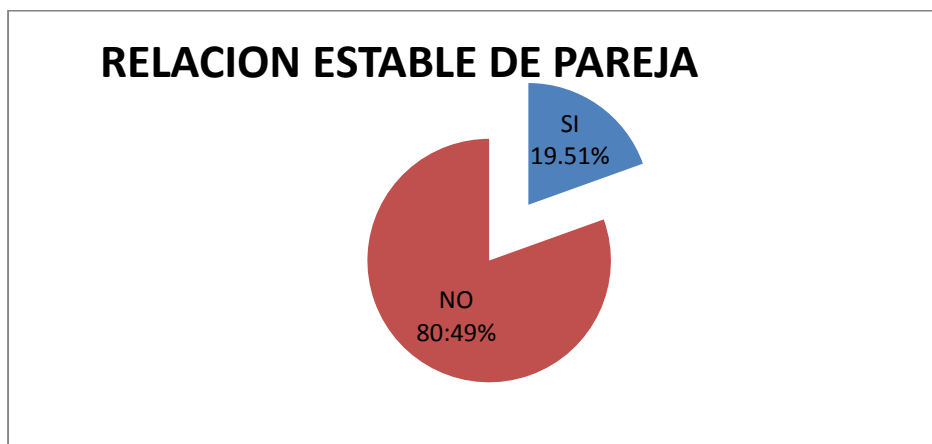
Tiene usted relación estable de pareja.

Tabla # 14

<b>Relación estable con pareja</b>	<b>N° adolescentes</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	8	19.51%
NO	33	80.49%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuestas

Grafico # 14



Fuente: Tabla # 14

Cuántas parejas ha tenido a la fecha.

Tabla # 15

<b>Parejas que ha tenido a la fecha</b>	<b>N° Adolescentes</b>	<b>Porcentaje</b>
Uno	34	82.93%
Dos	7	17.07%
Mas	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 15



Fuente: Tabla # 15

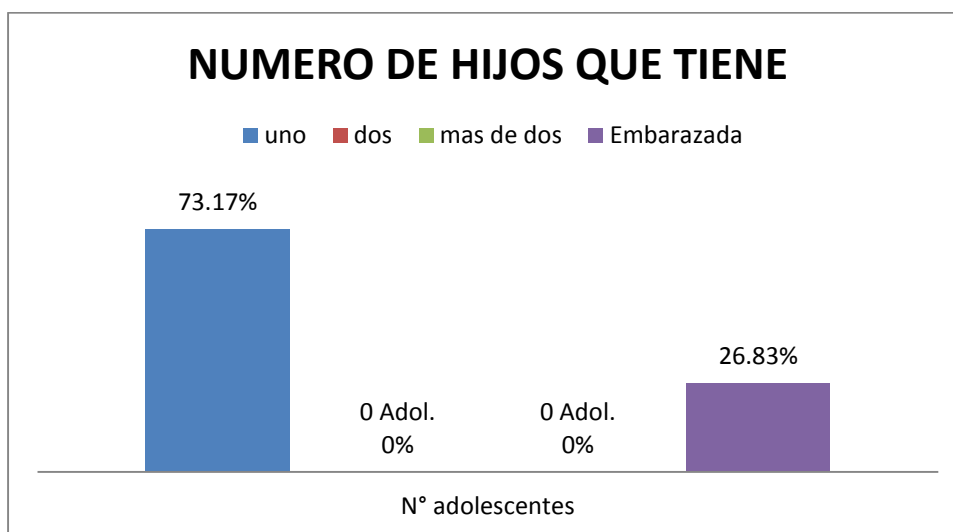
Número de hijos que tiene.

Tabla #16

Número de hijos	N° adolescentes	Porcentaje
Uno	30	73.17%
Dos	0	0.00%
Más de dos	0	0.00%
Embarazada	11	26.83%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Grafico # 16



Fuente: Tabla # 16