

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA**



**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**TITULO**

**“PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS, EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2015 – AGOSTO 2016”**

**PRESENTADO POR:**

Dr. Iván Espinoza Salvadó, Dra. Eleonora Espinoza Turcios,  
Dr. Manuel Sierra, Dra. Lucía Sarmiento, Br. Reynaldo Argueta

**TEGUCIGALPA M.D.C. AGOSTO 2015**

**GRUPO INVESTIGADOR:**

Dr. Iván Espinoza Salvadó (Coordinador del Estudio)

Dra. Eleonora Espinoza Turcios (Sub-Coordinadora del Estudio)

Dr. Manuel Sierra

Dra. Lucía Sarmiento

Br. Reynaldo Argueta

**Unidad de Investigación Científica (UIC)**

Dr. Iván Espinoza Salvadó, Dra. Eleonora Espinoza Turcios.

Docentes UIC - Asesores Metodológicos

Dr. Manuel Sierra.

Docente Departamento de Salud Pública – Asesor Metodológico

Dra. Lucia Sarmiento.

Docente Departamento de Ginecología – Asesora Temática

Br. Reynaldo Argueta

Técnico Informático – Apoyo Metodológico en Informática

**Médicos en Servicio Social Periodo Agosto 2015 – Agosto 2016, Facultad de Ciencias Médicas - UNAH**

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

**Unidad de Investigación Científica, FCM - UNAH**

**Departamento de Salud Pública, FCM - UNAH**

**Departamento de Gineco-Obstetricia, FCM - UNAH**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Un tercio de la población mundial se encuentra entre los 10 y 24 años y el porcentaje de madres adolescentes representa el 20% sobre el total de nacimientos, por lo que el embarazo en esta edad es un problema de salud pública que va en detrimento del futuro de la adolescente así como de su bebé.

Según Stern (1997) las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de pobreza de la población, la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y por último las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes.

El embarazo adolescente no solo representan el 11% de todos los nacimientos, sino que contribuyen al 23% de la carga de enfermedad relacionada con el embarazo y el parto, ya que las adolescentes de 10-14 años tienen cinco veces más probabilidades de morir como resultado del embarazo y el parto que las mujeres adultas. Por otra parte, más de medio millón de mujeres y niñas mueren mientras están embarazadas o durante el parto y particularmente las jóvenes de 15 a 19 años tienen por lo menos dos veces más probabilidades de morir durante el parto, que las mujeres de 20 años.

La OMS en un estudio en 2009 estimó que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y 95% de esos

nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% del total de nacimientos a nivel mundial.

Respecto a los bebés de madres adolescentes se conoce que tienen mayor riesgo de mortalidad durante el primer mes de vida y sufren mayores tasas de morbilidad perinatal en comparación con los bebés nacidos de mujeres adultas.

En Latinoamérica donde la mayoría de la población es joven el problema se vuelve más complejo anualmente ya que el 11% de todos los nacimientos correspondieron a madres adolescentes entre 15 y 19 años de edad y 19% de todas aquellas que tuvieron relaciones sexuales quedaron embarazadas en el 2002.

Por otra parte, los porcentajes de embarazo en población adolescente menor de 18 años varían entre los diferentes países de América Latina; para el caso en Guatemala se encontró que el 18.6% de nacimientos fueron de madres adolescentes en el 2002, el 25.7% en Nicaragua para el 2001, el 19% en Colombia en 2000, el 14% de las gestaciones en Bolivia en 1998 y el 27.4% en Honduras en el 2005.

En la región de Centro América el embarazo adolescente representa entre el 20% al 30% del total de los embarazos y la prevalencia está aumentando entre los grupos de jóvenes entre los 10 a 14 años.

Honduras, con una población de más de 8 millones de habitantes, una cuarta parte del total de la población está entre los 10 y 19 años, (según datos de la Encuesta Nacional de Salud - ENDESA 05-06) y para el periodo 2003-2006 la tasa de fecundidad general a nivel nacional fue 3.3 hijos por mujer y la tasa de fecundidad del grupo de edad 15-19 años fue de 102/1000 habitantes.

Así también se ha reportado que más de un 20% de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4% de los varones adolescentes son padres; según algunos reportes desde 2006 a septiembre del 2009 se habían atendido aproximadamente 162 adolescentes 10-14 años y más de 6 mil de 15-19 años en el Hospital Escuela Universitario

y Hospital General San Felipe, ambos en la ciudad de Tegucigalpa; mientras que en el 2008 solo en el Hospital Escuela Universitario se atendieron 1,678 menores.

Fundamentado en lo anterior, consideramos importante conocer la situación actual del embarazo en adolescentes y sus características clínico-epidemiológicas en los diferentes municipios que son atendidos por médicos en servicio social, por lo que se plantea como interrogante de estudio:

¿Cuál es la proporción de embarazo en adolescentes y las características clínico - epidemiológicas de adolescentes embarazadas, en las zonas de influencia atendidas por médicos en servicio social, durante el período Agosto 2015 – Agosto 2016?

Respondiendo a esta interrogante consideramos que se contribuirá en el desarrollo y/o aplicación de políticas públicas necesarias para la implementación de programas de prevención del embarazo en adolescentes orientando a la participación social de la adolescente y a mejorar la calidad de vida a través de la posposición de un embarazo temprano.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la proporción y las características clínico – epidemiológicas de adolescentes embarazadas que asisten a las Unidades de Salud de las comunidades localizadas en el área de influencia de los Médicos en Servicio Social (MSS), durante el período Agosto 2015 – Agosto 2016, con el propósito de sugerir medidas de intervención para mejorar la calidad de atención de esta población y proponer estrategias para posponer un embarazo temprano.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Determinar la proporción de embarazo en adolescentes en las áreas seleccionadas de las zonas de influencia de los MSS.
2. Caracterizar la población en estudio conforme a edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, religión, antecedentes personales patológicos y antecedentes familiares patológicos.
3. Identificar antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas (menarquía, número de compañeros, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar).
4. Identificar las manifestaciones clínicas y patologías que presentan las adolescentes embarazadas durante su periodo gestacional (infecciones del tracto urinario, anemia, hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, otras).

## MARCO TEÓRICO

### A. Definición de Adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual el niño se transforma en adulto. Está comprendida de los 10 a los 19 años y es una época de rápidos cambios donde el desarrollo físico es una parte del proceso y el adolescente afronta una amplia gama de requerimientos psicosociales al encarnar con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución como ser humano.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS), define la adolescencia de la siguiente manera:

*“La Adolescencia es la etapa de la vida del ser humano que transcurre entre los 10 y 19 años, periodo en que niños y niñas experimentan cambios significativos en maduración sexual, crecimiento y desarrollo físico, composición corporal, psicológicos y sociales.”*

La adolescencia es un fenómeno psico-social, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto; esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.<sup>1,2</sup>

“La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que inicia por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.”

### B. Antecedentes Históricos de la Adolescencia

Hasta el inicio del siglo XX, la mayoría de las mujeres se casaban a edad muy temprana, muchas alrededor de los 15 años y pocas hacia los 18. Porque el destino vital de la mujer no era otro que casarse y tener hijos. Y cuanto antes lo hacía, mejor, porque dar hijos a la sociedad significaba una obligación, impuesta por las costumbres y también por las necesidades de un mundo en donde la mortalidad de los niños y las mujeres era sumamente alta.<sup>3</sup>

Hasta la mitad del siglo XX, la atención en salud apenas si cubría un mínimo porcentaje de la población nacional, mientras las mujeres indígenas y las campesinas quedaban totalmente marginadas de cualquier posibilidad de atención de salud general y, sobre todo, de la atención del embarazo y del parto. La mujer pasaba, de manera brusca, de la niñez a la vida adulta sin ninguna clase de preparación que le permitiera asumir su vida con nuevas perspectivas. Hasta 1950, el número de mujeres estudiantes fue mucho menor que el de varones: las Universidades eran prácticamente sólo para varones, y eran pocas las mujeres que trabajaban fuera de casa. Los ideales fundamentales se centraban en lograr el mejor partido para un matrimonio destinado a la procreación. Un matrimonio, por otra parte, armado, organizado e impuesto por la familia e incluso por extraños. Inclusive niñas no púberes eran dadas en matrimonio a adultos, viudos o solteros. ¿Y qué pasaba con la adolescencia? Sencillamente, no existía. El concepto de adolescencia es relativamente nuevo, pues, tan sólo aparece en Europa a finales del siglo XVIII y únicamente adquiere importancia a mediados del XIX. Al continente americano llega mucho más tarde.

De hecho, se empieza a hablar de la adolescencia en la segunda mitad del siglo XX como de un proceso de verdadera importancia para la estructuración de las nuevas generaciones. Podemos decir que la adolescencia nació en el siglo XX. Ahora existe la llamada cultura del adolescente caracterizada por tener su moda, hábitos, ideas, valores, preocupaciones, inquietudes... que podríamos decir que les acerca al mundo adulto sin separarlos del todo de la infancia. Siguen en el sistema escolar y viviendo con sus padres. Empiezan a indisciplinarse a toda autoridad que se les intente imponer y no debemos olvidar que su sexualidad empieza a despertar.

(2.3)

Fue G. Stanley Hall (1904) el que calificó así a la adolescencia: "Época de turbulencias, cambios, tensiones y sufrimientos psicológicos, una gran tormenta." En los años noventa los adolescentes son reconocidos como un grupo social con identidad propia, sujeta a riesgos importantes.<sup>(3)</sup>

### **C. Epidemiología del Embarazo en Adolescentes**

En los países en desarrollo, hay más de mil millones de adolescentes, de los cuales más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años y por ende el 10% de los partos en total son de las adolescentes. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de posibilidades de quedar embarazada en un año.<sup>(6)</sup>

En comparación con otros países industrializados, los Estados Unidos tienen las tasas más altas de embarazos, abortos y nacimientos entre los adolescentes.

Las adolescentes peruanas exhiben aún una alta tasa de fecundidad, que es mayor en las jóvenes de los estratos sociales más desprotegidos de las áreas rurales y urbanas marginales. En el año 1996 la tasa específica de fecundidad entre las adolescentes de 15 a 19 años del Perú era de 75 por mil y que si se desagrega resulta siendo más del doble para las áreas rurales, cuando se compara con las áreas urbanas. En el año 2000, se encontró que la tasa específica de fecundidad en el grupo de adolescentes es 66 por mil, la que nuevamente arroja una fuerte desproporción entre las poblaciones rurales respecto a las urbanas.<sup>(6.7)</sup>

En Colombia, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente, especialmente en aquellos segmentos de la población deprimidos social, económica y culturalmente. Según el informe de Population Action International (PAI) de 1998, para 1995 la tasa de fecundidad en adolescentes en Colombia se estimó en 71 por mil. La tasa de fecundidad en adolescentes del estrato socioeconómico bajo en Cali, Colombia en el año 1994 fue de 73.4 por mil, para adolescentes.

Cuba, como país del "Tercer Mundo", no está libre de esta situación, por el contrario parece ir creciendo a pesar de los avances logrados en el campo de la salud, por lo cual constituye un motivo de preocupación dentro de ese Ministerio.

En muchos países del África, al sur del Sahara, por lo menos la mitad de las mujeres jóvenes inician su primera unión ya sea el matrimonio formal religioso o legal, o una unión consensual que puede o no conducir a un matrimonio formal, antes de los 18 años. En el África del Norte y el Medio Oriente, este índice alcanza al 30% o menos. Los niveles de matrimonios a temprana edad varían mucho según la región en el

Asia; por ejemplo, en Bangladesh, el 73% de las mujeres inician una unión antes de los 18 años, en tanto que este índice alcanza al 14% en las Filipinas y Sri Lanka, y apenas llega al 5% en la China. En Alemania y Polonia, únicamente el 3-4% se casa a tan temprana edad. Esta variación es aún más pronunciada al sur del Sahara donde del 11-13% en Níger y Nigeria, el 50% o más en Botswana, Ghana, Kenya, Namibia y Zimbawe donde las mujeres se casan desde los 10 años.<sup>(10)</sup>

En la actualidad, en España el 25% de las jóvenes españolas entre 15 y 17 años tiene relaciones sexuales. El hecho es que la sexualidad cada vez se vive a edades más tempranas, y que en España se ha duplicado en una década el número de gestantes menores de 18 años.

En España, a partir de los años ochenta, 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.

En México, al año cerca de 500,000 embarazos corresponden a madres adolescentes, o sea un 8.8% del total de embarazos. En Honduras, a principios de la década de los años 90 el embarazo de la adolescente oscilaba entre 15% y 20%, en la actualidad alcanza el 28% a sea que tenemos al año 3,400 partos en pacientes adolescentes.<sup>(5)</sup>

La Secretaría de Salud, preocupada por la salud de las adolescentes priorizó el tema, dándole mayor apoyo al Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente (PAIA), que con el apoyo de la OPS, Unión Europea, UNFPA, Cooperación Alemana crearon varias clínicas para la atención del adolescente en distintos lugares a nivel nacional como ser: Departamento de Lempira, Departamento de Cortés, Departamento de Olancho y en el Departamento de Francisco Morazán donde se les da atención diferenciada y se les imparte charlas educativas sobre la planificación familiar, los riesgos del embarazo en la

adolescencia, estas clínicas son sostenidas por la Secretaría de Salud hasta la fecha.<sup>(5)</sup>

#### **D. Factores de Riesgo**

La mayoría de los países reconoce la necesidad y el valor de educar a las mujeres jóvenes. Aun las mujeres que tienen solamente primaria, postergan el matrimonio y la procreación unos 1,5 años en comparación con aquellas con ninguna escolaridad; las jóvenes que tienen enseñanza secundaria los postergan estos eventos aún más tiempo. La educación también contribuye a la salud de los hijos y de la mujer, y facilita el uso de la información y a los servicios de salud. <sup>(8)</sup>

#### **Escolaridad**

El fracaso en la escuela, el índice de deserción escolar, la falta de oportunidades de trabajo, la escasez de apoyo social y la falta de actividades educativas y recreativas positivas aportan en gran medida al embarazo de adolescentes.

De acuerdo a datos encontrados, solamente el 61.2% de los adolescentes entre 15 y 18 años asisten al sistema educativo, lo que significa que quedan fuera de él, casi 4 de cada 10 adolescentes.

Por otro lado, los adolescentes que no estudian ni trabajan alcanzan un porcentaje alto y esto conlleva a que los adolescentes busquen la calle para delinquir como una diversión.

El nivel de escolaridad oscila entre 80% en Chile y 46% en Honduras, con grandes diferencias entre las clases sociales y entre adolescentes urbanos y rurales. En Bolivia y Perú el analfabetismo llega a 8.3% y 10.2%, respectivamente, de las mujeres, frente a 3.7% y 3.5% de los hombres. Se sabe que existe una relación inversa entre educación y probabilidad de comenzar una vida sexual activa temprana. Los indicadores y estudios demuestran que las posibilidades de educación para la mujer adolescente representan factores decisivos en su desarrollo.

#### **Trabajo**

Seis de cada diez adolescentes pobres del sector urbano se encuentran económicamente activos. La actividad central de las mujeres es el servicio doméstico.

Del total de adolescentes en edad de trabajar, el 21% está ocupado o buscando trabajo. En el área rural, la tasa de participación es más alta (32.5%); los varones son los que mayormente confluyen en el mercado de trabajo. Más de 17 millones de niños y adolescentes trabajan en América Latina y el Caribe según el informe publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Brasil tiene el índice más alto con 7 millones, de los cuales 560.000 trabajan en labores domésticas.

En ese país, en Colombia y en Ecuador, el 20% de las niñas entre los 10 y los 14 años son absorbidas por el trabajo doméstico, pero ese porcentaje aumenta en las zonas rurales.

La OIT también señaló que el trabajo infantil "es un problema potencialmente creciente" en los países más pobres y más grandes del Caribe. Del total de niños que trabajan en América Latina, el 70% se dedica a la agricultura. En Honduras el 40% es empleado en plantaciones, el 65% en Guatemala y el 67% en El Salvador.

### **Violencia**

El machismo se presenta como un factor de riesgo ante el embarazo de la adolescente; las relaciones son absolutamente dominantes, en donde el padre, padrastro y/o hermanos muestran una actitud celosa con respecto al trato de la adolescente, principalmente cuando se relaciona con otras personas, y más si éstas son hombres.

En todos los países de la región ha ido aumentando la visibilidad de la violencia intrafamiliar. Los más vulnerables al abuso sexual son los y las adolescentes entre 11-16 años y aún existe muy escasa denuncia de estos hechos. Las principales víctimas son niñas menores de 14 años y el agresor es un conocido en el 50% de los casos. Hasta el 90% de los embarazos de adolescentes menores de 14 años son producto de violación.

Las desigualdades relacionadas con el poder entre mujeres y hombres redundan en la conculcación frecuente de los derechos humanos y los derechos a la salud. Entre los casos más persistentes y perniciosos figuran el matrimonio precoz o en la

infancia, la trata de mujeres con fines sexuales, la violencia y la coacción sexuales y el corte genital femenino.

La víctima del abuso cree que tiene que ocultarlo porque teme ser señalada como culpable, siente vergüenza de ser mirada como "un ser diferente", aislándose de los demás para evitar críticas que la dañen aún más.

### **Sexualidad**

La educación sexual no ocurre ni en casa ni en la escuela, opinan los expertos. En su mayoría, los gobiernos otorgan fondos únicamente a los programas que fomentan la abstinencia sexual. La mayoría de los estudios, sin embargo, revelan que los adolescentes tienen relaciones sexuales desde muy temprana edad.

Más del 70% de los/as adolescentes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos cómo determinados mitos están hoy en día aún presentes entre ellos, no es de extrañar si tenemos en cuenta que prácticamente la mitad de los/as adolescentes obtienen la información o de sus amigos, o de revistas y películas. Muchos adolescentes que toman la decisión de informarse no saben dónde acudir y en ocasiones no lo hacen por vergüenza o porque no se atreven. Con la misma dificultad se encuentran a la hora de adquirir el método anticonceptivo, (por norma general el preservativo).

### **Familia**

La familia es el grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente, en todas las sociedades. Igualmente la familia proporciona a sus miembros: protección, compañía, seguridad y socialización. La estructura y el papel de la familia varían según la sociedad.

Es de mucha importancia las conversaciones personales con los adolescentes, profundizar en temas y cuestiones que a ellos les interesen, estar presentes en los momentos importantes: presentaciones deportivas o artísticas, fechas claves. Hablar con claridad, con argumentos y razones.

## **E. Efecto del Embarazo en la Adolescente**

### **Escolaridad**

El embarazo en la adolescente, acarrea gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que la mayoría opta por abandonar los estudios.

Las consecuencias sociales, educativas y económicas del embarazo en adolescentes son conocidas, por cuanto una niña que es madre a los 16 años, tiene decidido el 90% de su vida futura. La posibilidad de permanecer pobre, con déficit educativo y muchas veces denigrada por la familia y la sociedad, y también por el compañero, son situaciones que se dan casi con seguridad. La baja escolaridad que alcanzan estas adolescentes y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza de estas adolescentes.

### **Trabajo**

La pobreza en los hogares se asocia fuertemente con la probabilidad de que las adolescentes participen en la fuerza laboral tempranamente, siendo explotadas.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer y la calidad de vida de una sociedad; por lo que lograr la reducción de dichas tasas siempre será la meta mayor para cualquier país que espere un crecimiento en sus estándares de vida. Se sabe la relación directa que existe entre embarazo en la adolescencia y morbimortalidad materna y perinatal, por lo cual se crean estrategias y programas para reducir al máximo los riesgos del embarazo en la adolescencia.

### **Familia**

El embarazo en adolescentes está dado por la falta de comunicación de los padres para con los hijos en cuanto al tema sexual, ya que por regla tratamos de evitar el tema, lo que origina que el adolescente busque información de las fuentes que tenga a su alcance. Los padres tienen la obligación de hablar con los adolescentes de los riesgos de ejercer coitos sin protección, sobre el uso del condón, sobre el despertar

de su sexualidad, el erotismo, la paternidad responsable, la homosexualidad y heterosexualidad.

Las adolescentes embarazadas sufren a menudo carencias, conflictos y tensiones. Su ambiente familiar se encuentra dominado frecuentemente por problemas sociales, médicos como ser la depresión, alcoholismo, enfermedades crónicas.

El cuidado prenatal temprano y adecuado, preferiblemente por medio de programas enfocados en embarazos de adolescentes, asegura el nacimiento de bebés más sanos. Se debe desaprobar firmemente el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol y la drogadicción, y ofrecer métodos de apoyo que ayuden a la adolescente embarazada a alejarse de tales hábitos.

La nutrición adecuada debe asegurarse a través de la educación y de la disponibilidad de los recursos de la comunidad.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz a que continúen en la escuela o que sigan cualquier tipo de programa educativo que las capacite para poder sustentar a su hijo financiera y emocionalmente y cumplir con su papel de madre apropiadamente.<sup>(1,8)</sup>

La educación sexual constituye un proceso de enseñanza de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y trascendentes de la sexualidad humana encaminados al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para una vida sexual positiva y saludable.

La pobreza explica numerosos embarazos. En los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive.

Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados.

Es por eso que las acciones de prevención del embarazo en adolescencia deben de comenzar con el apoyo a los jóvenes para un mejor conocimiento de su vida sexual y reproductiva.

Dar apoyo político a las instituciones de salud y otras para diseñar y poner en marcha, de manera coordinada y conjunta, programas dirigidos a los/as adolescentes, en particular aquéllos que permitan prevenir el embarazo adolescente.

Los programas de asesoramiento de compañeros que generalmente involucran adolescentes mayores y respetadas que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente. Estos programas de asesoramiento de compañeros le brindan a aquellas adolescentes, que ya están involucradas en actividades sexuales, las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

## IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

### A. Variable Dependiente

- Impacto del embarazo en la adolescente: se definirá como la presencia de patologías o manifestaciones clínicas patológicas del embarazo en la mujer adolescente.

### B. Variables Independientes

- Características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, religión).
- Antecedentes personales patológicos (enfermedades previas, consumo de alcohol, tabaco, drogas)
- Antecedentes familiares patológicos (enfermedades crónicas, violencia)
- Antecedentes gineco-obstétricos (menarquía, número de compañeros, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar)

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	Índice
Embarazo en adolescentes	Es el estado fisiológico de la mujer producido por la anidación o implantación y desarrollo de un nuevo ser que ocurre en mujeres que están entre los 10 a 19 años.	Embarazo	Gravindex positivo USG Por clínica	Si/no
Edad	Tiempo cronológico del encuestado desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	10-14 años 15-19 años	Referido por el paciente o tutor Partida de nacimiento	Años
Nivel educativo	Nivel académico alcanzado en virtud de los estudios formales	Primaria, Secundaria, Universitaria	Referido por el paciente o tutor	Número de años cursado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Casado Unión libre Soltera Otro	Referido por el paciente o tutor	Si /No
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración.	Católica Evangelina Ninguna Otra	Referido por el paciente o tutor	Si/ No
Procedencia	Lugar de origen o comunidad donde vive el encuestado.	Urbano  Rural	Referido por el paciente o tutor	Si/no  Si/no
Ocupación	Es el trabajo, labor u oficio que desempeña la persona para adquirir bienes, sustento alimenticio y posición dentro de la sociedad.	a. Oficios domésticos b. Oficios domésticos remunerados c. Ocupación nivel medio  d. Comerciante individual	Referido por el paciente o tutor	a.Si /no  b.1Tortillera b.2Lavandera b.3Costurera  c.1Secretaria c.2Contadora c.3Maestra  d.1Pulperia d.2Vendedora ambulante

		e. Otros		e.1 Estudiante e.2 Otra ocupación
Antecedentes personales Patológicos	Enfermedades o consumo de drogas lícitas e ilícitas que se han producido con 6 meses de anterioridad y anticipación a su embarazo	Enfermedades Alcohol Tabaco Drogas	Referido por el paciente o tutor	Si/No Si/No Si/No
Manifestaciones clínicas	Observación directa de una manifestación de daño a la salud relacionada con el embarazo	Edema en MI Sangrado vaginal Aumento de la presión Disminución de la presión	Lo reportado por su carnet prenatal o historia clínica	Si/no
Patologías presentes durante este embarazo	Enfermedades que ocurren como consecuencia directas del embarazo	Anemia Amenaza de Aborto Amenaza de parto prematuro ITU	Lo reportado por sus exámenes de laboratorio, carnet prenatal o historia clínica	Si/NO
Proporción de embarazo en adolescente	Es la proporción de adolescentes embarazadas en relación al total de mujeres embarazadas incluidos en el estudio, que se encuentran en las áreas de influencia de los médicos en servicio social del período 2015-2016	Número de embarazadas adolescentes embarazadas Número total de mujeres embarazadas incluidas en el estudio.	Instrumentos.	Número de casos/población total de mujeres embarazadas

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **A. Descripción del Área Geográfica en Estudio**

Corresponderá a las Unidades de Salud (Centros de Salud, Clínicas Materno Infantil, Hospitales Regionales) ubicadas en los cascos municipales de las zonas de influencia atendidos por los médicos en servicio social correspondientes a la cohorte Agosto 2015 – Agosto 2016.

### **B. Tipo de Estudio**

El diseño del estudio se enmarca como un estudio epidemiológico observacional, descriptivo - transversal.

### **C. Universo**

Corresponderá a toda adolescente en edad reproductiva que pertenezca al Área Geográfica de Influencia (AGI) del Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional, atendidos por un médico en servicio social durante el periodo de agosto 2015 a agosto 2016.

### **D. Muestra**

Corresponderá a toda adolescente embarazada que asista a su control prenatal al Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional y que sea atendida por el médico en servicio social durante el periodo de agosto 2015 a agosto 2016.

#### **➤ Cálculo de Muestra**

Tomando en cuenta que los 225 médicos en servicio social de la cohorte agosto 2015 – agosto 2016 están ubicados en los cascos municipales de las zonas rurales y semi-urbanas del país, se tomará en cuenta un universo de 8,000 habitantes por zona de influencia de cada MSS, de los cuales el 50% son mujeres (equivalentes a 4,000 mujeres) y un 17.5% son adolescentes 12-19 años según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), para un estimado de 700 adolescentes por área geográfica; considerando que un

24% estaría embarazada conforme a datos de la Secretaría de Salud (SESAL), se estimaría una muestra de 168 por cada AGI.

Asumiendo una proporción de 25% de embarazo impactado (con un nivel mínimo de 12%), con un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico de 80%, se requiere una muestra de 30 adolescentes embarazadas por cada MSS para efectos del estudio particular; sin embargo, para efectos del estudio a nivel nacional y en base a un estimado de 225 MSS en la cohorte de agosto 2015-agosto 2016, el estudio tendrá una muestra total de aproximadamente 6,000 embarazadas adolescentes, superando de esta manera la cantidad de muestra requerida.

Si existiera dificultad en la obtención de la muestra en el lugar de su servicio social, el MSS deberá ubicar la aldea o comunidad más cercana al municipio donde estuviere realizando su servicio social para completar la muestra requerida y así contar con una casuística ideal para su estudio individual.

➤ **Tipo de Muestreo**

Se desarrollará un muestreo No Probabilístico por Conveniencia, tomando en cuenta la totalidad de adolescentes embarazadas que asistan a su control prenatal al Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional y que sea atendida por el médico en servicio social durante el periodo de agosto 2015 - agosto 2016.

En los casos donde existan varios médicos en servicio social asignados a un Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional, se asignará la Unidad de Salud a uno de ellos y el resto de los médicos en servicio social tomará otra Unidad de Salud en las comunidades vecinas al casco urbano del lugar de su servicio social, a fin de cumplir con la muestra recomendada para cada médico en servicio social.

### **E. Unidad de Análisis**

Corresponderá a la totalidad de adolescentes embarazadas que asistan a su control prenatal al Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional y que sea atendida por el médico en servicio social durante el periodo de agosto 2015 - agosto 2016.

### **F. Criterios de Inclusión**

Corresponderá a toda adolescente con una edad entre 10 a 19 años inclusive y que tenga una prueba de embarazo positiva (gravindex positivo) o diagnóstico por ultrasonografía (USG) o que sea evidente por evaluación clínica y que asista a su control prenatal al Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional para ser atendida por el médico en servicio social durante el periodo de agosto 2015 - agosto 2016.

### **G. Criterios de Exclusión**

Se considerará como criterio de exclusión toda adolescente con una edad entre 10 a 19 años inclusive que adolezca retraso mental u otra discapacidad de tipo mental, debido a la confiabilidad de la información que se desea recabar.

También se considerará como criterio de exclusión toda adolescente que no brinde su consentimiento para participar en el estudio.

### **H. Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información**

Se utilizará como fuente primaria de datos toda adolescente embarazada que acuda a su atención de embarazo ya sea sola o en compañía de su padre/madre/compañero/tutor, complementando la información con los datos consignados en su expediente clínico (anamnesis, examen físico, pruebas laboratoriales, USG).

A toda adolescente con embarazo que acuda a un Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional se le aplicará una encuesta estructurada con preguntas cerradas (abiertas en algunos casos), para investigar datos generales sobre edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, religión, etc; antecedentes

gineco-obstétricos (menarquía, número de compañeros, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar) y antecedentes personales patológicos (enfermedades previas, consumo de alcohol, tabaco, drogas).

Dicha encuesta permitirá conocer información sobre patologías frecuentes que presentan las adolescentes embarazadas (infecciones del tracto urinario, anemia, hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, edema de miembros inferiores, sangrado, presión arterial alta, presión arterial baja), así como también antecedentes familiares patológicos (enfermedades crónicas, violencia).

Es importante aclarar que el instrumento de recolección de la información ya fue sometido a una prueba de validación como control de calidad para ajustar preguntas inconsistentes o de difícil comprensión por parte de las participantes.

### **I. Plan de Tabulación y Análisis**

La información recolectada será ingresada en una base de datos que se creará usando el paquete estadístico EPIINFO Versión 7.0. 9.34 (CDC, Atlanta EUA).

Se hará limpieza de las bases de datos para revisar inconsistencias, valores fuera de rango y otros errores de digitación o de colección de datos.

Así también se creará un diccionario de datos y el análisis básico consistirá en construcción de frecuencias simples de las variables y análisis univariado y bivariado; cuando sea pertinente se aplicarán pruebas estadísticas como Chi cuadrado para comparación de proporciones y t-student para comparación de medias a fin de establecer significancia estadística.

### **J. Supervisión del Estudio**

Se programarán Talleres de Capacitación con los médicos en servicio social en donde se brindarán los detalles metodológicos del estudio; estos a su vez serán del conocimiento de todo el equipo de investigación ya que la información estará disponible en la página Web de la UIC. Así también se hará una supervisión de

campo a los médicos en servicio social, en forma programada por parte del personal de la UIC/FCM y de acuerdo a la disponibilidad financiera de la institución.

### **K. Aspectos Éticos**

El presente estudio será sometido a dictamen del Comité de Ética en Investigación Biomédica de la FCM/UNAH y además se pedirá en cada Centro de Salud, Clínica Materno Infantil u Hospital Regional la autorización de las autoridades de dicha Unidad de Salud, aunque la información que se pretende recabar forma parte de la normativa de la Secretaría de Salud en el registro de datos correspondientes a toda embarazada que acude a su control prenatal.

Antes de proceder a la recolección de la información, se le pedirá a cada adolescente embarazada la aprobación mediante el Consentimiento Informado posterior a la explicación del propósito del estudio, procedimientos, beneficios y riesgos de participar en el mismo dejando una copia del consentimiento a la participante una vez que este sea obtenido.

Para cada participante se garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos brindados en el instrumento; no habrá riesgos o daños a los pacientes durante esta investigación, todos los procedimientos se harán considerando el bienestar físico, psicológico y social del participante.

Asimismo, se garantiza que los procedimientos de este estudio en la recolección de la información se apegarán a lo descrito en el presente protocolo y que los resultados se darán a conocer con exactitud y apego a los hallazgos del proyecto.

En caso de encontrar alguna complicación ginecológica u obstétrica que requiera de atención médica especializada, se hará la referencia a la Red de Servicios de la Secretaría de Salud o a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Escuela Universitario.

### **L. Dificultades Metodológicas**

Se considerará como una dificultad probable del estudio la poca asistencia de embarazadas adolescentes a las Unidades de Salud, por lo que se recomienda

realizar una búsqueda exhaustiva en cada comunidad donde los MSS realizan su servicio social.

## **COMPROMISOS INSTITUCIONALES**

### **Compromisos de la UIC:**

- Co-participación en la planificación y organización de la totalidad de los talleres de capacitación y monitoreo dirigido a los médicos en servicio social que participen en el estudio.
- Asignación de tutores a cada uno de los médicos en servicio social que participen en el estudio
- Asesoría metodológica a cada médico en servicio social durante todo el proceso del estudio, incluyendo elaboración del informe final.
- Supervisión aleatoria a las comunidades donde se estén realizando el servicio médico social, conforme a la disponibilidad financiera, tiempo disponible y recurso humano de la institución.
- Co-participación en las diferentes etapas de la investigación (diseño, supervisión, análisis, informe final y publicación)

### **Compromisos del Departamento de Gineco-Obstetricia:**

- Co-participación en la planificación y organización de la totalidad de los talleres de capacitación y monitoreo dirigido a los médicos en servicio social que participen en el estudio.
- Elaborar las conferencias temáticas que se brinden a los médicos en servicio social.
- Co-participación en las diferentes etapas de la investigación (diseño, supervisión, análisis, informe final y publicación)

### **Compromisos del Departamento de Salud Pública:**

- Co-participación en la planificación y organización de la totalidad de los talleres de capacitación y monitoreo dirigido a los médicos en servicio social que participen en el estudio.
- Asesoría metodológica a cada médico en servicio social durante todo el proceso del estudio, incluyendo elaboración del informe final.

- Co-participación en las diferentes etapas de la investigación (diseño, supervisión, análisis, informe final y publicación)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Silber J. " *Medicina de la adolescencia: su historia crecimiento y evolución en Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica No. 452. Washington D.C. 1996.*
2. Pilotti F. " *Crisis y Perspectivas de los Sistemas de Atención a la Infancia en América Latina. Instituto Interamericano del Niño: Montevideo Uruguay Mayo, 1998.*
3. Rakoff M. " *Una interpretación psichistórica del adolescente" Publicación Científica No 582. Washington D.C. 1997.*
4. Pérez G. Juan Manuel, Córdova B. María Olimpia, *Antecedentes de Salud Sexual y Reproductiva en Honduras, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Enero – Junio 2004; 1(1) 61 – 63.*
5. CEPAL Santiago de Chile: Naciones Unidas (1994). *Panorama Social de América Latina.*
8. UNFPA (1998). *Programme Advisory Note Number 6: Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence: Policy and Programme Implications.*
9. Campillo F, Mones B. (1995). *Acciones para la integración social de Centroamérica: Mujeres y Género. UNICEF y Consejo Regional para la Integración Social Centroamericana, Guatemala.*
10. Molina M, Pérez R, Ferrada C, Salinas M, Fernández G. *Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud 1997.*
11. Toledo V, Molina R, Caris L, Luengo X, González E. *Adolescente embarazada. Aspectos psico-psiquiátricos. En: Diagnóstico: Adolescentes embarazadas. CEMERA Facultad Medicina, Universidad de Chile 1991.*
12. Vera G, Gallegos M, Varela M. *Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. Rev Méd Chile 1999.*

13. *Bárcena G. El flagelo de la deserción escolar en México. Rev. Educación 1998.*
14. *Palacios J, Marchesi E, et al (Comps): Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza.*
15. *Libertad y desarrollo. "Embarazo en adolescentes: Una causa más de pobreza" Temas públicos 2005 No743.*

## **ANEXOS**

## PRESENTACIÓN

A propuesta de la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) me he adherido a la investigación nacional titulada “Proporción y Características Clínico - Epidemiológicas de Adolescentes Embarazadas, en las Zonas de Influencia Atendidas por Médicos en Servicio Social, durante el Período Agosto 2015 – Agosto 2016”

Dicha investigación fue diseñada por: Dr. Iván Espinoza Salvadó, Dra. Eleonora Espinoza Turcios, Dr. Manuel Sierra, Dra. Lucía Sarmiento, Br. Reynaldo Argueta bajo un diseño de investigación descriptiva y en apego a los lineamientos de la investigación biomédica.

Como parte de este estudio nacional y de manera particular, el presente trabajo de investigación fue desarrollado en la Comunidad.....del Municipio de ..... perteneciente al Departamento de ....., por ser el lugar donde realicé mi servicio social.

Este trabajo fue desarrollado bajo la supervisión del personal docente de la UIC y el manuscrito fue revisado y aprobado, posterior a una serie de tutorías brindadas por el Dr. .... en cumplimiento del reglamento vigente de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad nacional Autónoma de Honduras, previa opción al título de Doctor(a) en Medicina y Cirugía, una vez concluido el servicio médico social obligatorio.

## DECLARACION DE COMPROMISO ÉTICO

El presente trabajo de investigación titulado “Proporción y Características Clínico - Epidemiológicas de Adolescentes Embarazadas, en las Zonas de Influencia Atendidas por Médicos en Servicio Social, durante el Período Agosto 2015 – Agosto 2016”, ha sido diseñado por Dr. Iván Espinoza Salvadó, Dra. Eleonora Espinoza Turcios, Dr. Manuel Sierra, Dra. Lucía Sarmiento, Br. Reynaldo Argueta para que sea realizado en estricto apego a la metodología de la investigación y a las normas éticas para la investigación biomédica.

En vista de lo anterior, Yo

---

Médico en Servicio Social y estudiante del último año de la Carrera de Medicina con número de cuenta \_\_\_\_\_ declaro bajo juramento que he desarrollado la investigación siguiendo las instrucciones brindadas por el personal docente de la UIC, desde la elaboración del marco teórico, recolección de información y análisis de datos, hasta la elaboración del informe final.

En tal sentido la información contenida en el presente documento es producto de mi trabajo personal, apegándome a la legislación sobre propiedad intelectual, sin haber incurrido en falsificación de la información o cualquier tipo de fraude, por lo cual me someto a las normas disciplinarias establecidas en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

---

Firma y Sello

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA**

**Nombre del Estudio:** “Proporción y Características Clínico - Epidemiológicas de Adolescentes Embarazadas, en las Zonas de Influencia Atendidas por Médicos en Servicio Social de la Cohorte Agosto 2015 – Agosto 2016”

ETAPAS DEL PROYECTO	ACTIVIDADES DEL PROYECTO	PERIODO	RESPONSABLE
Etapa de Planificación	1.- Elaboración de Protocolo de Investigación 2.- Presentación de Protocolo de Investigación ante el CEIB 3.- Presentación de Protocolo de Investigación ante la UIC 4.- Corrección del Protocolo de Investigación conforme a directrices del CEIB y de la UIC.	Septiembre 2015 -Febrero 2016	Grupo Coordinador
Etapa Inicial de Capacitación dirigida a Médicos en Servicio Social <b>Primer Taller: 11 y 17 de Diciembre 2015</b>	1.- Convocatoria a MSS para participar en el Primer Taller de Capacitación 2.- Desarrollo de temas concernientes al Seminario de Metodología de Investigación: Conferencia Temática sobre Embarazo en Adolescentes, Guía General para la Elaboración de una Investigación, Objetivos del Estudio, Planteamiento del Problema, Marco Teórico, Lineamientos Generales para la Inscripción del Curso CITI, Aspectos Éticos en Investigación. 3.- Presentación del Protocolo de Investigación 4.- Presentación del Instrumento de Recolección de la Información 5.- Presentación de Lineamientos Generales para la Elaboración del Trabajo de Investigación 6.- Construcción de Marco Teórico por parte de cada médico en servicio social.	Diciembre 2015 – Febrero 2016	Grupo Coordinador
Etapa de Seguimiento en la Capacitación de Médicos en Servicio Social <b>Segundo Taller: 4 y 17 de Marzo 2016</b>	1.- Convocatoria a MSS para participar en el Segundo Taller de Capacitación 2.- Desarrollo de temas concernientes al Seminario de Metodología de Investigación: Conferencia Temática sobre Embarazo en Adolescentes, Lineamientos Generales sobre la iniciativa B4SE, HIFA, TGHN, EBSCO, Normas de Vancouver, Universo y Muestra.	Marzo 2016	Grupo Coordinador

	<p>3.- Reforzamiento sobre los componentes del Protocolo de Investigación</p> <p>4.- Reforzamiento sobre el Instrumento de Recolección de la Información</p> <p>5.- Reforzamiento sobre los Lineamientos Generales para la Elaboración del Trabajo de Investigación</p> <p>6.- Validación del Instrumento de Recolección de la Información en campo</p>		
Etapa de Recolección de la Información	<p>1.- Aplicación de encuestas como inicio de la recolección de la información</p> <p>2.- Entrega de formularios para digitación de datos</p>	Abril - Mayo 2016	Médicos en Servicio Social
Etapa de Procesamiento y Análisis de la Información y Seguimiento en la Capacitación de Médicos en Servicio Social <b>Tercer Taller: 06 y 13 de Mayo 2016</b>	<p>1.- Convocatoria a MSS para participar en el Tercer Taller de Capacitación</p> <p>2.- Desarrollo de temas concernientes al Seminario de Metodología de Investigación: Conferencia Temática sobre Embarazo en Adolescentes, Hipótesis y Variables, Tipos de Estudio, Procesamiento de la Información, Análisis de la Información.</p> <p>3.- Entrega de frecuencias de salida a cada Médico en Servicio Social</p> <p>4.- Análisis de la Información por cada Médico en Servicio Social</p>	Mayo-Junio 2016	<p>Médicos en Servicio Social</p> <p>Grupo Coordinador</p>
Etapa de Reforzamiento en el Procesamiento y Análisis de la Información y Seguimiento en la Capacitación de Médicos en Servicio Social <b>Cuarto Taller: 22 y 29 de Julio 2016</b>	<p>1.- Convocatoria a MSS para participar en el Cuarto Taller de Capacitación</p> <p>2.- Desarrollo de temas concernientes al Seminario de Metodología de Investigación: Conferencia Temática sobre Embarazo en Adolescentes, Reforzamiento sobre la Presentación de Resultados, Reforzamiento en Epi-Info sobre el Análisis de Datos por cada Médico en Servicio Social, Discusión y Análisis del Estudio, Reforzamiento sobre los Lineamientos Generales para la Presentación del Informe Final.</p>	Julio 2016	<p>Médicos en Servicio Social</p> <p>Grupo Coordinador</p>
Etapa de Revisión y Asesoría Individual por parte de Docentes UIC y Presentación del Informe Final <b>Quinto Taller: 05 y 12 de Agosto 2016</b>	<p>1.- Convocatoria a MSS para participar en el Quinto Taller de Capacitación</p> <p>2.- Desarrollo de temas concernientes al Seminario de Metodología de Investigación: Reforzamiento sobre la Presentación de Resultados, Discusión y Análisis del Estudio, Reforzamiento sobre los Lineamientos Generales para la Presentación del Informe Final.</p> <p>3.- Presentación del Borrador del Trabajo de Investigación por cada Médico en Servicio Social.</p> <p>4.- Revisión de los Trabajos de Investigación presentados por los Médicos en Servicio Social por parte de cada Docente de la UIC.</p>	Julio - Agosto 2016	<p>Médicos en Servicio Social</p> <p>Grupo Coordinador</p> <p>Docentes de la UIC</p>

	5.- Aprobación de los Trabajos de Investigación presentados por los Médicos en Servicio Social.		
--	---	--	--

**Observaciones:**

- a) Se ha programado realizar una supervisión aleatoria a las comunidades donde estén realizando el servicio médico social, conforme a la disponibilidad financiera, tiempo disponible y recurso humano en la institución.
- b) Se tiene previsto que la duración de los Talleres de Capacitación se realicen durante Jornada Vespertina en un horario de 1:00 am – 6:00 pm



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA**

**PROPORCION Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS, EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2015 – AGOSTO 2016**

Fecha de Llenado: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Edad en años del Padre /Madre/ Tutor \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este estudio es una iniciativa de la Unidad de Investigación Científica de la FCM-UNAH , que tiene como propósito describir la proporción y las características clínico – epidemiológicas de adolescentes embarazadas que asisten a las Unidades de Salud de las comunidades atendidas por médicos en servicio social, durante el período agosto 2015 – agosto 2016, con el propósito de sugerir medidas de intervención para mejorar la calidad de atención de esta población y proponer estrategias para posponer un embarazo temprano.

Usted responderá un cuestionario orientado a investigar datos generales sobre edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión e identificar las manifestaciones clínicas y patologías que presentan las adolescentes embarazadas durante su periodo gestacional (infecciones del tracto urinario, anemia, hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo) y posteriormente se practicará un examen clínico para evaluar el embarazo de la adolescente embarazada.

Deseamos enfatizar que su participación en esta investigación es voluntaria, usted puede negarse a participar, sin que la decisión que Usted tome tenga consecuencia sobre la atención prestada en ese centro. El participar en el estudio no representa riesgo alguno para Usted ya que se trata solo de contestar un corto cuestionario y de someterse a la realización de un examen físico. En caso de que se encuentre algún problema con su embarazo será remitida a evaluación por médicos de la red de servicios de la Secretaría de Salud o a la Consulta Externa de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela para su manejo y tratamiento.

Al participar en el estudio, no recibirá ningún beneficio monetario. El único beneficio será el de poder identificar problemas de salud durante el embarazo y poder recibir la atención médica necesaria. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones a la Secretaría de Salud para poder conocer la prevalencia y las características clínico – epidemiológicas de adolescentes embarazadas que asisten a las Unidades de Salud y de esta manera tomar medidas para su prevención y manejo. En caso de que tenga alguna pregunta o duda sobre este estudio puede contactar al: Dr. Iván Espinoza / Unidad de Investigación Científica / correo electrónico [iesalvado@yahoo.com](mailto:iesalvado@yahoo.com) / Teléfono 22390131 o al Dr. Denis Padgett / Comité de Ética FCM [ddpadgett@gmail.com](mailto:ddpadgett@gmail.com))

**Declaro que:**

1. He leído o me han leído la hoja de Consentimiento Informado y he entendido todo lo escrito en ella.
2. Se me ha contestado a todas las dudas que tenía sobre el estudio.
3. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada.
4. Sé que si cuando empiece el estudio tengo alguna duda, puedo preguntar las veces que necesite.
5. Sé que cuando empiece el estudio y en cualquier momento puedo decir que ya no quiero seguir participando y nadie me regañara por ello.
6. Sé que si tengo algún problema en mi embarazo, podrán enviarme a otro establecimiento donde me brinden atención especializada si fuera necesario.
7. He decidido participar voluntariamente en el estudio

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital de la Adolescente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma MSS