

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III. OBJETIVO.....	5
IV. MARCO TEORICO.....	6
V. MATERIAL Y METODOS.....	20
VI. RESULTADOS.....	29
VII. DISCUSION.....	50
VIII CONCLUSIONES.....	56
IX. RECOMENDACIONES.....	58
X. REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	64

I. INTRODUCCIÓN

1.1 CONTEXTO DEPARTAMENTAL

El Departamento de Olancho es el más extenso de Honduras, el significado de su Nombre es un misterio no descifrado: OLLANCO de verdad, para algunos Historiadores en Nahuatl puro significa ULANCO u OLANCO “lugar del Juego de pelota, Olancho, en el origen azteca se traduciría por “tierra Del hule”, dada la abundancia de árboles de hule , también se traduce en el lenguaje del sentimiento y la Nostalgia, en ” Tierra del oro y del talento cuna”..

El Departamento de Olancho, geográficamente está ubicado al norte de el Departamento de Colon y Yoro, al Sur por el Departamento de El Paraíso y la República de Nicaragua, al oeste por el Departamento de Francisco Morazán y al este por la República de Nicaragua. Posee una extensión territorial de 24,350.9 Km² que data desde la división Política de Honduras en 1893, está conformado por 23 Municipios, y cuenta con una población de 478,580 Habitantes (2007), de la que el 75% es rural, su población urbana está concentrada en las ciudades de Juticalpa y Catacamas.

El clima es lluvioso tropical, el territorio es montañoso y posee importantes Valles, como: Guayape y Patuca, y sus habitantes se dedican a la ganadería, agricultura, minería y explotación del bosque.

En aspectos de salud pública según información brindada por médicos mayores comentan que ya en 1955 se realizaban acciones de salud pública, que consistían en el control de la basura y alimentos para el Control de brotes de tifoidea y disentería amebiana, que eran las enfermedades de mayor prevalencia, en esa época, estas actividades se realizaban de manera esporádica.

En 1967 se construyen los primeros Centros de Salud y el 17 de Febrero 1973 se funda la Región Sanitaria Departamental No.7, hoy conocida como Región Sanitaria Departamental de Salud No. 15.

La Red de Servicios de salud del Departamento ,está compuesto por 163 Unidades de salud, que incluye el Hospital Regional, el cual funciona como hospital Regional en la cabecera Departamental (Juticalpa), mas 5 clínicas materno Infantil, 31 CESAMOS atendidos por medico y otros recursos de apoyo y 127 cesares que son centros de salud rural (CESAR) atendidos por auxiliares de enfermería, además existen en la red clínicas medicas privadas y puestos de salud que atienden por demanda espontánea.

En relación a la morbilidad existe una alta prevalencia de las infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal, anemias, dengue clásico y hemorrágico y de enfermedades Transmisibles, como VIH/SIDA, tuberculosis y otras así como aumento de las enfermedades crónicas degenerativas.

Las tasas de mortalidad infantil también son un problema pues las primeras causas están ligadas a las muertes por neumonía, las enfermedades diarreicas, desnutrición, Sepsis, asfixia, cardiopatía, prematurez y la enfermedad por membrana hialina.

En relación con la mortalidad materna a nivel nacional ha pasado de 182 por cada 100,000 N.V. en 1990 a 108 x 100,000 N.V. en 1997, representando un 8.5% de las muertes en mujeres en edad reproductiva. Se estima una reducción para el año 2015 hasta llegar a una tasa de 70 x cada 100,000 nacidos vivos.

En los últimos años la tendencia de la mortalidad materna en el Departamento de Olancho Específicamente, a partir del 2003 es de 107.82 / 100,000 N.V., 2004 107.58/1000,000 N.V., 2005 114.91/1000.000 N.V. ,2006 98.46/100,000 N.V. y para el 2007. 90.86/100,000.

En cuanto a los adolescentes las principales causas de muertes son los accidentes en ambos sexo, y la morbilidad está ligada a las anemias, enfermedades del tracto urinario y enfermedades de la piel. (1).

También se citan otros problemas en este grupo el incremento del embarazo en adolescentes, y como producto de ello, el aumento de partos, Según el Departamento de Estadística, Región Sanitaria N°15 en cuanto al parto institucional atendidos a nivel de las clínicas materno Infantiles y el Hospital Regional (2007) es de 6605 partos, 1723 corresponden a adolescentes entre 10 a 19 años, lo que representa el 26% del total. (2), lo cual de no intervenir se podría condicionar el aumento de la mortalidad materna.

1.2 ANTECEDENTES

Según Klein (1999), menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan, 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría el embarazo no es planeado. (3).

En países industrializados, como los Estados Unidos de América cuenta con la mayor tasa de embarazo en adolescentes en el 11/100. En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 y se incrementa en 1996 a 30.81 /1000.

En Latinoamérica y el Caribe La tercera parte de las adolescentes menores de 20 años, ya han dado a luz un hijo; además de lo anterior se ha demostrado que las adolescentes de bajos recursos tienen más riesgo de embarazo el 80%. Y el 70% en área rural.

En el 2001 el 14.8% de los nacimientos registrados en Jalisco, México fueron mujeres menores de 20 años de edad, y de estas, solo el 17.1% son económicamente activas. (4).

En cuanto a la Mortalidad materna en adolescentes (15 a 19 años) es el doble en

comparación con otros grupos entre 20 a 34 años, situación que se observa en algunos países, como Nigeria, Indonesia, Etiopia, Egipto Brasil, Bangladesh, Argentina y Argelia. (3).

Honduras según ENDESA 2005, 2006 es uno de los países latinoamericanos con mayor crecimiento poblacional, que de continuar así se espera que para el año 2015 la población se incrementará a **9 millones** de habitantes, de los cuales **1.6 millones** serán adolescentes.(5).

En el Departamento de Olancho (Díaz, Torres, 2004) se encontró que del 100% de embarazadas adolescentes de una muestra tomada en tres municipios(Catacamas, Dulce Nombre de Culmi y Santa María del Real en el departamento de Olancho, el 48% son menores de 15 años y el 52% restantes sus edades oscilan entre 16 y 19 años. (6).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Area Problema : Adolescencia.

Problema Específico: El Embarazo en adolescentes.

Planteamiento del Problema.

Descripcion de las condiciones biológicas, socioeconómicas, y culturales que determinan la situación epidemiológica y las condiciones de vida de las adolescentes embarazadas, en el Departamento de Olancho.

2.2 JUSTIFICACION

Las condiciones y consecuencias del embarazo en adolescentes en el Departamento de Olancho pueden ser múltiples, pero a la fecha no se conoce la verdadera realidad.

Actualmente no se dispone de estudios actualizados sobre las condiciones de vida de las adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años, que permitan conocer a profundidad sus causas efectos y otras implicaciones.

Por tal razón, en este sentido la presente investigación tendrá como objetivo profundizar en el análisis para la búsqueda de intervenciones que faciliten la solución del problema.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar características epidemiológicas y condiciones de vida de las embarazadas adolescentes, con el fin de Implementar Acciones de prevención, promoción y la participación activa de la comunidad para el Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de Olancho, Honduras C.A. Secretaria de Salud, Partir Enero 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las características y condiciones de vida que favorecen el incremento del embarazo en las adolescentes.
2. Identificar algunos efectos sociales en las embarazadas adolescentes.
3. Señalar la demandan de atencion de las adolescentes embarazadas a los servicios de salud públicos y privados.

IV. MARCO TEORICO

4.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva; en Honduras se maneja el rango de edad, entre los 10 a 19 años”. (8).

Según la **BIBLIA** la adolescencia es una etapa de alegría e insta a que los jóvenes se alegren en su juventud, que tomen placer para su corazón en los días de su **adolescencia**, y anden en los caminos de su corazón y en la vista de sus ojos, pero sabe que sobre toda cosa te juzgara Dios (9).

La adolescencia es una etapa en el desarrollo humano, en donde se inicia con cambios físicos, biológicos, psicológico y se caracteriza por la búsqueda de su propia identidad, la necesidad de independencia, tendencia grupal, la evolución del pensamiento concreto al abstracto, cambios de su conducta, inestabilidad emocional, relación conflictiva con los padres, su inseguridad, rebeldía y otras situaciones la sumisión. (7).

En este periodo ocurren una serie de problemas y uno de los que más sobresale es el **“Embarazo en las adolescentes”** el cual cada día se vuelve una situación más aguda.

4.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Este se define como la gestación que sucede en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescentes, entre las edades de 10 y 19 años.

Según Molina, El embarazo es un evento inesperado y sorpresivo. (8).

Gonzales Señala que se desarrollan reacciones de angustia, propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad. (9).

4.3 SITUACION ACTUAL SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Desde la década de los años 90 a **nivel mundial** el aumento del embarazo en la población de adolescentes va en ascenso, incrementándose de un 36% a 51%.(10) como producto del inicio precoz de la actividad sexual.

El embarazo en adolescente es considerado un problema de salud medico, bio psico social.

En América Latina según la (CEPAL, OPS, OMS 2005) el 33% de las adolescentes, menores de 20 años, ya han dado a luz un hijo y, entre el 20 y el 60% son no deseados, y la educación sobre el uso correcto de los anticonceptivos es escasa. (11).

En Venezuela en el II congreso de la Mujer (1991), se señalo que la incidencia del embarazo precoz en adolescentes cada día es mayor en el grupo de 12 a 14 años y se le atribuye que se debe a la falta de educación sexual y el desconocimiento de la sexualidad humana. (12)

En Honduras según la Encuesta de Epidemiología (2005,2006) cuenta con una población alrededor de 7.034, 676 millones de habitantes, la cual se ha triplicando a partir del año 1962, ubicándose entre los países con mayor crecimiento poblacional a nivel del hemisferio, de continuar con este ritmo se espera que para el año 2015 la población se incrementará en 9 millones de Habitantes, de los cuales 1.6 millones serán adolescentes y la población se duplicará aproximadamente en 25 años. (13)

A pesar del descenso de las tasas de fecundidad en los últimos 20 años, según la Encuesta de Epidemiología (1987,2001) en grupos de mujeres de mayor edad, todavía este fenómeno en el grupo de adolescentes continua invariable y con tendencia al incremento desde los años 80, y el porcentaje de nacimiento oscila entre 18% (1987) ,19.7% (1996) a 21% (2001). (14).

También el Instituto GUTTMACHER (**Honduras**), revela que el 51% de la población son menores de 20 años, el riesgo de embarazo no planeado e Its Sida es de 40%, el inicio de la actividad sexual es temprana, el 66% de de las adolescentes sexualmente activa tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva, y existe mayor vulnerabilidad en el área rural por el limitado acceso a la educación, información y acceso a los servicios de salud reproductiva. (15).

En los y las adolescentes se presenta una serie de factores y características que pueden poner en pueden poner en peligro la vida de ellos.

4.4 CARACTERISTICAS ESPECIALES EN LAS ADOLESCENTES

La definición sobre Características.

Se refiere a los atributos o cualidades de una persona, grupo específico o comunidad, que unidos pueden condicionar una mayor probabilidad de daño a la salud.

Donas, S Marco (1997), menciona que no se puede obviar que también los y las adolescentes están expuestos a situaciones que afectan la salud de una persona o de un grupo. (16). Uno de los problemas mayores en este grupo está ligado al **embarazo en la adolescencia**, el cual es un hecho **biopsicosocial de alto riesgo, multicausal**, las cuales pueden ser numerosas en especial el inicio precoz de las relaciones sexuales, sin uso de medidas contraceptivas.

Las características se pueden clasificar de varias formas una de ellas son:

Características Individuales y Biológicas

Según Sáenz (1992) menciona que la menarquía en la mujer adolescente ha descendido en los últimos años a un promedio entre 9 y 12 años. (17).

Según Issler (2001) **La menarquía**, se ha estudiado en base a su edad de aparición y tiene un doble efecto, por una parte modifica la anatomía y fisiología de la mujer y las hace más fértiles y por otro lado estimula a ser sexualmente activa, siendo productora del inicio de las relaciones sexuales y como consecuencia el embarazo a edades temprana. (18).

La edad y la primera unión conyugal según Dona S. (1977) constituyen una primera exposición a la posibilidad del embarazo y el inicio de una vida reproductiva, que tiene que ver con la fecundidad, la Menarquía temprana, inicio de las relaciones sexuales, y la escasa o nula educación sexual y de salud reproductiva de la adolescentes son condicionantes para que ocurra el embarazo. (19).

En estudio sobre "la Relación entre edad de tres eventos reproductivos en adolescentes embarazadas" en Jalisco (México 2001) se encontró que la edad a la primera relación sexual es un factor determinante de la fecundidad de los individuos. en el sentido de que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y la posibilidad de tener un embarazo no deseado, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ITS/VIH/SIDA, y aún de mortalidad materna.

En tal sentido el factor educación es fundamental, puesto que a medida que aumentan los años de educación, hay más oportunidad de acceso a la información que ayuda a la persona a decidir cuándo iniciar su vida sexual con responsabilidad. (4).

Características Sociales

Según (Molina R, 2000) menciona que existen otras situaciones que inciden en el aumento de los embarazos en adolescentes como ser: Aspectos Psicosociales, Predeterminantes, Determinantes, y Potenciales de Riesgo.

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

Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando el sexo como un área peligrosa en la conducta humana: pueden pasar a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad Restrictiva:

Separa tempranamente a los niños por su sexo y se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad.

Sociedad Permisiva:

Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. y es común en países desarrollados.

Sociedad Alentadora:

Considera el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal, es frecuente en sociedades como África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Otros aspectos interesantes de resaltar entre ellos se mencionan los siguientes:

Aspectos Predisponentes:

La Menarquía Temprana, el Inicio Precoz de Relaciones Sexuales, las Familia Disfuncionales, la mayor tolerancia a la Maternidad en Adolescente son considerados aspectos que predisponen el embarazo en adolescentes.

Otros Aspectos también predisponentes son el **Bajo Nivel de aspiraciones**, Cuando existe un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo puede posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones Recientes: La 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: Uno de los pensamientos mágicos en el grupo de adolescentes creen que al tener contacto sexual no se embarazarán porque no lo desean o creen que son estériles,

Falta o Distorsión 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, o porque en sus primeros contactos sexuales no es posible que se embaracen. etc.

Controversias entre Su Sistema de Valores Y el de Sus Padres: En la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes no usan medidas anticonceptivos, y lo hacen por rebeldía a la vez, o como una forma de negarse a sí mismos y el **Menor temor a enfermedades venéreas**.

También existen otros aspectos que son **determinantes** e influyen en la actividad sexual de los jóvenes, las Relaciones sexuales sin Anticoncepción, el Abuso Sexual (Violación) que también son factores de riesgo ante el embarazo. (20).

Aspectos Potenciales de Riesgo: La adolescencia se caracteriza como un periodo de oportunidad y de riesgo.

Según (Jessor, 1998) en un estudio de riesgo en adolescentes demostró que las conductas de riesgo tiene factores comúnmente interrelacionados, y el ejemplo clásico es **el embarazo no deseado en las adolescentes**, las cuales practican el sexo sin protección, situación que incrementan las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH SIDA, y las relaciones de abusos son las mismas además consumen sustancias y tiene bajo rendimiento escolar y en la mayoría de los casos la menor supervisión por parte de la familia es escasa.

Según el Instituto de Drogas NIDA (2008) y R. W. Blum También refiere que **el consumo de drogas está estrechamente ligado a un ambiente doméstico caótico (familias disfuncionales, desintegradas, violencia intrafamiliar) padres que consumen drogas, problemas mentales, el fracaso escolar, la presión de los grupos, la dificultad en establecer las relaciones sociales, la pobreza, la desigualdad de oportunidades, el acceso al sistema de salud, el tiempo libre, la escasa educación, la marginalidad, la inseguridad, los medios de comunicación, los tabúes y las salidas tempranas** las cuales tiene mayor probabilidad del inicio temprano de la relaciones sexuales hasta en un 91%. (20, 21,22).

La familia según Ruiz G. Rodríguez (1990), Patricia Herrera Santi, como institución básica en la formación de valores sufre una crisis por no asumir su papel, para contribuir

al desarrollo integral de este grupo. De ahí la importancia de la familia bien constituida, con fuerte lazos afectivos y normas claras de conducta y el ejemplo se convierte en factor protector, el apoyo de los padres, aún cuando no se compartan los mismos puntos de vista, una orientación abierta sin prejuicios, también el apoyo de los maestros, la calidad humana de los amigos y, en general la sociedad en que el adolescente vive. Influyen en su desarrollo de manera positiva. (23, 24,25 ,26).

La Influencia de los medios de Comunicación en cuanto a la sexualidad y el bienestar sexual de los adolescentes son componentes integrales de su salud y su desarrollo y adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud reproductiva debe ser uno de los mayores retos, y los medios de comunicación ejercen una poderosa influencia en este grupo.

La sexualidad según (Sieving y Cols, 2002) es construida a través de la relación entre el individuo y las estructuras sociales e influye decisivamente en la conducta sexual, también refiere que los medios de comunicación y la televisión, la escuela, el apoyo de pares y el hogar son las tres fuentes principales de información sobre la sexualidad que reciben los adolescentes. (27).

Sin embargo los adolescentes identifican como principal fuente primaria los padres (38%), seguido de los amigos en un (32%), y los medios de comunicación en un (4%).

Gran parte de las investigaciones según la (OMS Centro colaborador en salud del adolescentes/OPS 2000.) revelan que los adolescentes suelen tener dificultades para abordar los temas de la sexualidad de los adolescentes caribeños el 24% mencionaron que su madres entienden muy poco sus problemas y el 32% piensa lo mismo de sus padres. (28).

Los adolescentes de 9 países mencionaron que la información sobre sexualidad que reciben llega demasiado tarde y esta repleta de mitos y tabúes (Aguirre y Guell, 2002).

Aumentar el rol de los padres como educadores principales en el desarrollo de los adolescentes es prioritario. (29).

Los valores culturales relacionados con la sexualidad y los roles de género ejercen una poderosa influencia en la toma de decisiones. Según estudio (Strasburger y Wilson, 2002) indican que los medios de comunicación enseñan a los jóvenes sobre la sexualidad imágenes poco realistas que tiende a que ellos se confundan, hay mensajes que glorifican el sexo sin discutir opciones de abstinencia o las posibles consecuencias negativas de la conducta sexual, como el embarazo no deseado y las ITS. (30).

Según (Mc, Neal 2000) es importante que al diseñar programas para la juventud sean acordes a la edad y el nivel de desarrollo cognoscitivo, sean efectivos, sencillos, consecuentes, directos, deben adaptarse a la naturaleza heterogénea de las poblaciones, tomando en cuenta sus diferencias culturales y ambientales.

En países como México, Argentina se encontró que donde se han desarrollado Programas de desarrollo juvenil integrado con sexualidad y salud reproductiva hubo un retraso en el inicio de la actividad sexual y una disminución del embarazo en las jóvenes.

Los jóvenes en todos los estratos de la sociedad insisten en la necesidad de la orientación que deben recibir por parte de sus padres, tal es el ejemplo textual que describimos:

Mensaje de una adolescentes a sus padres.

“Yo estaría inmensamente agradecida si mis padres me hablaran sobre estas cosas. Eso me demostraría que les importan las decisiones difíciles que tenemos que tomar en nuestras vidas.” - una joven de 15 años. (31).

Según la Agenda Salud Isis Internacional Volumen No.23/2001, Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS, plantea que:

“Que Los jóvenes necesitan también la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, los sentimientos y las experiencias que acompañan a la madurez física.” Al brindar esta ayuda, no fomentamos estilos de vida irresponsables.”

La evidencia del mundo entero ha demostrado claramente que el proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad humana y las relaciones humanas ayuda a evitar los problemas de salud y crea actitudes más maduras y responsables. (32).

Otro estudio realizado en la Unidad familiar del Instituto mexicano de Seguridad Social se encontró lo siguiente: las prácticas de anticoncepción son antiguas como la humanidad misma. Sin embargo en algunas sociedades es cuestionable poner el acceso de métodos de anticoncepción a los adolescentes, además de hablarles francamente sobre ITS SIDA Y EL EMBARAZO, muchas mujeres no los han usado porque no los conocen y mientras otras los han interrumpido el uso porque no recibían la orientación adecuada acerca de los efectos secundarios.

En otros estudios se han demostrado que muchas mujeres si hubiesen estado informadas de al menos algún método anticonceptivo se hubiesen evitados muchos embarazos, pero generalmente no saben cómo actúan, cuáles son sus efectos secundarios y como obtenerlos, si el uso puede mantenerse en privado y otros aspectos que pueden influir en la decisión de practicar la anticoncepción. (33).

Las investigaciones demuestran que la fe religiosa y un sentido moral firme ayuda a proteger a los adolescentes de la actividad sexual precoz, y el embarazo en adolescentes.

5. EFECTOS, Y COMPLICACIONES DE LA SALUD DE LA EMBARAZADA Y EL NIÑO.

Las complicaciones en el embarazo en adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para la madre y el bebe.

Según la ONU, cada año mueren más de 523 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo y parto en todo el mundo, y la probabilidad de que las adolescentes de 15 y 19 años mueran es dos veces mayor que las mujeres adultas.

Se estima que cada año dan a luz 14 millones de adolescentes, 4 millones de estos bebes mueren en su primer año de vida, Y la principal causa de muerte son las **toxemias, hipertensión, anemia, parto prematuro, placenta previa, los bebes tienen mayor probabilidad de nacer con bajo peso al nacer.**

El embarazo no deseado tiene consecuencias poco saludables para los y las adolescentes especialmente las jóvenes, tales como abortos de alto riesgo, matrimonios tempranos o forzados, menor nivel de educación, menos oportunidades de un buen salario, sin mencionar las consecuencia de tener hijos no deseados a temprana edad, lo que tiene implicaciones económicas y de salud tanto para la madre como para el niño.

Las adolescentes embarazadas muestran una tendencia a buscar control prenatal tardío o no lo buscan en absoluto, lo que a menudo constituye un riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo. (34).

Según el Dr. Ernesto Eduardo González (2002) menciona que el aborto, es otro problema en las adolescentes, en la mayoría de los países latinoamericanos es ilegal, tienden a buscar ayuda en lugares clandestinos, atendidos en condiciones deplorables, lo que pone en riesgo la vida de las adolescentes.

A nivel de las familia este tema puede ser muy controversial, algunas familias apoyara al adolescentes a tener su bebe, darlo en adopción, tomar la decisión del aborto, lo anterior está ligado a lo moral ético y espiritual, que será un factor importante en la salud y el desarrollo de los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe. (35, 36,37).

Según Molina R(1992) y “Embarazo en adolescente y Nacimiento”, una publicación Chilena menciona que existen otras complicaciones para la madre como ser: **las toxemias, hipertensión, anemia, parto prematuro, placenta previa**, el riesgo de muerte es mayor en un 60% en comparación con mujeres de 20 y mas años, el aborto en adolescentes, es frecuente y con alta morbi mortalidad por las condiciones técnicas e higiénicas deficientes en que se realiza, ocurre anualmente hasta 4,4 millones de abortos y la mayoría practicado en condiciones de riesgo, poniendo en peligro la vida no solo del bebe si no de la madre. (18,38, 39).

La declaración del Vaticano menciona la dificultad que pueden tener las madres problemas para el vincularse con su propio hijo, estableciendo relaciones simbólicos , cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo, y poner en riesgo su seguridad , estos bebes tienen de 2 a 6 veces mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, esto hace poner en mayor riesgo el crecimiento inadecuado y la presencia de infecciones, el riesgo de muerte en el primer año de vida. (40,41).

6. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS, ACCESO Y CALIDAD E ATENCION

De acuerdo a datos disponibles, se puede afirmar que la situación respecto a la cobertura de los servicios de salud en atención obstétrica es satisfactoria.

Sobre los países que aportaron información en el quinquenio 1990 -1995, más de la mitad de ellos (58%) reportan una cobertura de control prenatal igual o superior a la 90% y 26 países idéntico porcentaje respecto a la atención del parto, solo y países reportaron cobertura de menores al 50%.

En la actualidad no se dispone de información sistematizada en cuanto a la calidad de atención obstétrica brindada. Lo que indica que aunque se aumenten las coberturas en atenciones existen deficiencias en el impacto de las acciones. (42).

Estudio realizado en el Altiplano (Bolivia) sobre la utilización de los servicios de salud por la población, se asocian como elementos importantes los siguientes.

La distancia: Las poblaciones rurales son las que tienen mayor dificultad, por las distancias que deben recorrer para recibir la atención en salud, el transporte de las ambulancias, cuando existen, son escasas, no siempre están en buenas condiciones, y el paciente también tiene que pagar por este servicio, más el de la consulta, alojamiento y alimentación y los largos tiempos de espera.

Sin embargo, La calidad de los servicios del Altiplano de Bolivia se encontró que la calidad está condicionada por las relaciones interpersonales, privacidad, la consejería en información que reciba el paciente, la referencia, libertad de elección, proyección a la comunidad. (43).

En estudio realizado en seis países Caribeño de habla inglesa se consulto como debería de ser los servicios de salud, La opinión de los participantes fue la siguiente:

Según Bróker G. (1996) sobre las preferencia de las adolescentes en relación a los servicios de salud, del 100% de los encuestados un 95%, menciona que los servicios de salud no deben tener apariencia de consultorios, que estén decorados un 89%, que disponga de métodos anticonceptivos (85%), con horarios abiertos de preferencia por la tarde noche o en fin de semana, que ofrezcan servicios diversos, que lo consejeros demuestren empatía y confianza, que manejen adecuadamente la confidencialidad. (44).

En Ecuador, Quito (2006) en un estudio sobre Servicio de atención al adolescente, se detecto que las actitudes rígidas de los y las proveedores (as), de salud sumado a las limitación económica de los y las jóvenes para pagar por un servicio o un medio de transporte, se convierten en barreras geográficas, económicas, culturales entre otras que dificultan el acceso de adolescentes a información o servicios generales, más aún de salud sexual y reproductiva. (45)

Otro estudio realizado en el Instituto Mexicano de seguridad social sobre la Interacción de las embarazadas adolescentes y la Tercera edad (2001) se encontró como elemento clave, la confianza que inspiran los adultos mayores y empatía a diferencia con el personal del equipo de salud. (46).

El proyecto de paz y convivencia ciudadana en el valle de sula, Honduras (2002) se encontró que de cada cuatro jóvenes encuestados tres no saben donde recibir atención y educación en salud sexual., Y el 21% de los encuestados no tuvo confianza en algún servicio de salud. (47).

Para mejorar la situación existen convenios internacionales en apoyo a las adolescentes uno de ellos es **El Programa de acción de la conferencia Internacional sobre población y desarrollo** (El Cairo 1994) afirma que las **madres adolescentes**, enfrentan un riesgo mayor superior al general de perder la vida debido al embarazo, parto y puerperio y sus hijos e hijas tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad.

Además plantea el derecho que tienen los y las jóvenes a la salud reproductiva. El *Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, recomienda a los gobiernos otorgar a los y las adolescentes educación, orientación y servicios adecuados sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de acuerdo con las necesidades expresadas, para que disfruten de una sexualidad sana y satisfactoria, 178 países miembros lo firmaron uno de ellos es Honduras.(29,48).

El Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo PNUD estableció como política oficial que declara lo siguiente:

Resultados recientes de evaluaciones de programas eficaces de educación sobre sexualidad, prevención de embarazo de adolescentes y de prevención de VIH SIDA han demostrado que los programas de educación sobre sexualidad de buena calidad se caracterizan por:

Aumentar los conocimientos, aclarar los valores, mejorar la comunicación entre padres e hijos, ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si estos programas están dirigidos a los adolescentes, aumentar el uso de anticonceptivos y condones, No fomentar el inicio de las relaciones sexuales y no aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales.(49)

También **El Código de Salud de Honduras en el Artículo 10, y La Ley Especial sobre VIH/SIDA (1999), Artículos 14 y 15**), ratifican la obligación del estado de proporcionar

educación sobre sexualidad humana e integral a los y las jóvenes para resguardar y proteger su salud sexual y reproductiva.(50,51,52).

“La salud de los y las adolescentes es clave para el desarrollo social, económico y político en especial para los países en vías de Desarrollo.”

V. MATERIAL Y METODOS

5.1 Tipo de Estudio:

Se realizo estudio **Descriptivo, con enfoque de Estudio de caso**, que permitió identificar las Características Epidemiológicas y condiciones de vida de un grupo de Embarazadas adolescentes, así como sus complicaciones o efectos del embarazo, y las razones por no demandar atención en salud en los servicios de salud públicos, en 7 municipios el Departamento de Olancho (Juticalpa, Catacamas, Dulce Nombre de Culmi, Patuca, Guayape, San Esteban y Salamá).

5.2 Universo de la muestra.

El universo de la muestra:

Las embarazadas adolescentes de los 7 municipios del Departamento de Olancho fue (2127).

5.3 Calculo de la muestra:

Para el cálculo de la muestra se utilizo formula estadística utilizando la población ya conocida la cual se aplico de la siguiente forma:

n : Tamaño de la muestra

N: Total de Población que se desea muestrear

Z: Nivel de confianza de 95%=1.96

P: Prevalência Del evento a estudiar

q: La diferencia de (1-p)

D: La precisión (95% será de 0.05)

Para definir que tan grande debe ser la muestra se determinó con un error estándar menor de 0.1. (288)

Sin embargo para asegurar mayor validez y representatividad de la muestra, se tomó el 20% del total de embarazadas adolescentes (2127), dando un total de 425, sin embargo al aplicar el instrumento, en algunas localidades no fue posible obtener el total de la muestra, por tal razón se tomaron otras localidades alternas a las seleccionadas dentro de los mismos municipios seleccionados aplicando el instrumento en el 17.8% de las embarazadas (380).

5.4 Selección de la Muestra.

La selección de la muestra se realizó a través del Método aleatorio simple a nivel de cada municipio, para dar oportunidad de que cada localidad o

barrio tuviese la posibilidad de ser seleccionado.

Se seleccionaron en total 28 barrios urbanos y 54 localidades rurales de los 7 municipios.

También se tomaron otros criterios como ser la inaccesibilidad geográfica, y la postergación y las tasas elevadas y bajas de mortalidad materna.

5.5 Área y Periodo de Estudio:

Los municipios seleccionados fueron: los municipios de Catacamas, Juticalpa, Dulce Nombre de Culmi, San Esteban, Salamá, Patuca, Guayape, en el Departamento de Olancho, Honduras.

Se tomaron 2 estratos:

En el estrato urbano se tomaron como muestras las sedes municipales de los 7 municipios, y en el estrato rural se tomaron las localidades rurales de los mismos municipios. (Municipios Juticalpa, Catacamas, Nombre de Culmi, San Esteban, Patuca, Salamá y Guayape).

Además de lo anterior se tomaron otros criterios, como ser la postergación, inaccesibilidad geográfica.

El periodo de estudio se contemplo a partir de Enero a junio 2008.

5.6 Levantamiento de la muestra:

El levantamiento de la muestra, en vista de que fue difícil encontrar la cantidad de participantes hubo necesidad de ampliar la misma por tal razón se aplico en 38 Barrios urbanos de las sedes de los 7 municipios y en el área rural se aplico en 72 localidades de los municipios seleccionados.

Es importante mencionar que los resultados del muestreo realizado son representativos a poblaciones urbanas, rurales y muy postergadas.

5.7 Unidad de Análisis:

La unidad de analisis se tomo las Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, y las madres lactantes que se embarazaron en el último año.

5.8 Para la recolección de datos:

Se diseño un instrumento conforme a las variables definidas en los objetivos del estudio, el cual fue validado por los encuestadores externos y otros supervisores, aplicando 10 encuestas, en dos barrios urbanos de la ciudad de Juticalpa (B. La Calona, La soledad) y 1 localidad rural (Tulin) en el municipio de Juticalpa.

Los resultados anteriores permitieron realizar readecuaciones al instrumento.

Una vez que se validó el instrumento fue aplicado por los encuestadores externo a través de entrevistas individuales domiciliarias dirigidas a las adolescentes embarazadas y madres lactantes, bajo la supervisión directa del investigador, supervisor de la secretaria de salud o el enlace del Donante, aspecto que permitió que la recolección de los datos fuese con la calidad esperada.

5.9 Fuente de información e instrumentos y procedimiento.

En algunos municipios fue útil la revisión de instrumentos en algunas unidades de salud (listados de embarazadas y los listados de vacunación de niños menores de 1 año), en otros se utilizaron otras fuentes de referencia como ser recursos institucionales (auxiliares de Enfermería que conocían a profundidad las poblaciones, recursos locales la misma embarazada adolescente o madres lactantes, parteras tradicionales, presidentes de patronato, presidentes de comités de salud, y en localidades étnicas el líder de la tribu Pech) en donde fue más difícil recolectar la muestra por las dificultades de acceso así como las barreras culturales.





Foto: Partera, Localidad de El Cerro, y líderes Pech Localidad de Vallecito y Jocomico, en el Municipio de Dulce Nombre de Culmi

Una vez recolectada la información, para asegurar que la información estuviese completa, fue revisada de manera directa por el investigador, a su vez los instrumentos fueron clasificados en paquetes según orden cronológico, localidad y municipios.

La digitación se realizó por un Digitador externo, bajo la supervisión de recursos de la Unidad de Desarrollo Sectorial de la Región Sanitaria Departamental N ° 15 (Olancho) previamente capacitados tanto en el llenado del instrumento como su digitación en el programa de Epiinfo 2005.

5.10 Para el análisis de los datos:

Previamente se hizo la limpieza de los datos para asegurar la calidad de los mismos;

Los resultados obtenidos de la base de datos, se confrontaron con los objetivos previamente definidos en la investigación para asegurar el cumplimiento de los mismos.

Para el ordenamiento de los resultados de la investigación se elaboraron cuadros y gráficos de salida para facilitar el análisis, se aplicaron medidas de frecuencia (distribución proporcional según edad, procedencia, religión, escolaridad, ingreso económico, nivel de

conocimientos, Tasas de morbilidad, mortalidad, lo que finalmente servirá para la elaboración de conclusiones, recomendaciones e informe final y posteriormente la divulgación de los mismos.

5.11 Consideraciones Éticas

Todas las personas encuestadas o entrevistadas se les solicitó la autorización de manera personal y en algunos casos la autorización de la madre de algunas adolescentes y en localidades étnicas (Pech) al líder de la tribu.

Para su participación en la investigación además de lo anterior se les informo de la naturaleza de la información y el manejo de la confidencialidad.

Hubo un compromiso previo para su retroalimentación en cuanto a los hallazgos obtenidos en la investigación, lo cual se realizará a través de los Equipos municipales

RESUMEN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN MUNICIPIO Y MUESTRA ESTUDIADA

N	Municipio	Embarazadas Adolescentes	Poblacion Estudiada	Porcentaje de la Muestra
1	Juticalpa	663	114	17.1
2	Catacamas	681	74	10.8
3	Culmi	230	41	17.8
4	Guayape	85	43	50.5
5	Salamá	39	39	100
6	San Esteban	175	35	20
7	Patuca	254	34	13.3
	Total	2,127	380	17.8

Fuente: Poa, y Registros Estadísticos
Unidad desarrollo Sectorial, y Depto. Estadística
Region Departamental N°

			INDICADOR O VALOR
--	--	--	--------------------------

N	VARIABLE	DEFINICION	
1	Adolescentes	Fase del desarrollo psicofisiológico de todo individuo que comienza a los 10 años. Con aparición de modificaciones morfológicas y fisiológicas, que caracterizan la pubertad	Adolescentes entre 10 y 19 años de edad
2	Edad	N. de años cumplidos según fecha de nacimiento.	Años
3	Sexo	Es la condición biológica que diferencia a los machos de las hembras en la mayoría de las especies.	Hombre o Mujer
4	Estado civil	Estado marital en la relación de ambos cónyuges.	Casada, soltera, unión libre
5	Religión	Es una doctrina espiritual.	Católica, evangélica, otros
6	Escolaridad	Nivel de educación formal.	Ninguna, Primaria Completa, Primaria Incompleta, secundaria Completa, secundaria Incompleta, universitaria
7	Procedencia	Relacionado con el origen de un individuo o cosa.	Urbana(sedes municipales) y Rural
8	Salario mensual	Es la cantidad monetaria que recibe una persona por su trabajo.	Ninguno 1-500, 501-1000, 1001-2000, 2001-3300, 3300+
9	Menarquía	Primera aparición del ciclo menstrual, generalmente ocurre entre los 11 y 12 años, pero puede aparecer en la pubertad entre los 8 y 10 años	Adolescentes entre 10 a 19 años
10	Menarquía Precoz	Primera aparición del ciclo menstrual antes de los 8 años.	Niñas antes de los 8 años
11	Inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de la primera relación sexual.	10 a 19 años
12	N ° Parejas	Es el número de hombres con quien la adolescentes con la ha mantenido relaciones sexuales.	Ninguno,1,2,3+
13	Gestas	Es la cantidad de embarazos de las adolescentes	Ninguno,1,2,3+
14	Partos	Es la expulsión del producto de la concepción de 21 semanas de gestación.	Ninguno,1,2,3+

CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

N	VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR O VALOR
15	Abortos	Es la expulsión del producto de la concepción igual o menor a 20 semanas de gestación.	Si o No
16	Con quien vive	Se refiere al paciente o pareja con quien con vive la adolescente embarazada.	Padre, madre, ambos padres, pareja, otro, solo (a)
17	Violencia Personal	Forma de maltrato.	Ninguna, Físico, verbal y sexual
18	Consumo de drogas u otros estimulantes	Es el hábito de ingerir sustancias estimulantes.	Fumar, alcohol, otros
19	Educación sexual	Es el conocimiento sobre la sexualidad adquirido formal o informalmente.	Si, no
20	Métodos de planificación familiar	La planificación familiar es un derecho del ser humano, que incluye acciones o actividades que incluye la información, educación, comunicación y la consejería en el uso de los métodos para regular la fertilidad, afín de garantizar el derecho de decidir libremente sobre el numero y espaciamiento de los hijos.	Si, no
21	Uso de método de planificación familiar	La practica preventiva de concepción por cualquier método de anticoncepción.	Si, no
22	Atencion en salud	Se refiere a la prestación de los servicios de salud asegurando el acceso a la población y la calidad debida de los mismos	Excelente, Buena ;Regular , mala(Clínica Privada, Centro de salud, Venta de medicina, Farmacia, Pulpería, Curandero, Otro)
23	Enfermedad	Es un proceso consecuente de una afección que afecta un ser vivo, pudiendo ser más o menos grave a la salud.	Si, no
24	Mortalidad adolescentes	Se refiere a las defunciones en las adolescentes , por causas relacionadas por el embarazo, parto y puerperio.	Muertes en embarazadas Adolescentes entre 10 a 19 años
25	Otros problemas	Se refiere a otras dificultades que se enfrentan las adolescentes.	Si, no

VI. RESULTADOS

Los Resultados relevantes encontrados en la investigación son las siguientes:

6.1 CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE VIDA QUE FAVORECEN EL INCREMENTO DE EMBARAZO ADOLESCENTES.

La investigación se realizó en 7 municipios: Juticalpa, Catacamas, Dulce Nombre de Culmi, San Esteban, Salamá, Patuca Y Guayape en el Departamento de Olancho. Honduras C.A.

MAPA DE HONDURAS Y EL DEPARTAMENTO DE OLANCHO



MAPA SOBRE LOS MUNICIPIOS SELECCIONADOS EN EL ESTUDIO

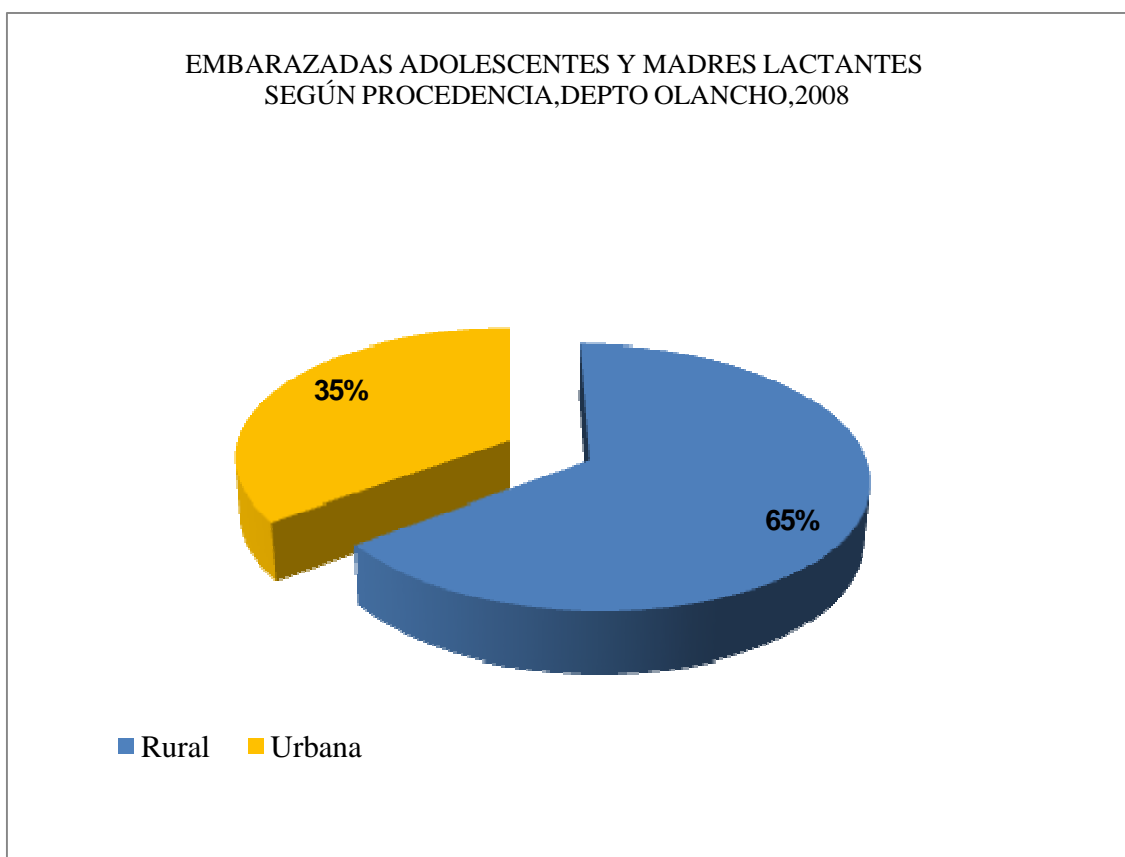


La recolección de la información fue a través de encuesta domiciliar dirigida a las embarazadas adolescentes y Madres lactantes que se embarazaron en el último año. (En el 17.8% de las embarazadas adolescentes de los 7 municipios).



**Foto: Encuestadora en Localidad de Jocomico, Municipio Dulce nombre de Culmi y localidad de las cabas
Municipio de Catacamas, Olancho.**

Grafico N ° 1



Fuente: Invest. Emb Adolescente
Depto. Olancho, 2008

En cuanto a la procedencia el 65% (247) encuestadas viven en el área rural y 35% (133) de las encuestadas viven en el área urbana.

Tabla N ° 1

**EMBARAZADAS ADOLESCENTES MADRES LACTANTES SEGÚN EDAD Y
ESCOLARIDAD, DEPTO. OLANCHO, 2008**

EDAD	NINGUNA	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIA	TOTAL	%
12 A 14 años	0	12	2	0	14	3.68
15 A 16 años	2	48	20	0	70	18
17 A 19 años	8	190	96	2	296	77.8
TOTAL	10(2.6)	250 (65.7)	118 (31)	2 (0.5)	380	99.48

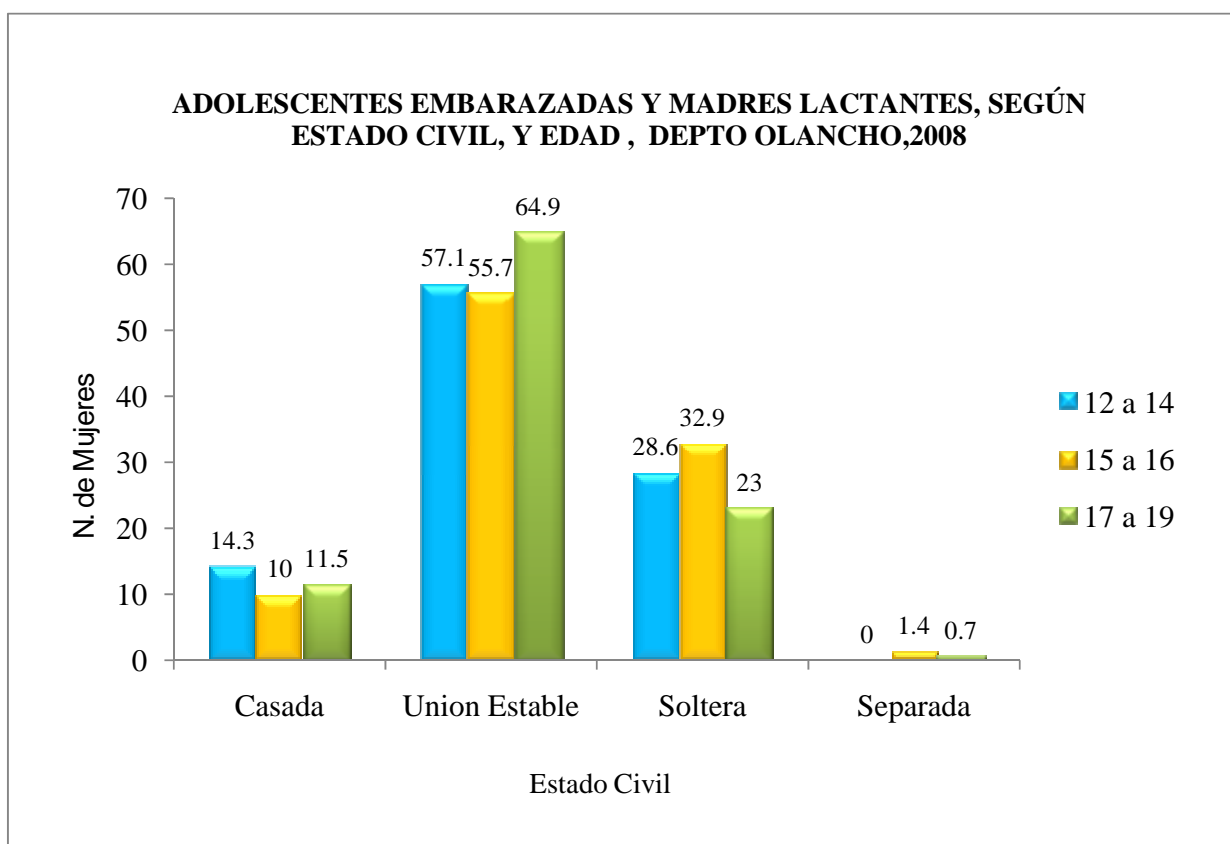
Fuente: Invest. Emb Adolescente
Depto. Olancho, 2008

En relación a la Escolaridad el estudio demostró que el 2.6% son analfabetas, (10 de las encuestadas), 65.7 % su escolaridad es de primaria (250), el 31% curso secundaria incompleta, en la mayoría de los casos (118) y el nivel universitario es sumamente bajo no llega ni al 1%.

En el área urbano el 49.4%(188) cursaron el nivel primario en el área rural 16.3%(62).

El analfabetismo es mayor en el área rural 21.8% (8) y en el área urbana 0.5% (2).

Grafico N ° 2



Fuente: Invest. Emb Adolescente

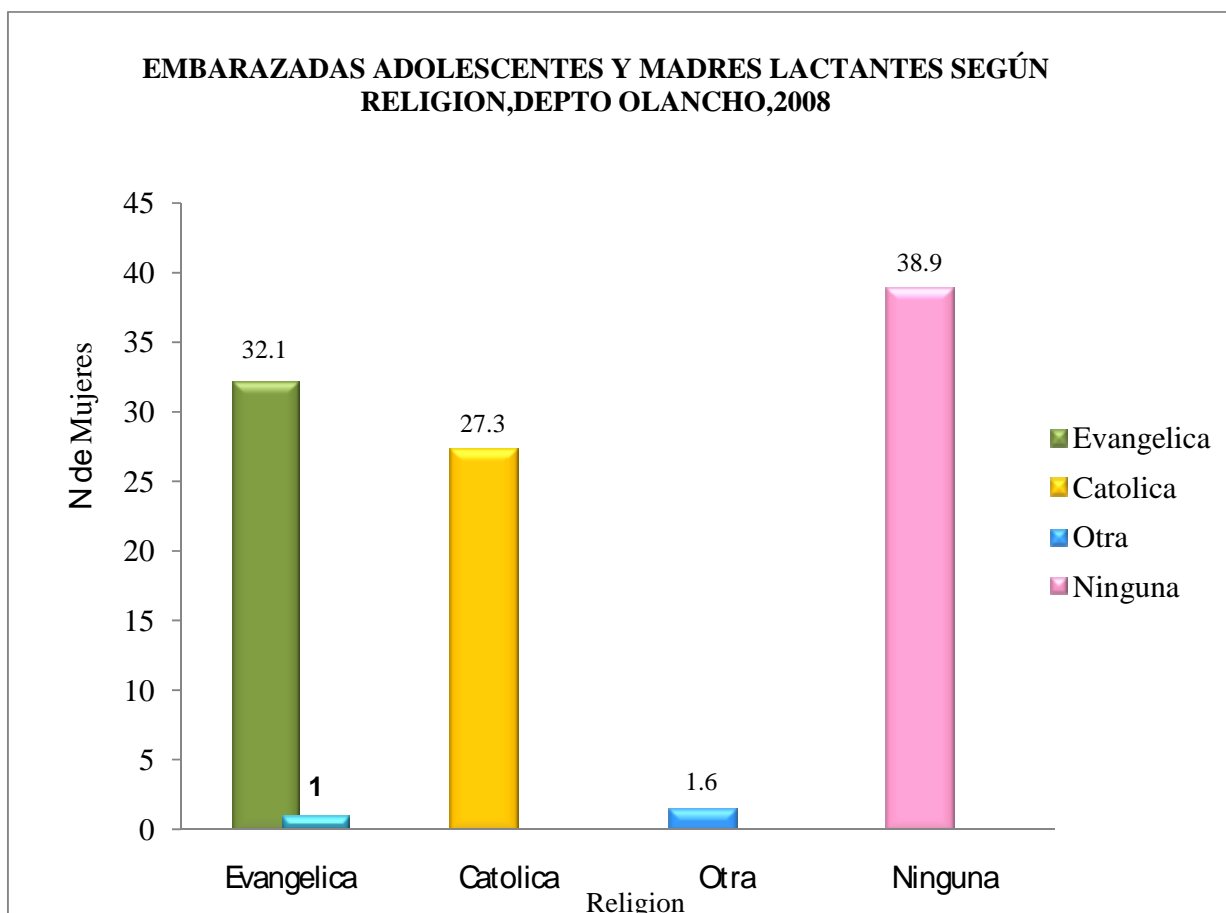
Depto. Olancho, 2008

Del 100 de las embarazadas y madres lactantes adolescentes se encontró que apenas el 11.3% (43) están casadas, el 79% corresponden al grupo de 17 a 19 años, seguidas del grupo de 15 a 16 años con el 16.2% (7), y un 4,6% (2) en el grupo de 12 a 14 años.

Prevalecen en porcentaje mayor la unión libre en el 63%(239), en el área 19.4% en el área urbana y el 43,4% en el área rural.

Las Soltera en un 25%, el porcentaje más alto se encontró en el área rural (16.3%) y 8.6% en el área urbana., y las separadas en un 0.8%en el área rural.

Grafico N ° 3

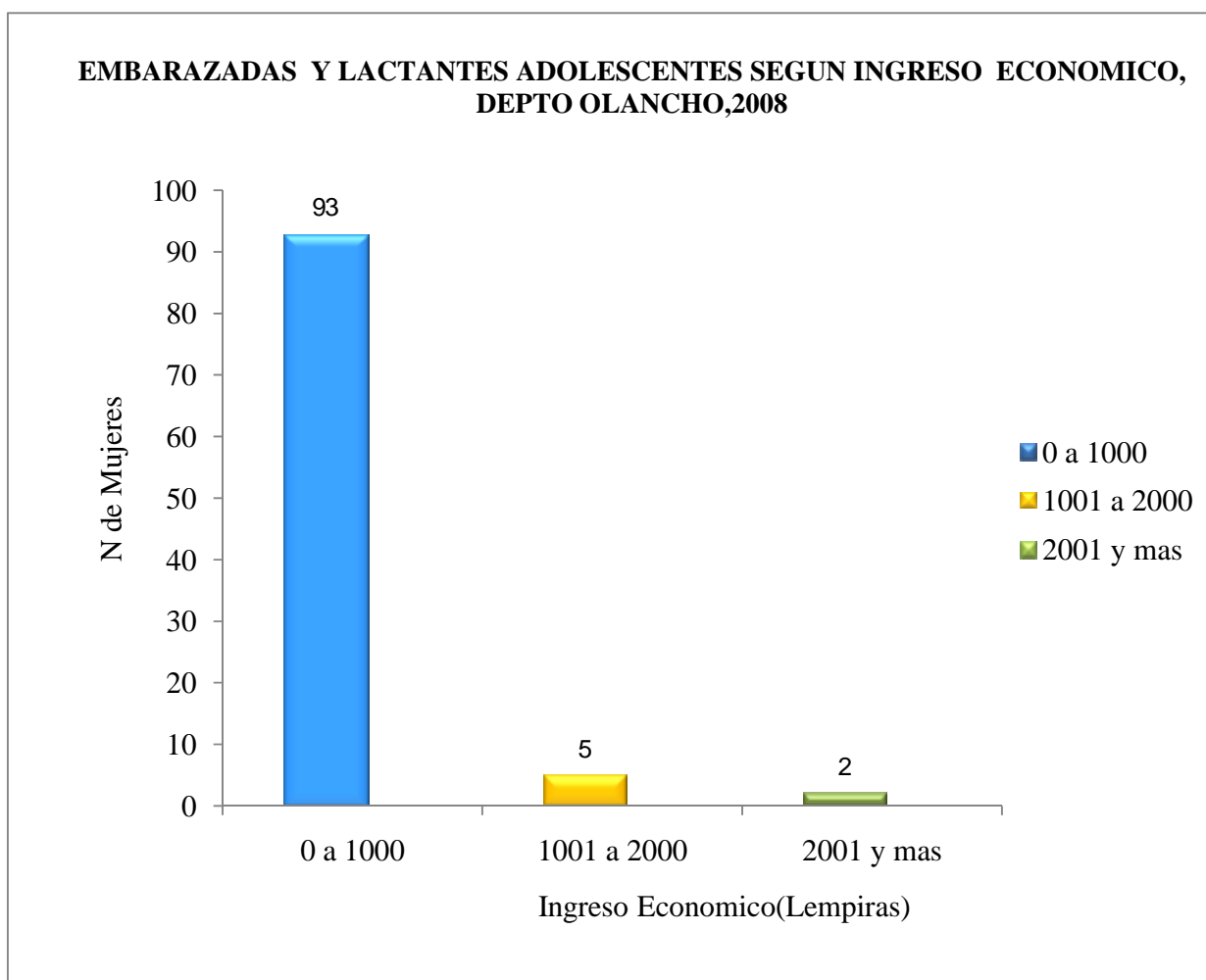


Fuente: Invest. Emb Adolescente
Depto. Olancho, 2008

En cuanto a la Religión el 32.1% (122) de la encuestadas asisten a la iglesia Evangélica, el 27.3% (104) a la iglesia católica, un 1.6% asiste a otro (6) y no asisten a ninguna el 38.9% (148).

De las que asisten a la iglesia el 29% viven en el área urbana que las adolescentes asisten más a la iglesia y el 32% viven en el área rural.

Grafico N ° 4



Fuente: Invest. Emb Adolescentes

Depto., Olancho 2008

En relación al ingreso económico de las encuestadas. El 94% sus ingresos mínimos ya que la adolescente embarazada generalmente no tiene empleo.

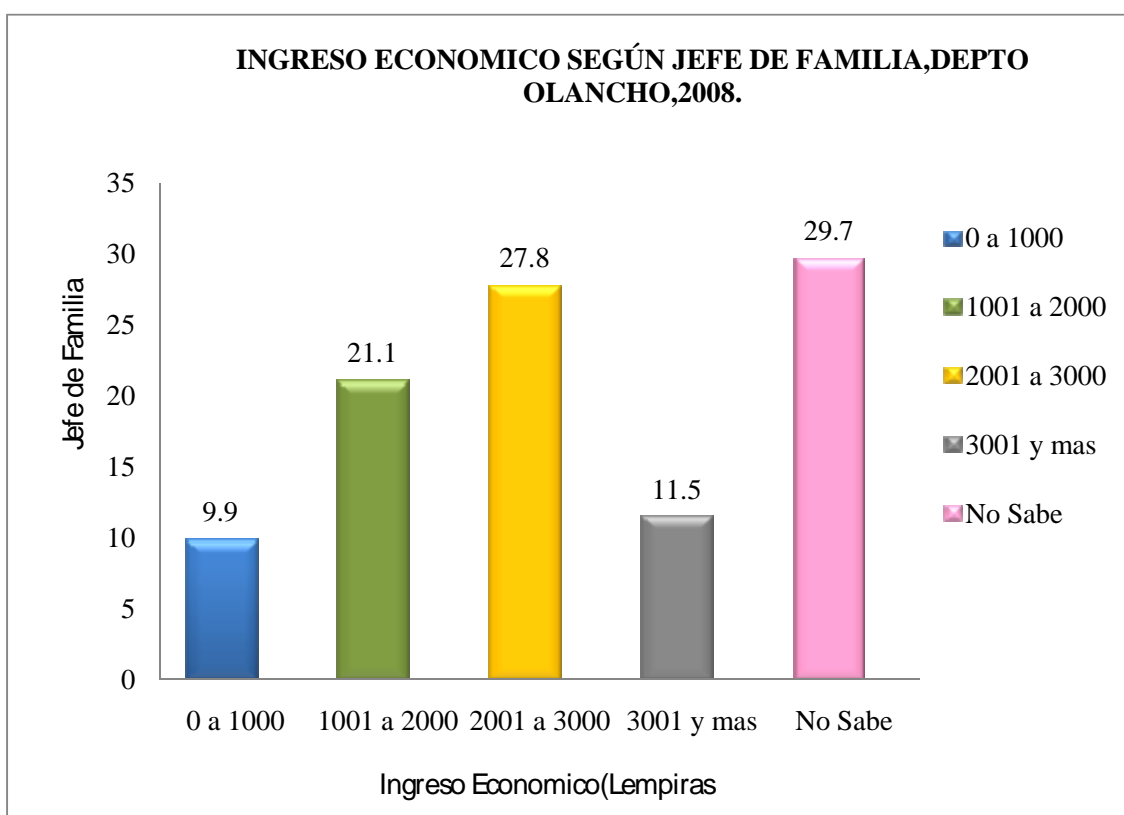
Apenas el 9.7% (37) tiene un empleo y la principal ocupación en el 48.6% (18) son los oficios domésticos, el 39.4% (15) son obreras, y un 10.5% (4) son profesionales.

Sus ingresos económicos el oscila entre 1001 y 3000 lempiras mensuales.

El 43.2% de las que trabajan viven en el área urbana y la ocupación principal son los oficios domésticos en el 31.3%.

En el área rural el 56,7% de las que trabajan su ocupación principal son los son los oficios domésticos en 61,9%.

Grafico N° 5



Fuente: Invest. Emb Adolescentes
 Depto., Olancho 2008

Las condiciones de la familia también son precarias sus ingresos económicos oscilan en el 48,9% entre 1000 y 3000 lempiras, la mayoría se dedica a la agricultura (40.9%), obreros (35,1%), profesionales el 5.2% Oficios domésticos (3.3.).

Las cantidad de miembros por familia es numerosa en 65.7% oscilando entre 6 y 16 miembros por familia, lo que resulta una carga económica en función de sus ingresos y el grado de hacinamiento en que viven es de 65.8 %.



Foto: Condiciones de la viviendas de familias de adolescentes, Aldea Jocomico, Municipio Dulce Nombre de Culmi, Olancho.

Tambien se investigó si la adolescente embarazada tiene conocimiento sobre la violencia domestica y se encontró que 40.7% (155) si tienen conocimiento y no tiene conocimiento el 59.3% (225), sin embargo, quienes la sufren son las adolescente entre los 17 y19 años en un 5% (20) y las que viven en unión estable y que viven en el área urbana en el 45.5% de los casos.

El 54.5% de los caso de violencia se dan en el área rural.

El tipo de violencia que más afecta a las adolescentes es la violencia física en el 63.6% (14) de los casos, verbal en 18.2% (49), la sexual (9) y otro tipo de violencia en el 9% (2).

También se investigo algunos hábitos de las adolescentes embarazadas.

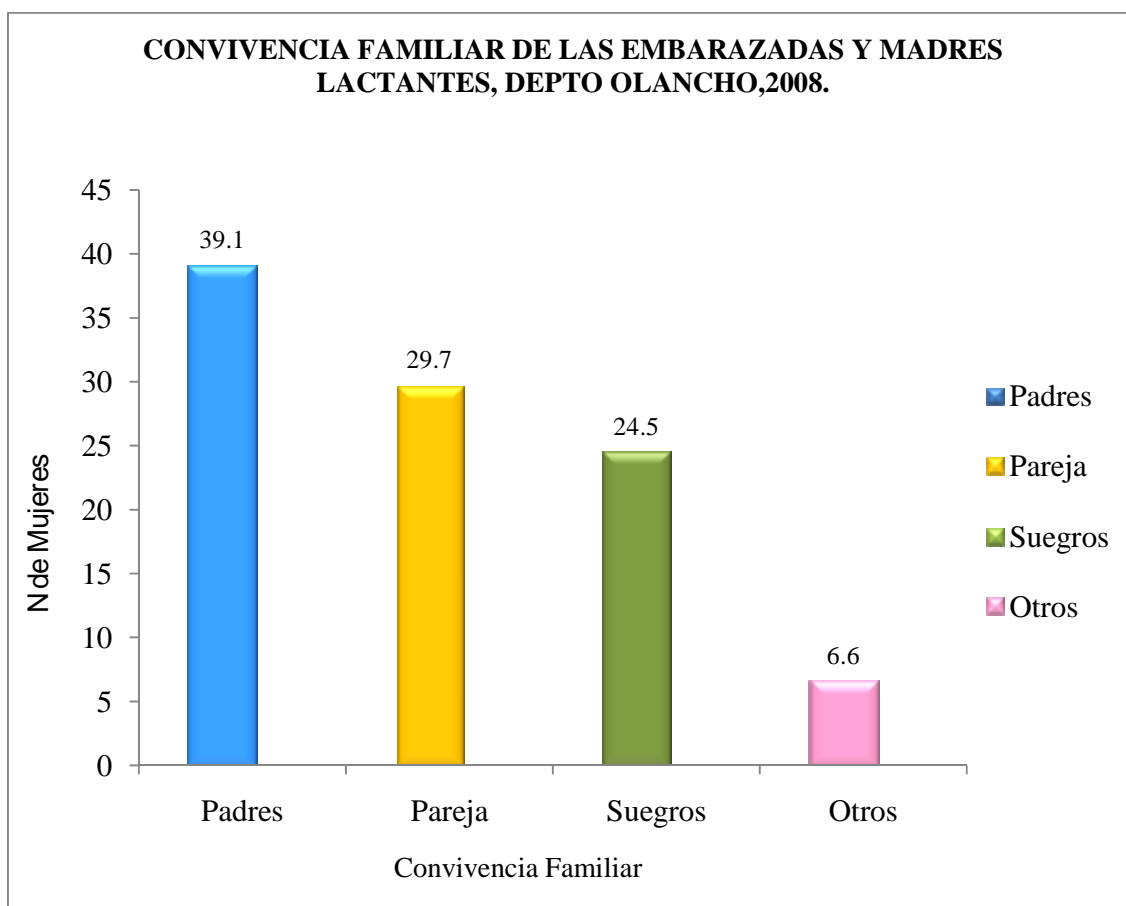
Entre ellos podemos citar el consumo de Alcohol que es apenas en el 1.3% (5) de las adolescentes sobretodo las que viven en el área urbana.

De igual manera el consumo de las drogas también se dio en el 1.3% de las adolescentes que viven el área urbana.

El consumo de cigarrillo se dio en el 0,5% de las adolescentes (2), de igual manera en el área rural.

GRAFICO N ° 6

CONVIVENCIA FAMILIAR DE LAS EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES, DEPTO OLANCHO, 2008



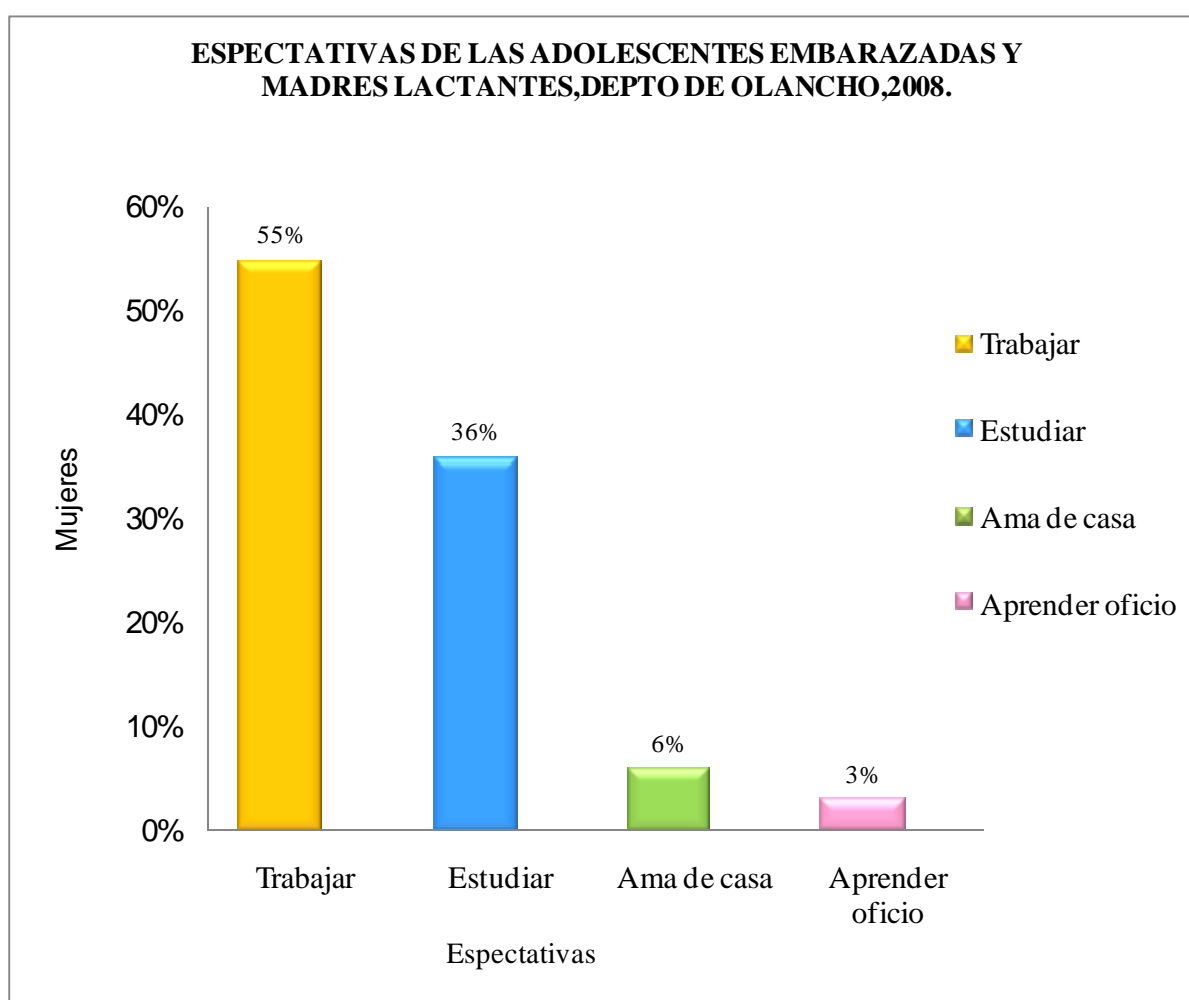
Fuente: Invest. Emb Adolescentes
Depto. Olancho, 2008.

La convivencia familiar de las adolescentes únicamente el 29% (1139 viven de manera independiente con su pareja) 39.1% (147) viven con sus padres, otro familiar, el 24.5% (93) viven con sus suegros y el 6.6% (25) conviven con otros familiares lo que demuestra una alta dependencia económica de sus familias.

Existe mayor dependencia de la familia de las adolescentes que viven en el área rural en el 68.2% de los casos a diferencia del 31. % de las que viven en el área urbana.

También se investigo en cuanto a las Espectativas o proyecto de vida de las embarazadas y Madres lactantes.

Grafico N ° 7

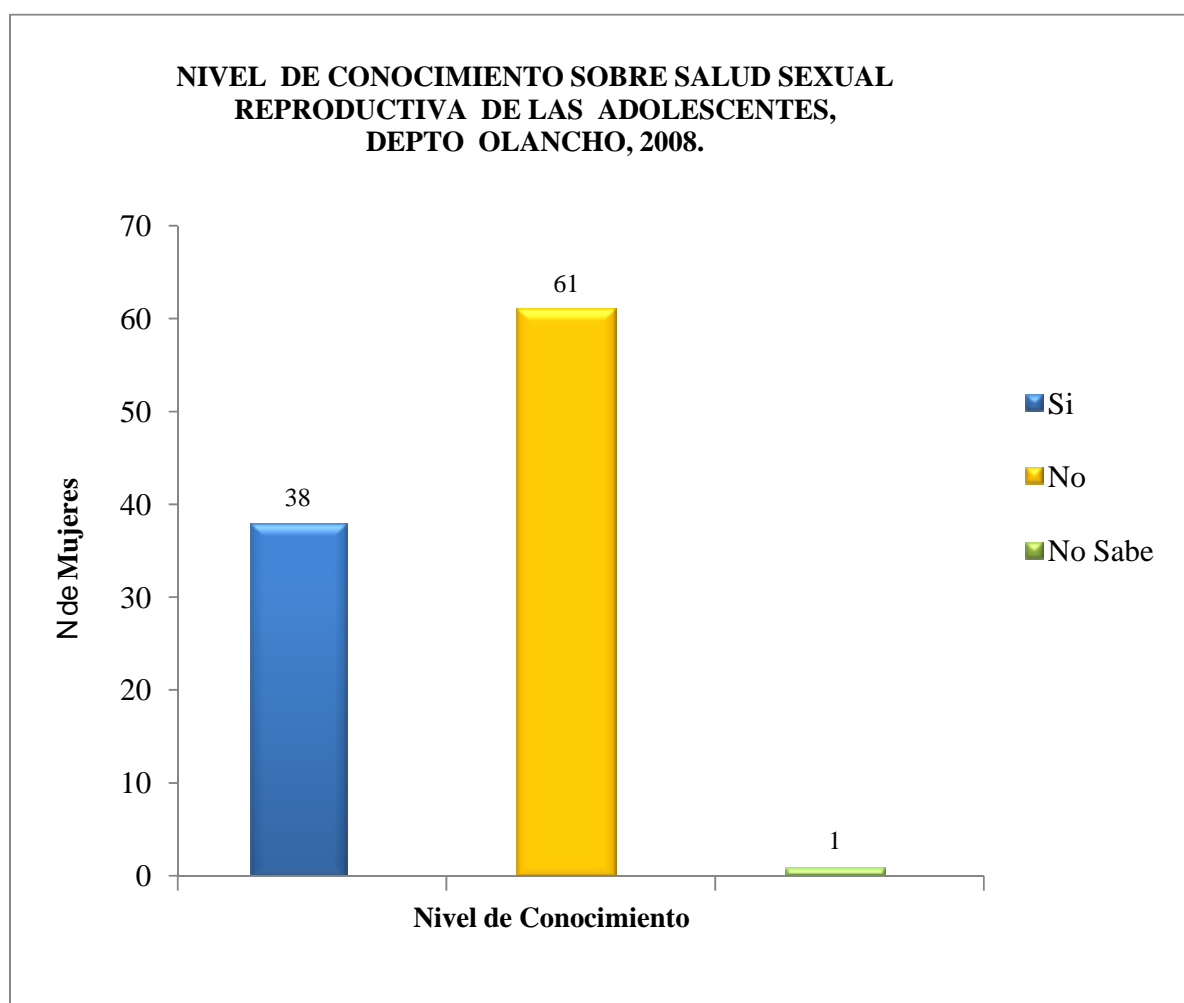


Fuente: Invest. Emb Adolescente
Depto., Olancho 2008

El 66.8% (253), menciono tener expectativas en la vida m y la mayoría está relacionada con el deseo trabajar para mejorar su condición de vida, en el 55.6% de los casos las adolescentes quiere estudiar (142), el 2.7% (7), aprender un oficio, y ser Ama de casa en un 6.1%(16).

El 33.2% (126) no sabe o no tiene ninguna expectativas acerca de su futuro en la vida.

Grafico N ° 8

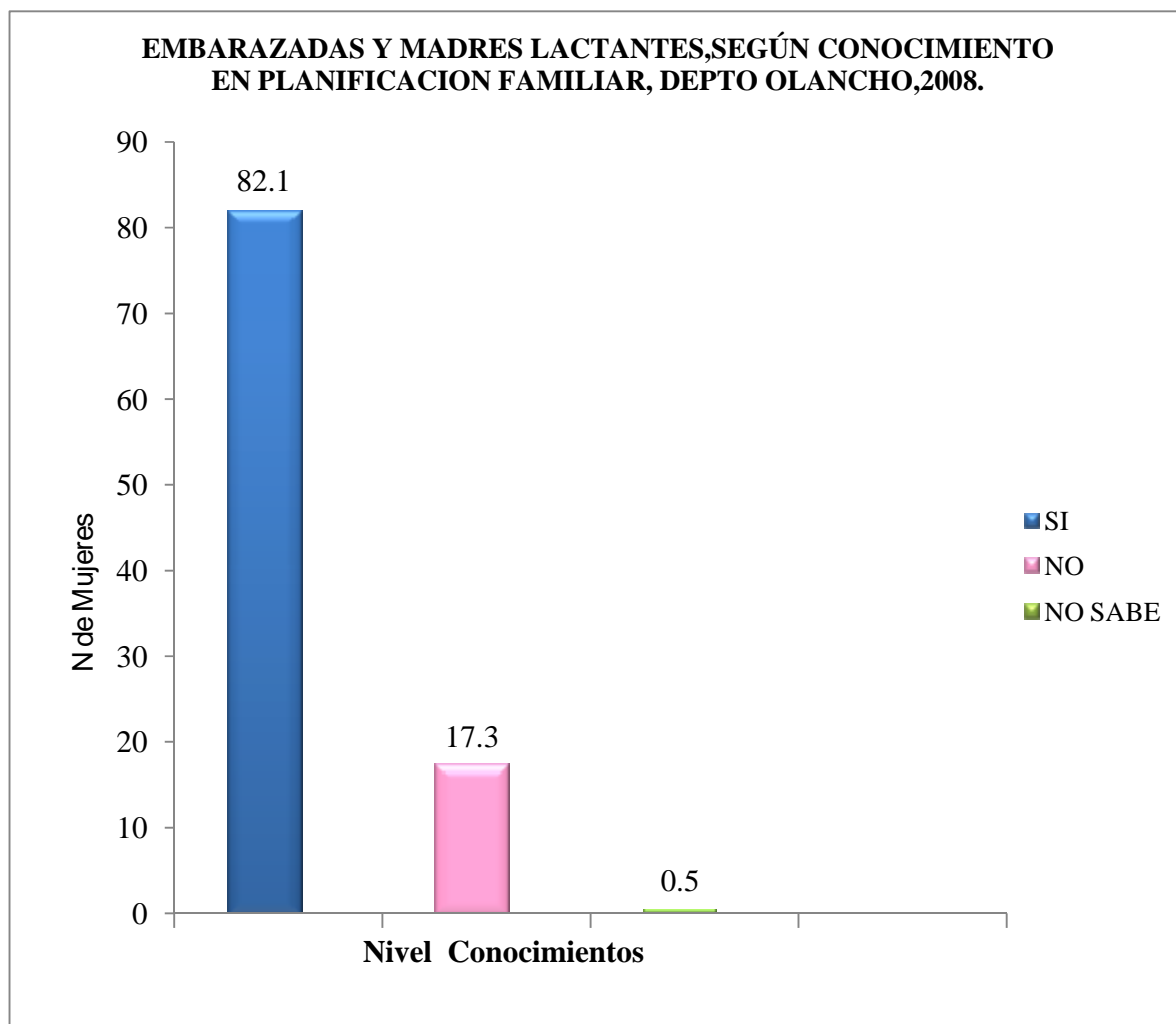


Fuente: Invest. Emb Adolescentes
Depto., Olancho 2008

La escasa educación sexual recibida por las adolescentes es de apenas de 38% (145) y el grupo que menos recibe son las adolescentes de 12 a 14 años, seguido del grupo de 15 a 16 años.

El 41.3% de las adolescentes que reciben menos educación sexual viven en la área urbana seguido del 58.6% que viven en el área rural.

Grafico N ° 9



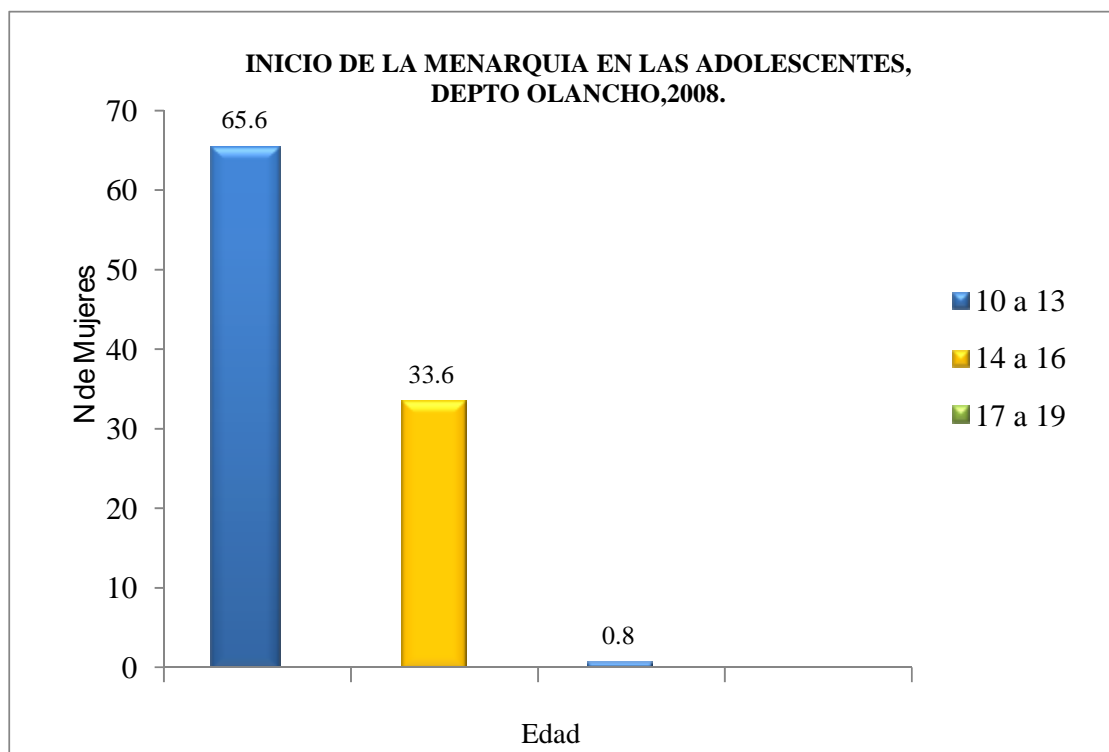
Fuente: Invest. Emb Adolescentes
Depto., Olancho 2008.

En cuanto al conocimiento de los métodos de planificación familiar el 84.4% (312) de las adolescentes conocen los diferentes métodos de planificación familiar, pero apenas el 55% (209), el 45% (170) adolescentes no los conocen.

El 68.4%(143) que usan métodos de planificación familiar viven en el área urbana, a diferencia 31.6% (66) que viven en el área rural.

En relación a las características biológicas en el grupo de estudio los resultados encontrados son los siguientes a continuación se describen:

Grafico N ° 10



Fuente: Invest. Emb Adolescentes
Depto., Olancho

El inicio de la menarquía en el grupo investigado en el 65.6% (249), se inicio entre los 10 y 13 años de edad, seguido de un 33.6% (128) en el rango de 14 a 16 años, y 0.8% en el

grupo entre 17 y 19 años, siendo mayor en el área rural en el 68.1% de las embarazadas a diferencia del 31.9 que se presentó en el área urbana.



Foto: Adolescentes de 10 años de edad. Localidad Jocomico, Municipio Dulce Nombre de Culmi, Olancho.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales el 73.4% (279); de las adolescentes las iniciaron entre los 10 y 16 años.

En relación al número de parejas sexuales que las adolescentes tuvieron el 82% (315) menciono haber tenido una pareja, el 17% (55) menciono haber tenido dos parejas sexuales y el 1% menciono haber tenido (3) parejas sexuales.

Fue mayor el porcentaje de adolescente que iniciaron de manera precoz sus relaciones sexuales en el área urbana en 57.1% a diferencia de 42.9% en el área rural.

6.2 ALGUNOS EFECTOS SOCIALES EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTE

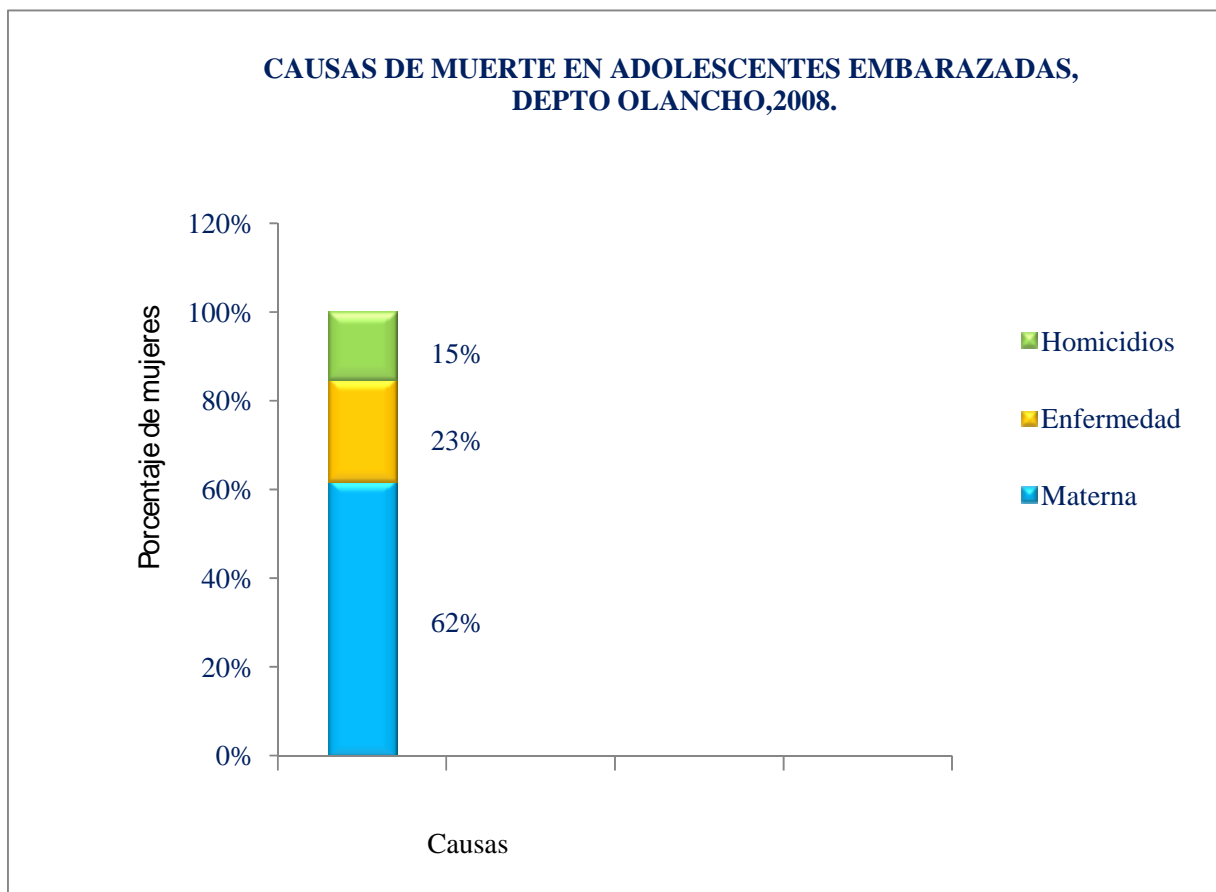
En cuanto a los efectos del embarazo en adolescentes podemos citar los siguientes resultados:

El primer embarazo en las adolescentes se presentó en el 80.7% (307) de los casos, un segundo embarazo en el 17.4% (66) y tres embarazos 1% (4) de los casos.

Como producto del embarazo el primer hijo en las adolescentes se presentó en el 80.7% (307), 17.4% (66) ya han tenido 2 hijos y un 1.1%(4) han tenido 3 hijos.

El 7.4% (28) de las adolescentes menciono haber tenido algún aborto.

Grafico N °11



Fuente: Invest. Emb Adolescentes

Depto., Olancho 2008

La mortalidad es otro evento que se da en las adolescentes de 10 a 19 años según la referencia de las encuestadas.

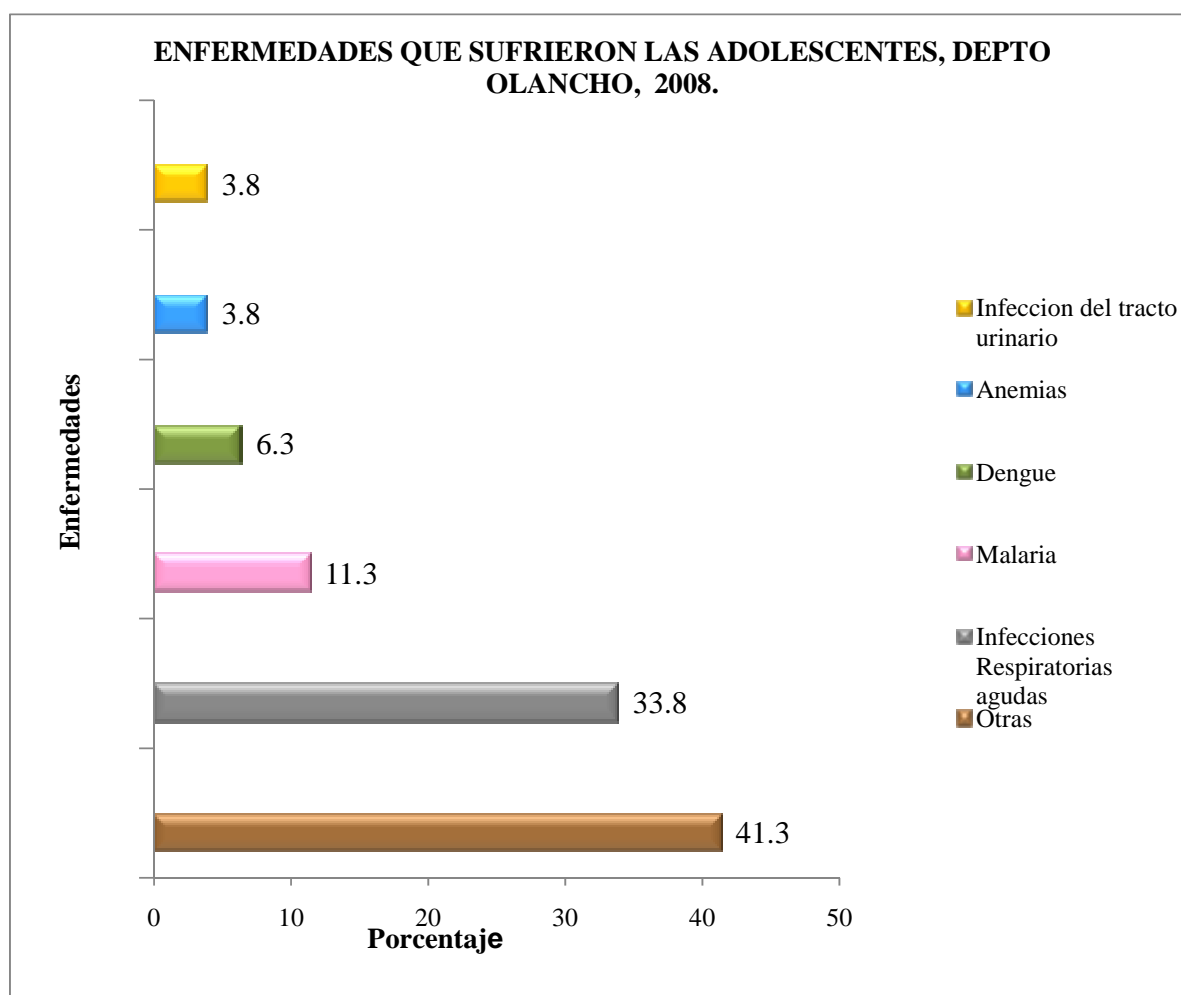
En total se reportaron 13 muertes, de las 2127 embarazadas existentes en los municipios seleccionados para una tasa Departamental de 611/100,000 N.V y los municipio afectados son Dulce Nombre de Culmi ,69% (9), Patuca 23% (3), y el 8 % Juticalpa (1).

Las causas son las siguientes:

Las muertes maternas ocuparon el 62%(8) seguidas de las violentas, el homicidio en un 15% (2) y por enfermedad el 23% (3).

También la morbilidad o enfermedades del grupo en estudio, fue otro evento investigado en este grupo el 21% (80) refirieron haber enfermado en los últimos seis meses, las causas se describe a continuación

Grafico N ° 12



Fuente: Invest. Emb Adolescentes
Depto., Olancho 2008

Las causas principales de enfermedad en las adolescentes:

En primer las infecciones respiratoria aguda en el 34% seguida de la malaria en un 11%, el dengue en un 6%, anemia 4% y las infecciones del tracto urinarios en un 11% y otras en un 41%.

El 80.5% de las adolescentes que se enfermaron viven en el área rural y que su estado civil esta en unión estable o soltera., y el 19.5% en el área urbana.

6.3 DEMANDA DE ATENCION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS A LOS SERVICIOS PUBLICOS Y PRIVADOS

Otro dato importante, del total de las encuestadas al momento de la entrevista el 36.1%(137) estaban embarazadas, el 6.3% entre las edades entre 12 a 14 años, y el 35.7% entre 15 a a19 años.

De las 137 embarazada al momento de la entrevista el 86.9% (119) menciono estar en control prenatal, sin embargo un 13.1% (18) no había recibido ni un control, situacion que puede poner en riesgo la vida de la madre como el niño.

Tambien se investigo las razones porque las embarazadas no demandan atencion para su control de su embarazo.

El servicio que más demandaron las adolescentes fue al centro de salud público en nivel manejado por una auxiliar de Enfermeria (Cesar) en un 63.5% (54), los servicio privado o clínica privada y un 21.2% (18), y al hospital Regional en un 15.3% (13), no se menciono la demanda de atencion en el nivel cesamo.

El 97.4% mencionaron estar satisfechas de la atencion en recibida en los diferentes servicios.

El 2.6% que menciona no estar satisfecha y las razones que mencionaron para no asistir al control prenatal son las siguientes:

El 53.8% (7) de las adolescentes embarazadas mencionaron que los tiempos de espera para entrar a la consulta son largos, el 30.7% (4) simplemente no quiso ir, un 7.6% (1) menciona que no le gusta la atención, y el 7.6% (1) menciona que no le habían tratado bien.

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

La investigación permitió identificar claramente que el embarazo en adolescente es un problema biopsicosocial de alto riesgo, y multicausal ya que sus condiciones de vida inciden de manera positiva o negativa su condición por tal razón, amerita verlo desde de otra perspectiva, para poder realizar intervenciones que permita disminuir los riesgos en este grupo.

La tasa de embarazo en adolescentes encontrada en los 7 municipios del Departamento de Olancho es del 17.8% menor en comparación con la tasa nacional 22%.

Según (Mendez B. 1991) señala que cada vez la incidencia del embarazo en adolescente es mayor, y en los últimos años va disminuyendo la edad de inicio, oscilando entre los 12 y 14 años, atribuyéndole a la falta de educación sexual y el desconocimiento de la sexualidad, a diferencia del estudio del grupo estudiado la incidencia fue mayor en el de edad entre de 17 a 19 años atribuyéndose como riesgo el desconocimiento sobre la sexualidad humana en el 61% de los casos.

Las causas son múltiples y se necesita abordarlo desde el ámbito biológico, social y cultural

En cuanto a la **características biológica de las embarazadas adolescentes.**

La **menarquía** en la mujer adolescente en los 7 municipios del Departamento de Olancho ha descendido encontrándose en el 65.6 % de los casos iniciando a los 12 años. Siendo mayor en el área rural en el 68% de los casos.

A diferencia Según Sáenz (1992) menciona que la menarquía en la mujer adolescente a nivel de Latinoamérica ha descendido en los últimos años a un promedio entre 9 y 12 años.

Otro investigador (Issler 2001) menciona que la menarquía tiene un doble efecto, no solo modifica la anatomía de la mujer si no que estimula a ser sexualmente activa, situación que se convierte en factor de riesgo mas alto ante el inicio temprano de las relaciones sexuales,

El estudio nos confirmo que las adolescentes en los 7 municipios de Departamento de Olancho como producto del inicio precoz de la menarquía se inician las **relaciones sexuales** entre los 10 y 16 años en el 73.4% de los casos mayor que el nivel nacional 66%.

Aspecto que incrementan el riesgo del embarazo en adolescente y el riesgo es mayor en el área urbana, en menores de 15 años es de 10.7 y 55.9 para menores de 19 años.

El estudio también reflejó el incremento de parejas sexuales en adolescentes, el 82.8% menciona tener una pareja, 14% 2 parejas y el 4% tres parejas.

A nivel nacional El inicio de las relaciones sexuales es precoz, en menores de 15 años es de 10.7 y 55.9 para menores de 19 años.

Las condiciones o características sociales.

Las Características sociales.

La Escolaridad en las adolescentes en los 7 municipios del Departamento de Olancho.

Existe un 2.6% de analfabetismo y en la educación primaria apenas es de 65.7% lo que significa que a menor grado de escolaridad mayor riesgo de embarazo siendo mayor en el área rural, a diferencia que la proporción de adolescentes que dan luz en Honduras es de

60% es mas alta entre las mujeres que viven en el área rural y que tiene baja escolaridad en el 70%.

El Estado civil de las adolescentes del estudio prevaleció la unión estable en el 65% de los casos en especial el grupo entre 17 y 19 años y soltera en el 33% en especial el grupo entre 15 y 16 años. A diferencia del país que solo el 40% están en unión estable.

Condiciones económicas de la adolescentes del estudio el 90.3% no perciben ningún ingreso económico, únicamente el 9.7% de la que perciben ingresos la cantidad que perciben es mínima y viven en el área urbana.

A nivel de las familia la pobreza también es extrema el ingreso promedio es de 3000 lempiras mensuales y el número de miembros por familia oscila entre 6 y 16 miembros.

Situación que pone aun en más riesgo la condición de las embarazadas aun cuando conviva con su pareja ya que el 70% de las parejas continúan dependiendo económicamente de sus familias.

Según Guttmacher a nivel de nuestro país la maternidad en adolescente es más común en las poblaciones desfavorecidas económicamente en el 64% de los casos.

La maternidad temprana deja a muchas mujeres con oportunidad educativa limitada y en consecuencia con reducidas sus posibilidades de ingresar al mercado de trabajo remunerado, a diferencia de aquellas jóvenes que posponen o aplazan su primer nacimiento a nivel de Honduras la escolaridad es de 36%, el estudio demostró que el 65.7% de las embarazadas apenas han cursado su primaria y un 2.6% son analfabetas.

La carencia habitacional y el hacinamiento fue otra condición que se encontró en el estudio encontrando que el 65. % de los adolescentes viven en hacinamiento.

En cuanto a **la Religión** el estudio refleja que el 61% profesa alguna religión sin embargo tal condición no influyó de manera positivamente en el retraso de las relaciones sexuales y la reducción del embarazo.

Otras investigaciones han demostrado que la **fe religiosa** y un sentido moral firme ayuda a proteger a los jóvenes de la actividad sexual precoz.

Según (Molina 2000) el comportamiento humano varía según sus normas culturales algunas sociedades represivas niegan la sexualidad considerando el sexo como una área peligrosa a tal grado que a nivel del hogar no se brinda educación sexual, el estudio nos confirmó que el 61% de las adolescentes no tiene conocimiento básicos sobre la salud sexual reproductiva lo que se constituye en un factor de riesgo ante la posibilidad del embarazo.

El **bajo nivel de aspiraciones o expectativas futura** según (Molina 2000) puede posponer la maternidad para la edad adulta y es más probable que la joven aun teniendo relaciones sexuales tome medidas para prevenir el embarazo, el estudio reveló que el 33.2% de las adolescentes que se embarazaron según el estudio no tenía ninguna expectativa para su futuro.

La Escasa **Educación sexual** recibida por las adolescentes en el 39% de los casos en especial en el grupo de 12 a 14 se convierte en un factor de riesgo que condiciona mayor vulnerabilidad ante la posibilidad de un embarazo.

De igual manera el conocimiento de los **métodos contraceptivos** en el 82.1% pero apenas lo usan **el 55%** de las adolescentes, menor que el nivel nacional que andan alrededor de 60%.

Otros aspectos potenciales de riesgo en el embarazo en adolescentes es el uso de **alcohol, drogas y cigarrillos** fue en el 3.1 % de los casos y mas común en el área urbana,

especialmente el as adolescentes entre 15 y 19 años, sin embargo otros estudios a nivel nacional y en otros países estos problemas son mayores.

La violencia se presento en el 18.9% de los casos y la que sobresale es la violencia física, verbal y la sexual y se dio en el grupo entre 17 y 19 anos, las embarazadas que están en unión estable y que viven en el área urbana.

También existen otros aspectos determinantes en cuanto al embarazo en adolescentes y uno de ellos es el abuso sexual (violación) en el 0.5% (2), estos últimos caso sucedieron en adolescentes solteras en el 50% de los casos y adolescentes en unión estable .y edades comprendidas entre 17 y 19 años.

Según la ONU Los efectos, consecuencia o complicaciones a la salud de la madre adolescentes son múltiples y se asocia aun mas a la enfermedad y muerte no solo para la madre si no para el bebe.

La tasa de **mortalidad materna** en el país de 108/100,000 N. V, a nivel del departamento es de 98/100,000 N.V.

La tasa de muerte materna en adolescentes es de 391 en mujeres entre 12 y 14 años y entre 15 y 16 años.

Sin embargo el estudio en cuanto a la mortalidad en mujeres adolescentes reflejo una tasa mucho mayor 611/100.000 N.V., y el 62% corresponden a muertes maternas.

El aborto en adolescentes según (Molina 1999) es frecuente con una alta morbilidad y mortalidad por las condiciones higiénicas deficiente en que se realiza, 4.4 millones de aborto en el mundo son practicado, la investigación demostró que el 7.3% (28) de las adolescentes embrazadas tuvo aborto y fue mas común en el área rural y en las adolescentes en unión estable y solteras.

También (Lero Brons) señala que el 28.2% de los abortos en los adolescentes ocurren de manera espontánea.

La morbilidad en un estudio en Chile reportó como primera causa principal de egresos los accidentes, las infecciones respiratorias agudas, las causas gestacionales en el 4.1% y la desnutrición en el 19.4%. En las adolescentes embarazadas generalmente reportan mayor número de infecciones urinarias (23%) a diferencia de las embarazadas adultas (14%) y en Olancho el 3.8%, las anemias según el estudio de la Universidad de Salamanca señala que las adolescentes reportaron un 16.9% a diferencia de las embarazadas adultas de un 3.9%..

A nivel del estudio los resultados reflejan que las causas de morbilidad están relacionadas con las infecciones respiratorias en el 41.3% agudas seguidas de las enfermedades de transmisión vectorial en 17.6%, anemias 3.8% y las infecciones del tracto urinario en el 3.8%. las metrorragias en el 3.4%.

La utilización de los servicios según el estudio realizado en altiplano de Bolivia se encontró que la inaccesibilidad geográfica, económica y cultural son una condicionante para que las adolescentes embarazadas no demanden a los servicios de salud, sin embargo el estudio no reveló bajas coberturas de la atención en este grupo, apenas se encontró que un 13% no había recibido ningún control en especial el grupo de 15 a 19 años, la mayoría aducen no demandar al servicios porque los tiempos de espera son largos, No ha querido ir, no me gusta cómo me tratan y me trataron muy mal.

VIII. CONCLUSIONES

En base a los resultados de la Investigación sobre “La caracterización Epidemiológica y condiciones de vida de un grupo de adolescentes Embarazadas” realizada en 7 municipios en el Departamento de Olancho podemos concluir en lo siguiente:

Las características y condiciones de vida que favorecen el incremento del embarazo en las adolescentes son las siguientes:

1. El 65% de las adolescentes embarazadas viven en el área rural y 35% en el área urbana, predominado el grupo entre 17 y 19 años en el 77.8%, la escolaridad promedio en el 68.3% es apenas han cursado la primaria con mayor vulnerabilidad es especial el grupo de 12 a 14 años, el 33% no tiene expectativas futuras para mejorar sus condiciones de vida, la religión en el 61.9% de los casos no fue un factor protector para que las adolescentes no embarazaran, ya que el 73.9% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 y 16 años, la escasa educación sexual en el 61%, sumando el no uso de métodos anticonceptivos en el 45 % de las adolescentes fueron las condiciones que incidieron para que las adolescentes se embarazaran.
2. Las condiciones de vida de las adolescentes son difíciles el bajo Ingreso económico de la embarazada adolescentes, el 65.8% viven en hacinamiento, el 54.6% son numerosas y el promedio de miembros por familia oscila entre 6 y 16 miembros por familia, el ingreso económico promedio es 2000 a 3000 Lps.

3. Los efectos del embarazo en las adolescentes en primer lugar las enfermedades afectaron al 21% de las adolescentes (Respiratorias agudas en el 43%, las enfermedades de transmisión vectorial, anemias en 3.8% y las metrorragias en el 3.4%), el aborto se presento en el 7.3% de los casos y la mortalidad en una tasa de 611/100.000 N.V. y el 62% fueron causas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

4. La demandan de atencion en salud de las adolescentes embarazadas a los servicios de salud públicos y privados , fue de 86.9%, demandando en especial a los Servicios de salud públicos, en el 78.8% (el 63.5% demando al nivel Cesar, el 15.3% demando al hospital), no hubo demanda al nivel de los cesamos y Clínicas materno Infantiles.

5. El 13.1% de las adolescentes embarazadas no demandaron atencion en salud por las siguientes razones: los tiempos de espera para recibir atencion son muy largos, no le gusto la atencion por le trataron mal.

IX. RECOMENDACIONES

1. La investigación sobre la caracterización epidemiológica y condiciones de vida de un grupo de adolescentes embarazadas se sugiere sea utilizada como herramienta de trabajo a nivel institucional, en el Programa de Adolescentes tanto en el nivel Central, Regional, municipal y local para la realización de medidas de intervención en la promoción y prevención para la salud sexual y Reproductiva de las adolescentes.
2. Promover y Coordinar intersectorialmente la realización de las acciones en cuanto a la promoción y prevención para el mejoramiento de la salud sexual y Reproductiva dirigidas a los y las adolescentes, padres de familia, maestros y líderes de la comunidad y medios de comunicación.
3. Promover y brindar acceso a servicios de salud a las embarazadas adolescentes con el fin de detectar oportunamente, tratar y dar seguimiento en especial a nivel de cesamos y CMI a fin de asegurar que el 100% reciba su atención prenatal con enfoque integral y con calidad.

X. REFERENCIAS

1. “Análisis de situación de salud”, Región Departamental N ° 15, Departamento Olancho, Departamento de Vigilancia para la salud 2007.
2. “Egresos hospitalarios según causa de Diagnostico y municipio”, Departamento de Estadísticas Hospital San Francisco 2007.
3. Siegel D. Klein (1999) D. Roghaman K,” Sexual behavior, contraception and risk among, college students. J, Adolescent Health” 1999:25, 336, 43.
4. Estudios “Reproductivos en adolescentes embarazadas” de procedencia rural, Jalisco. Mexico, 2001.pp123.2004.
5. Encuesta nacional de demografía y salud ENDESA 2005 2006”, pág. 68, Secretaria de salud, Instituto de Estadísticas (INE) Y Macro Internacional.2006.
6. Díaz Torres Eva Leticia, Informe de Resultado de Investigación “Embarazo adolescentes ” Municipios Catacamas, Dulce nombre de Culmi y Santa María del Real, Depto. Olancho, Honduras C.A. 2004.Region Sanitaria N°7, Secretaria de Salud.
7. Molina R. Luengo, X. Guarda, P. Gonzales, E. & Lara, (1991)...Molina R. Luengo, X & Toledo, V. (1994). Adolescencia: Tiempo. Decisiones...Monografía Com/trabajos/6/.../embarazo en adolescentes.shtml.
8. García Sánchez M. H., Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca España– 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).

9. Organización Panamericana de la Salud. “Manual de Salud para la atención del Adolescente”, Serie Paltex. 1999 p.
10. Organización panamericana de la salud, “Salud de los adolescentes” OPS/OMS Washington, 1995.
11. Santa Biblia “Eclesiastes capítulo 11, versículo 9 ”.
12. Mendez y Beltran. (1991) Embarazo sucesivos em los Adolescentes. II “Congreso de La Mujer”,Venezuela.monografia.com/Trabajo /15/ Embarazo em adolescentes.shtml.
13. Ana Patricia Estrada, Letícia Madrigal Lopez, Adolescentes Indígenas Embarazadas 1997. monografias.com S.A./trabajo /16 Embarazo adolescentes.shtml.
14. CEPAL, Organización Panamericana de la Salud, “América latina 2005”, capítulo 111, publicaciones de las Naciones Unidas 16/62288 P.
15. “Encuesta Nacional de Demografía y salud 2005,2006” (Resumen Ejecutivo x i, xxii).
16. “Encuesta nacional de Epidemiología y Encuesta familiar y salud de 1987 a 2001”.
17. Sáez, G. I. (1992). Sexualidad en la Adolescencia. (2da Ed.). Caracas. Venezuela. OPS/UNICEF.
18. O Kenia Sabonge, Deirdre Wolf, (2001)”Maternidad Temprana en Honduras, Un. desafio constante, Instituto Guttmacher, serie 2006, N ° 4, Pág. N ° 1ª 12PS/OMS, representación en Caracas Venezuela, Noviembre 1997.
19. Donas, S “Marco Epidemiológico conceptual de la salud integral del Adolescente”, OPS /OMS representante en Caracas, Venezuela, Nov. 1997 Pag 62.
20. Issler Juan J. R , “Embarazo en la Adolescencia”, Revista de Postgrado de la Cátedra VIa. Medicina No.107 – Agosto/2001. Página: 11 – 23.
21. Donas Solum. Prevención y atención del embarazo en la Adolescencia en San José, Costa Rica .www.binasss.sa.cr/adolescencia/lista/articulos.htm

22. Molina R” Adolescencia y Embarazo” etc., E: Obstetricia, Cap 14, seg edición 1992, publicad, técnicas de Mediterráneo, Santiago de Chile.
23. “US Teenaje Pregnancy statistics”: Overall Trends etc, New York: The Allan Guttmacher Institute (2004) actualized Feb 2008.
24. La salud de los adolescentes un problema mundial, retos/locales in “crecimiento y salud” 1° edición enero 2005.usinfo,state.gov/journals /itgic/0105/ijgs/Blum.
25. Prevención en el Uso de Drogas entre niños y Adolescentes, Instituto Nacional de Drogas. (NIDA) Enero, 2008.
26. Ruiz Rodríguez, G. “La familia. Concepto, funciones, estructura, ciclo familiar, crisis de la Familia y apgar familiar” .Rev Cubana Med Gen Integral.1990.6 (1):58-63.
27. Amparo Tapia Curiel, Alfredo Hidalgo San Martín Relación entre edad y tres eventos Reproductivos en adolescentes embarazadas de procedencia rural, Jalisco, Mexico. 2001,123.
28. Sieving y Cols, 2002.Aguirre y Guell 2002. Aumentar el papel de los padres como educadores principales.www.paho.org/spanish/ad/fch/s a Marco conceptual.pdf.
29. National teen pregnancy get Teenage pregnancy. Health professor.com
30. Aguirre, Guell 2002 Masculinidad y sexualidad www. diseassere. nuevo/genero/ htm.
31. Strasburger, Wilson, 2002; Los jóvenes en la nueva sociedad red.victor C.strasburger y Barbará J: Wilson www,unav.es/fcom/cicom/2006/docscicom/Ortizdelanda Zur/pdf.
32. Fundación WK Kellogg Centers for disease control.
33. Conferencia, Mundial Sobre Poblacion y Desarrollo, El Cairo, 1994 PS.
34. Amparo Tapia Muriel, Adriano Juárez Acevedo, Mario Marques Amescua Conocimiento Sobre anticoncepción en Adolescentes, Instituto mexicano de seguridad social ,2001.p p.

35. Patricia Herrera Santi, “Riesgo, Consecuencia complicaciones en la salud de la Embarazada y el Niño”: La Habana Cuba 1998.
36. Documento Dr. Ernesto Eduardo González, Argentina 2002. Eegonzainfovia, Crisis económica social y salud .wwwsludnosmedisont.com/contenido/natural/sucen/110
37. “Embarazo y adolescencia. U.S Teenaje pregnancy Statics”: Overall, Trenes by Race and Ethnicity and state-by Information, And New York, N y: The Allan Guttmacher Institute; 2004.
38. Manual de Normas de Atencion Integral Para los y las Adolescentes, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Honduras, edición N ° 35. (26).
39. Health Information >Embarazo y partoeswikipedia.org/wiki/embarazo.
40. “Cuando los adolescentes tienen hijos información para la familia”, América Academia P.f Chile e Adolescente N ° 31,7 2004.
41. “Declaración, Gravissiman Aducintions”, 1y 3 Vaticano II.
42. Tu otro Medico ” Retrazo en mi Regla”¿Estaré Embarazada?.Tu otro Medicoorg./embarazo_lactancia/ retrazo en mi regla/c2/bfesh.
43. Perspective 1995, 25(5):188-96 y Kirby D, et al School, based programs to reduce sexual Risk behaviors: A review off effectiveness, Public Health Reports, 1994, 109-(3), pp 339,60.
44. “Proyecto de Desarrollo de Servicios de Salud de la SNS (PROISS)”, modelo de calidad en más de 200 centros de salud urbanos. Altiplano de Bolivia.
45. Broker G. Fontes M. “Review of analysis International Experience with program Targeted on at risk youth”. Colombia, Banco Mundial, 1996.

46. “Estudio sobre Servicio de atención al adolescente”, Hospital de Isidro Ayara, Quito Ecuador (2006).
47. Amparo, Tapia Curiel, Javier Navarro González, Teresa Torres González “Interacción entre Personas de la tercera edad y adolescentes.”, Guadalajara México 2001 PP139.
48. “Proyecto de paz y convivencia ciudadana” para los municipios de valle de de sula, Honduras, 2002 Mauricio Rubio, 2004.
49. El Código de Salud de Honduras en el Artículo 10, y La Ley Especial sobre VIH/SIDA (1999), Artículos 14 y 15).
50. Conferencia sobre salud sexual Reproductiva, Antigua Guatemala, Guatemala ,19 al 22 mayo 2000.
51. La Ley Especial sobre VIH/SIDA” (1999), Artículos 14 y 15).
52. Normas de normas y procedimientos de atención a la mujer, (199), Secretaria de Salud, Azer Publicad, Tegucigalpa, Honduras.

N° Encuesta: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA INVESTIGACION

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CONDICIONES DE VIDA, DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS, EN EL DEPARTAMENTO DE OLANCHO, HONDURAS C.A.

Introducción: El presente instructivo servirá de base para investigar las características epidemiológicas y condiciones de vida de un grupo de embarazadas en las adolescentes; la información que pueda darnos será de apoyo, para realizar intervenciones en de este grupo y así contribuir a mejorar las condiciones de vida en este grupo. La información que nos brinde no le compromete en absoluto. Gracias por su apoyo.

Nombre y Apellido del Encuestador _____ Fecha: __/__/__

Localidad o Barrio: _____ Urbana: _____ Rural: _____ Municipio: _____

Departamento: _____ Unidad de Salud.: _____

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.1 ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día /____/ Mes /____/ Años /____/
Edad: _____

1.2 ¿Cual es su Estado Civil:

Soltera Casada Unión Establ O

1.3 ¿Asiste a la iglesia? Si No

Si asiste especifique ¿cual iglesia visita?

Católica Evangélic Otra Ningun

1.4 ¿Cual es el nivel de escolaridad?

Ninguna

Primaria Completa
 1 2 3 4 5 6

Secundaria Completa
 1 2 3 4 5

N° Encuesta: _____

Universidad
 1 2 3 4 5

1.5 N° de personas que habitan en la vivienda.

1.6 ¿Cuántos piezas o cuartos son utilizados para dormir?

1-2 3-4 5

II. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

2.1 ¿Trabaja? Si: No:

Si es si, que tipo de trabajo tiene:

Oficios domésticos

Agricultor

Obrero

Profesional

Otro

2.2 ¿Cuánto es su sueldo o Salario mensual en lempiras?:

Ninguno 1-1000 1001- 2000 2001-3300
 3301+

2.3 ¿Cuáles son sus proyectos o expectativas futuras?

Trabajar

Estudiar

Aprender oficio

Ama de casa

III. AMBIENTE FAMILIAR

3.1 ¿Con quién vive?

Madre Padre Ambos Padres Pareja Sola Otra:

Especifique_____

3.2 ¿Cuál es la edad del jefe de familia?

Padre: Años Madre Años No Sa

N° Encuesta:_____

3.3 ¿Cual es el estado civil de su padre, madre, o pareja?

Soltero(a)

Casado(a)

Unión Estable

Viudo(a)

3.4 ¿Hasta que grado de escolaridad llego su papa, mama o pareja :

Ninguna

Primaria

1 2 3 4 5 6

Secundaria

1 2 3 4 5

Universidad

1 2 3 4 5

3.5 ¿Está trabajando el jefe de familia? Si N

¿Si la respuesta es sí que Tipo de Empleo tiene?

Oficios domésticos

- Agricultor
- Obrero
- Profesional
- Otro

3.6 ¿Cuánto es el ingreso mensual en su familia?

- Ninguno
- 1-500
- 501- 1000
- 1001- 2000
- 2001-3300
- 3301+
- No Sabe

N° Encuesta: _____

3.7 ¿Sabe que es la violencia domestica? S. No

Ha sufrido algún tipo de violencia

Físico Verbal Sexual Otro

IV ANTECEDENTES BIOLOGICOS:

4.1 ¿A que edad (años) le Inicio su Regla o Menstruación?:

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

4.2 ¿A que edad tuvo su primera relaciones sexual?

9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

4.3 ¿cuántas parejas sexuales ha tenido? 1 2

4.4 ¿Cuántos embarazos ha tenido?:

0 1 2 3+

4.5 ¿Ha tenido abortos? Si No

4.6 ¿Cuántos partos ha tenido? 0 1 2 3+

4.7 ¿Está embarazada actualmente? Si: No:

Si está embarazada esta en control de su embarazo Si No

Si la respuesta es no especifique la razón

No me gusta la atención	<input type="checkbox"/>
Falta de dinero	<input type="checkbox"/>
No me tratan bien	<input type="checkbox"/>
No hay medicamento	<input type="checkbox"/>
Me queda muy largo	<input type="checkbox"/>
No tengo confianza	<input type="checkbox"/>
Espero mucho tiempo	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

N° Encuesta: _____

V ENFERMEDAD

5.1 ¿Se ha enfermado en los últimos seis meses? Si No

Si la respuesta es si ¿De que se ha enfermado?

Malaria

Dengue

Infección de transmisión sexual

Infecciones del tracto urinario

Infecciones Respiratorias

Anemia

Aborto

Otra Especifique: _____

5.2 ¿Cuándo se enferma donde va a consulta?

Hospital

Centro de salud:

Clínica privada:

Curandero:

Otro

5.3 ¿Recibió una buena atención? Si No

Si es no especifique la razón

Me trataron mal

Falta de dinero

No hay medicamento

Me queda muy largo

No tengo confianza

Se tardan en atender

Otro

5.4 ¿Ha escuchado si ha muerto alguna muchacha Embarazada entre 10 a 19 años en su barrio o comunidad? Si No

Si es si sabe de que murió? :

Homicidio

Accidente automovilístico

Suicidio

Materna

Enfermedad

Otra

No sabe

N° Encuesta: _____

VI ANTECEDENTE SOCIOCULTURALES

6.1 ¿Fuma cigarrillos u otro tipo de tabaco? Si No

6.2 ¿Toma alcohol? Si No

6.3 ¿Ha recibido educación sexual? Si No No Sabe

6.4 ¿Conoce los métodos de planificación familiar? Si No No Sabe

6.5 ¿Ha usado algún método de planificación familiar? Si No

6.6 ¿Ha probado algún tipo de drogas? Si No

Muchas Gracias