

# FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COMUNIDADES URBANO MARGINALES DE COMAYAGÜELA

*Risk factors associated with teenage pregnancy in Comayagüela urban slums.*

Gustavo Adolfo Ávila Montes,<sup>1</sup> Mar Barbena García,<sup>2</sup> Paola Arguello Munguía<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Región Metropolitana del Distrito Central, Secretaría de Salud de Honduras.

<sup>2</sup>Maestría de Salud Internacional y Medicina Tropical, Universidad Autónoma de Barcelona, España. II Rotación programa de voluntariado internacional de fortalecimiento de la enfermería centro de salud Tres de Mayo-España 2007.

<sup>3</sup>Bachillerato en Promoción Social, Instituto Nora Gunera de Melgar, Tegucigalpa.

**RESUMEN. Introducción:** El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública en Honduras. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo, percepciones y creencias asociados al embarazo en la adolescencia para recomendar medidas de prevención para disminuir la incidencia de este problema. **Pacientes y métodos:** Se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron apareadas de acuerdo a edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. **Resultados:** El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria (OR = 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR = 3,66; IC95%:1,51-8,98) con el estado de caso. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR = 0,40; IC95%:0,18-0,85). **Conclusión:** El riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema.

**Palabras clave:** Embarazo en adolescencia, embarazo no deseado, embarazo de alto riesgo, embarazo no planeado, adolescente.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es mundialmente reconocido que tiene un profundo impacto en el bienestar físico y en la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como también en el ritmo y dirección de desarrollo de un país.<sup>1</sup> En efecto, este problema afecta a amplios sectores de la población; acarrea graves consecuencias para la salud; su atención consume importantes recursos; se distribuye desigualmente en la población, al afectar sobre todo a los más vulnerables (adolescentes, pobres, mal informadas, con escasa escolaridad y poca capacidad en la toma de decisiones), y podría prevenirse o mitigarse con medidas de bajo costo.<sup>2</sup>

El embarazo en la adolescencia está asociado a las siguientes complicaciones médicas: la anemia, ganancia inadecuada de peso durante el embarazo, retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones de transmisión sexual y desproporción céfalo pélvica contribuyendo al incremento de la mortalidad neonatal particularmente los hijos nacidos de madres menores de 15 años de edad.<sup>3-6</sup>

Por otro lado, en cuanto a las implicaciones sociales el embarazo en la adolescencia conlleva al abandono escolar retrasando o

suspendiendo los procesos de formación básica y limitando a futuro las posibilidades de obtener un ingreso adecuado en el mercado laboral que les permita a las jóvenes sustentar las necesidades básicas de sus hijos.<sup>4</sup>

En Latinoamérica los porcentajes de embarazo en población adolescente menor de 18 años varían entre los diferentes países. Para el caso en Guatemala se encontró que el 18,6% de nacimientos fueron de madres adolescentes en el 2002,<sup>7</sup> el 25,7% en Nicaragua para el 2001,<sup>8</sup> el 19% en Colombia en 2000,<sup>9</sup> el 14% de las gestaciones en Bolivia en 1998<sup>10</sup> y el 27,4% en Honduras en el 2005.<sup>11</sup>

En el área geográfica de influencia del centro de salud Tres de Mayo (36,986hab) la prevalencia del embarazo en la adolescente para el año 2005 fue de 20% y para el año 2006 fue de 22% del total de embarazos que acudieron a control prenatal en esa unidad de salud.<sup>12</sup>

A raíz de esta situación encontrada se gestó en el centro de salud Tres de Mayo una iniciativa orientada a brindar servicios de consejería personalizada al colectivo de adolescentes embarazadas mediante reuniones quincenales en las cuales se impartían sesiones educativas sobre diversos tópicos relacionados al embarazo, parto, puerperio, realización personal, autoestima complementadas con actividades extramuros de carácter educativo o recreativo. Una de las actividades más solicitadas por el grupo de adolescentes era la visita a la Maternidad del Hospital General San Felipe para conocer el proceso del parto y estar preparadas para este evento. Se buscaba además reflexionar sobre la trascendencia en la vida de

Recibido: 02/2011, aceptado con modificaciones menores: 03/2011

Dirigir correspondencia a: Dr. Gustavo Adolfo Ávila Montes, Departamento de Ginecología-Obstetricia, Hospital Materno Infantil, 5to Piso, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: avilagus62@gmail.com

una mujer de un embarazo y el de establecer el propósito firme de no repetir otra gestación en el corto o mediano plazo.

El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia, obtener un conocimiento más profundo de las razones por las que ocurre el embarazo en la adolescencia y aportar recomendaciones para la prevención de este problema.

## PACIENTES Y MÉTODOS

**Sitio de estudio.** El centro de salud Tres de Mayo comprende una área geográfica de influencia de 10 comunidades urbanas marginales de la parte norte de la ciudad de Comayagüela que representan aproximadamente 36, 986 habitantes, que se dedican principalmente al comercio informal, servicio doméstico o realizan trabajos independientes no calificados.

**Investigación epidemiológica.** Se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron apareadas de acuerdo a la edad y la procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, historia obstétrica, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Las encuestas fueron aplicadas por un miembro femenino del equipo investigador previo entrenamiento en la aplicación del instrumento. La definición de caso utilizada fue la siguiente: "Toda adolescente menor de 18 años de edad que acudió al centro de salud por control prenatal inicial entre los meses de abril y mayo de 2008". Los controles fueron todas aquellas adolescentes de similar edad y procedencia que no estaban embarazadas. Se estableció un control por cada caso confirmado de embarazo.

**Investigación cualitativa.** Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas conducido por una de las investigadoras. El objetivo fue el de obtener un conocimiento más profundo de las razones por las que ocurre el embarazo en la adolescencia. Una guía de discusión fue desarrollada cubriendo tópicos tales como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación, autoestima y salud reproductiva.

**Análisis estadístico.** Se utilizó el programa EpiInfo (Versión 6.04ab) para realizar los cálculos de estadística descriptiva y las razones de posibilidades (OR, del inglés odds ratio) como medida de la fuerza de asociación entre los factores de exposición y la enfermedad, así como los intervalos de confianza de 95%(IC95%) correspondientes por el método exacto. Los hallazgos cualitativos fueron descritos por los investigadores a través de un proceso de recolección de datos para el temprano reconocimiento de los temas.

**Aspectos éticos.** Se obtuvo un consentimiento oral informado de las entrevistadas para participar en el estudio. Ninguno de los autores tenía conflictos de intereses respecto a los resultados de esta investigación.

## RESULTADOS

Los grupos en comparación fueron homogéneos en cuanto a algunos datos generales como la edad, el nivel de ingreso y el an-

**Cuadro 1. Características generales de los grupos de estudio, centro de salud Tres de Mayo, Comayagüela, 2008**

Variable	Caso (67)	Control (67)	Valor de P
Edad de las participantes (media)	15,79	15,74	0,807
Escolaridad (media)	6,6	7,7	
Ingreso (%)	47,8	46,3	0,86
<Lps. 1,000 semana (1 US\$ = 18.89 Lps)			
Antecedente de madre adolescente (%)	73,1	58,2	0,06

tecedente de que la madre tuvo gestaciones en la adolescencia. Solamente el nivel de escolaridad fue mayor en el grupo control: casos 6,6 años vrs controles 7,7 (ver cuadro 1).

Las características de la población total de las 67 adolescentes embarazadas se observan en el cuadro 2. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años de edad, siendo la edad más temprana a los 12 años. Aunque cerca de las dos terceras partes sabían que podían quedar embarazadas en la primera relación sexual 41(61,2%), apenas el 28,4% refirió haber usado algún método contraceptivo, siendo el condón y las píldoras los métodos más utilizados. Solamente un 22,4% (15) de las entrevistadas manifestó que su embarazo era deseado (ver cuadro 2)

El tiempo promedio de inicio del control prenatal fue a los 11,4 meses (DE 5,6). La edad diferencial de la pareja fue mayor de 6 años en el 40% de las participantes.

El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria con el estado de caso (OR = 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR = 3,66; IC95%:1,51-8,98) ver cuadro 3. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR = 0,40; IC95%:0,18-0,85).

### Grupo focal con adolescentes embarazadas

Estas adolescentes suelen vivir en un entorno con familias numerosas y a la vez desestructuradas, es muy extraño el caso en que haya una familia con la mamá y el papá, en muchos casos la figura del papá es inexistente, las madres llevan la familia adelante a veces con la ayuda de la abuela, ya que el hecho de ser mamá adolescente suele venir heredado: "Cuando lo de mi embarazo se

**Cuadro 2. Características de 67 adolescentes embarazadas que participaron en el estudio sobre factores de riesgo, centro de salud Tres de Mayo, Comayagüela, 2008**

Variable	No	%
Edad de primera relación sexual (media)	14,8	
Sabía que podía quedar embarazada	41	61,2
Uso de contraceptivo en primera relación sexual	19	28,4
Deseo de salir embarazada	15	22,4
Edad diferencial del padre		
Más joven/Igual edad	1	1,5
1-2 años	20	29,9
3-5 años	18	26,9
6 ó más años	27	40,5
Desconoce la edad	1	1,5
Tiempo de inicio del control prenatal (media)	11,4	

**Cuadro 3. Factores de riesgo asociados con el embarazo en la adolescencia en los casos y controles, centro de salud Tres de Mayo, Comayagüela, 2008**

Variable	Caso		Control		OR	IC95%	Valor de P
	Si	No	Si	No			
Solamente educación primaria (cualquier grado)	37	30	13	54	5,12	2,20-12,10	0,000019
Hogar desestructurado	56	11	39	28	3,66	1,51-8,98	0,001
Tabaquismo	11	56	2	65	6,38	1,24-44,27	0,0088
Educación sexual (Familiar)	30	37	45	22	0,40	0,18-0,85	0,009
Nivel socioeconómico bajo (<Lps. 1,000/semana)	32	35	31	36	1,06	0,51-2,23	0,86
Antecedente madre con embarazo en la adolescencia	49	18	39	28	1,95	0,88-4,35	0,06
Asistencia a la iglesia	28	39	34	33	0,70	0,33-1,47	0,30

*lo conté a una amiga, mi papá no me apoyó, siempre se emborrachaba, a mi me crío una señora”.*

La educación sexual en casa, es prácticamente nula, mientras las madres de estas adolescentes viven pensando en que contra menos se les hable de sexualidad más tarde van a empezar, sucede todo lo contrario, así lo afirma una adolescente de 17 años que ya se había marchado de casa a los 15 años siguiendo a su primer novio, nunca se cuidó (no tomó precauciones anticonceptivas) y afirma *“yo no lo quería a él, pero quería saber cómo era, yo no sabía que podía quedar embarazada, la primera vez que me quedé tenía 15 años, tuve un aborto a los 16 “se me cayó”.*

La mayoría de las adolescentes ya no estaban estudiando en el momento del embarazo y las que lo estaban haciendo los abandonaron al quedarse embarazadas; en general ellas tienen el sueño de poder estudiar: *“Quiero graduarme y ver crecer a mi bebe”.*

Algunas piensan más en que tienen que trabajar para poder ofrecerle a su hijo lo que ellas no tuvieron: *“Me gustaría tener un buen trabajo para sacar adelante a mi hijo, que pueda ser alguien en la vida”.*

La poca comunicación en la familia, hace que estas adolescentes se encuentren muy solas cuando tienen problemas y en caso de quedar embarazadas repercute negativamente en la morbilidad materno-fetal, ya que el mantener durante meses en secreto su embarazo, hace que inicien tardíamente el control prenatal, que se suma a los riesgos añadidos de un embarazo en la adolescencia: *“Estuve los tres primeros meses, sin decirselo a nadie, cuando tengo problemas no se lo cuento a nadie, escribo en un cuaderno”.*

## DISCUSIÓN

Los resultados configuran el perfil típico de la adolescente embarazada urbana que se caracteriza por la siguiente triada: adolescentes procedente de un hogar desestructurado, con baja escolaridad (apenas la educación primaria) y con antecedentes de tabaquismo. No se encontró asociación entre el bajo ingreso económico (< 1,000 Lps/semana) ya que parece ser una situación compartida entre ambos grupos. Diversos estudios han determinado que la baja escolaridad es un factor de riesgo importante para el embarazo en la adolescencia,<sup>13-16</sup> sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Estado por proveer educación primaria universal es evidente que incluso a nivel de las grandes ciudades como Tegucigalpa, existen conglomerados de jóvenes que no lograron completar la educación primaria y por lo tanto se convierte en un reto

para los planificadores crear estrategias que reduzcan la tasa de deserción e incrementen la permanencia en las aulas de clase.

A pesar de que en este estudio no se encontró relación entre el nivel socio económico y el estado de caso, debido a que los controles procedían de la misma comunidad, se ha demostrado que las adolescentes en los estratos socioeconómicos más bajos comienzan teniendo relaciones sexuales, forman parejas y llegan a ser madres a edades más tempranas en la vida, con mucha mayor frecuencia que las mujeres adolescentes en los estratos medio y alto.<sup>13,17</sup>

El haber recibido educación sexual a nivel de la familia resultó ser un factor protector crítico contra el embarazo en la adolescencia y que fue corroborado en las opiniones surgidas en el grupo focal. La falta de conocimiento hace que la percepción del riesgo de quedar embarazada disminuya y se tenga una falsa sensación de seguridad de que no es posible embarazarse en la primera relación y por tanto no sea necesario utilizar métodos de protección. En una reciente revisión de la literatura que incluyó resultados de 35 estudios de investigación y 15 artículos académicos se encontró que la comunicación materna ha mostrado eficacia en retrasar las relaciones sexuales e incrementar el uso de anticonceptivos, por lo que se convierte en una valiosa intervención para impactar en la toma de decisiones sobre sexualidad en la población adolescente.<sup>18</sup> Asimismo otros autores han apuntado que la comunicación entre padres y adolescentes sobre sexualidad y prácticas de riesgo sexual se asoció con una mayor práctica de relaciones sexuales protegidas.<sup>19-20</sup> Por el contrario, Cueva et al.,<sup>21</sup> en un estudio realizado sobre las características familiares de adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo en México, apenas el 35% revelaron que tenían más confianza con su madre.

El estudio destaca la importancia de introducir en el temario de nivel primario guías de educación sexual debidamente consensuadas y aplicadas por docentes capacitados en esta temática. El hecho de que más del 50% de las adolescentes embarazadas únicamente tengan estudios de primaria demuestra que no continuaron en el colegio por razones diversas y que por lo tanto, se convierte en una tarea difícil poder acceder a ellas con mensajes de salud sexual reproductiva, por estar dispersas en el colectivo comunitario. En cambio el grupo que ha continuado estudios de secundaria se convierte en una población cautiva que es de fácil acceso en los centros educativos y por diversos medios recibe información sobre salud sexual y reproductiva. Existe suficiente evidencia en la literatura que destaca la efectividad de los programas de educación sexual

para reducir las relaciones sexuales no protegidas y el embarazo en la adolescencia.<sup>22-24</sup> Más recientemente, Kirby *et al.*, realizaron una revisión de 83 estudios que midieron el impacto de programas de educación sexual y VIH en diversos países del mundo encontrando sólida evidencia de que estos programas retrasan o disminuyen las conductas sexuales e incrementan el uso de contraceptivos.<sup>25</sup>

A pesar de la enorme difusión de los métodos contraceptivos a través de los medios de comunicación y considerarse que son de fácil acceso a la población, en este colectivo de adolescentes embarazadas confluyen una serie de factores desde la falta de información hasta un conjunto de creencias e ideas arraigadas en la baja autoestima que les impide tomar decisión sobre el derecho que tienen a solicitar el uso de un método contraceptivo en cada relación sexual, dejando supeditada esta decisión a la pareja masculina, la cual la única preocupación que tiene es el de buscar su propia satisfacción sin considerar las necesidades y preocupaciones de su pareja, así como, las consecuencias que tendría el practicar relaciones sexuales sin protección. En un estudio en Jamaica, cerca del 60% de las adolescentes embarazadas no habían utilizado ningún tipo de contraceptivo en la primera relación sexual,<sup>26</sup> y en otra investigación en México se encontró que del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, 37% dijo haber utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación;<sup>27</sup> resultados muy similares a los obtenidos en nuestro estudio, por lo que se deben idear estrategias que faciliten el acceso a estos métodos a la población adolescente.

Una de las consecuencias del estigma que conlleva el embarazo en la adolescencia es que la adolescente no acude oportunamente a los servicios de salud para el inicio del control prenatal. El tiempo promedio de inicio en nuestro estudio que corresponde a los 11,4 meses implicando, que la adolescente pueda sufrir de afecciones como infecciones urinarias no tratadas que más adelante conlleven a otros problemas que compliquen el embarazo. Además, se evita la oportunidad de recibir otros preparados (folatos, anti-anémicos) que reduciría los efectos de la anemia del embarazo que es muy frecuente en este tipo de gestantes. Langer<sup>28</sup> menciona que las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica y estos daños a la salud se incrementan en la medida que la adolescente retrasa su asistencia al servicio de salud.

El riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, aunque el principal sea la falta de educación en general y falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Se ha visto también que estas jóvenes tienen una falta de autoestima importante y muchas viven creyendo que no son nadie en la vida ni nunca lo van a llegar a ser. Barriga *et al.*<sup>29</sup> en una amplia investigación realizada a nivel nacional en Honduras, concluyen que la falta de educación sexual y el desconocimiento de

datos elementales sobre la fisiología de su propio organismo hacen que el conocimiento sobre sexo se vaya dando a través de conceptos falsos o verdades a medias que se comparten entre los jóvenes. La falta de aspiraciones y la poca confianza en sí misma, son elementos que las lleva a situaciones complicadas donde refugiarse en un hombre parece la solución y hacer el amor para complacerlo parece ser algo fácil aunque ellas no estén muy seguras, pero luego se convertirá un acto irreversible que pagaran muy caro, en su futuro.

Por una parte el sexo es un tabú con la familia, donde muy pocos padres explican a sus hijos ni les hablan sobre el tema. Pero por otro lado estas jóvenes cada vez empiezan a edad más temprana sus relaciones sexuales, la mayoría de veces sin o con muy poco conocimiento de lo que les puede pasar, a veces empujadas por la curiosidad, otras veces por huir de su círculo familiar que a menudo es desestructurado, dejando escapar por unos segundos de placer (la mayoría de veces para complacer al hombre sin ellas sentir apenas nada) su libertad de niñas, su posible futuro, perdiendo la oportunidad de soñar, de tener aspiraciones, dejando de estudiar, las que lo estaban haciendo, perdiendo oportunidades en el mercado laboral, convirtiéndose en esclavas de una inmadurez que les pesa y de un futuro incierto.<sup>30</sup>

Por lo expuesto consideramos necesario que se realicen acciones como:

- 1.- Implementar guías de educación sexual a nivel escolar particularmente en los grados superiores (5to y 6to grado) previa capacitación de los docentes encargados de impartir estos conocimientos e incorporar paralelamente a los padres de familia en las escuelas para padres a fin de que ellos refuercen en el hogar los contenidos dictados en las aulas de clase.

- 2.- Realizar en los centros de salud abordajes dirigidos a las adolescentes embarazadas que contemplen aspectos de salud sexual y reproductiva como el que se conduce en el centro de salud Tres de Mayo; así como un seguimiento físico, psicológico y emocional de este colectivo.

En definitiva estas propuestas pretenden reflejar la necesidad de implementar estrategias enfocadas a fortalecer la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, mejorar el contexto social donde se desarrollan, estimular el desarrollo de habilidades que les ayuden a responder a los actuales desafíos y de esta forma garantizar el desarrollo integral de los mismos, ya que en definitiva de ellos depende el futuro y el desarrollo del país.

**Agradecimientos:** Los autores desean expresar su agradecimiento a la Licda. Miguelina Cerrato y Suyapa Paz por el apoyo brindado para continuar con la iniciativa del Colectivo de Adolescentes Embarazadas, y a Jessica Cerrato Cárcamo por su revisión crítica del manuscrito. También a cada una de las adolescentes que participaron abiertamente en esta investigación.

## REFERENCIAS

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a new world: young women's sexual and reproductive lives*, New York: AGI, 1998.
2. Espinoza Henry. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2002 Mar; 11(3):148-49.
3. Sharma V, Katz J, Mullany LC, Khatri SK, LeClerq SC, Shrestha SR, Darmstadt GL, Tielsch JM. Young maternal age and the risk of neonatal mortality in rural Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Sep;162(9):828-35.
4. Díaz Sánchez V. El embarazo en las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(1):S23-S28.
5. Meade CS, Ickovics JR. Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *SocSci Med* 2005;60(4):661-78.
6. Cooper LG, Leland NL, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. *SocBiol* 1995;42(1-2):22-35.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle; 2003.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: INEC, Ministerio de Salud: MINSA(NIC). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. [Internet] Octubre 2002 [Acceso el 11 de febrero de 2009] Disponible en: <http://www.inide.gov.ni/endesa/resumeninf.pdf>
9. Demographic and Health Survey. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia. Calverton, MD: Macro International; 2000.
10. Demographic and Health Survey. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia. Calverton, MD: Macro International; 1998.
11. Secretaría de Salud (HN), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*. [Internet]. Tegucigalpa, Honduras: La Secretaría, INE y MacroInternational ;2006. [Acceso el 26 de enero de 2010] Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR189/FR189.pdf>.
12. Secretaría de Salud(HN) Centro de Salud Tres de Mayo. Región Metropolitana. Informe de Evaluación Anual 2006. Tegucigalpa, Honduras: La Secretaría; sf.
13. Carreón Vásquez J, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C, Gil Alfaro I, Soler Huerta E, González Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Arch Med Fam* 2004;6(3):70-73.
14. Zelaya E, Marin FM, Garcia J, Berglund S, Liljestrand J, Persson LA. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *J Adolesc Health* 1997;21(1):39-46.
15. Kirby D. The impact of schools and school program upon adolescent sexual behavior. *J Sex Res* 2002;39(1)27-33.
16. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Early childbearing in Honduras: a continuing challenge*. New York: 2006 Series, No. 4.
17. Florez CE. Socioeconomic and contextual determinants of reproductive activity among adolescent women in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(6):338-402.
18. Commendador KA. Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatr Nurs* 2010;36(3):147-56, 170.
19. Hadley W, Brown LK, Lescano CM, Kell H, Spalding K, Diclemente R, Donenberg G; Project STYLE Study Group. Parent-adolescent sexual communication: associations of condom use with condom discussions. *AIDS Behav* 2009;13(5):997-1004.
20. Whitaker DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. Teenage partners' communications about sexual risk and condom use: the importance of parent-teenager discussions. *Fam Plann Perspect* 1999;31(3):117-21.
21. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43(3):267-71.
22. NuñezUrquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl1):S92-S102.
23. Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *J Sex Res* 2002;39(1):51-7.
24. Kirby D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *J Sch Health* 1999;69(3):89-94.
25. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health* 2007;40(3):206-17.
26. Drayton VL. Contraceptive use among Jamaican teenage mothers. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(3):150-57.
27. González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato M, Olaiz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública Méx* 2005;47(3):209-18.
28. Langer A. Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(3):192-205.
29. Barriga P, Rosales R, Fernández J. Comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes adultos en comunidades de Honduras. *Rev Med Hondur* 2006;74(1):4-18.
30. Barbena García M. Conocimientos y creencias sobre el embarazo en la adolescencia en Honduras: estudio mediante un grupo focal [Tesis de graduación]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2008.

**SUMMARY. Background:** Teenage pregnancy has become a serious public health problem in Honduras. The objective of this study was to determine the risk factors, beliefs, and perceptions associated with pregnancy in adolescence to recommend prevention measures to reduce the incidence of this problem. **Patients and method:** A case-control study was carried out in 67 pregnant and 67 not pregnant adolescents that were matched according to age and provenance. Those interviewed were questioned regarding their demographics, age of initiation of sex, number of sexual partners, use of contraception at first intercourse, personal and social background on sex education at a family level, and history of substance use. A focus group with pregnant teenagers was conducted reviewing aspects such as their beliefs, ideas and perceptions about sexuality, methods of contraceptive planning, and self-esteem. **Results:** Case-control study found association between smoking (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,2), having only completed primary level education (OR = 5,12; IC95%: 2,20-12,1) and coming from a broken home (OR = 3,66; IC95%: 1, 51-8, 98) and teenage pregnancy. Having received sex education at a family level was a protective factor for adolescent pregnancy (OR = 0,40; IC95%: 0,18-0,85). **Conclusion:** The risk of a teenage pregnancy seems to be influenced by several factors, notably incomplete schooling and the lack of knowledge of sexual and reproductive health. The introduction of sex education on a school level is a strategy to be considered for the management of this problem.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence, unwanted, pregnancy, pregnancy high risk, pregnancy unplanned, adolescent.