

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.**

**PRESENTADO POR:**

**DOLORES MARÍA ARITA HENRÍQUEZ**

**PREVIA OPCION AL GRADO DE**

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR:**

**MARVIN RODRIGUEZ PhD**

**17 DE NOVIEMBRE 2017, SAN PEDRO SULA, CORTÉS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.**

**PRESENTADO POR:**

**DOLORES MARÍA ARITA HENRIQUEZ**

**PREVIA OPCION AL GRADO DE**

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR:**

**MARVIN RODRIGUEZ PhD**

**17 DE NOVIEMBRE 2017, SAN PEDRO SULA, CORTÉS**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNAH**

**RECTOR**

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

**VICERECTORA ACADÉMICA**

MSc. BELINDA FLORES

**SECRETARIA GENERAL**

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS**

MSc. LETICIA SALOMÓN

**DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DR. MARCO TULIO MEDINA

**SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM**

OCTAVIO RUBEN SANCHEZ MIDENCE

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS  
UNAH-VS**

**DIRECTORA**

MSc. ISELA ORELLANA RAMIREZ

**SUBDIRECTORA ACADÉMICO**

MSc. ADA CANTARERO

**SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD**

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

**SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y  
DEPORTE**

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

**SECRETARIA**

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

**COORDINADORA DE POSGRADOS**

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

**DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA  
SALUD**

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

**JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL**

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

**COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA**

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
POSGRADOS DE MEDICINA. EUCS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

**COORDINADOR POSGRADO DE GINECOOBSTETRICIA**

DRA. FRESIA MARÍA ALVARADO GÁMEZ

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a mi Padre Celestial y a Jesucristo por permitirme culminar esta noble especialidad, a mis madres que son mi apoyo fundamental, los cimientos en mi desarrollo para lograr mis metas, así como a mi familia; por haberme forjado como la persona que soy.

## DEDICATORIA

A mis madres porque a lo largo de la vida han velado por mi bienestar, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, depositando su confianza en cada uno de mis metas y gracias a ellas soy quien soy. A mis tías, tío y primas que han estado conmigo en cada paso que he dado, cuidándome, dándome fortaleza para seguir adelante.

## INDICE

<b>INTRODUCCION:</b> .....	1
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b> .....	3
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	3
B. FORMULACION DEL PROBLEMA: .....	7
C. JUSTIFICACION .....	7
1. Conveniencia:.....	7
2. Relevancia:.....	7
3. Implicaciones Prácticas: .....	8
4. Valor Teórico: .....	9
5. Utilidad Metodológica: .....	10
D. OBJETIVOS .....	10
1. Objetivo General: .....	10
2. Objetivos Específicos: .....	10
E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN .....	11
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b> .....	12
A. ADOLESCENCIA .....	12
1. Definición: .....	13
2. Desarrollo físico: .....	17
3. Estadificación mamaria: .....	19

4. Estadificación del vello pubiano .....	20
5. Cambios en el cerebro durante la adolescencia: .....	20
B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: .....	22
1. Generalidades: .....	22
2. Epidemiología: .....	23
C. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:.....	26
1. Etimología:.....	26
2. Clasificación: .....	26
3. Dimensiones.....	27
1. Creencias: .....	27
2. Hábitos: .....	28
3. Costumbres: .....	28
b. Dimensión Socioeconómica: .....	29
c. Dimensión educativa .....	30
1. Educación Preescolar:.....	31
2. Educación primaria: .....	31
3. Educación secundaria o media:.....	32
4. Educación superior: .....	33
e. La familia .....	34



E. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:	37
.....	37
G. PREVENCIÓN:	49
H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS	50
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>56</b>
A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	56
B. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	56
C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	57
D. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	57
E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
Operacionalización de las variables	58
A. POBLACIÓN Y MUESTRA	62
1. Población o universo	62
2. Unidad de análisis:	62
3. Muestra:	62
4. Métodos de muestreo:	62
5. Procedimiento de recolección:	62
7. Criterios de exclusión: Pacientes con trastornos neurocognitivos	63
B. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	63
1. Método de recolección	63

2. Técnica de recolección .....	63
3. Instrumento de recolección .....	63
4. Validez del instrumento:.....	64
5. Confiabilidad .....	64
C. PLAN DE ANALISIS:.....	65
1. Procesamiento de los datos .....	65
2. Presentación de los datos .....	65
3. Análisis e interpretación de la información .....	65
<b>CAPITULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>66</b>
A. PRINCIPIOS ÉTICOS .....	66
B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN .....	66
<b>CAPITULO V: RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....</b>	<b>105</b>
<b>CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>108</b>
<b>CAPITULO VIII: REFERENCIAS: .....</b>	<b>111</b>
<b>CAPITULO IX ANEXO .....</b>	<b>114</b>

**INDICE DE TABLAS:**

TABLA 1 EDAD DE LAS PACIENTES.....	68
TABLA 2 PROCEDENCIA .....	69
TABLA 3 ESTADO CIVIL.....	70
TABLA 4 RAZA.....	71
TABLA 5 ESCOLARIDAD .....	72
TABLA 6 OCUPACIÓN.....	73
TABLA 7 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES .....	74
TABLA 8 NÚMERO DE EMBARAZOS .....	75
TABLA 9 HISTORIA GINECOBSTETRICIA .....	76
TABLA 10 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES.....	77
TABLA 11 VÍA DEL PARTO .....	78
TABLA 12 EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL .....	79
TABLA 13 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....	80
TABLA 14 MOTIVO POR EL CUAL TIENE RELACIONES SEXUALES .....	81
TABLA 15 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	82
TABLA 16 RAZONES POR LAS CUALES NO UTILIZA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	83
TABLA 17 HÁBITOS TÓXICOS.....	84
TABLA 18 EXPECTATIVAS RESPECTO A LA EDUCACIÓN.....	85
TABLA 19 SITUACIÓN LABORAL.....	86
TABLA 20 ESTABILIDAD LABORAL.....	87
TABLA 21 INGRESO MENSUAL.....	88

TABLA 22 PERSONA QUE GENERA LOS INGRESOS ECONÓMICOS ...	89
TABLA 23 GRADO QUE CURSABA CUANDO ABANDONÓ EL ESTUDIO	90
TABLA 24 RAZONES POR LAS CUALES NO ESTUDIA.....	91
TABLA 25 DONDE VIVE HABITUALMENTE.....	92
TABLA 26 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.....	93
TABLA 27 MATERIALES PREDOMINANTES EN LAS PAREDES.....	94
TABLA 28 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL TECHO.....	95
TABLA 29 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL PISO.....	96
TABLA 30 SERVICIOS BÁSICOS.....	97
TABLA 31 NÚMERO DE HABITACIONES.....	98
TABLA 32 CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE ELLA.....	99
TABLA 33 TIPO DE FAMILIA.....	100
TABLA 34 TIPO DE RELACIÓN CON SU FAMILIA.....	101
TABLA 35 MOTIVO PARA EMBARAZARSE.....	102
TABLA 36 HA RECIBIDO APOYO DURANTE EL EMBARAZO.....	103
TABLA 37 QUE SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL CONOCE.....	104

## INDICE DE GRAFICOS:

GRAFICO 1 EDAD DE LAS PACIENTES.....	68
GRAFICO 2 PROCEDENCIA.....	69
GRAFICO 3 ESTADO CIVIL .....	70
TABLA 4 RAZA.....	71
GRAFICO 5 ESCOLARIDAD .....	72
GRAFICO 6 OCUPACIÓN .....	73
GRAFICO 7 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.....	74
GRAFICO 8 NÚMERO DE EMBARAZOS.....	75
GRAFICO 9 HISTORIA GINECOBSTERICIA.....	76
GRAFICO 10 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES .....	77
GRAFICO 11 VÍA DEL PARTO.....	78
GRAFICO 12 EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.....	79
GRAFICO 13 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....	80
GRAFICO 14 MOTIVO POR EL CUAL TIENE RELACIONES SEXUALES	81
GRAFICO 15 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	82
GRAFICO 16 RAZONES POR LAS CUALES NO UTILIZA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	83
GRAFICO 17 HÁBITOS TÓXICOS .....	84
GRAFICO 18 EXPECTATIVAS RESPECTO A LA EDUCACIÓN .....	85
GRAFICO 19 SITUACIÓN LABORAL.....	86
GRAFICO 20 ESTABILIDAD LABORAL .....	87

GRAFICO 21 INGRESO MENSUAL .....	88
GRAFICO 22 PERSONA QUE GENERA LOS INGRESOS ECONÓMICOS .....	89
GRAFICO 23GRADO QUE CURSABA CUANDO ABANDONO EL ESTUDIO .....	90
GRAFICO 24 RAZONES POR LAS CUALES NO ESTUDIA .....	91
GRAFICO 25 DONDE VIVE HABITUALMENTE .....	92
GRAFICO 26 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA .....	93
GRAFICO 27 MATERIALES PREDOMINANTES EN LAS PAREDES .....	94
GRAFICO 28 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL TECHO .....	95
GRAFICO 29 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL PISO .....	96
GRAFICO 30 SERVICIOS BÁSICOS .....	97
GRAFICO 31 NÚMERO DE HABITACIONES .....	98
GRAFICO 32 CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE ELLA .....	99
GRAFICO 33 TIPO DE FAMILIA.....	100
GRAFICO 34 TIPO DE RELACIÓN CON SU FAMILIA .....	101
GRAFICO 35 MOTIVO PARA EMBARAZARSE .....	102
GRAFICO 36 HA RECIBIDO APOYO DURANTE EL EMBARAZO .....	103
GRAFICO 37 QUE SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL CONOCE	104

## INTRODUCCION:

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los diez y 19 años. Según la evidencia científica, para las adolescentes las características sociales precarias aumentan la probabilidad de embarazos a edad temprana. Dentro de estas características se destacan el bajo nivel de escolaridad que constituye una desventaja importante, así como empleos menos remunerados e insatisfactorios, cuando más joven sea la adolescente al nacer el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo cual las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas; así como se reducen sus alternativas en proyectos de vida y se presentan conflictos familiares y maritales.

En esta investigación se encontró una prevalencia de embarazo en adolescente en HLMV de 24%, arriba de lo esperado en los países con alto ingreso económico, lo cual refleja la falta de orientación, concientización de las adolescentes sobre embarazo en esta etapa de la vida; que influye en su futuro, adquiriendo roles para los cuales no está apta y deberían de tener en la etapa adulta, esto probablemente debido a la imitación de conductas de sus pares, y otras situaciones que ponen en riesgo su futuro y proyectos, respaldado por las características sociales como la deserción escolar antes del noveno grado, que limitan sus oportunidades, perteneciendo a familias disfuncionales que no aportan elementos para su estabilidad social y

económica, sin bienes materiales o empleo estable que le garanticen una vida digna .

Esta tesis que a continuación presenta evidencia de datos de estos aspectos y está dividida en ocho capítulos que a continuación se presentan: El capítulo I plantea el problema de investigación, detallando la situación actual, sus características, relaciones, implicaciones, consecuencias, se delimita el problema, se presentan los objetivos y se fundamenta la importancia y consecuencias que conlleva en embarazo en la adolescencia. En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, donde se describe concepto de adolescencia, desarrollo fisiológico, estadiificación del desarrollo, embarazo en la adolescencia, epidemiología, características sociales, dimensiones, prevención e investigaciones relacionadas. El capítulo III presenta la metodología utilizada en esta investigación, se operacionalizaron las variable de estudio traduciéndola a cinco dimensiones y a indicadores, se describe la muestra, se expone el instrumento utilizado para recolectar los datos, se explica el procedimiento y el plan de análisis. El capítulo IV da a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de la investigación. En el capítulo V se discuten los resultados contrastándolos con el marco teórico y otras investigaciones relacionadas con el tema. El capítulo VI presenta las conclusiones y recomendaciones basadas en los objetivos formulados. El capítulo VII es un apartado dedicado a las referencias bibliográficas consultadas para la realización de esta tesis y el Capítulo VIII se presentan como anexos el instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado.



## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

Este capítulo plantea el problema de investigación, detallando la situación actual, sus características, relaciones, implicaciones, consecuencias, se delimita el problema, se presentan los objetivos y se fundamenta la importancia y consecuencias que conlleva en embarazo en la adolescencia

### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La adolescencia etapa que sucede a la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. La adolescencia se consideró por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés.

En la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, pues durante ésta se producen importantes transformaciones de diversa índole. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores psicológicos, sociales y culturales.

Uno de los problemas que afecta hoy en día a las adolescentes, que es multifactorial y que va en aumento especialmente en los países con bajos ingresos es el embarazo, que tiene una prevalencia a nivel internacional de 15% y de 22% en Honduras, repercutiendo tanto en la salud física, mental y social.

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales ( 2014 ) esta problemática se ve reflejada en la tasa de natalidad mundial entre las adolescentes tardías que es de 49 por 1000 muchachas, a nivel de América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo; en promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años; a nivel de Centroamérica se establece las tasas de natalidad en adolescentes donde encabeza la lista Nicaragua con 104 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años, seguida de Guatemala con 102, Honduras 85, Panamá 75, Belice 70 y Costa Rica con 62 nacimientos.

No es asunto estrictamente fisiológico ni de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de las adolescentes, ni de familias disfuncionales, ni falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interrelaciones, de éstos y otros factores; ósea que obedece al funcionamiento mismo de la sociedad.

Se plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

El embarazo en adolescentes produce un serio problema biomédico, presentando altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y

psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar.

Las características sociales de la adolescente embarazada, más frecuentemente identificadas en la literatura son: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes

Las implicaciones Psicosociales del embarazo en adolescentes, reflejan que uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome

hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señala la literatura.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear. La probabilidad de que el padre biológico provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los

arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

Para reducir el embarazo en adolescentes se debería de implementar estrategias orientadas a fortalecer los valores éticos y morales y al desarrollo de habilidades para establecer proyectos de vida que logren retardar el inicio de las relaciones sexuales poniendo énfasis en el desarrollo integral del ser humano.

#### B. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características sociales de la adolescente embarazada y puérperas atendidas en la maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo comprendido de marzo a mayo del 2017?

#### C. JUSTIFICACION

##### 1. Conveniencia:

Para el análisis de la atención en salud de las adolescentes embarazadas, es necesario hacer comprensión de la etapa de la vida en la cual se asume una gestación, ya que a la adolescencia debe considerarse como un proceso de cambios y transformaciones que determinan un estado transitorio entre la niñez y la adultez.

##### 2. Relevancia:

Por medio de la presente investigación se diseñaran políticas para tratar de frenar y contrarrestar el embarazo en adolescentes y las repercusiones sociales que están asociadas a este; pretendiendo por un lado, garantizar y

proteger derechos y servir de guía para la atención de esta situación desde diferentes ámbitos como el sector salud, por sus alcances a nivel de cantidad de población y por su visión de trabajar diferentes componentes de la salud a través de la educación, y la promoción de prácticas saludables.

Así, uno de los principales aportes de esta investigación se basa en el desarrollo de un análisis de los servicios de salud brindados a adolescentes en el atención prenatal del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, en el cual se identificaran fortalezas y debilidades, en contraste con las alternativas brindadas por el gobierno, en un intento por hacer ver las razones por el cual el alto índice de embarazos en adolescentes,

Se origina como una necesidad de conocer las características sociales de la población adolescente embarazada atendida en consulta de atención prenatal del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, al considerarse: el aumento significativo de embarazos en la adolescencia, conocer el proceso de captación y referencia de las unidades de salud en la valoración de adolescentes embarazadas en riesgo social, la necesidad de implementar proyectos sociales acordes a las necesidades de esta población.

### 3. Implicaciones Prácticas:

Con lo cual se pretende: sensibilizar a la población en la necesidad de prestar atención particular a este grupo de jóvenes adolescentes, con un enfoque integral, valorar y priorizar las necesidades y demandas de esta población, identificar factores de riesgo y factores protectores; ya que el embarazo adolescente limita en gran medida las oportunidades de la mujer de desarrollarse de manera autónoma, tanto por la inmadurez emocional como

fisiológica, lo que a su vez, implica cambios en las circunstancias afectivas, sociales y económicas que desencadenan importantes crisis situacionales, producto de un embarazo temprano.

Se propone 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. Buscar además reflexionar sobre la trascendencia en la vida de una mujer de lo que es un embarazo y el de establecer el propósito firme de no repetir otra gestación en el corto o mediano plazo.

#### 4. Valor Teórico:

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; y así poder contribuir al conocimiento de estos en la institución y unidades de salud para establecer programas de apoyo a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes; ya que en nuestra comunidad y Honduras no contamos con estudios estadísticos a nivel nacional sobre la caracterización social de la adolescente embarazada. Considerando que el embarazo en adolescentes supone un impacto a nivel social, traducido en circunstancias como deserción escolar, desempleo y bajos ingresos, entre otras, por lo que se vincula a la llamada “feminización de la pobreza”, situación que repercute en la vida tanto de la adolescente madre como de su hijo o hija, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades

socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.

#### 5. Utilidad Metodológica:

Se creara un nuevo instrumento de recopilación, procesamiento y análisis de datos que puede servir como modelo en investigaciones relacionadas.

### D. OBJETIVOS

#### 1. Objetivo General:

Describir las características sociales de la adolescente embarazada atendidas en la maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo comprendido marzo a abril del 2017

#### 2. Objetivos Específicos:

- a) Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes en la consulta de atención prenatal del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela
- b) Describir las características culturales de la adolescente embarazada
- c) Detallar las características económicas de la adolescente embarazada
- d) Identificar las características educativas de la adolescente embarazada.
- e) Caracterizar el entorno de la adolescente embarazada



## E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de embarazo en adolescentes en la consulta de atención prenatal del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela?
2. ¿Cuáles son las características culturales de la adolescente embarazada?
3. ¿Cuáles son las características económicas de la adolescente embarazada?
4. ¿Cuáles son las características educativas de la adolescente embarazada?
5. ¿Cuáles son las características del entorno de la adolescente embarazada?

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

En este capítulo se desarrolla el marco teórico, donde se describe concepto de adolescencia, desarrollo fisiológico, estadificación del desarrollo, embarazo en la adolescencia, epidemiología, características sociales, dimensiones, prevención e investigaciones relacionadas.

### **A. ADOLESCENCIA**

#### **1. Etimología:**

La palabra adolescencia tiene su origen del verbo latino *adolecere*, que significa crecimiento, desarrollarse, avanzar, hacerse fuerte y superar la época de custodia por los padres.; de tal manera la Organización Mundial de la Salud retoma la etimología y la presenta como la etapa de la vida de los seres humano comprendida entre los 11-19 años, en la cual los individuos adquieren la capacidad reproductiva, es el periodo que transita entre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida con la independencia socioeconómica de estos, fijando su límite a los 20 años de edad (Alicia & Diaz , 2012). Considerándose este concepto así cursa en dos etapas, la adolescencia temprana que comprende las edades de 12 a 14 años y la adolescencia tardía comprendida entre 15 a 19 años. En cada una de estas fases se presentan cambios tanto en los aspectos fisiológicos, cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad (Flores, 2013). . Se considera que un adolescente entra a la edad adulta cuando logra establecer cierta estabilidad en su forma de pensamiento, actuar y sentir, permitiéndole la ejecución de autonomía y adaptación social (Alicia & Diaz , 2012)

## 2. Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó la clasificación de la infancia como la etapa comprendida desde el nacimiento hasta los 10 años de edad, pre-adolescencia la etapa comprendida de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (Leon, Matias , Borgoño , & Bustamante , 2008). La adolescencia es definida por la OMS como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, caracterizada por una serie de cambios a nivel orgánico definida como la pubertad, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo tales como ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres, los que son acompañados de profundos cambios a nivel psicosociales ajustándose a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones llega a ser de carácter hostil (Julio, Ruelas, & Conyer, 2002)

La adolescencia en las sociedades establecidas en áreas urbanas se caracteriza por un periodo de larga duración, indeterminación, además de la fuerte carga de conflicto y por las diferencias establecidas entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente la adolescente es similar a una adulta, que tiene la capacidad de reproducción y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es considerada así; es una niña pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo periodo de tiempo antes de que se le permita formar parte de la vida productiva y ser capaz de satisfacer sus necesidades por sí misma. La resolución de la adolescencia se da cuando la joven ha logrado definir su forma de pensar, sentir y actuar y que

esta sea estable para lograr o permitirle su autonomía personal y la adaptación al medio social (Leon, Matias , Borgoño , & Bustamante , 2008).

La adolescencia es el periodo de tiempo fundamental en el ciclo de vida de los seres humanos, durante el cual toman una nueva dirección en su desarrollo, logran alcanzar su madurez sexual, y se apoyan en los recursos psicológicos, sociales y culturales que obtuvieron en su crecimiento previo que les permite asumir para sí mismas, las funciones para construir su identidad y plantearse un proyecto de vida.

La adolescencia está condicionada por una serie de aspectos dentro del contexto y de los procesos sociales que la hacen una etapa peculiar y que trascienden en el desarrollo de este periodo, dentro de los que cabe destacar: la relación entre el lugar de procedencia, estatus económico y la profesión u ocupación, el género al que pertenecen, las oportunidades a las que tienen acceso dentro del ámbito laboral así como educacional que influyen en la estructura y dinámica familiar y los factores culturales como las creencias, patrones de crianza, mitos, estereotipos (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012)

- a. Desarrollo Fisiológico: Durante la pubertad se desencadenan diferentes patrones de secreciones hormonales, determinados bajo la influencia de factores como ser el sexo, la herencia genética, el tipo corporal, la alimentación, nutrición y la salud, además se da el desarrollo de las características sexuales secundarias que tienen efecto en la percepción de sí mismo o imagen corporal y las características sexuales primarias que llevan a la madurez y hacerlos aptos para la reproducción. Como consecuencia del

proceso de maduración somática, hay cambios hormonales como ser en las mujeres se elevan los estrógenos y en el niño los andrógenos, que conduce al proceso de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. (Jose Luis Pedreira, 2015)

- a. Desarrollo Cognoscitivo: Los adolescentes se vuelven más introspectivos y ególatras, considerando que sus experiencias son únicas, crean una ausencia imaginaria y piensan que todas las personas los están mirando. El razonamiento lógico y abstracto los lleva a la especulación, a la formulación de hipótesis e imaginar posibilidades.
- b. Desarrollo Moral: El desarrollo cognoscitivo y psicosocial les permite a las adolescentes tener un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento propio de las opiniones morales de los padres, estar expuestos al medio social los motiva a crearse una variedad de valores éticos. Lo que conlleva a medida que alcanzan su madurez y ganan experiencia, desarrollen su propio código de vida en los aspectos morales y personal.
- c. Desarrollo Psicosocial: La tarea principal en esta etapa es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. Luchan por mantener su carácter único, aunque al mismo tiempo en algunas ocasiones dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además, aun son dependientes de sus padres tanto en el plano económico como a nivel emocional (Barrozo & Pressiani, 2011).

Durante esta etapa las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos: en primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, a su vez logran su desarrollo a nivel intelectual permitiéndoles elaborar juicios

críticos y pensamientos abstractos, por otra parte aumenta su sentido de responsabilidad en el ámbito social dado que ya no están bajo la continua observación y vigilancia de los padres en su manera de actuar dentro de este ámbito; durante la adolescencia las jóvenes se identifican de manera concreta con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los papeles, roles que desempeñan las mujeres en edad adulta. Esta identificación incluye identificar, comprender y aceptar la propia existencia como mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios que conlleva su género (Julio, Ruelas, & Conyer, 2002).

Dado a que este es un grupo etario no uniforme conformado por jóvenes de diferentes identidades, donde se da la transición de los cambios físicos, emocionales y a nivel cognitivos, los que se acentúan conforme pasan los años y se va tornando una mujer adulta, se contempla la división de esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana y la adolescencia tardía.

Definiéndose como adolescencia temprana el período de tiempo que transcurre y se extiende entre los 10 y los 14 años de edad; caracterizada por el inicio de las manifestaciones de los cambios físicos, incluyendo la repentina aceleración del crecimiento, continuando con el desarrollo de los órganos y características sexuales secundarias, así como la sexualidad se vuelve parte de la exploración, curiosidad y experimentación que genera el cambio corporal. La adolescencia tardía comprende la etapa de tiempo en la segunda década de la vida, comprendida entre los 15 y los 19 años de edad, donde se da lugar a los cambios físicos más importantes aunque el cuerpo sigue

desarrollándose para lograr alcanzar la madurez (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012).

Cada etapa trae consigo nuevas crisis, expectativas que se ven reflejadas en la sociedad, lo que pasa a ser de interés para la salud pública, dado que tienen relación directa con la comprensión del entorno global del tema, deben ser analizados aspectos como ser el uso de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol, sexualidad; depresión, autolesiones, bullying, trastornos de alimentación: Obesidad, anorexia y bulimia nerviosa

2. Desarrollo físico: Durante la etapa de la pubertad, las adolescentes emprenden un aceleramiento del crecimiento final hacia la altura de la edad adulta, a medida que este se acelera, llega a una meseta y finalmente desciende hasta llegar a cero. El tiempo y la sincronización de este pico o meseta de crecimiento puberal es altamente variable entre los individuos, y tiene normalmente una duración cerca de 2 años; poco después de terminar, la joven alcanza la madurez sexual (Shereen-Awuapara-Flores, 2013).

En la pubertad se dan los siguientes fenómenos: aumento en la actividad del eje hipotálamo-hipofisis-gonadal, aumento en la producción de hormonas sexuales principalmente dadas por las glándulas suprarrenales, inicio del desarrollo mamario y la aparición de la primera menstruación. Y los cambios físicos constituyen un claro aumento de la velocidad de crecimiento, y un incremento de la masa muscular (SEGO, 2016) .

Se da el crecimiento y maduración de los caracteres sexuales primarios; estos cambios son los que se enlazan de forma directa con la reproducción:

incluyendo la vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio, todos estos órganos experimentan un gradual aumento que lleva a la madurez sexual.

La aparición de las características sexuales secundarias que son considerados fisiológicamente signos de maduración pero que no interfieren de manera directa en la reproducción son el crecimiento de vello púbico, axilar, de la cara y cuerpo, cambios en la piel (Alberca, 2015).

Los cambios en la piel: En general se hace o se torna más grasa, y es posible que sude más que antes; esto se debe a que están creciendo las glándulas. Es muy probable que aparezcan granos en la cara sobre todo, y en la parte superior de la espalda, los que se deben a la influencia de la actividad hormonal, característica de esta etapa, y forma parte de los cambios de la pubertad.

Apariencia de vello corporal: Durante la pubertad saldrá vello en diferentes zonas del cuerpo dentro de las que destacan las siguientes el pubis, piernas y en las axilas (Alarcon Argota, Coello, Cabrera, & Monier, 2009).

Cambios en la forma de tu cuerpo: Durante la pubertad las caderas tienden a ensancharse y la cintura se acentúa, la grasa tiende a acumularse en la zona del abdomen, las piernas y las nalgas. Cambios completamente normales que hacen que las adolescentes tengan las curvas de una mujer.

El pecho: Para la mayoría de las adolescentes, la pubertad empieza cuando las mamas empiezan a crecer o se observa el botón mamario.

La menstruación suele iniciarse entre los 9 - 16 años de edad; previo al primer periodo menstrual, la mayoría de niñas empiezan a tener mayor cantidad de flujo vaginal transparente (Acervo, 2014).



El desarrollo de la mama constituye el primer signo femenino del despertar o de los cambios característicos de la pubertad. Dos años después del comienzo del desarrollo de éste suele comenzar la aparición del vello axilar; tanto el desarrollo mamario como el del vello pubiano suelen durar entre 1,5 y 6 años. Ambos fenómenos se producen de forma más o menos paralela y vienen bien definidos por los llamados estadios de TANNER, universalmente aceptados (Alberca, p. 2015).

Debe establecerse que en lo referente al desarrollo mamario lo importante es la morfología y la clasificación no debe basarse en el tamaño, porque está sujeto a numerosas variaciones individuales.

### 3. Estadificación mamaria:

Estadio I: mama prepuberal; aréola plana, pezón menor de 5 mm, a veces invertido.

Estadio II: brote mamario caracterizado por acúmulo palpable o visible de tejido subareolar; diámetros areolar y de pezón incrementados.

Estadio III: masa de tejido mamario incrementada extendiéndose fuera del área de la aréola, haciendo protrusión un pezón aumentado con diámetro de 4 mm.

Estadio IV: mayor crecimiento de tejido mamario que puede mostrar sobre él un montículo de areola y pezón (en vidrio de reloj); si este montículo no se produce, la diferenciación entre los estadios IV y V puede ser difícil.

Estadio V: mama adulta madura; el diámetro del pezón es mayor de 7 mm (Saunders, 2015).

#### 4. Estadificación del vello pubiano

Estadio I: prepuberal: ausencia de vello, pelos no sexuales, similares en textura y densidad a los generales del cuerpo.

Estadio II: pelos más largos, más pigmentados, bastos, situados sobre todo a lo largo de los labios mayores.

Estadio III: pelos más oscuros, más bastos, más rizados, que se extienden hacia el monte de Venus.

Estadio IV: pelo de tipo adulto en densidad y textura con distribución limitada alrededor de labios y hacia monte de Venus.

Estadio V: pelos de tipo adulto cubriendo el monte de Venus con el típico triángulo de base superior según el patrón de distribución femenina (Saunders, 2015).

#### 5. Cambios en el cerebro durante la adolescencia:

Mientras transcurre el periodo de la adolescencia, se dan una serie de cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro, cambios distintos en el cerebro adolescente, sin embargo existen dos desarrollos básicos: La poda sináptica, proceso que ocurre desde el nacimiento, pero alrededor del periodo de la pubertad se vuelve más pronunciado, permitiéndole la mejora en el procesamiento, almacenamiento de la información. El segundo proceso básico tiene que ver con el sistema límbico y los neurotransmisores; siendo responsable del procesamiento de la información enfatizando en las emociones, y muchos estudios han llevado a la conclusión que debido a estos cambios en el sistema límbico, los adolescentes son “sobre emocionales”, lo que las hace vulnerables a ser afectados por el estrés, y serían responsables

de su necesidad incrementada por la novedad y la búsqueda de sensaciones, así como una mayor tendencia a la toma de riesgos (Flores, 2013).

## 6. Cambios Biológicos del Adolescente

En la pubertad, se produce, desarrolla un rápido crecimiento en las medidas antropométricas: estatura y peso; cambios en las proporciones y formas corporales; y también se da la madurez sexual. Esta se inicia con un incremento acentuado en la producción de hormonas sexuales, la regulación hormonal del crecimiento y las alteraciones del cuerpo dependen de la liberación de hormonas gonadotrópicas, leptina, esteroides sexuales y hormonas del crecimiento (SEGO, 2016).

Siendo muy probable que las interacciones entre estas hormonas sean más importantes que sus principales efectos, y que las modificaciones en el cuerpo y la distribución regional del tejido adiposo, realmente sean signos que alteran los ejes de las hormonas periféricas y neuroendocrinas, procesos magnificados en la pubertad. La curva de crecimiento durante la pubertad, se emprende un aceleramiento final hacia la altura en la edad adulta, a medida que el crecimiento en estatura se acelera, llega a un pico y finalmente desciende hasta llegar a cero. El tiempo y sincronización de este pico de crecimiento puberal es altamente variable entre los individuos. Dándose el pico máximo de crecimiento cerca de 2 años de duración; poco después de terminar, la joven alcanza la madurez sexual. Distintos estudios revelaron que en Estados Unidos de América, el promedio de la velocidad del pico de crecimiento es de 8.3 cm por año en niñas y de 9.5 cm en niños, y las edades medias de 11.5 y 13.5 años respectivamente. Este aumento de crecimiento

influye prácticamente en todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Los ojos crecen con mayor rapidez, lo cual ocasiona un aumento en la tasas de miopía diagnosticadas en este periodo, el hueso maxilar inferior se alarga y ensancha, el hueso maxilar superior y la nariz se proyectan más (Perez & Aliño, 2000).

## B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

### 1. Generalidades:

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo y extenuante proceso durante el cual tendrá que alojar al embrión, feto de acuerdo a las etapas de desarrollo y cubrir las necesidades metabólicas. De manera fisiológica, el organismo de la madre sufre un conjunto de modificaciones anatómicas y de manera funcional que le permiten transformar, crear un espacio para que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado y transcendental momento del parto y el periodo del postparto o puerperio en el que tendrá que amamantar al neonato. Todas estas modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que se dan durante el proceso de gestación, tienen consideración fisiológica aunque sin duda suponen una severa alteración orgánica (Alberca, 2015) .

La concepción del embarazo en la etapa de la adolescencia hay que verlo como un problema de carácter social y de salud pública, que se cimienta, construye con base en una serie de factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo unificado: lo que tienen en común es la edad, viven en circunstancias

diferentes y tienen diversas necesidades. En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social (UNICEF R. M., 2013).

El embarazo en esta etapa tan temprana de la vida como lo es la adolescencia se ve caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia estable; las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan tanto aspectos físicos, maternos, como psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su futuro hijo (Arana, Olvera, & Chumacera, 2005).

## 2. Epidemiología:

Actualmente, la población mundial se estima en 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene edades entre 15 y 24 años, y el 10.0% de estas jóvenes presenta un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. Lo que quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres entre los 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia (Mora Cancino, 2015).

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años, se estima que a nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de madres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% de los embarazos no son planeados (Alicia & Diaz , 2012). Honduras, es un país con una población de más de ocho millones de habitantes, la población entre los 10 a 19 años es de 1, 905,610 y representa el 24% del

total poblacional del país, lo que nos ubica como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacimientos; según la encuesta ENDESA, el 22 por ciento de las mujeres hondureñas entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas (Secretaria de Salud de Honduras, 2012).

El embarazo en la etapa de la adolescencia ha estado expuesto a una serie de razonamientos y todos ellos se dirigen o concentran hacia la búsqueda de respuestas en torno a la actividad sexual de las adolescentes. Las carencias a nivel afectivo, los problemas familiares, presión de grupo sociales, estímulo por parte de los medios de comunicación, han sido algunas de las variables explicativas del aumento en la tasa de embarazos en edades tempranas (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012).

Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año; la literatura nos informa la alta tasa de adolescentes 62,8% en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año (Alexandra, y otros, 2013).

El embarazo a cualquier edad es considerado un evento psicosocial sumamente importante e influyente, y muchas veces se ve enmascarado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre estas se han identificado condiciones psicosociales de pobreza, el poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas de las embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican el embarazo como lo son: la Hipertensión Arterial Crónica, la

Diabetes Mellitus, Síndrome Anticuerpos Antifosfolipidos, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición, anorexia, bulimia y anemia; enfermedades neoplásicas, además de una amplia gama de enfermedades infecciosas y parasitarias (Alicia & Diaz , 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo en la adolescencia como una de sus principales prioridades en la atención de estas, ya que trae consecuencias tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total (Mora Cancino, 2015).

En el grupo de las adolescentes se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones del embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, virus del papiloma humano y el aborto. En cuanto al feto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento intrauterino, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen como efecto directo el incremento de la morbilidad materno infantil (Arana, Olvera, & Chumacera, 2005).

Las causas más frecuentes de morbilidad durante la primera mitad de la gestación de la adolescente se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo cabe

destacar los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias como ser desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Placenta previa, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas ovulares, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (Mora Cancino, 2015). Honduras tiene la tasa más alta de fecundidad adolescente en América Central, y esta no ha tenido ninguna disminución en las últimas décadas. En el 2001 hubo una tasa de nacimiento de 137 por cada 1000 mujeres hondureñas en edades comprendidas entre 15 a 19 años, comparado con tasa de 119 en Nicaragua, 114 en Guatemala, 104 en El Salvador, 95 en Belice, 89 en Panamá y 78 en Costa Rica (Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante, 2006).

### C. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

1. Etimología: Tiene su origen del latín *sociālis* que significa social, o aquello perteneciente o relativo a la sociedad. Definiendo como sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad.
2. Clasificación: Es todo el período en que se realiza el conjunto de cambios morfológicos y psicológicos suele conocerse como adolescencia, y dentro de la esta podrían distinguirse tres etapas: I. Prepuberal: en que se inician los cambios en la morfología. II. Puberal (o pubertad propiamente dicha): en que se completa la maduración del aparato genital. III. Postpuberal: en que acaba



el desarrollo somático y psicosexual (Arana, Olvera Guerra, & Chumacera Lopez, 2005).

### 3. Dimensiones

a. Dimensión Cultural: Consiste en todas las actividades, los conocimientos, procedimientos, valores e ideas que se producen y transmiten en el aprendizaje social y tiene dos componentes. El componente de carácter material que son los elementos culturales, físicos, producidos artificialmente por el hombre: técnica y tecnología e Inmaterial que se refiere a las modalidades de pensamiento, conocimientos, sentimientos, las ideas, creencias, valores morales, costumbres (Vanesa, 2017).

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las conductas sexuales, que constituyen una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los individuos; adaptando el “modelo de creencias sobre salud” (health belief model). (Becker y Maiman, 1983). La conducta individual, en estos casos haciendo frente a un probable embarazo es determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, de la gravedad de la situación que la adolescente va a enfrentar, de la posibilidad de remediar dicha situación, de los costos de la prevención y su eficacia y de la disponibilidad y calidad de la información de que se dispone (Pantelides, 2014) .

i. Creencias: Tiene su origen etimológico en el sufijo latino entia que significa cualidad de un agente o actividad y del verbo creer que se deriva de la palabra latina credere cuyo significado es poner confianza, creer. Se define como los sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la forma de

percepción de diferentes partes del mundo en el que vive la sociedad de referencia. Es el estado de la mente en que el individuo supone el verdadero conocimiento o la experiencia que tiene acerca de una cosa o suceso (Moya, 2014).

ii. Hábitos: Son el resultado del ejercicio reiterativo de actividades para poseer un bien o para lograr un fin determinado, son disposiciones estables que la persona adquiere en la medida que va ejerciendo su libertad. Tienen su origen etimológico del latín *Habitus* que significa modo especial de proceder o conducirse, que se va adquiriendo por acciones repetitivas de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas (Arana, Olvera Guerra, & Chumacera Lopez, 2005).

iii. Costumbres: Según Agustín Squella la costumbre es una fuente de derecho en la que las normas jurídicas que por su intermedio se producen y provienen de la repetición uniforme de un determinado colectivo, al que se añade la convicción de que se trata de un comportamiento jurídicamente obligatorio. Las costumbres tienen un elemento objetivo: cuando las conductas son repetitivas de manera constante y uniforme en un determinado periodo de tiempo y que este se vuelva prolongado; el componente subjetivo es el denominado elemento psicológico, espiritual, que consiste en el convencimiento de la comunidad y de cada uno de sus integrantes que al comportarse de una determinada manera cumplen un deber jurídico; y el componente formal consiste en que la costumbre haya sido reconocida por el poder público.

b. **Dimensión Socioeconómica:** Es el nivel o estatus socioeconómico, definido como una medida total económica y sociológica que se combina con la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, esta condición es basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se enfatiza en los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación de cada uno de sus miembros, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

El estatus socioeconómico se clasifica por lo general en tres categorías: Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada. Para poder ubicar a una familia o individuo en una de estas tres categorías se incluyen o deben ser analizadas una o todas las siguientes tres variables (ingreso, educación, y ocupación).

i. **Situación socioeconómica de la adolescencia en Honduras:** Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, el 68% de los hogares hondureños donde habitan adolescentes es pobre, lo que coincide con las estimaciones de pobreza infantil realizadas por CEPAL-UNICEF, según las cuales el 68,4 de los menores de edad de 12 a 17 años es pobre (51,6% en zonas urbanas y 80% en rurales) (UNICEF, 2010).

La pobreza extrema afecta a un 45.4% de hogares con adolescentes. En pobreza relativa vive un 22.2% y los hogares no pobres representan solo un 32.4%. En el área rural la pobreza extrema alcanza niveles de hasta un 59%,

casi duplicando el 27.2% del área urbana; la pobreza relativa en cambio es del 12.3% en el área rural y del 35.5% en el área urbana.

Los departamentos de Honduras con mayores índices de pobreza entre la población adolescente en un rango de 82.9 - 89.2% son: Intibucá, La Paz, Lempira y Santa Bárbara; en un rango de 72.4 -79.2% se encuentran Ocotepeque, El Paraíso, Comayagua, Olancho y Valle (UNICEF, 2010).

c. Dimensión educativa: La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de todos los infantes, adolescentes y de la juventud a una educación de calidad; asimismo, la Constitución de la República de Honduras plantea su accesibilidad para toda la población.

Desde la reforma educativa de 1959, el nivel de educación media se estructura en dos grandes ciclos: ciclo común y ciclo diversificado. La duración del ciclo común es de tres años, y la del ciclo diversificado varía según la modalidad incluyéndose en este último ciclo la educación normal (formación docente) que hasta la fecha se imparte en institutos de nivel medio (UNICEF, 2010).

La educación nacional se organizará como un proceso integrado y correlacionado en todos sus niveles. (Cap.IV, Art. 16). El sistema educativo comprende dos aspectos fundamentales:

- i. La educación escolar, que se impartirá en los establecimientos de enseñanza propiamente dichos.
- ii. La educación extraescolar, que se obtiene a través de bibliotecas, museos, teatros y otros medios de difusión y formación cultural (Cap. IV, Art.17).

La educación escolar se adaptará al desarrollo psico-biosocial de los educandos y comprenderá los siguientes niveles: Educación preescolar, Educación primaria, Educación media y Educación superior (Cap.IV, Art.18) (República de Honduras, 2016).

En cada una de estas etapas que forman la educación de un individuo hondureño se toma como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión

**Educación Preescolar:** Debe ser impartida a todos los niños de edades entre 4 a 6 años, el cual tiene una duración de tres años y acoge a párvulos con el fin de inducirles en los primeros pasos en la educación formal, como ser la escritura, manualidades, vocablos, cantos, alfabeto, números, etc. En Honduras, la educación preescolar es obligatoria, se imparte a través de dos modalidades: formal (jardines de niños) y no formal (CEPENF Centros de Educación no Formal) y a través de centros comunitarios de escolar.

Es impartida con el objetivo de estimular al niño en la formación de hábitos, la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades que favorezcan su desarrollo integral; sienta las bases de una incorporación positiva a la sociedad, a partir de la satisfacción de sus necesidades e intereses. Este tipo de educación la recibe el niño en las escuelas de párvulos y jardines de infancia con el objetivo de guiar sus primeras experiencias, estimular el desarrollo de su personalidad y facilitar su integración al medio (Cap. I, Art.19) (República de Honduras, 2016) .

**Educación primaria:** La educación primaria en Honduras es gratis, obligatoria e impartida a niños en edades comprendidas entre 7 a 12 años; es

el subsecuente de la educación formal integral y tiene una duración de seis años (primer grado a sexto grado), ya con niños preparados para un estudio más completo. Algunas escuelas primarias a partir del año 2000 se identifican con el sistema de educación básica llegando hasta el noveno año; o sea, tres años más en los cuales abarca la educación básica secundaria.

Este nivel educativo tiene por objeto ofrecer los instrumentos y contenidos básicos de cultura, y el desarrollo integral de la personalidad (Cap. II, Art. 21) (República de Honduras, 2016) .

**Educación secundaria o media:** La cual es impartida a estudiantes entre los 13-18 años; se divide en dos ciclos: Ciclo común y Ciclo diversificado. El Ciclo Común llamado de Cultura General es de tres años y el diversificado comprende las carreras según su metodología de estudio y exámenes, entre dos a tres años, siempre en el último contando con una práctica.

Atiende la formación integral de los adolescentes, continúa el proceso formativo de la educación básica, capacita para el ejercicio de determinadas profesiones y oficios que requiere el desarrollo económico y social del país, y prepara para seguir los estudios del nivel superior (Cap. III, Art.27). El egresado del nivel medio adquiere los conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas en un campo específico de estudios que le permiten incorporarse en el mercado laboral y participar activamente en el desarrollo del país (República de Honduras, 2016) .

**Educación superior:** Es impartida a estudiantes de 17 a 18 años en adelante, es la educación universitaria. El nivel de educación superior medio, comprende las carreras universitarias con grado de Licenciatura y Técnico Universitario. El Nivel Superior Universitario es el que comprende las especializaciones en los grados de licenciaturas y técnicos universitarios mediante, Diplomados, Post grados, máster y Doctorados.

Representa la más alta aspiración del ciudadano hondureño; ya que por medio de ella se contribuye a la formación científica, humanística y tecnológica, a la difusión general de la cultura y al estudio de los problemas nacionales. En este nivel se imparte la educación tecnológica que forma a los profesionales competentes para desempeñarse en los campos técnicos y tecnológicos, destinados a satisfacer necesidades del sector productivo del país; prioriza la formación académica e investigativa, y promueve la sistematización del conocimiento universal y del trabajo académico por áreas disciplinarias. Incluye los estudios de grado y postgrado orientados a formar profesionales capaces de difundir y producir ciencia, tecnología y cultura en la creación y aplicación de conocimientos en función de las demandas y expectativas del país (República de Honduras, 2016) .

d. Entorno: Se define como aquello que rodea a algo o alguien; o el conjunto de circunstancias y condiciones laborales, familiares, educativas o económicas que rodean a toda persona. Es decir, es la cultura en la que ese hombre o mujer ha crecido y se ha educado.

e. **La familia:** Tiene su origen del latín familia que es un grupo de personas formado por individuos que se unen, principalmente por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que definen a la familia son de dos tipos: vínculos de afinidad que derivan del establecimiento de un vínculo que es reconocido socialmente, como lo es el matrimonio que en algunas sociedades, solo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la unión de varias personas o poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre o madre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre una definición aceptada universalmente de la familia.

1. Familia nuclear se define como aquella fundada en la unión entre hombre y mujer, y los hijos, es la típica familia clásica, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad. Las formas de vida familiar en la actualidad son muy diversas, dependiendo de diversos factores tales como sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad.



2. Familia Extendida: Es la formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos, suele incluir los abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines.

3. Familia Monoparental: Es la formada por uno solo de los padres, aunque la mayoría de las veces es la madre con sus hijos. Puede tener diversos orígenes: como ser padres separados o divorciados donde los hijos quedan viviendo con uno de los ellos, por un embarazo precoz donde se constituye la familia de madre soltera y por último el fallecimiento de uno de los cónyuges.

4. Familia Homoparental: Es la formada por una pareja homosexual (ya sea hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados

5. Familia Ensamblada: Está formada por agregados de dos o más familias por ejemplo: una madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos. En este tipo de familia también se incluyen aquellas conformadas solamente por hermanos, o por amigos, donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con los sentimientos, convivencia y solidaridad, quienes viven juntos en el mismo espacio.

6. Familia de Hecho: Este tipo de familia tiene lugar cuando la pareja tiene convivencia, cohabitan, pero no han establecido ningún enlace legal de por medio que establezca su relación de manera definitiva (Conceptos básicos para el estudio de las familias, 2013) .

#### D. FACTORES PREDISponentES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:

a. Menarca temprana: La menarca temprana le otorga madurez reproductiva, a las adolescentes, aunque esta no esté preparada para manejar situaciones de riesgo.

- b. Inicio precoz de relaciones sexuales: Estas se dan cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención del embarazo en esta etapa.
- c. Familia disfuncional: Las familias disfuncionales factor que influye ya que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia, con buen diálogo padres – hijos.
- d. Bajo nivel educativo: Generalmente se da cuando no hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta.
- e. Pensamiento mágico: Aquellos pensamientos propios de esta etapa de la vida, que lleva a las adolescentes a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- f. Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes se difundan mitos respecto a relaciones sexuales o a la concepción de un embarazo que las llevan a conductas inapropiadas.
- g. Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres en la social actual que deriva en la libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos (Barrozo & Pressiani, 2011).
- h. Lugar de residencia: La variable “lugar de residencia” se resume como una realidad compleja, pero cuyo significado podríamos resumir como “estilo de vida”, el que comprende desde lo más básico que es acceso a la educación, al trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las

adolescentes fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos (Pantelides, 2014).

## E. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENTE

### EMBARAZADA:

En términos concretos, la reproducción en la etapa de la adolescencia es considerada como una problemática social por una serie de razones relacionadas con su incremento; su contribución al crecimiento acelerado de la población; sus efectos adversos sobre la salud materna y sus hijos; y su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza (Pino, Escobar, Muñoz, Torrent, & Bosch, 2011).

Es importante resaltar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de alto riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un aumento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del embarazo; y cuando este ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En ende, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años; cabe destacar la frecuencia de problemas o defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso al nacer, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción

significativamente más alta, en comparación con las embarazadas adultas (Alicia & Diaz , 2012).

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la tasa de fecundidad adolescente pueden ser concebidos como niveles de análisis, que van desde lo más alejado que es el nivel macrosocial a lo más próximo a la conducta misma, el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. Dentro del nivel macrosocial podemos destacar las pautas culturales, la estructura socioeconómica, la estratificación por género, la estratificación étnica y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva en la etapa de la adolescencia (Pantelides, 2014).

El embarazo adolescente se ha visto vinculado a múltiples determinantes de carácter social tales como: bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad o deserción escolar, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con desigualdad en el acceso a servicios de salud, insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, a nivel individual con un marcado inicio cada vez más temprano del ejercicio de la actividad sexual y bajas tasas de planificación familiar (Alexandra, y otros, 2013).

También dentro del contexto social, pero más cercanas al individuo, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad son factores de peso que influyen en embarazo en la adolescencia, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Ciertas características de los

sujetos determinan grados de vulnerabilidad a una fecundidad precoz, como ser la edad, su situación socioeconómica y en particular su nivel de educación y su pertenencia a un grupo étnico. Finalmente las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas que conducen a una fecundidad cada vez más temprana (Pantelides, 2014).

El inicio de la maternidad a edades tempranas está vinculado con diversas situaciones que podrían reducir las pocas oportunidades de desarrollo de las jóvenes adolescentes; dadas en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero de hogar. El embarazo temprano con sus repercusiones implícitas es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables de la sociedad. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos, como ser el ritmo, coito interrumpido, así como el consumo de sustancias nocivas a la salud: tabaco, alcohol y marihuana (Julio, Ruelas, & Conyer, 2002).

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se clasifican en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad

sexual precoz son menarca en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones a nivel educativo, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de sustancias nocivas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.

La dimensión familiar se caracteriza por factores de riesgo como: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en etapa de la adolescencia, padre o madre ausente y carencias afectivas.

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente repercusión de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (W., Poo, Vasquez, Muñoz, & Vallejo, 2007).

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imaginan. Entre 10 y 12% de las adolescentes entre los 15 y 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años de edad. El matrimonio a edades tempranas la mayoría de las ocasiones es seguido por el embarazo y la maternidad tempranos. La iniciación sexual muy temprana representa un riesgo para la salud y el bienestar de las jóvenes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las adolescentes no

tienen la madurez o la asertividad para utilizar medidas preventivas (Ivan, Ramiro, & Nina, 2011).

El embarazo en la etapa de la adolescencia, además de constituir, representa un riesgo médico elevado, lleva consigo muchas dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Constituyendo por ende la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro; el impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en aumento de las tasas de deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros (Alarcon Argota, Coello, Cabrera, & Monier, 2009).

La adolescente soltera que se queda embarazada debe enfrentarse a una serie de factores estresantes que pudieran asociarse con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la etapa de adolescencia que ya por sí mismo es un período lleno de cambios anatómicos, fisiológicos y adaptativos, que modifican sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. Además, se ha señalado que el embarazo en la adolescencia especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer gestante. La futura madre tiene que adaptarse a la diversidad de cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haber quedado embarazada soltera, la adolescente pudiera estar sujeta al rechazo de la sociedad, así como al de las personas más cercanas a ella. Los trastornos sociales y económicos que esto puede provocar, en algunos casos,

condiciona la inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto dentro del ámbito académico como de vida en general.

La incertidumbre de la situación de cursar con un embarazo en la adolescencia, propicia dudas y preocupación, lo cual se ve asociado con sentimientos de depresión siendo más notable en la adolescente soltera. Cabe destacar que es de gran relevancia la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe en particular de la familia de origen y la pareja y familia de la pareja. Se ha evidenciado que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, en especial durante la gestación y el comienzo del proceso de la adaptación de la madre. El hecho de iniciar una relación conyugal o no a causa del embarazo es otro factor condicionante ya que las adolescentes que entra en una relación marital pueden obtener mayor apoyo y la aprobación de la sociedad, pues el estado civil hace que se convierta su gestación en algo lógico, aceptado y esperado por la sociedad en la que vivimos (Mora Cancino, 2015).

De esta forma se concibe a grupo de adolescentes embarazadas y madres en condición de vulnerabilidad, dado que al no tener una madurez fisiológica completa, corren un mayor riesgo de presentar complicaciones que limitan tanto la vida de las adolescentes como de sus futuros hijos e hijas. Esta condición de vulnerabilidad se incrementa en los sectores de población en condiciones socioeconómicas limitadas, debido a que se dificulta el acceso a los servicios de salud tanto públicos como privados, a la educación, entre otros aspectos de relevancia, que conlleva para estas adolescentes embarazadas



a una serie de problemáticas a corto y largo plazo (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012).

En el ámbito sociocultural se ha indicado que entre un 33% y un 46% de las adolescentes gestantes, han desertado de su escuela antes de quedar embarazada, en Brasil, se encontró que un 84,5% de adolescentes embarazadas ya se encontraban fuera del sistema de educación, al embarazarse. Estas adolescentes presentan menores niveles de escolaridad que embarazadas adolescentes que han desertado durante su estado de gravidez y se evidencia una profunda deprivación socioeconómica, ya que desertan de la escuela y se encuentran sin realizar ningún tipo de actividad productiva, previo al momento del embarazo.

Demostrándose que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual; entre ellos se ha evidenciado que los embarazos adolescentes son producto de una baja autoestima, por lo que se da la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar, la salud sexual y reproductiva. La sexualidad se incrementa con la pubertad, ocupando un lugar central en el desarrollo de la adolescente y su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales (Mora Cancino, 2015).

Por otra parte Evans y Rosen, han comprobado que al mantenerse las adolescentes en el sistema de educación formal, estas tienden a posponer su primer embarazo, a la utilización de métodos anticonceptivos, a tener un

menor número de hijos y a ser responsables por el cuidado de ellos (Maruzzella & Molina, 2003).

La condición social es determinante en la salud de las personas, esto se ve agudizado en las adolescentes embarazadas, debido a su condición de jóvenes menores de edad y dependientes, lo que las lleva a formar parte de un estado de vulnerabilidad.

En estudios sobre el embarazo en la etapa de la adolescencia es de gran relevancia definir qué se entiende por pobreza, puesto que la Comisión Económica para América Latina afirma que la tasa de fecundidad en edades tempranas es más frecuente entre las adolescentes que provienen de sectores económicos empobrecidos. La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida se incrementa entre las adolescentes pobres; la pobreza adquiere determinadas una serie de características de acuerdo con la historia, la cultura, la región, el género, el sistema económico, social, religioso y hasta la geográfica. De esta forma definiremos la pobreza a un nivel amplio como la presencia de niveles de vida socialmente inaceptables (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012).

Este fenómeno de deserción escolar ayuda a describir los mecanismos de la transmisión intergeneracional de la pobreza, ya que tendríamos como fruto de este embarazo a una niña pobre que tiene un hijo a temprana edad, y que asociado a esto, causaría deserción escolar, o en la mayoría de los casos ya los había dejado previamente. Por ende se podrá aspirar sólo a trabajos mal remunerados económicamente debido a su baja calificación educativa y

laboral, si es que puede trabajar en caso que cuente con el apoyo de padres o familias o quien le cuide al hijo.

Desde el ámbito sociocultural, la adolescente gestante se ve limitada en sus oportunidades de estudio y a nivel laboral, dado que la mayoría de estas jóvenes se ve obligada a abandonar el sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permitirá acceder a un trabajo digno que a su vez le permita satisfacer sus necesidades, al menos las básicas (Marta, Ferrada, Perez, & Cid, 2004) .

Al darse un inicio a edad temprana de las relaciones sexuales, se convierte en un eslabón de relevancia en la aparición de trastornos relacionados con la aparición del embarazo precoz, el inicio precoz de las relaciones sexuales es debido a la necesidad de una mayor difusión de aspectos relacionados con la educación para una sexualidad saludable y con el embarazo precoz (Quesada Mario, Romero, Maria, & Rodriguez, 2009).

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más a edades tempranas, pero la capacidad de prevenir el embarazo adolescente no acompaña este comportamiento. Entre edades comprendidas de 10 y los 14 años no existe la madurez emocional, ni intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención del embarazo en adolescentes. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre las prácticas de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para concertar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos en esta etapa de la vida, máxime si éstas tiene mayor edad que ellas.

En muchos países se ha evidenciado que las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre su cuerpo y los procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil y la vida reproductiva. Este desconocimiento se ve agudizado en las adolescentes más jóvenes, en algunos casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual manera a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso o nulo, o en el medio en el que viven circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos de planificación familiar (Ivan, Ramiro, & Nina, 2011).

La prosperidad a nivel económica de un individuo o de su familia es afectada directamente por la política económica de su país y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad laboral y el nivel de ingreso. Muchas investigaciones realizadas a nivel mundial, demuestran la fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes (Carlos & Montoya, 2014).

Otros efectos señalados en la literatura, con relación a los hijos e hijas de las adolescentes son el maltrato infantil y la morbilidad infantil, así como se ha demostrado un menor desarrollo cognitivo de los menores (Maruzzella & Molina, 2003).

El recién nacido de una madre adolescente no tiene diferencias significativas con relación a las mujeres en edad adulta, aunque si puede existir diferencias entre las menores de 15 años de edad. Se pueden destacar la internación en neonatología, sin diferencia entre las edades de las adolescentes; malformaciones: con incremento de la incidencia entre los hijos de

adolescentes menores de 15 años de edad respecto a las mujeres de mayor edad, siendo los defectos del cierre del tubo neural los más frecuentes, y con un número importante de retraso mental de por vida; la mortalidad perinatal: su índice es incrementa entre las adolescentes, disminuyendo con la edad; recién nacido con bajo peso al nacimiento por parto pretérmino o por ser pequeño para la edad gestacional (Gabriela, Parra, Wendler, & Mozon , 2006). Las adolescentes con edad comprendidas entre 16 a 19 años presentan un riesgo incrementado de embarazo; puesto existen situaciones con los círculos de amigos que favorecen el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas y por ende la posibilidad de embarazo.

El embarazo en la etapa de la adolescencia favorece más a la dedicación de labores domésticas que a la inserción en la vida laboral; cabe destacar que las adolescentes que viven en unión libre o están casadas tienden a tener más embarazos que las que aún están solteras; la ocupación en labores del hogar es un factor de riesgo para una gestante adolescente, ya que las mujeres que trabajaban como amas de casa se ha visto que presentaron una mayor incidencia en la proporción de embarazo (Carlos & Montoya, 2014).

La actitud que tenga la adolescente frente al embarazo, dependerá de una serie de factores como ser: la etapa de la adolescencia que está cursando en ese momento, el origen del embarazo, el significado que tiene para ella su futuro hijo, sus proyecto de vida antes de la gestación, los recurso familiares que disponga y el papel del padre del hijo en el proceso de la gestación; entre otros (Silvia, Badilla, Cordero, & Marin, 2012) .

La preocupación real en el caso de una gestación en la adolescencia no debe estar centrada en las condiciones físicas y sus riesgos sino más bien en la crisis a nivel psicológico y social que pueden generar depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, dificultades para relacionarse con otras personas, sentimientos de desamparo y de soledad e incapacidad para proyectarse al futuro (Sandra, 2003) .

#### F. LA ACTITUD DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE:

El embarazo en el periodo de la adolescencia está asociado con otras conductas de carácter antisociales, como el uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que hace ver su bajo nivel de aceptación de las normas conductuales de la sociedad en la que se desenvuelve. Respecto al estado de ánimo y el ajuste a nivel personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente se genera a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces de duración crónica y, en otros casos, aparentemente en relación con una pérdida de manera real o percibida o las enfermedades crónica de un ser querido.

Las actitudes y expectativas que tiene una joven madre en la etapa de la adolescente en cuanto al rol materno que debe de asumir y la crianza de los hijos, lo que contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. Además en este aspecto destaca que las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta, ya que existe evidencia que han mostrado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos del desarrollo infantil, sus expectativas son menos realistas en cuanto a la conducta infantil, con actitudes disciplinarias y menor sensibilidad

a las necesidades del niño. Al parecer estas diferencias se evidencian de menor manera en los primeros meses del posparto y en el caso de las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia, comparadas con las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar (Mora Cancino, 2015).

#### G. PREVENCIÓN:

En el ámbito internacional y nacional se han dado intervenciones encaminadas a enfatizar en la salud sexual y procreativa, enfocadas a promover el acceso y la utilización de métodos de planificación, a incrementar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva. Adicionalmente, se ha sugerido que estas intervenciones deben basadas en información sobre las demandas y necesidades de las adolescentes en contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar, para así poder disminuir la incidencia de embarazo en la adolescencia (Janeth, 2007).

Existen tres niveles de prevención:

a. La prevención primaria: Definidas como las medidas destinadas a evitar la gestación en la adolescencia, brindándoles la información sobre fisiología reproductiva, de manera gradual y continua en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar, así como la utilización adecuada de los medios de comunicación, estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas que se generan con cada etapa de la adolescencia, fomentar la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión, capacitación de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos en

situación de alto riesgo, identificación de las jóvenes que no asisten a escuelas, ni trabajan, para su reinserción social y educación.

b. Prevención secundaria: Son las medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada, como ser la asistencia del embarazo en un adecuado control prenatal, atención del parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado, asistencia al padre del bebe, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol de madre, información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

c. Prevención terciaria: vigilancia del vínculo establecido entre madre – hijo, padre – hijo, así como el favorecimiento del ingreso a la vida laboral de la madre y el padre si corresponde, el seguimiento médico integral del joven padre sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo, asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reincidencia de los embarazos con intervalo intergenésico corto, creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación a las que se enfrentaran como madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado (Gabriela, Parra, Wendler, & Mozon , 2006).

#### H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006 establece que las condiciones de pobreza, el nivel educativo bajo, las pocas posibilidades de acceso a la educación superior, la tasa de desempleo y la



baja autoestima, son algunas de las causas que explican al embarazo en la etapa de la adolescencia y la incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las estas. En Honduras se ha visto una alta incidencia de embarazo adolescente (22.5%) y de ITS (14.9% de mujeres entre 15-19 años reportaron haber tenido una ITS), por otro parte en el país no se ha definido una edad mínima para el consentimiento sexual. A pesar de lo expuesto anteriormente, no se ha permitido abiertamente el acceso de los menores de edad adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva sin el adecuado consentimiento de sus tutores legales; las adolescentes constituyen un grupo en desventaja en cuanto al acceso y uso de los recursos en salud sexual y reproductiva.

El problema de la gestación en la adolescencia es grave, debido a que se ha dado un incremento en la tasa de incidencia con promedio de 22.5 % de mujeres entre 15 y 19 años estuvo embarazada alguna vez; especialmente el grupo de 19 años (40.2%) (UNICEF, 2015).

La maternidad a edades tempranas es reconocida en el mundo como un factor que afecta tanto el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país, ya que la maternidad temprana puede interferir en las perspectivas educativas de una mujer joven, disminuir su autonomía social y económica a largo plazo, y comprometer tanto su salud como la de su recién nacido. En Honduras uno de los países más pobres de América Central, reducir los altos niveles de maternidad en la adolescencia es vital para el mejoramiento de la vida de las mujeres y de sus

familias, así como de la sociedad en general (Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante, 2006).

Se han registrado importantes avances en la adopción de la legislación en los países de Latinoamérica respecto a la prevención del embarazo en etapa adolescente, haciendo énfasis a través del reconocimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva y de la educación sexual. Para empezar el derecho al más alto nivel de salud es reconocido en las constituciones y en las legislaciones domésticas de prácticamente la totalidad de los países de América Latina, no así en la mayoría de los países del Caribe.

En cuanto el acceso a la información relacionada con la educación sobre salud sexual y reproductiva, los riesgos del embarazo adolescente y la importancia de disuadir el embarazo a edades tempranas, se puede observar que el reconocimiento del derecho a informarse mantiene una relación de la cobertura legislativa con la necesidad de darle prioridad legislativa al tema del embarazo en la adolescencia.

De acuerdo a un estudio conjunto de CEPAL y UNICEF sobre la protección de los derechos sociales de la infancia y la adolescencia, se concluyó que de las legislaciones de los países que regulan la atención y acceso a servicios médicos por parte de personas menores de edad, en general no surge en forma clara ni explícita si pueden acceder sin la presencia de padre, madre, tutores u otros adultos responsables y, en caso de tener acceso, sobre los términos del cumplimiento o no de las reglas de confidencialidad y secreto profesional (Morlachetti, 2010).

En lo relativo a la educación sexual en la mayoría de las regiones esta se encuentra reconocida como obligación del Estado y en algunos de ellos se menciona expresamente que el objetivo de la misma es la prevención de los embarazos adolescentes. Sin embargo se debe notar que si bien en la mayor parte de los países se prevé la educación sexual, en algunos parece limitarse o darse predominancia a la educación a la familia o en conjunto con los padres e incluso en algunos casos, como el Código de Familia de Panamá los programas de educación sexual y familiar serían de carácter obligatorio para el caso de aquellos adolescentes que ya son madres y padres (UNFPA, 2014). La situación de las adolescentes en Honduras no difiere de la realidad de América Latina, los datos estadísticos disponibles muestran las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra la población adolescente y joven del país.

La pubertad a edades más temprana, el inicio más temprano de relaciones sexuales y el limitado acceso a la educación sexual y servicios de salud integrales, la falta de programas acordes a la edad para postergar el inicio de su vida sexual o evitar el primer embarazo, categorizan a Honduras como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacimientos; donde la peor parte la enfrentan las adolescentes pobres, adolescentes con bajos niveles educativos, y/o adolescentes originarias de los pueblos originarios y afro hondureños, cuyas estadísticas triplican a sus homologas de los quintiles más ricos y con mejor educación (Secretaría de Salud Pública, 2012).

El inicio a edad cada vez más temprana de las relaciones sexuales entre adolescentes, el limitado acceso a recibir información, educación sobre la sexualidad, la oportunidad de obtener acceso a servicios de salud de manera integral, la presión del grupo social de referencia y la carencia de programas acordes a la edad para postergar el inicio de su vida sexual y así poder evitar el primer embarazo ubican a nuestro país Honduras como el segundo país de Latinoamérica con mayor tasa de fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 100,000 nacidos vivos. Esta tasa de embarazo es más elevada en las adolescentes que viven en áreas rurales que en las que viven en zonas urbanas, la mayoría de estas madres son carentes de educación, enfrentan un sin fin de dificultades para acceder a recursos que les facilite avanzar hacia su empoderamiento, mejor educación y oportunidades en el campo laboral. (Carlos & Montoya, 2014)

Es importante hacer hincapié en que el embarazo en el grupo de adolescentes de 10 - 14 años merece especial atención, mientras menor es la edad de las niñas que ya han tenido relaciones sexuales, se incrementa la probabilidad de que se hayan enfrentado a una relación sexual obligada. El hacinamiento en la vivienda propicia o genera un ambiente para las relaciones sexuales a edad temprana y violaciones de sus derechos dentro del círculo familiar y de amistades, dando como resultado embarazos no deseados, incremento en los índices de aborto en condiciones de riesgo, deserción escolar, baja autoestima y marginamiento social que las relega en la pobreza o inclusive a un suicidio (Flores, 2013).

Habitualmente el embarazo y la anticoncepción en la etapa de la adolescencia se consideran un problema únicamente de carácter femenino; sin embargo, al dialogar de la salud sexual y reproductiva del adolescente es imprescindible tener en cuenta ambos sexos. Es imperativo el abordaje de las sexualidades y masculinidades en los hombres adolescentes como un enfoque de tipo estratégico y preventivo que le genere la creación de conciencia en el ejercicio de la sexualidad con sentido de responsabilidad. Esto resulta esencial, primordial en la aplicación de estrategias que eviten el embarazo en la adolescencia (Quesada Mario, Romero, Maria, & Rodriguez, 2009).

La estrategia nacional para la prevención del embarazo en la adolescente (ENAPREAH) establece que la creación y organización de Comité para la Prevención del Embarazo en Adolescentes es trascendental para que en el nivel local se avance en prevención del mismo.

Este comité será el responsable de conducir en coordinación con los diferentes actores de la comunidad las principales acciones para incidir en las determinantes sociales identificadas que favorecen la ocurrencia de embarazos en la población adolescente, ya que su prevención no solo depende de la Secretaría de Salud.

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

En este capítulo se presenta la metodología utilizada en esta investigación, se operacionalizaron las variable de estudio traduciéndola a cinco dimensiones y a indicadores, se describe la muestra, se expone el instrumento utilizado para recolectar los datos, se explica el procedimiento y el plan de análisis.

#### **A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Será un estudio con enfoque cuantitativo: ya que se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Sampieri, 2010) .

#### **B. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Diseño tipo observacional: Porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas.

Kerlinger (1985) lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son inherentemente no manipulables ”

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

### C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Alcance descriptivo: Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

En estos casos el problema científico ha alcanzado cierto nivel de claridad pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de relaciones causales. El problema muchas veces es de naturaleza práctica, y su solución transita por el conocimiento de las causas, pero las hipótesis causales sólo pueden partir de la descripción completa y profunda del problema en cuestión (Rosa).

### D. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Es una propiedad, característica, atributo o cualidad de una persona u objeto que puede variar, que puede adquirir diversos valores y cuya variación es susceptible de medirse (Ortez, 2001).

Variable de estudio: Características sociales de la adolescente embarazada

### E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Consiste en especificar las características fundamentales de las variables, describiendo sus cualidades, relaciones, formas de medición, dimensiones e indicadores a través de un proceso de abstracción de lo general a lo particular.





			Socioeconómico	Ingreso mensual	2000-4000 4000-5000 Mayor 5000
				Estabilidad laboral	Empleo a diario Contrato Permanente
			Educativa	Nivel educativo	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Pasante universitaria
				Deserción escolar	Grado que cursaba
			Entorno	Características de la vivienda	Alquilada Propia Tipo de techo, pared, piso Servicios Básicos: agua, energía eléctrica,

				Condiciones de vida	<p>telefonía, alcantarillado</p> <p>Situación actual</p> <p>Numero de dependientes</p> <p>Situación del embarazo, maternidad, paternidad</p> <p>Consecuencias del embarazo</p>
			Familia	Estructura de relaciones	<p>Nuclear</p> <p>Extensa</p> <p>Monoparenteral</p> <p>Emsamblada</p> <p>De hecho</p> <p>Estructura de relaciones</p>
			Capital Social	Redes de apoyo	<p>Relaciones familiares</p> <p>Relación entre pares.</p> <p>Percepción de apoyo familiar</p>

				Confianza institucional	Percepción de apoyo de pares Percepción de apoyo institucional Conocimiento de oferta institucional Confianza institucional
--	--	--	--	----------------------------	--

## A. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población o universo: Selltiz (1974) la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan como una serie de especificaciones.

La población está constituida por 110 adolescentes puérperas atendidas en la Maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela

2. Unidad de análisis: “Quienes van hacer medidos ” (Hernández Sampieri, 2010).

Las adolescentes

3. Muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la ley de los grandes números y el teorema central del límite, que explican que muestras mayores de 100 elementos son los suficientemente grandes y representativas de la población, porque a partir de ese dato todas las varianzas de distribuyen siguiendo la curva normal.

4. Métodos de muestreo: Probabilístico ya que todos los casos tenían la misma probabilidad de ser seleccionados.

5. Procedimiento de recolección: El cual se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo del 2017 en la maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela atreves de selección al azar diariamente de las puérperas adolescentes en este periodo de tiempo.

6. Criterios de inclusión: Todas las adolescentes puérperas atendidas maternidad del HLMV durante los meses de marzo, abril y mayo del 2017.

Pacientes que dan su consentimiento para participar.

## 7. Criterios de exclusión: Pacientes con trastornos neurocognitivos

Pacientes que no dan su consentimiento para participar

### B. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

#### 1. Método de recolección

Se utilizó la encuesta que es un “procedimiento que consiste en hacer las mismas preguntas a la población en estudio obteniéndose información sobre un hecho de interés a través de la interrogación escrita” (Ortez, 2001).

#### 2. Técnica de recolección

La técnica de la encuesta es el cuestionario, es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Ortez, 2001).

#### 3. Instrumento de recolección

Es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que ésta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Ortez, 2001).

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 37 preguntas: 2 pregunta cerradas, 15 preguntas abiertas y 20 preguntas categorizadas.

Las variables y sus dimensiones se midieron de la siguiente manera:

Dimensión Persona: preguntas 1 a 10.

Dimensión Cultural: preguntas 11 a 17.

Dimensión Socioeconómica: preguntas 18 a 21.

Dimensión Educativa: pregunta 22 y 23.

Dimensión Entorno: preguntas 24 a 37

#### 4. Validez del instrumento:

Es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández Sampieri, 2010).

Se determinó la evidencia relacionada con la validez de contenido, que es el grado en que la medición representa el concepto medido, mediante el juicio de expertos que evaluaron y analizaron las preguntas del cuestionario, basándose en una matriz de adecuación que contiene los criterios:

- a. Induce a una respuesta determinada
- b. Sencillez en la redacción
- c. Ambigüedad
- d. Relación con el tema
- e. Claridad
- f. Adaptada al contexto de aplicación

Sin propuesta de cambios por parte de los jueces, el instrumento antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

#### 2. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández Sampieri, 2010). Se determinó la confiabilidad en relación con el calificador, donde dos expertos calificaron los

resultados obtenidos y se calculó la proporción de coincidencia entre ambos observadores que fue de 0.85.

### C. PLAN DE ANALISIS:

#### 1. Procesamiento de los datos

Los datos recolectores se organizaron, clasificaron y resumieron mediante una base de datos que se construyó con el programa estadístico SPSS versión 22.0.0.0.

#### 2. Presentación de los datos

Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias y gráficos: para las variables cualitativas y cuantitativas gráficos de barra.

#### 3. Análisis e interpretación de la información

Se utilizaron medidas de resumen estadístico para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

- a. Para las variables cualitativas: medidas de frecuencia como el porcentaje y una medida de tendencia central (moda).
- b. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

## **CAPITULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Como toda investigación en seres humanos esta se realizara de acuerdo a con tres principios éticos fundamentales:

### **A. PRINCIPIOS ÉTICOS**

1. Respeto por la dignidad humana: La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona.
2. Beneficencia: conjunto de instituciones que la administración pone a disposición de los más necesitados para proporcionarles sustento y desarrollo físico y personal.
3. Justicia: El principio de justicia comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobioética justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.

### **B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN**

Categoría I (sin riesgo): se trata de una investigación observacional en la que no se realiza ninguna manipulación o intervención de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes.



## CAPITULO V: RESULTADOS

Este capítulo da a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de la investigación.

### DESCRIPCION DE LA POBLACION:

La población estudiada fueron 110 adolescentes embarazadas atendidas en la maternidad del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el primer semestre del año 2017, en quienes se recolectaron los datos mediante una encuesta administrada, obteniéndose las siguientes características sociodemográficas:

Prevalencia:

Total de embarazos de adolescentes en el periodo de marzo a mayo 17 x 100

Total de embarazos atendidos

909 x 100 = 24.2%

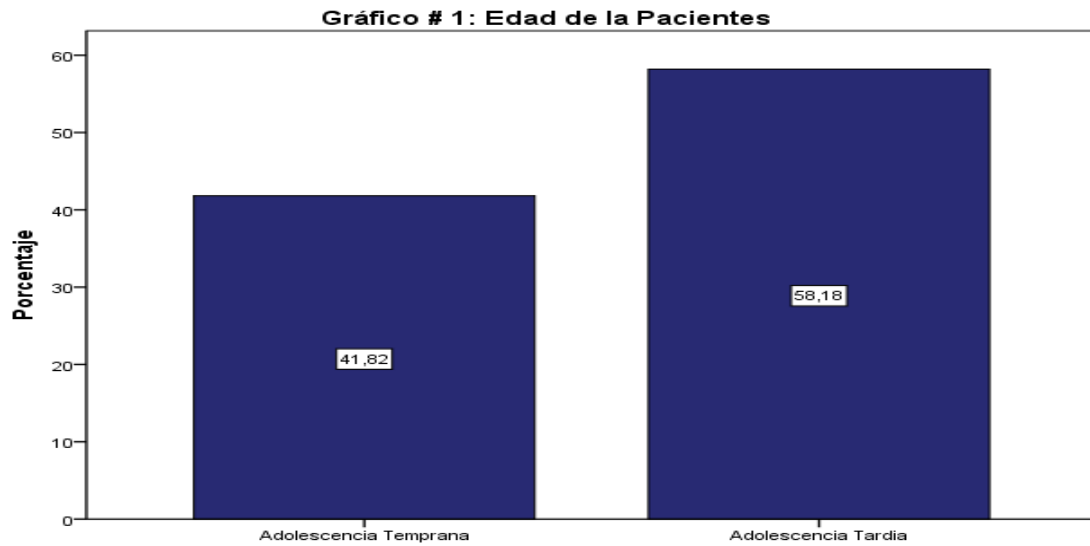
3724

La prevalencia encontrada del embarazo en la adolescencia en la maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela fue de 24% lo que supera en 2 puntos a las estadísticas nacionales, que son las más elevadas a nivel centroamericano.

## 1. Edad de las pacientes

**TABLA 1 EDAD DE LAS PACIENTES**

N	Válidos	110
	Perdidos	0
Media		16,65
Mediana		17,00
Moda		18
Desv. típ.		1,705
Rango		7
Mínimo		12
Máximo		19

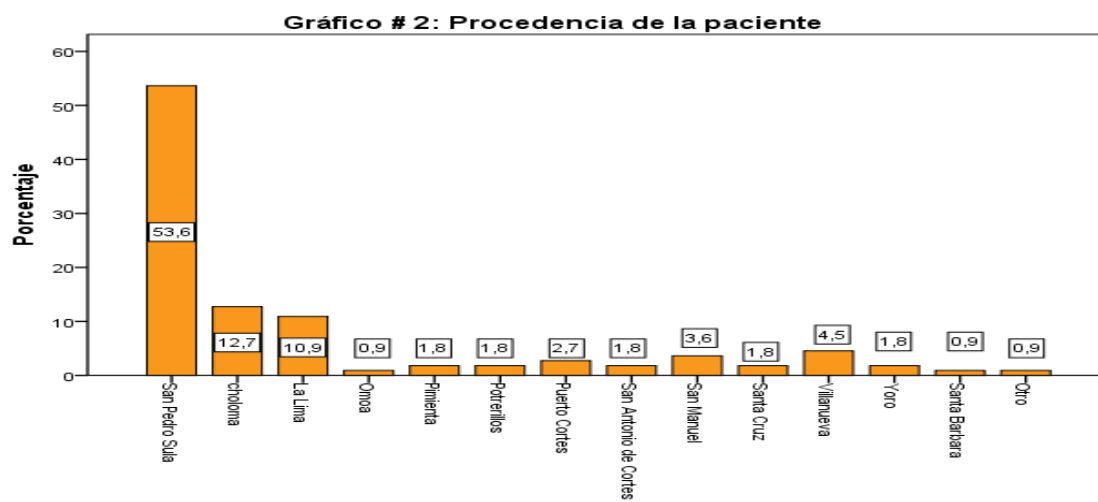


El 58% de las pacientes estaban cursando la adolescencia tardía y un 42% de ellas estaban en etapa de adolescencia temprana.

## 2. Procedencia

TABLA 2 PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	San Pedro Sula	59	53,6
	Choloma	14	12,7
	La Lima	12	10,9
	Omoa	1	,9
	Pimienta	2	1,8
	Potrerosillos	2	1,8
	Puerto Cortes	3	2,7
	San Antonio de Cortes	2	1,8
	San Manuel	4	3,6
	Santa Cruz	2	1,8
	Villanueva	5	4,5
	Yoro	2	1,8
	Santa Bárbara	1	,9
	Otro	1	,9
	Total	110	100,0

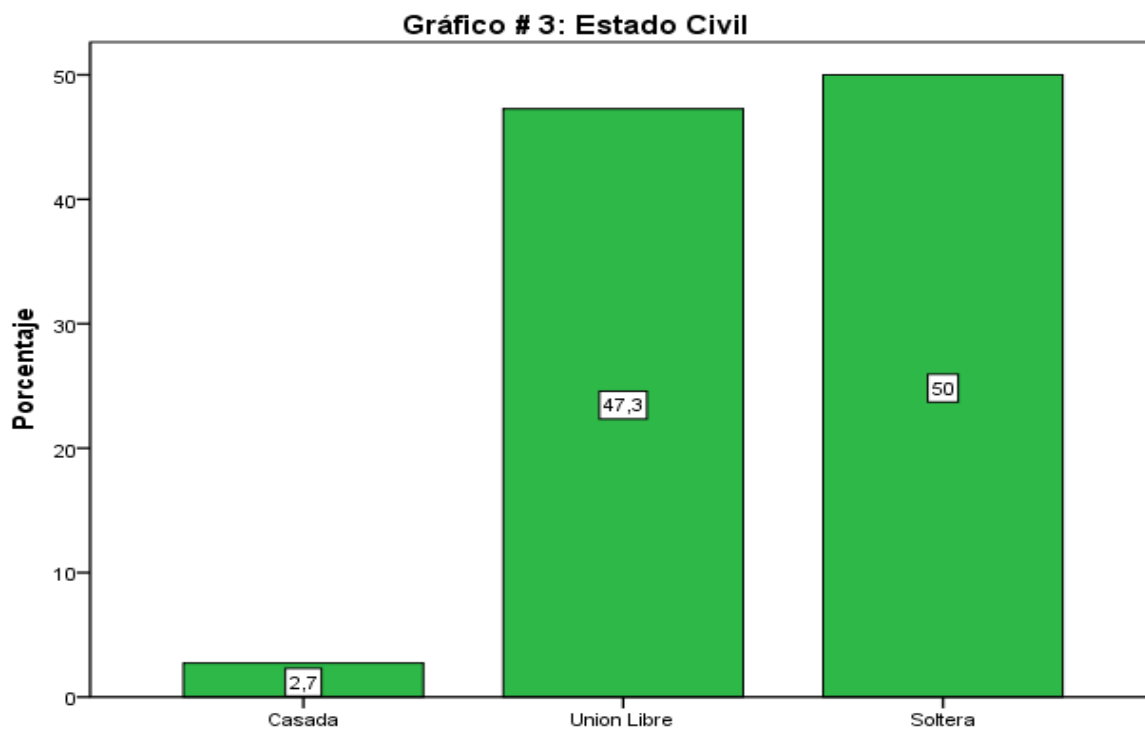


La procedencia más frecuente fue San Pedro Sula (53.6%).

## 3. Estado civil

TABLA 3 ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casada	3	2,7	2,7	2,7
Union Libre	52	47,3	47,3	50,0
Soltera	55	50,0	50,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	



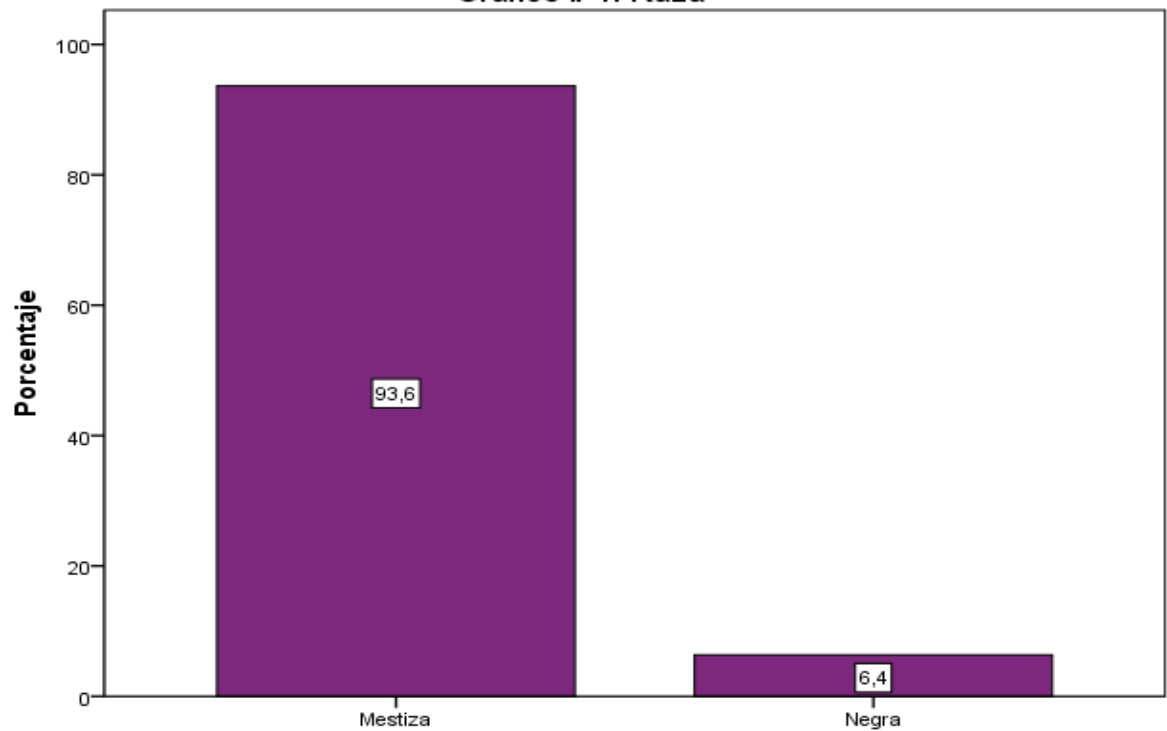
El estado civil más frecuente fue soltera (50%)

## 4. Raza

TABLA 4 RAZA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestiza	103	93,6	93,6	93,6
	Negra	7	6,4	6,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 4: Raza

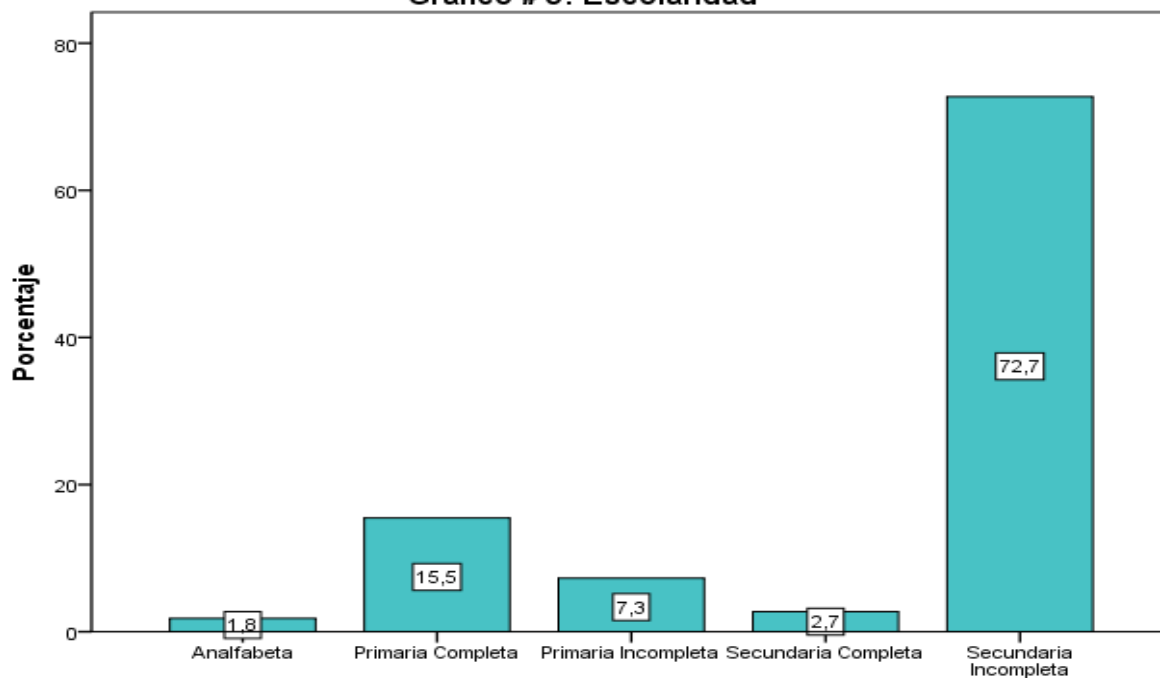


La raza más frecuente fue mestiza (93.6%).

## 5. Escolaridad:

**TABLA 5 ESCOLARIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Analfabeta	2	1,8	1,8	1,8
Primaria Completa	17	15,5	15,5	17,3
Primaria Incompleta	8	7,3	7,3	24,5
Secundaria Completa	3	2,7	2,7	27,3
Secundaria Incompleta	80	72,7	72,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

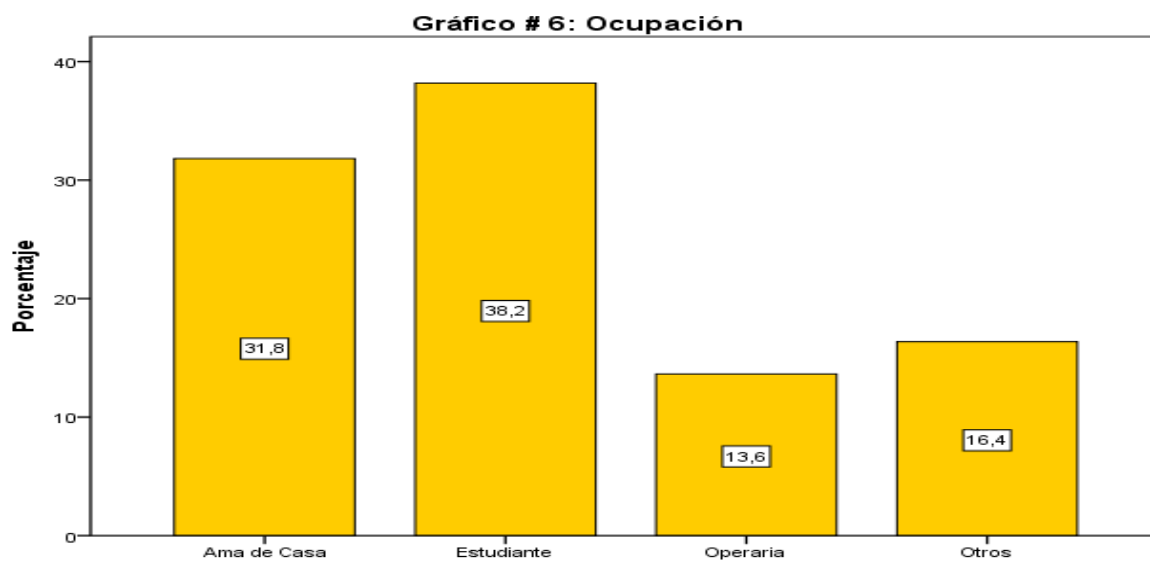
**Gráfico # 5: Escolaridad**

El nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria incompleta (72.7%).

## 6. Ocupación

TABLA 6 OCUPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de Casa	35	31,8	31,8	31,8
	Estudiante	42	38,2	38,2	70,0
	Operaria	15	13,6	13,6	83,6
	Otros	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

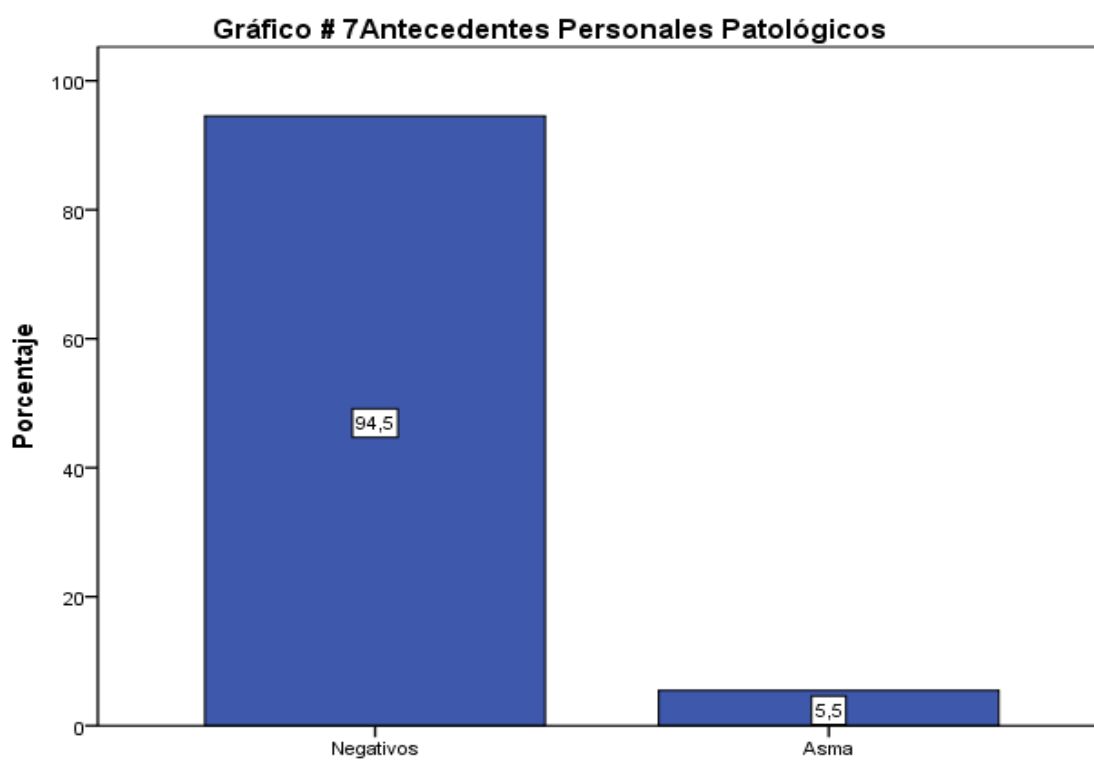


La ocupación más frecuente fue estudiante (38.2%).

## 7. Antecedentes personales patológicos:

**TABLA 7 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Negativos	104	94,5	94,5	94,5
	Asma	6	5,5	5,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	



El 5.5% de las pacientes tenían antecedente de Asma Bronquial.

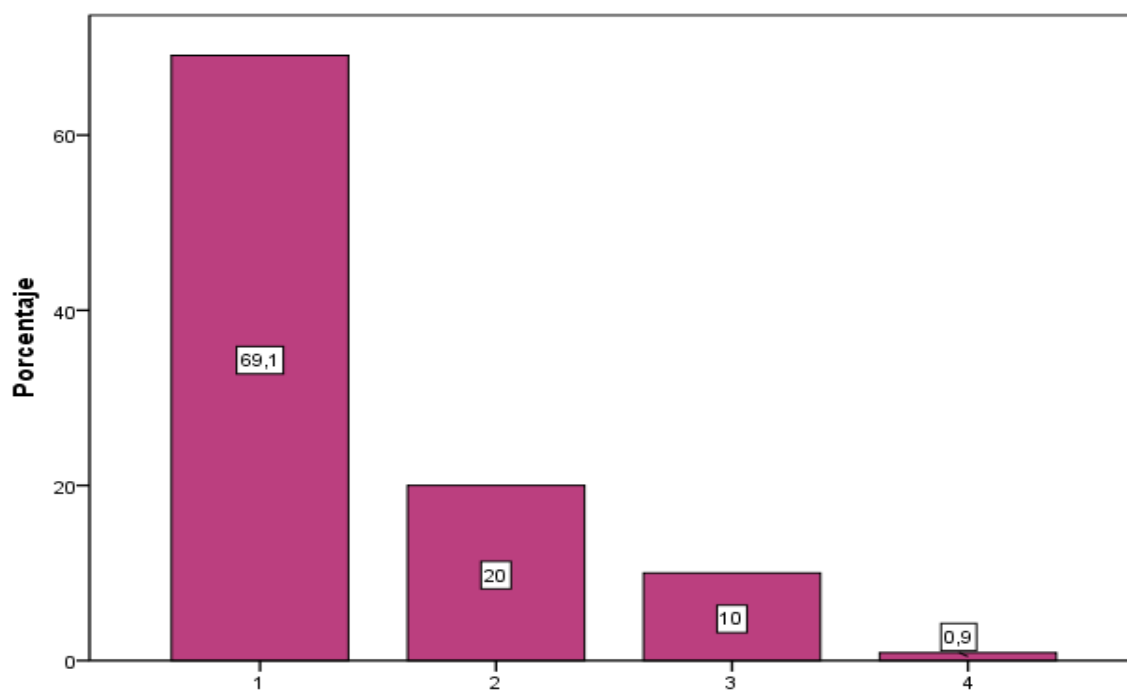


## 8. Número de embarazos

TABLA 8 NÚMERO DE EMBARAZOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	76	69,1	69,1	69,1
	2	22	20,0	20,0	89,1
	3	11	10,0	10,0	99,1
	4	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 8: Número de embarazos

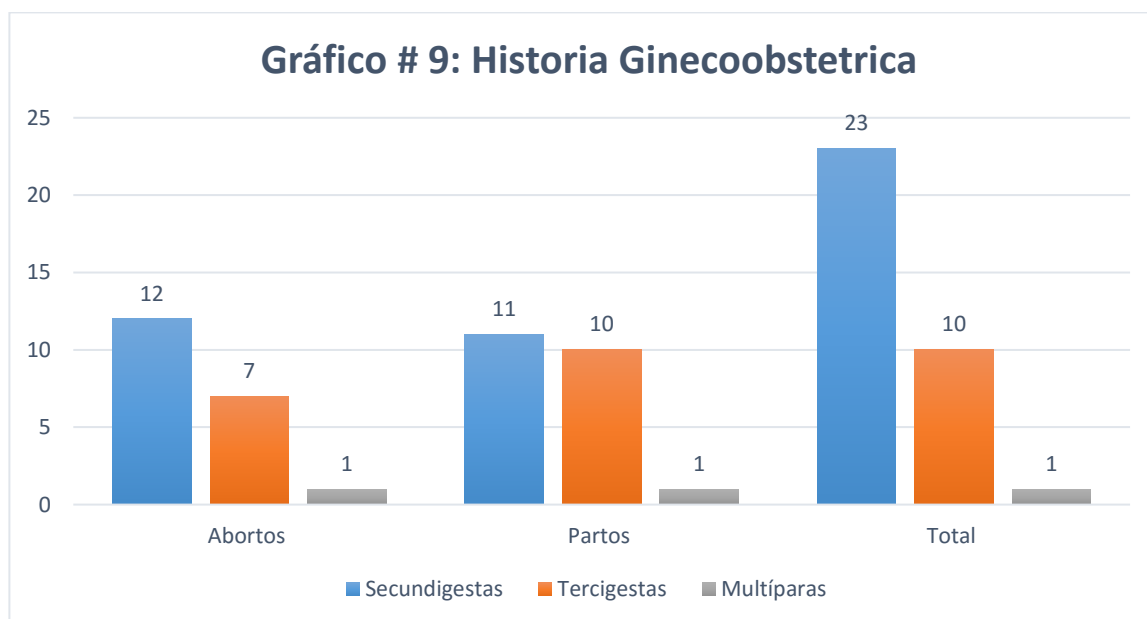


El 69.1% de las pacientes eran primigestas y el 31% tenían más de un parto.

## 9. Historia ginecoobstetrica

**TABLA 9 HISTORIA GINECOBSTETRICIA**

Gestas	Abortos	Partos	Total
Secundigestas	12	11	23
Tercigestas	7	10	10
Múltiparas	1	1	1

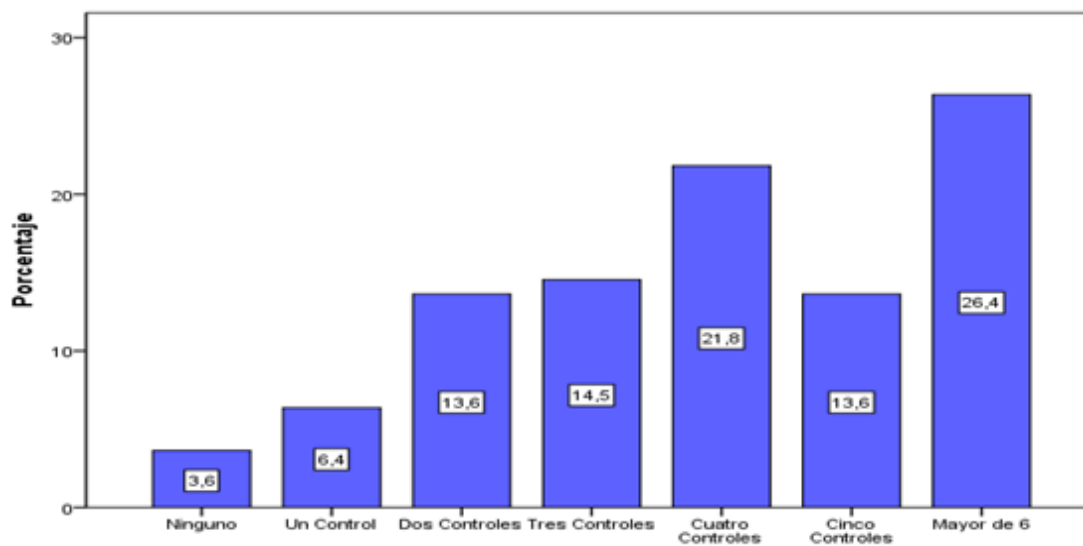


El 64.7% de las pacientes tienen antecedente de parto previos y el 35.3 % antecedente de aborto.

## 10. Número de controles prenatales

**TABLA 10 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	4	3,6	3,6	3,6
	Un Control	7	6,4	6,4	10,0
	Dos Controles	15	13,6	13,6	23,6
	Tres Controles	16	14,5	14,5	38,2
	Cuatro Controles	24	21,8	21,8	60,0
	Cinco Controles	15	13,6	13,6	73,6
	Mayor de 6	29	26,4	26,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 10: Número de Controles Prenatales**

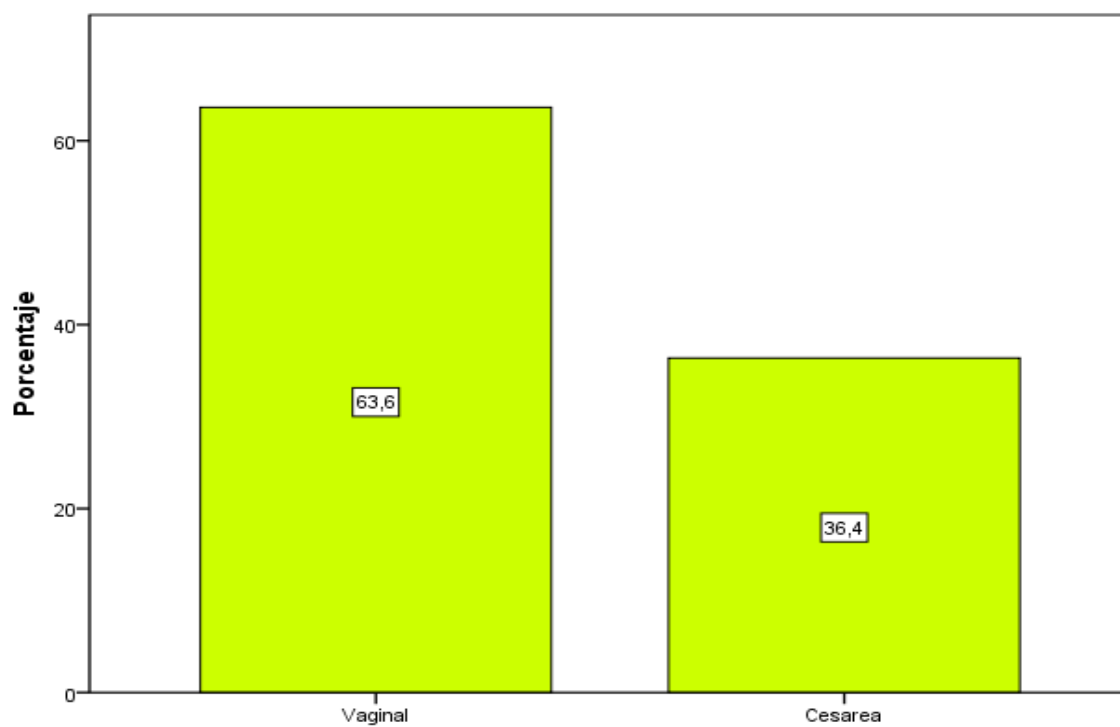
El 40% de las pacientes tuvo más de cinco controles, el 3.6% ninguno.

## 11. Vía del parto

TABLA 11 VÍA DEL PARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Vaginal	70	63,6	63,6	63,6
Cesárea	40	36,4	36,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 11: Vía de Parto



El 63.6 % de las pacientes tuvo la finalización de su embarazo vía vaginal y un 38.4% de ellas fue cesárea.

## A. VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIALES

### DIMENSIÓN CULTURA

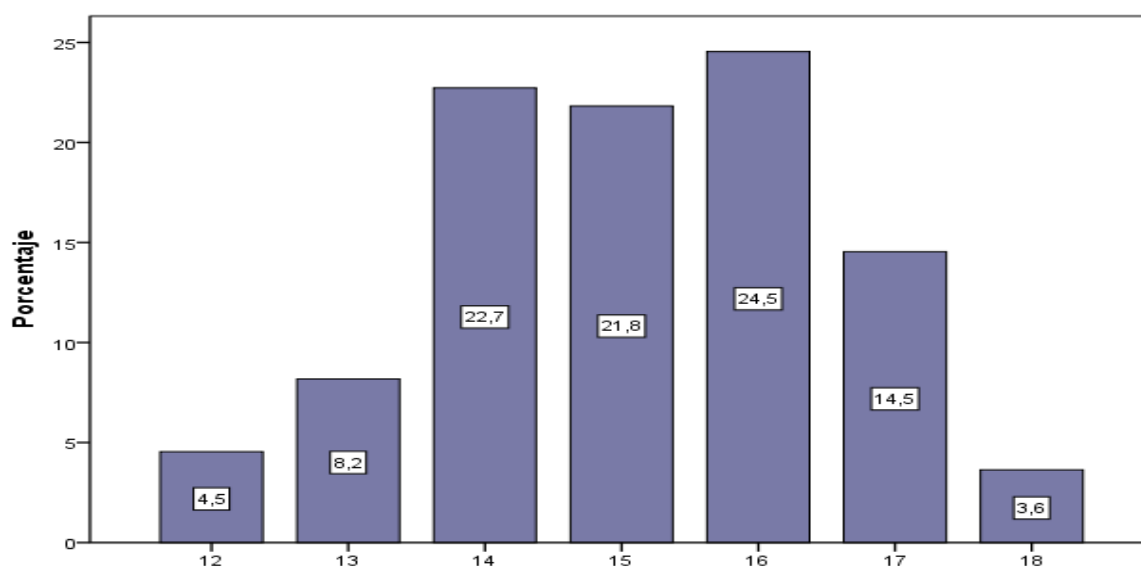
#### a. Factores Individuales

#### 12. Edad de inicio de vida sexual

**TABLA 12 EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 12	5	4,5	4,5	4,5
13	9	8,2	8,2	12,7
14	25	22,7	22,7	35,5
15	24	21,8	21,8	57,3
16	27	24,5	24,5	81,8
17	16	14,5	14,5	96,4
18	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 12: Edad de Inicio de Vida Sexual**



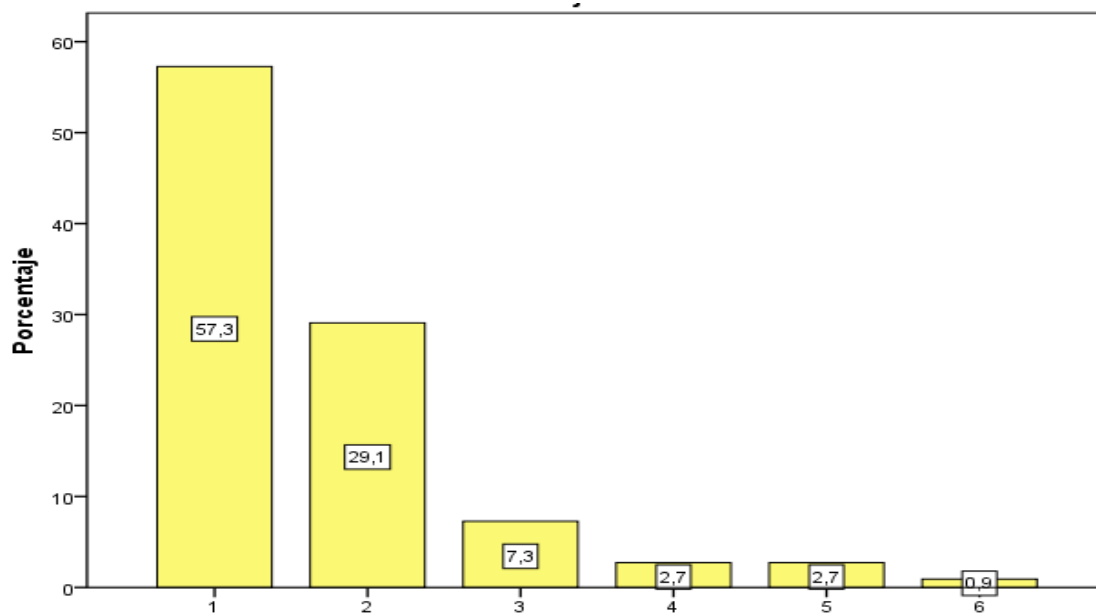
La edad de inicio de vida sexual más frecuente fue 16 años (24.5), pero 57.2% de las pacientes ya había tenido relaciones sexuales a los 15 años.

## 13. Número de parejas sexuales

TABLA 13 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	63	57,3	57,3	57,3
	2	32	29,1	29,1	86,4
	3	8	7,3	7,3	93,6
	4	3	2,7	2,7	96,4
	5	3	2,7	2,7	99,1
	6	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 13: Número de Parejas Sexuales

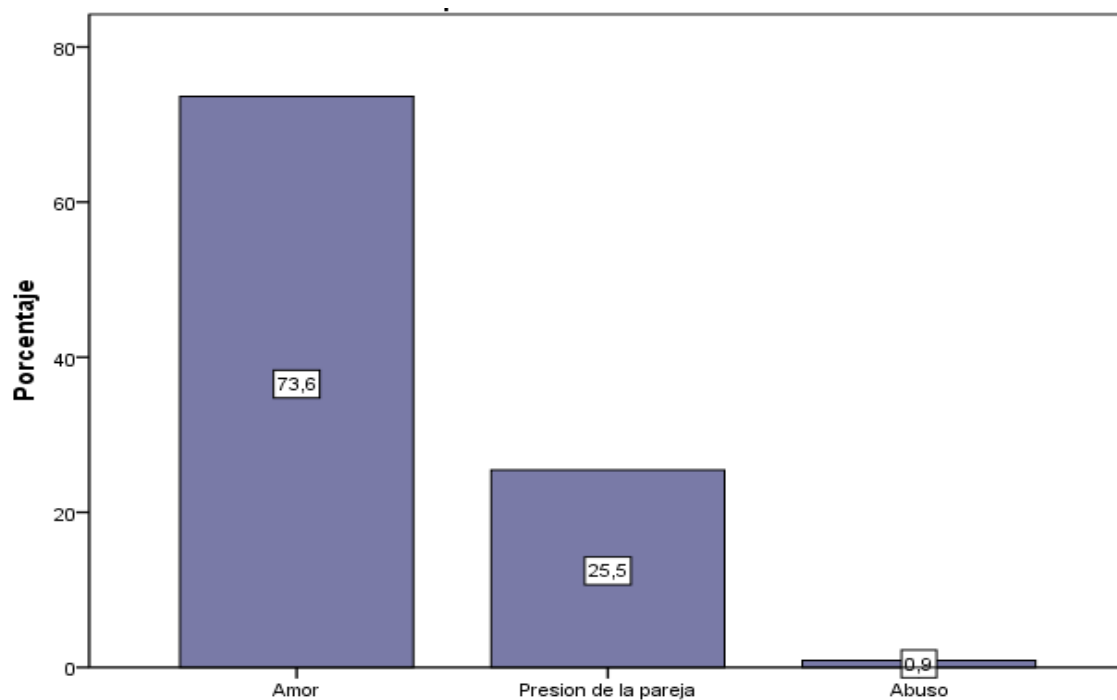


El 42.7% de las pacientes ha tenido más de una pareja sexual.

## 14. Motivo por el cual tiene relaciones sexuales

**TABLA 14 MOTIVO POR EL CUAL TIENE RELACIONES SEXUALES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Amor	81	73,6	73,6	73,6
Presión de la pareja	28	25,5	25,5	99,1
Abuso	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

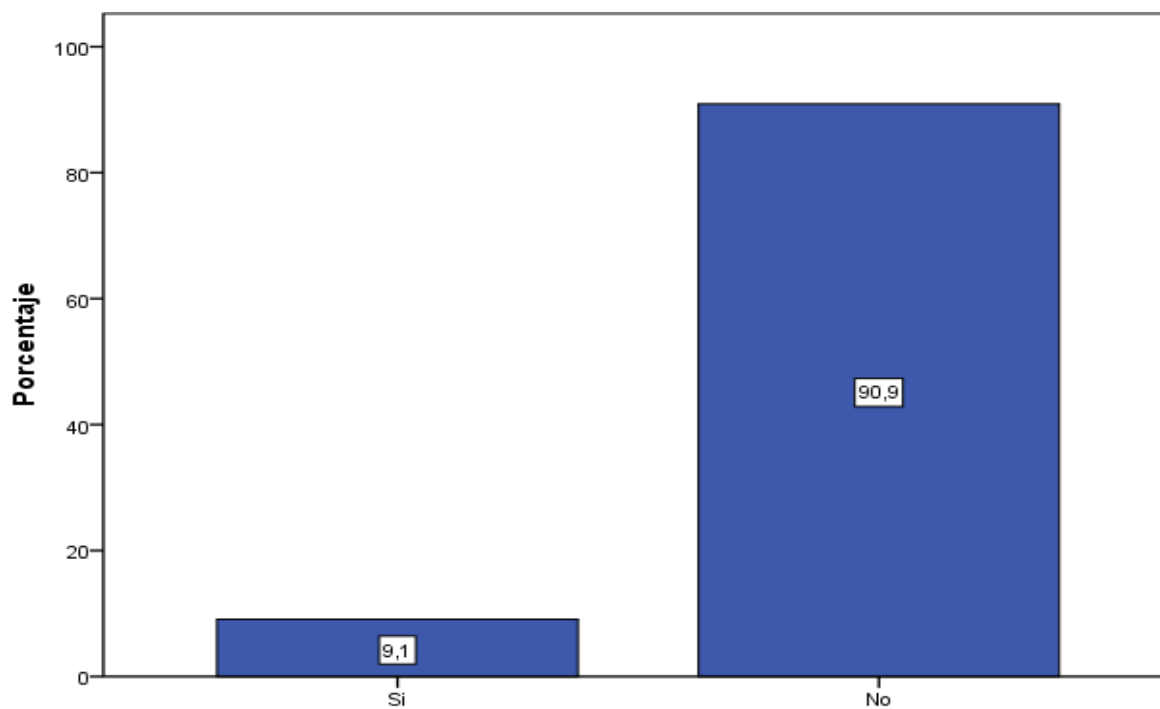
**Gráfico # 14: Motivo por el cual tiene Relaciones Sexuales**

El 73.6% de las pacientes tuvo su primera relación sexual por amor.

## 15. Utilización de métodos de planificación familiar

**TABLA 15 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	9,1	9,1	9,1
	No	100	90,9	90,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 15: Utilización de Métodos de Planificación Familiar**

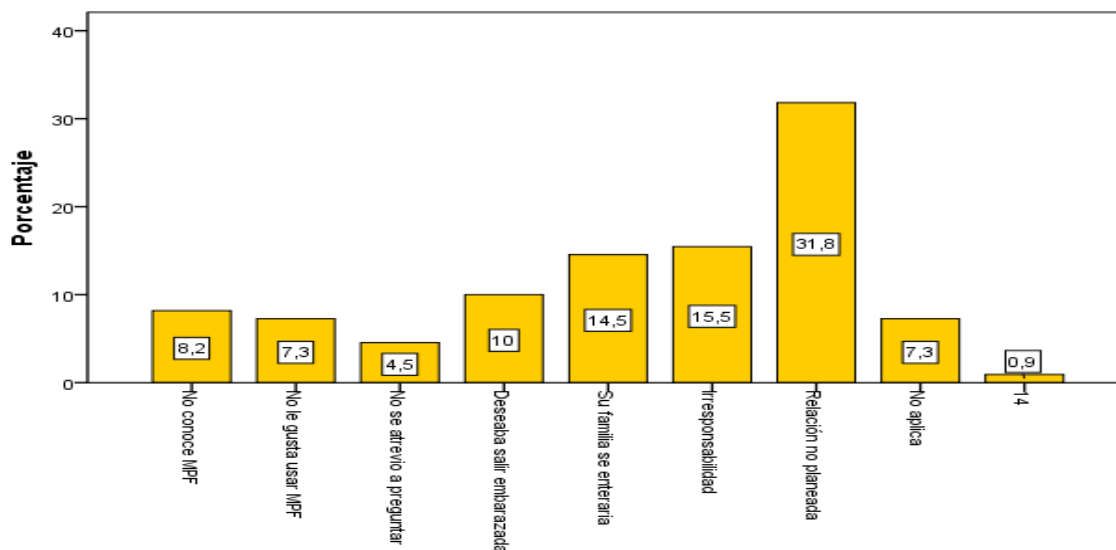
Solo el 9.1% de las pacientes utiliza algún método de planificación familiar.



## 16. Razones por las cuales no utiliza métodos de planificación familiar

**TABLA 16 RAZONES POR LAS CUALES NO UTILIZA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No conoce MPF	9	8,2	8,2	8,2
	No le gusta usar MPF	8	7,3	7,3	15,5
	No se atrevió a preguntar	5	4,5	4,5	20,0
	Deseaba salir embarazada	11	10,0	10,0	30,0
	Su familia se enteraría	16	14,5	14,5	44,5
	Irresponsabilidad	17	15,5	15,5	60,0
	Relación no planeada	35	31,8	31,8	91,8
	No aplica	8	7,3	7,3	99,1
	14	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 16: Razones por las cuales no utiliza Métodos de Planificación Familiar**

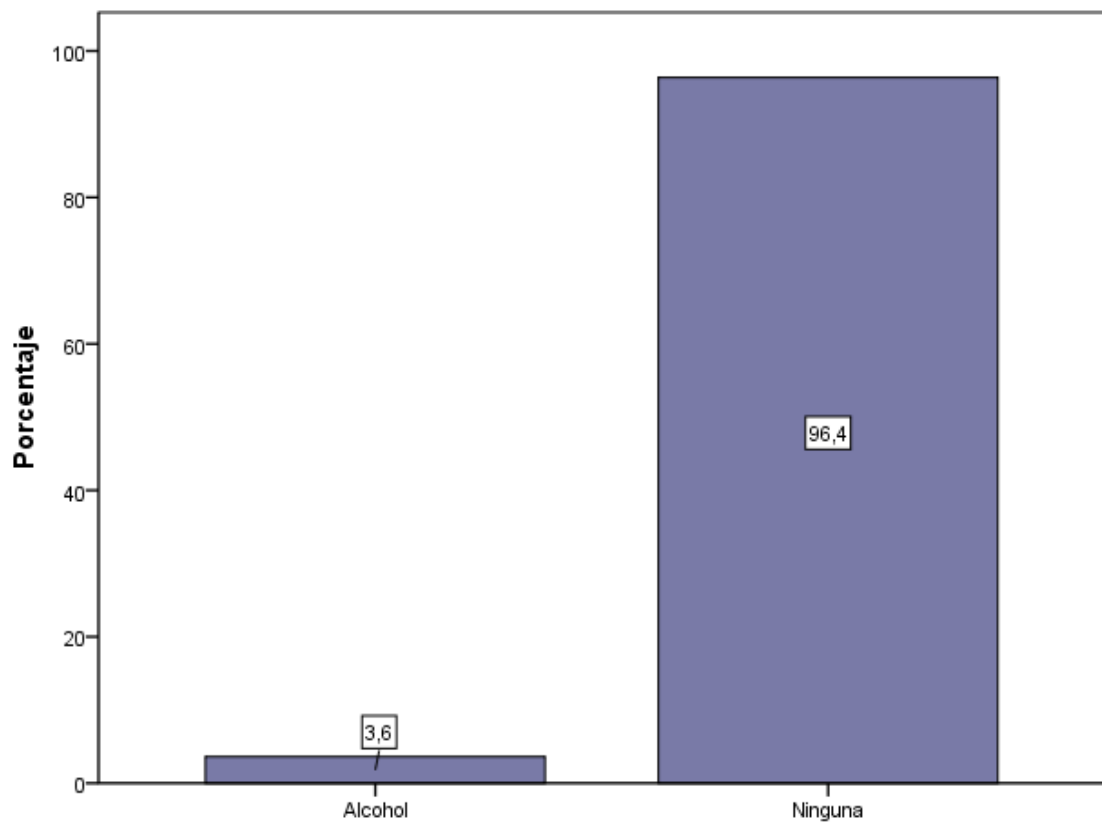
El 31.8 % de las pacientes no utilizaron métodos de planificación familiar ya que tuvieron una relación no planeada.

## 17. Hábitos tóxicos

TABLA 17 HÁBITOS TÓXICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	4	3,6	3,6	3,6
	Ninguna	106	96,4	96,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 17: Hábitos Tóxicos



El 3.6% de las pacientes ingerían bebidas alcohólicas.

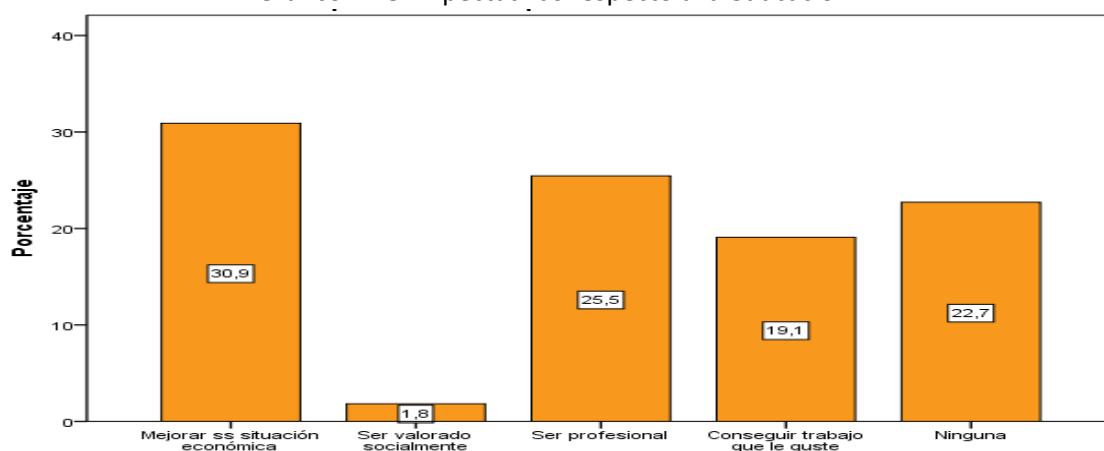
## b. Visión del futuro:

## 18. Expectativas respecto a la educación

**TABLA 18 EXPECTATIVAS RESPECTO A LA EDUCACIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mejorar su situación económica	34	30,9	30,9	30,9
Ser valorado socialmente	2	1,8	1,8	32,7
Ser profesional	28	25,5	25,5	58,2
Conseguir trabajo que le guste	21	19,1	19,1	77,3
Ninguna	25	22,7	22,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 18: Expectativas respecto a la educación



El 30.9% de la pacientes tiene como expectativa respecto a la educación mejorar su situación económica y el 25.5% ser profesional.

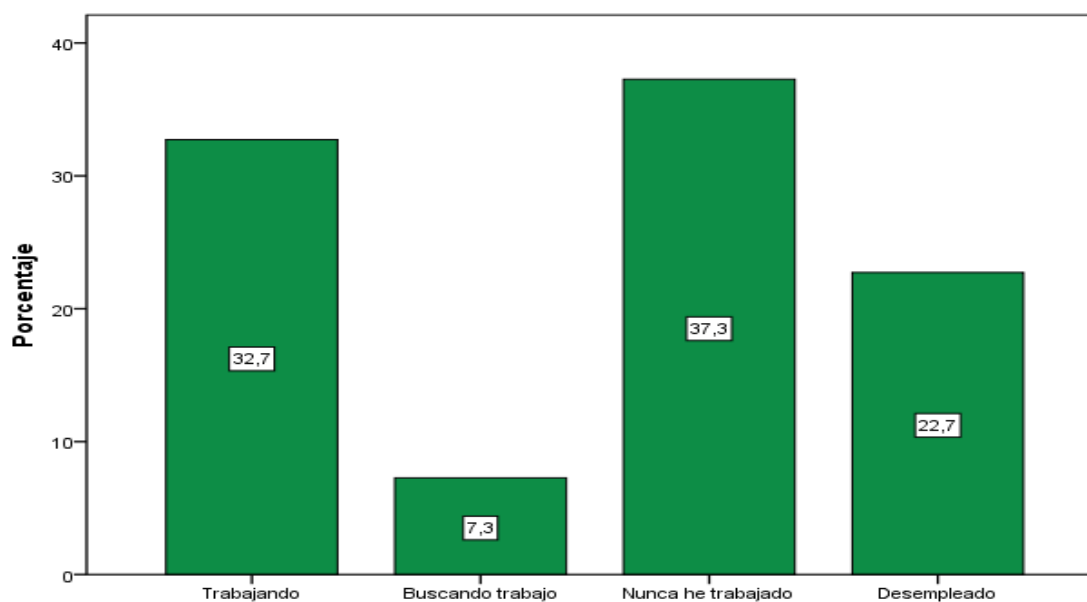
## DIMENSIÓN SOCIOECONOMICA:

### 19. Situación laboral

**TABLA 19 SITUACIÓN LABORAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajando	36	32,7	32,7	32,7
	Buscando trabajo	8	7,3	7,3	40,0
	Nunca he trabajado	41	37,3	37,3	77,3
	Desempleado	25	22,7	22,7	100,0
Total		110	100,0	100,0	

**Gráfico # 19: Situación Laboral**

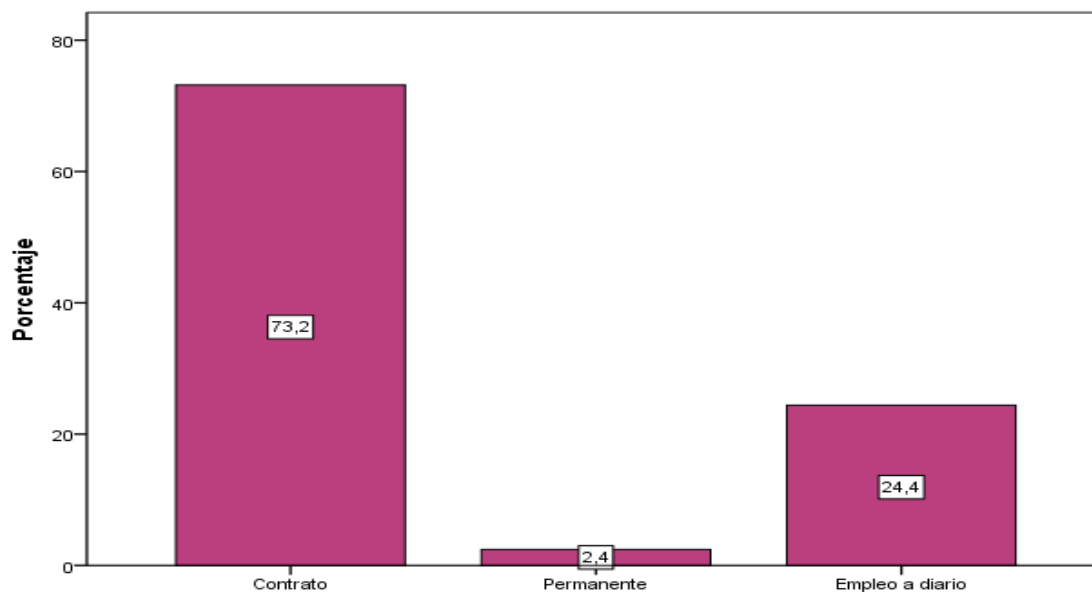


El 32.7% de las pacientes se encuentran trabajando, el 37.3% nunca ha trabajado y el 22.7% está desempleado.

## 20. Estabilidad laboral

**TABLA 20 ESTABILIDAD LABORAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Contrato	30	73,2	73,2	73,2
	Permanente	1	2,4	2,4	75,6
	Empleo a diario	10	24,4	24,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

**Gráfico # 20: Estabilidad Laboral**

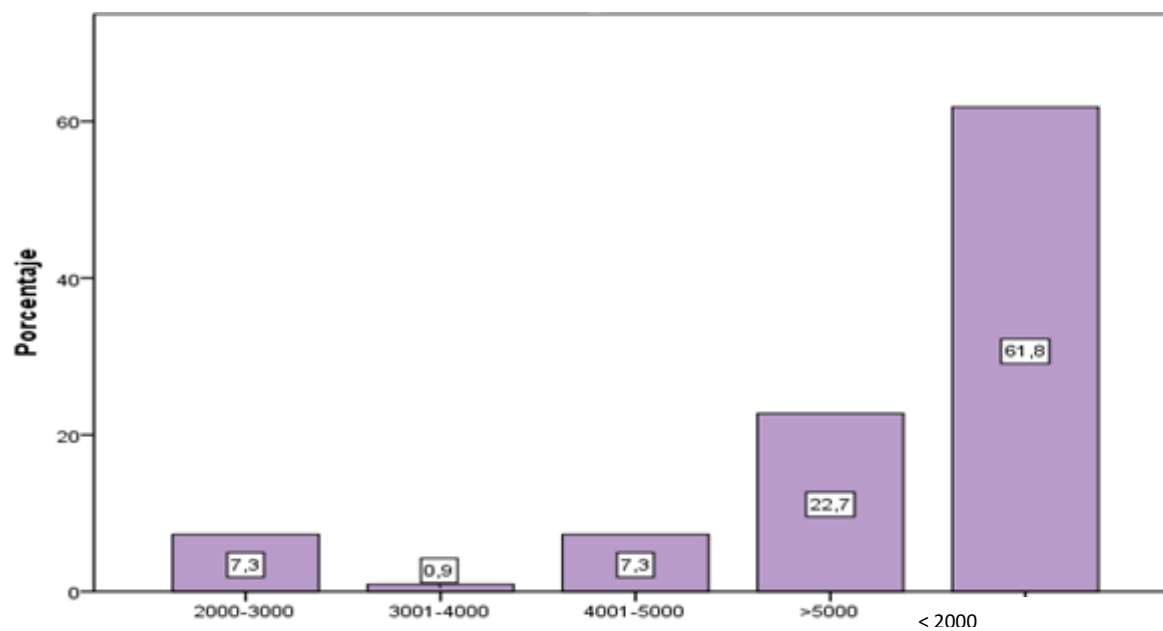
De las 41 pacientes que trabajan, el 2.4% tiene un empleo permanente, y el resto están subempleadas.

## 21. Ingreso mensual

TABLA 21 INGRESO MENSUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2000-3000	8	7,3	7,3	7,3
	3001-4000	1	,9	,9	8,2
	4001-5000	8	7,3	7,3	15,5
	>5000	25	22,7	22,7	38,2
	Menos 2000	68	61,8	61,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 21: Ingreso Mensual

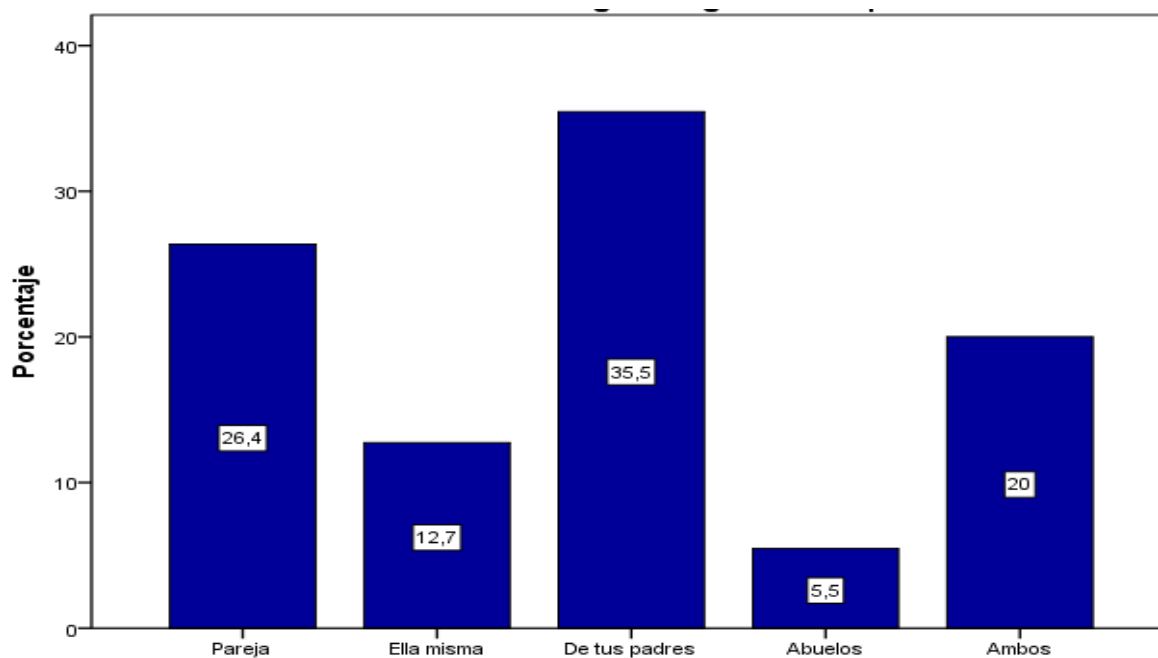


El 61.8% de las pacientes tienen ingresos mensuales menores a 2000 lempiras.

## 22. Persona que genera los ingresos económicos

**TABLA 22 PERSONA QUE GENERA LOS INGRESOS ECONÓMICOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pareja	29	26,4	26,4	26,4
	Ella misma	14	12,7	12,7	39,1
	De tus padres	39	35,5	35,5	74,5
	Abuelos	6	5,5	5,5	80,0
	Ambos	22	20,0	20,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 22: Persona que genera los ingresos económicos**

El 35.5% de las pacientes vive de los ingresos generados por sus padres, el 26.4% de los ingresos generados por la pareja.

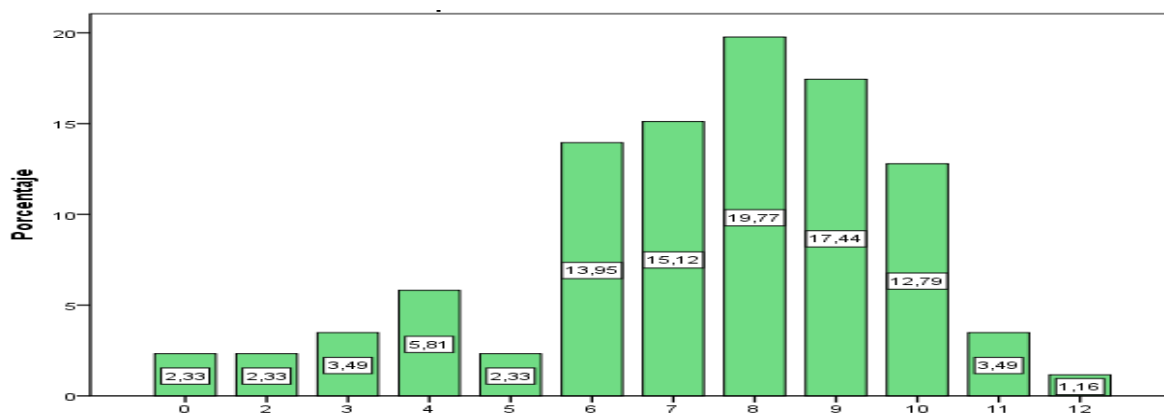
## DIMENSIÓN EDUCATIVA:

## 23. Grado que cursaba cuando abandono el estudio

TABLA 23 GRADO QUE CURSABA CUANDO ABANDONO EL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	2	2,3	2,3	2,3
2	2	2,3	2,3	4,7
3	3	3,5	3,5	8,1
4	5	5,8	5,8	14,0
5	2	2,3	2,3	16,3
6	12	14,0	14,0	30,2
7	13	15,1	15,1	45,3
8	17	19,8	19,8	65,1
9	15	17,4	17,4	82,6
10	11	12,8	12,8	95,3
11	3	3,5	3,5	98,8
12	1	1,2	1,2	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Gráfico # 23: Grado que cursaba cuando abandono el estudio



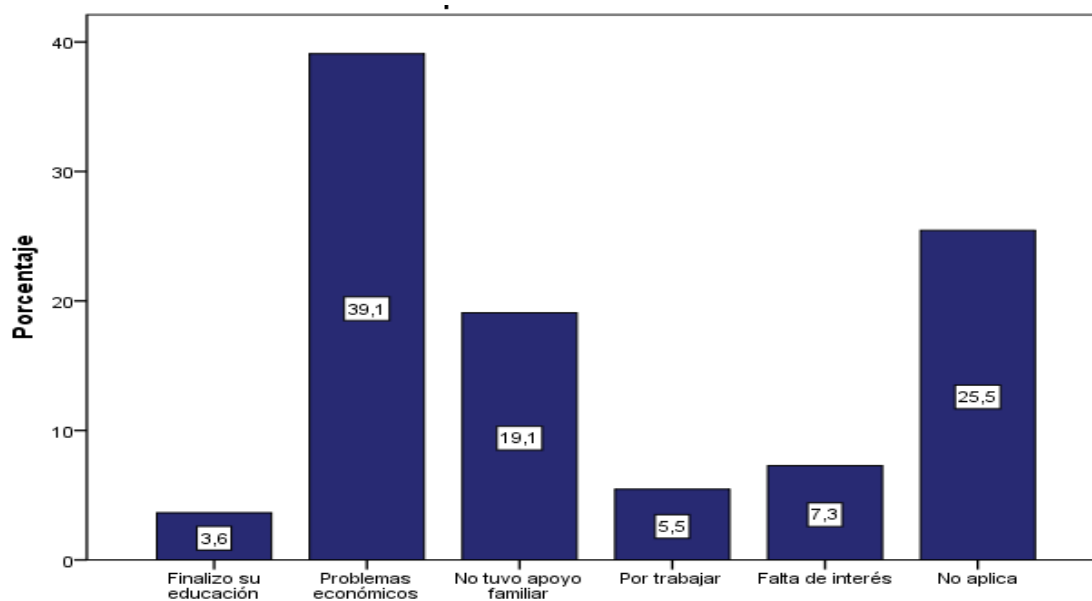
La mayoría de pacientes abandonaron sus estudios en la secundaria, con un predominio de 19.7% en octavo año.



## 24. Razones por las cuales no estudia

**TABLA 24 RAZONES POR LAS CUALES NO ESTUDIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Finalizo su educación	4	3,6	3,6	3,6
	Problemas económicos	43	39,1	39,1	42,7
	No tuvo apoyo familiar	21	19,1	19,1	61,8
	Por trabajar	6	5,5	5,5	67,3
	Falta de interés	8	7,3	7,3	74,5
	No aplica	28	25,5	25,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 24: Razones por las cuales no estudia**

El 39.1% de las pacientes no continuaron sus estudios por problemas económicos.

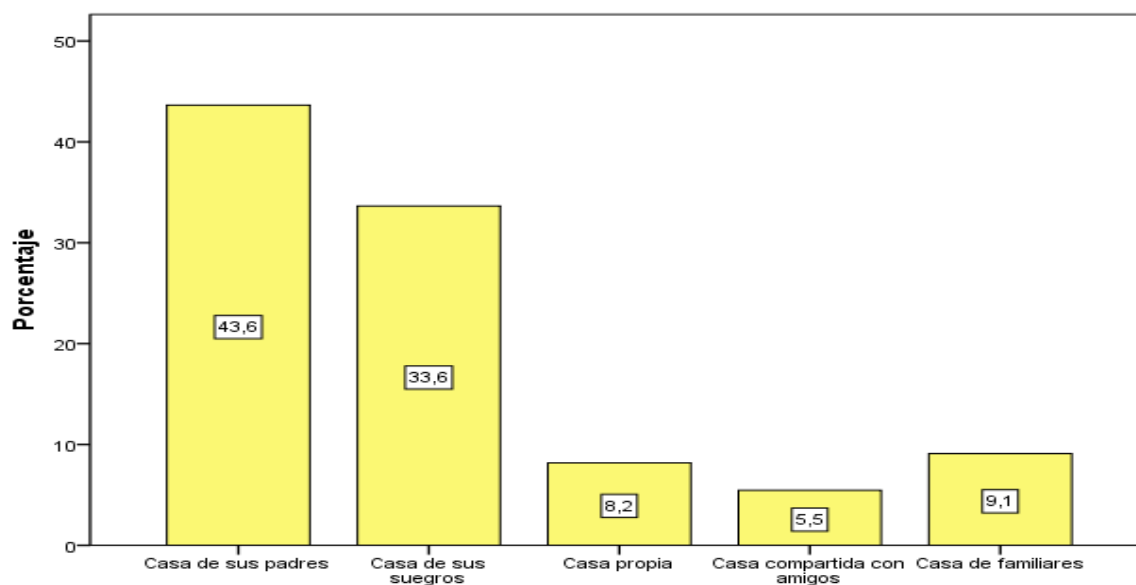
## DIMENSION ENTORNO:

## 25. Dónde vive habitualmente

TABLA 25 DONDE VIVE HABITUALMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casa de sus padres	48	43,6	43,6	43,6
	Casa de sus suegros	37	33,6	33,6	77,3
	Casa propia	9	8,2	8,2	85,5
	Casa compartida con amigos	6	5,5	5,5	90,9
	Casa de familiares	10	9,1	9,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 25: Dónde vive habitualmente

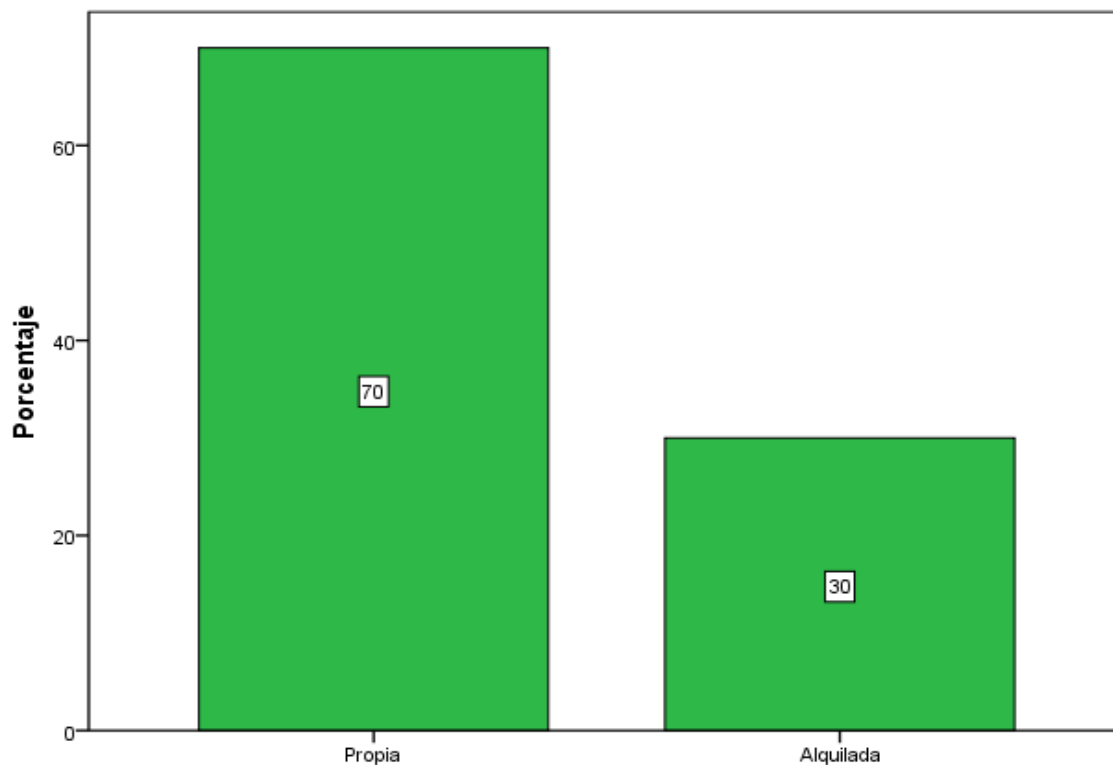


Sólo el 8.2% de las pacientes viven en casa propia, el resto de ellas vive en casa compartida con sus padres, suegros, amigos o familiares.

## 26. Características de la vivienda

**TABLA 26 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Propia	77	70,0	70,0	70,0
	Alquilada	33	30,0	30,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

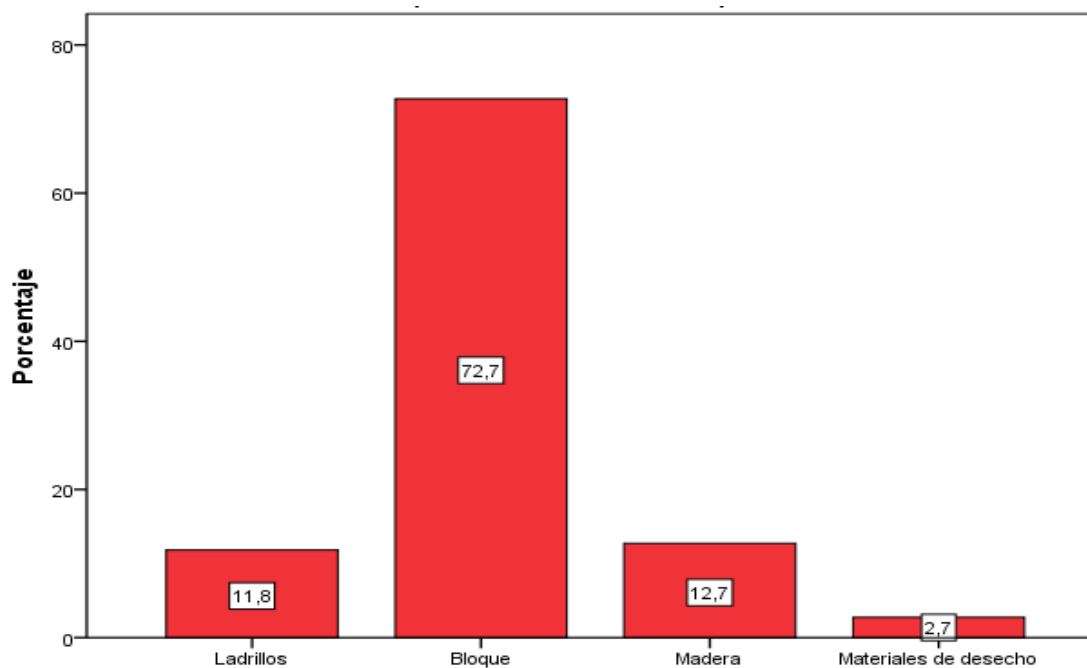
**Gráfico # 26: Características de la vivienda**

El 70% de las pacientes vive en casa propia y un 30% refiere vivir en casa alquilada.

## 27. Materiales predominantes en las paredes

**TABLA 27 MATERIALES PREDOMINANTES EN LAS PAREDES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ladrillos	13	11,8	11,8	11,8
Bloque	80	72,7	72,7	84,5
Madera	14	12,7	12,7	97,3
Materiales de desecho	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

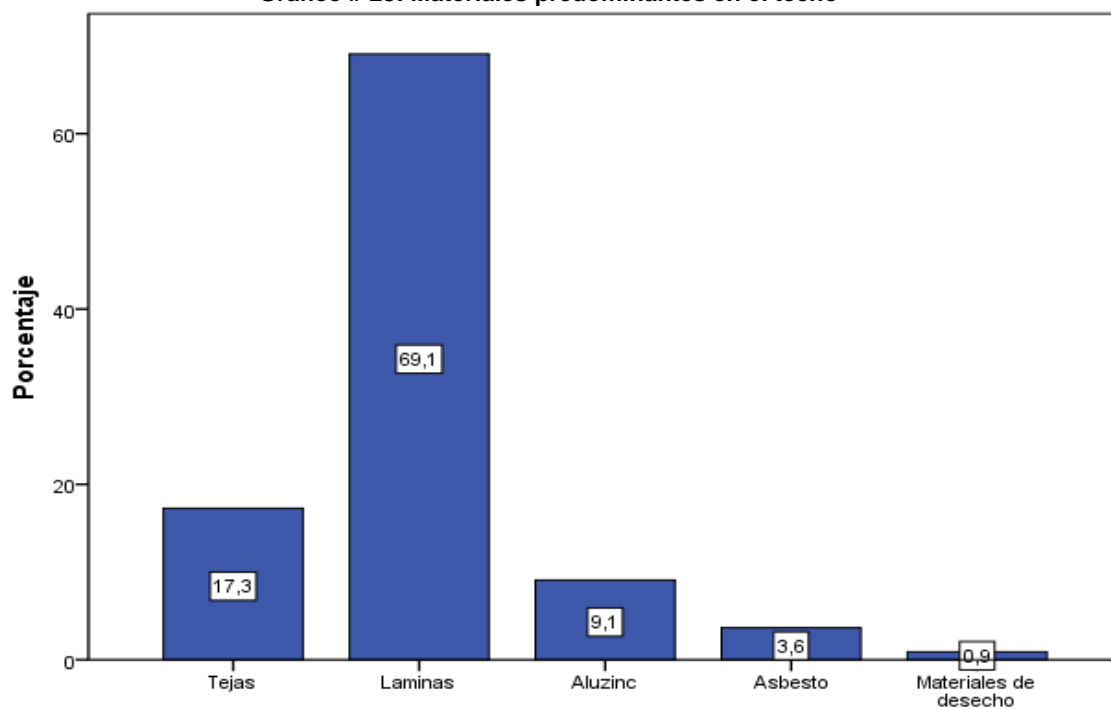
**Gráfico # 27: Materiales predominantes en las paredes**

El bloque fue el material predominante en la paredes de las viviendas en un 72.7%.

## 28. Materiales predominantes en el techo

**TABLA 28 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL TECHO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tejas	19	17,3	17,3	17,3
	Laminas	76	69,1	69,1	86,4
	Aluzinc	10	9,1	9,1	95,5
	Asbesto	4	3,6	3,6	99,1
	Materiales de desecho	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

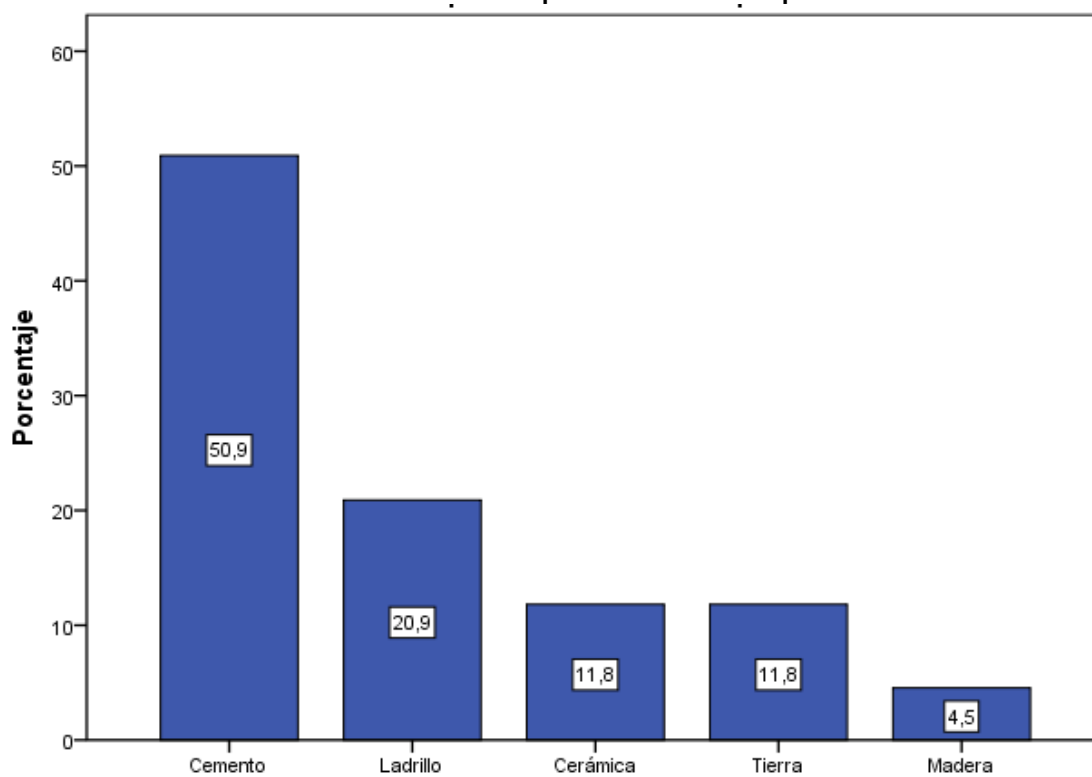
**Gráfico # 28: Materiales predominantes en el techo**

Material predominante en el techo fue las láminas en un 69.1%.

## 29. Materiales predominantes en el piso

**TABLA 29 MATERIALES PREDOMINANTES EN EL PISO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cemento	56	50,9	50,9	50,9
	Ladrillo	23	20,9	20,9	71,8
	Cerámica	13	11,8	11,8	83,6
	Tierra	13	11,8	11,8	95,5
	Madera	5	4,5	4,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

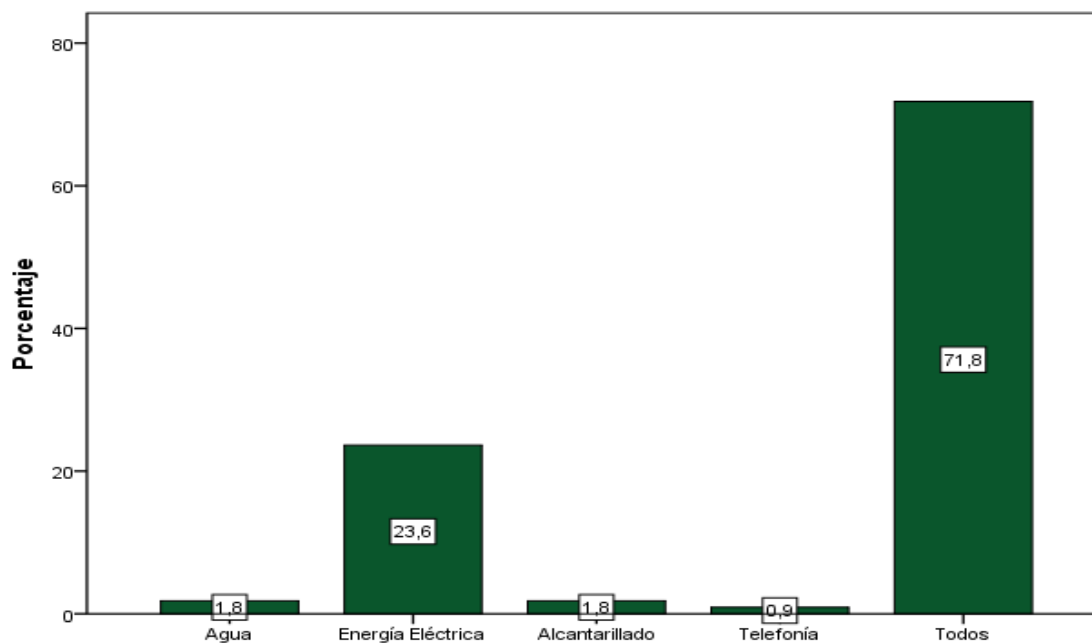
**Gráfico # 29: Materiales predominantes en el piso**

El cemento fue el material predominante en el piso de las casa de las pacientes en estudio con un 50.9%.

## 30. Servicios básicos

**TABLA 30 SERVICIOS BÁSICOS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Agua	2	1,8	1,8	1,8
Energía Eléctrica	26	23,6	23,6	25,5
Alcantarillado	2	1,8	1,8	27,3
Telefonía	1	,9	,9	28,2
Todos	79	71,8	71,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

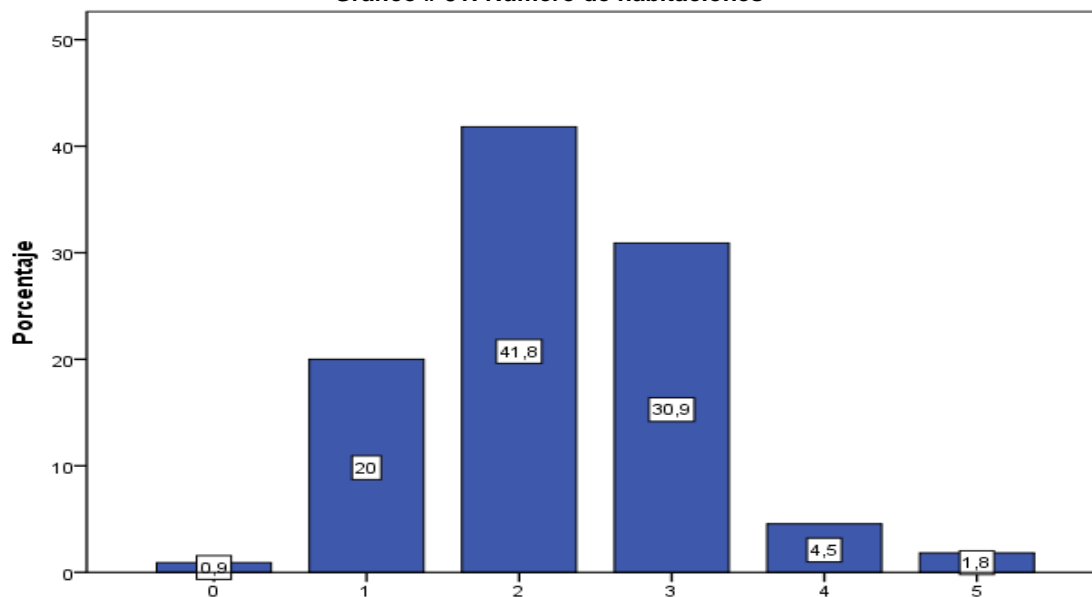
**Gráfico # 30: Servicios Básicos**

El 71.8% de las pacientes cuentan con servicios de energía eléctrica, agua, alcantarillado y telefonía.

## 31. Número de habitaciones

**TABLA 31 NÚMERO DE HABITACIONES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	,9	,9	,9
	1	22	20,0	20,0	20,9
	2	46	41,8	41,8	62,7
	3	34	30,9	30,9	93,6
	4	5	4,5	4,5	98,2
	5	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 31: Número de habitaciones**

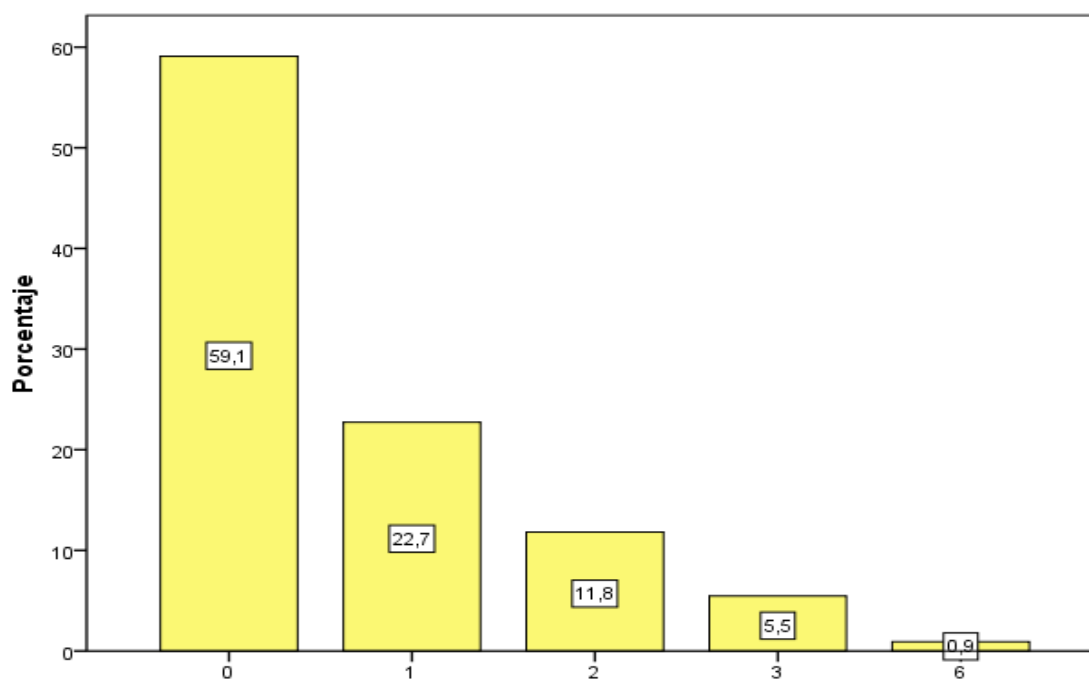
El 41.8% de las pacientes cuentan con 2 habitaciones en sus viviendas y el 30.9% con 3 habitaciones.



## 32. Cuántas personas dependen económicamente de ella

**TABLA 32 CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE ELLA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	59,1	59,1	59,1
	1	25	22,7	22,7	81,8
	2	13	11,8	11,8	93,6
	3	6	5,5	5,5	99,1
	6	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

**Gráfico # 32: Cuántas personas dependen económicamente de ella**

El 50.1 % de las pacientes no tienen personas que dependan económicamente de ellas y del 22.7% dependen 1 persona.

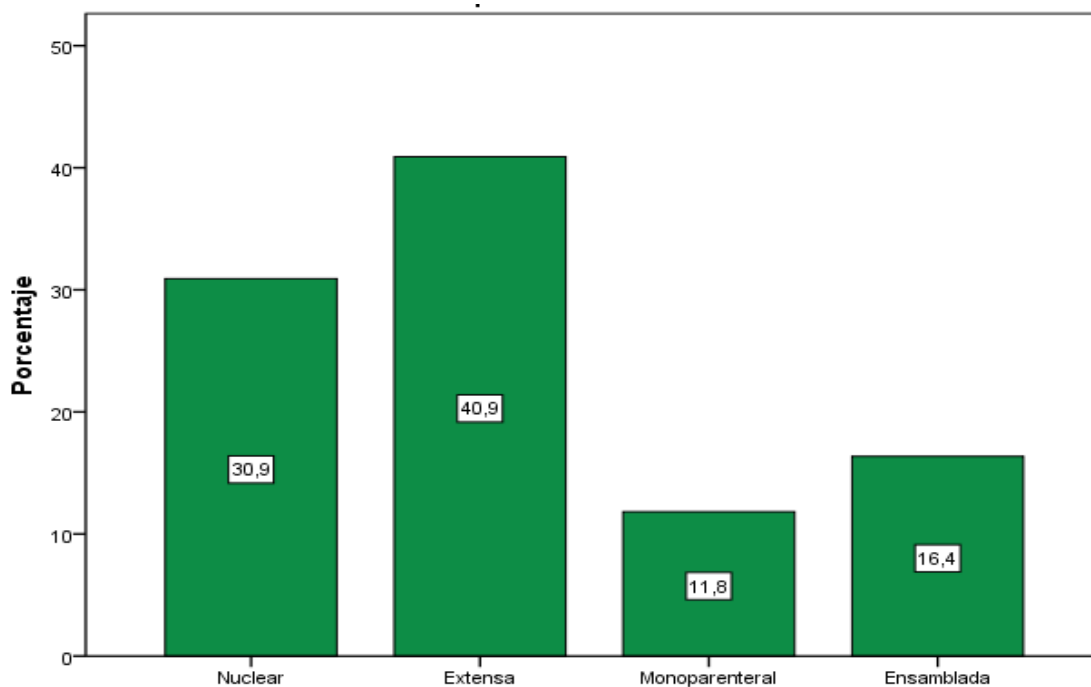
## DIMENSION FAMILIA:

## 33. Tipo de familia

TABLA 33 TIPO DE FAMILIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nuclear	34	30,9	30,9	30,9
	Extensa	45	40,9	40,9	71,8
	Monoparenteral	13	11,8	11,8	83,6
	Ensamblada	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 33: Tipo de familia



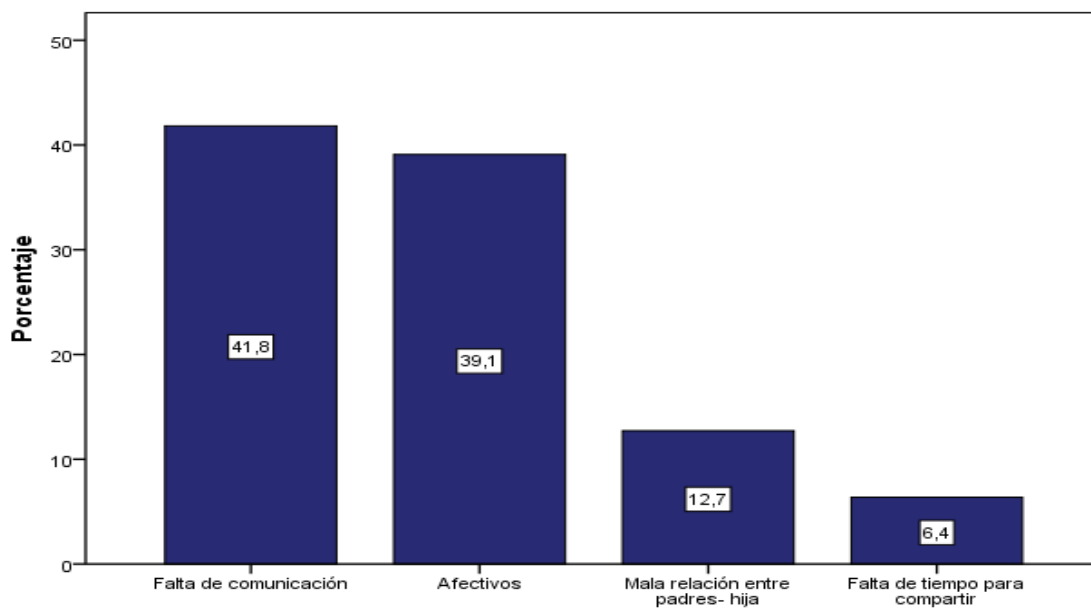
El 40.9% de las pacientes pertenecen a una familia extensa y el 30.9% a familia nuclear.

## 34. Tipo de relación con su familia

TABLA 34 TIPO DE RELACIÓN CON SU FAMILIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Falta de comunicación	46	41,8	41,8	41,8
Afectivos	43	39,1	39,1	80,9
Mala relación entre padres-hija	14	12,7	12,7	93,6
Falta de tiempo para compartir	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Gráfico # 34: Tipo de Relación con su familia



El 41.8% de la pacientes refieren tener falta de comunicación entre la familia, un 39.1% refieren tener padres afectivos.

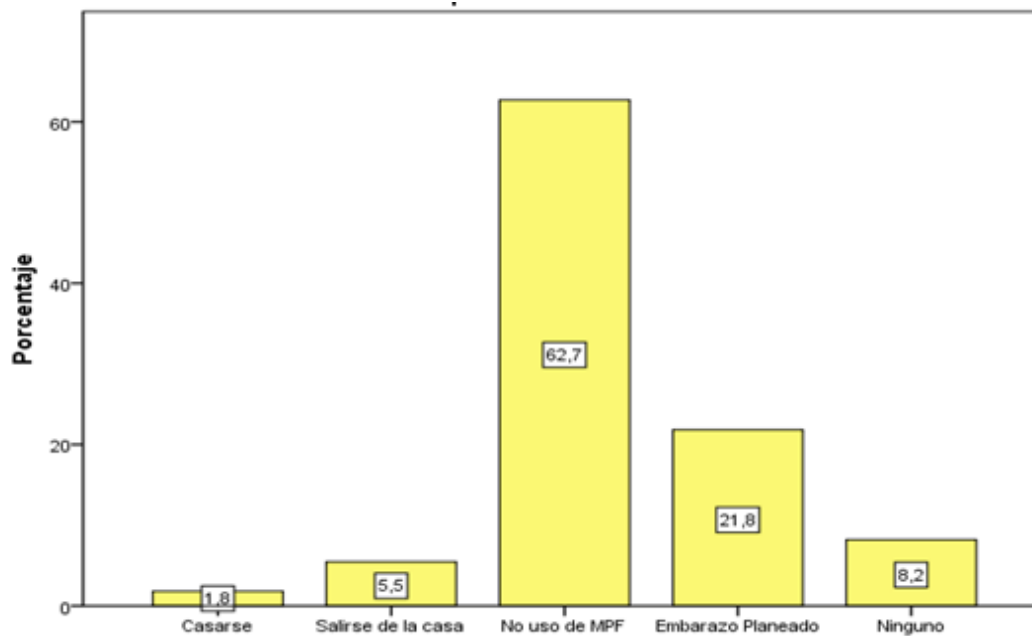
## DIMENSION SOCIAL

## 35. Motivo para embarazarse

TABLA 35 MOTIVO PARA EMBARAZARSE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casarse	2	1,8	1,8	1,8
Salirse de la casa	6	5,5	5,5	7,3
No uso de MPF	69	62,7	62,7	70,0
Embarazo Planeado	24	21,8	21,8	91,8
Ninguno	9	8,2	8,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Gráfico# 35: Motivo para embarazarse

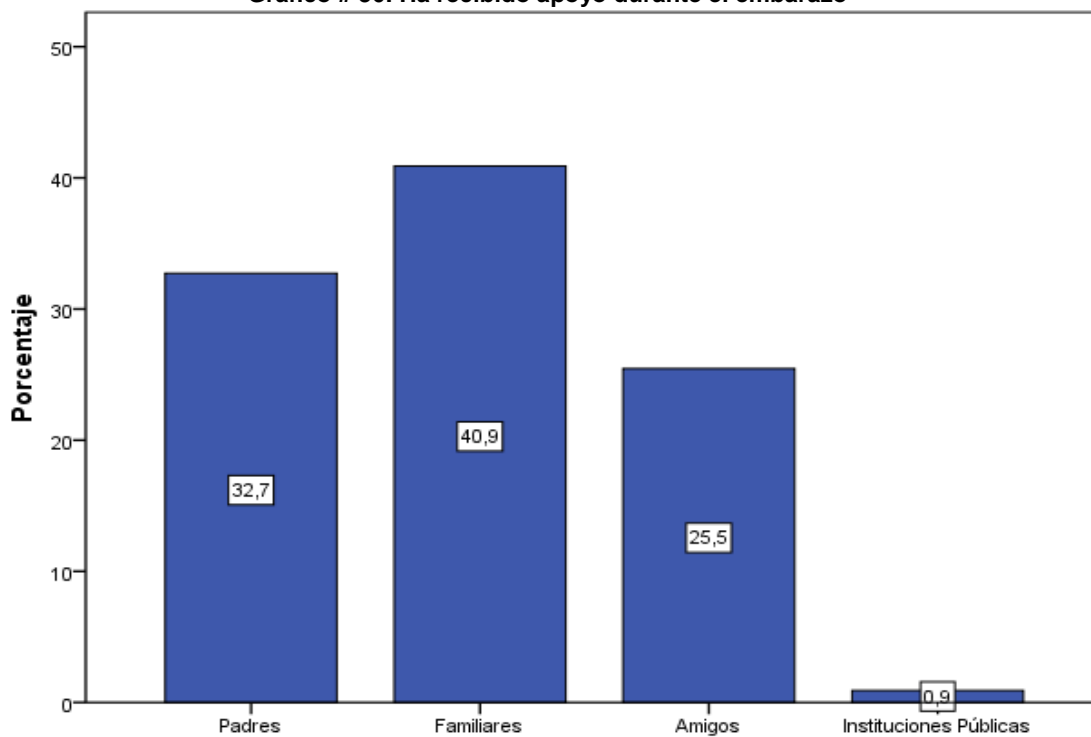


El 62.7% no uso métodos de planificación familiar el cual fue motivo de embarazo.

## 36. Ha recibido apoyo durante el embarazo

**TABLA 36 HA RECIBIDO APOYO DURANTE EL EMBARAZO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Padres	36	32,7	32,7	32,7
	Familiares	45	40,9	40,9	73,6
	Amigos	28	25,5	25,5	99,1
	Instituciones Públicas	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

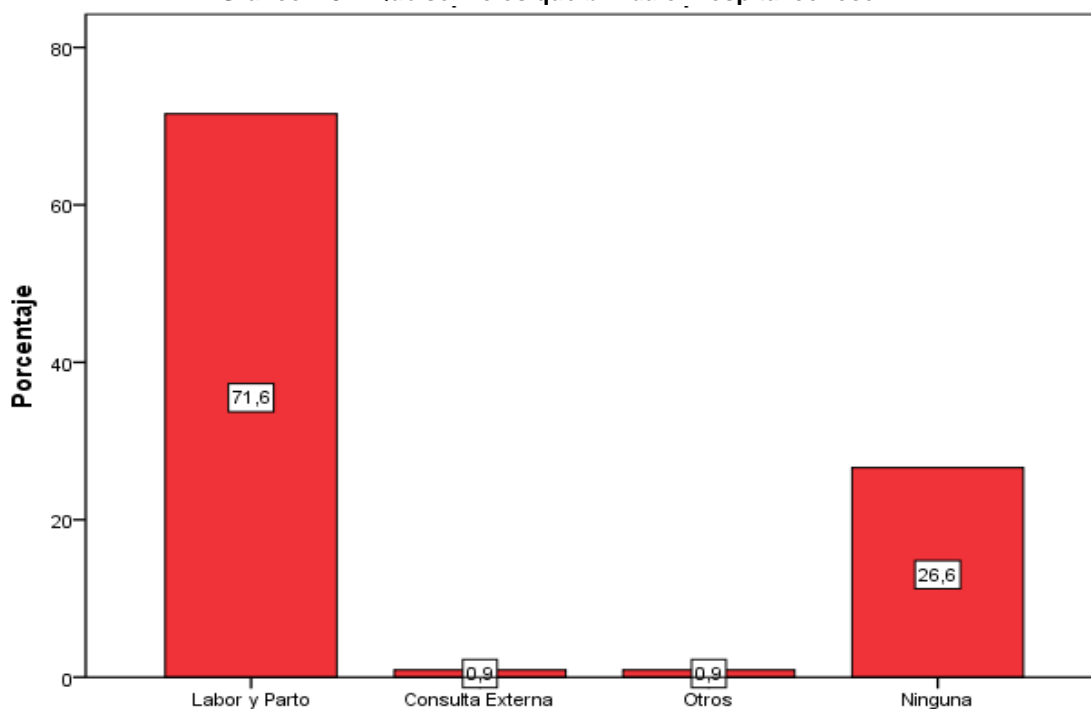
**Gráfico # 36: Ha recibido apoyo durante el embarazo**

El 40.9% de las pacientes ha recibido apoyo de sus familiares y el 32.7% de sus padres.

## 37. Que servicios que brinda el hospital conoce

**TABLA 37 QUE SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL CONOCE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Labor y Parto	78	70,9	71,6	71,6
	Consulta Externa	1	,9	,9	72,5
	Otros	1	,9	,9	73,4
	Ninguna	29	26,4	26,6	100,0
	Total	109	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		110	100,0		

**Gráfico # 37: Qué servicios que brinda el Hospital conoce**

Los servicios que brindan el hospital más conocidos es labor y parto con un 71.6%.

## **CAPITULO VI: DISCUSIÓN**

En este capítulo se discuten los resultados contrastándolos con el marco teórico y otras investigaciones relacionadas con el tema

El embarazo en la adolescencia es considerado un serio problema médico social, debido a un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del mismo.

Honduras se ubica como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacimientos; según la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente en Honduras (ENAPREAH 2012), además refiere que el 22 por ciento de las mujeres hondureñas entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas. Esta investigación revela que el 58% de las participantes estaban cursando la adolescencia tardía y un 42% de ellas estaban en etapa de adolescencia temprana; procedente del casco urbano lo que difiere de otras investigaciones donde se ve predominio del área rural. Como la ENAPREAH que establece que la peor parte la enfrentan las adolescentes pobres, adolescentes con bajos niveles educativos, y adolescentes procedentes de etnias, cuyas estadísticas triplican a sus homologas de los quintiles más ricos y con mejor educación; encontramos que la mayoría de las adolescentes incluidas en el estudio estaban en secundaria o abandonaron sus estudios en este nivel educativo.

El estado civil es una condición social por medio de la cual se logra determinar el nivel de estabilidad ya sea económica, psicológica y social de las personas y

además se establece el tipo de núcleo familiar a la que pertenece cada individuo, en esta investigación el estado civil predominante fue soltera lo que no va con literatura nacional que reporta que es frecuente la unión temprana en las áreas rurales (70%) y entre las mujeres con tres años o menos de escolaridad (79%), hallazgos que proporcionan evidencia de la estrecha relación entre una situación desfavorable y la probabilidad de una unión temprana;

El embarazo en las adolescentes es un evento que se relaciona con características del nivel más bajo del gradiente social como ser la pobreza, baja escolaridad, deserción escolar temprana, las familias monoparentales y disfuncionales, hogares con alta dependencia económica, desempleo y subempleo, escasez de bienes materiales y bajas expectativas con respecto al proyecto de vida; aseveraciones que se ven respaldadas con investigaciones tales como las realizadas en el Hospital Clínico de Niños Roberto del Río de Chile que nos expresa que la maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia, por ende menos familias nucleares tradicionales y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones. Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos, además duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear lo cual concuerda con la investigación donde se ve que la mayoría de las participantes



pertenecen a familias extensas. Similar con una investigación realizada en 7 Hospitales públicos de Costa Rica que señalan que la escasez de estímulos afectivos, culturales, sociales y económicos para las adolescentes, incrementa las posibilidades de la deserción escolar, imposibilidad de conseguir empleos, vivir con parejas violentas, pertenecer a familias disfuncionales entre otros elementos, constituyen factores de riesgo que potencian el embarazo en la etapa adolescente.

## **CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **A.CONCLUSIONES:**

La prevalencia de embarazo en adolescentes en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela es mayor que la prevalencia a nivel nacional, superándola en 2 puntos. Culturalmente estas pacientes se caracterizan por inicio de relaciones sexuales en la adolescencia temprana, a su temprana edad muchas ya han tenido más 1 pareja sexual, no utilizan métodos de planificación familiar, y sus experiencias sexuales son no planeadas.

Económicamente estas pacientes dependen de sus padres o de su pareja sexual, siendo bajo el porcentaje que trabaja, ganando un promedio de 3 dólares por día.

La escolaridad de las adolescentes estudiadas no supera el nivel medio, atribuyéndole estas circunstancias a los problemas económicos.

Los bienes materiales que poseen estas pacientes son escasos, solo un bajo porcentaje poseen casas familiares que las comparten con familias extensas en su mayoría monoparentales.

Las características sociales más frecuentes es que las adolescentes se embarazan ya que en su conducta sexual no consideran el uso de métodos anticonceptivos, reciben apoyo de sus familiares y padres al igual que conocen los servicios que el hospital les brinda.

## B.RECOMENDACIONES

Implementar en la currícula escolar como eje transversal programas de educación sexual holísticos donde el enfoque sea integral, integrador y equitativo, que promuevan valores, principios entre estos el amor propio, la dignidad, el respeto, fortaleciendo la autoestima y la necesidad de establecer un proyecto de vida para el futuro, ayudando de esta manera a retrasar el inicio de relaciones sexuales.

Fortalecer el capital social comunitario a través de la creación de programas que ayuden a los adolescentes al uso de su tiempo libre y de ocio en actividades significativas como su participación en grupos de teatro, música, lectura, equipos deportivos, grupos de debate, etc.

Crear grupos de ayuda o consejería entre pares a nivel comunitario e institucional, que sirvan de soporte a las diferentes necesidades que puedan tener las adolescentes.

Mejorar el capital intelectual y material de las familias a través del acceso universal a la educación de calidad y a la oportunidad de tener un trabajo digno que le permita a la familia, satisfacer sus necesidades y contribuir al bienestar de la misma.

Implementar programas de atención clínica diferenciada y amigable para la adolescente embarazada.

Crear programas de inversión social que ayuden a las adolescentes madres a mejorar su calidad de vida mediante la inserción en el mercado laboral y educativo.

## CAPITULO VIII: REFERENCIAS:

- Acervo. (s.f.). Adolescencia y sexualidad.
- Alarcon Argota, R., Coello, J., Cabrera, J., & Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermeria*.
- Alberca, J. M. (s.f.). Adolescencia cambios fisico y cognitivos.
- Alexandra, S., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Bustamante, J., Muriel, E., . . . Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *REV CHIL OBSTET GINECOL 2013*, 269-281.
- Alicia, X., & Diaz , H. (2012). Embarazo Adolescente y madres jovenes en Mexico. *Secretaria de Educacion Publica*.
- Arana, V. C., Olvera Guerra, J., & Chumacera Lopez, R. (2005). Características Sociales y familiares de la adolescentes embarazadas de alto riesgo. *Revista Medica del IMSS*.
- Arana, V., Olvera, J., & Chumacera, R. (2005). Características sociales y familiares de adolescentes embarazadas atendidas en el modulo d alto riesgo. *Medica del IMSS*.
- Barrozo, M., & Pressiani, G. (2011). EMBARAZO ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 19 AÑOS.
- Carlos, G., & Montoya, P. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana. *Rev Salud Publica* , 394-406.
- Conceptos básicos para el estudio de las familias. (2013). *Archivo de Medicina Familiar*.
- Flores, V. (2013). Características biopsicosociales del adolescente. *Odontologia Pediatrica*.
- Gabriela, U. M., Parra, K., Wendler, G., & Mozon , L. (2006). Riesgo en el embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*.
- Ivan, G. P., Ramiro, M., & Nina, Z. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años . *FLASOG*.
- janeth, M. B. (2007). ACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS.

- Jose Luis Pedreira, L. M. (s.f.). Desarrollo psicosocial de la adolescencia.
- Julio, M., Ruelas, E., & Conyer, R. (2002). Prevencion del embarazo no planeado en los adolescente.
- Leon, P., Matias , M., Borgoño , R., & Bustamante , F. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista Pediatria Electronica*.
- Marta, M., Ferrada, C., Perez, R., & Cid, L. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Medica Chile*.
- Maruzzella, V., & Molina, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 85-109.
- Maternidad temprana en Honduras: un desafio constante. (2006). *Guttmacher Institute* .
- Mora Cancino, y. M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *ELSERVIER: Perinatologia y Reproduccion Humana*.
- Moya, C. (2014). Creencia, significado y escepticismo. *Universitat de Valencia*.
- Ortez, E. Z. (2001). *Pasos para hacer una investigación*.
- Pantelides, E. A. (2014). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad en adolescentes de América Latina. *ResearchGate*.
- Pino, R., Escobar, C., Muñoz, C., Torrent, C., & Bosch, C. (2011). Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años.
- Quesada Mario, Romero, M., Maria, P., & Rodriguez, C. (2009). Caracterización social del embarazo en la adolescencia.
- Rosa, J. P. (s.f.). *Metodologia de la Investigacion. Elementos Basicos de la investigacion clinica*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Sampieri. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. Mexico, DF: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Sandra, R. (2003). Embarazo en adolescente aspectos tipo social, psicologicos y cultural.
- Saunders, W. (s.f.). In Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, Second Edition, Philadelphia. W.
- Secretaria de Salud de Honduras. (2012). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH) .
- Secretaria de Salud Publica . (2012). Estrategia Nacional para la prevencion del embarazo en adolescentes de Honduras.

SEGO. (s.f.). Ginecología de la adolescencia.

Shereen-Awuapara-Flores, M. V. (s.f.). Características bio-psicosociales del adolescente. *Odontol Pediatr Vol 12 N° 2 Julio-Diciembre 2013*.

Silvia, A., Badilla, D., Cordero, A., & Marin, K. (2012). "Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social. *UCR*.

UNFPA. (2014). Analisis legislativo comparado sobre embarazo adolescente y matrimonio temprano.

UNICEF. (2010). la infancia en Honduras: Análisis de Situación .

UNICEF, R. M. (2013). Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población,.

W., B. B., Poo, A. M., Vasquez, O., Muñoz, S., & Vallejo, C. (2007). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL EMBARZO ADOLESCENTE DE LA NOVENA REGION. *Revista Chilena obstetricia y Ginecologia*, 76-81.

**CAPITULO IX ANEXO**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.**

Código: \_\_\_\_\_

Describir las características sociales de la adolescente embarazada atendidas en la consulta de atención prenatal del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo comprendido de julio a diciembre del 2016

**A. DIMENSION PERSONA**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Procedencia: \_\_\_\_\_

3. Estado Civil: \_\_\_\_\_

4. Raza: \_\_\_\_\_

5. Escolaridad: \_\_\_\_\_

6. Ocupación: \_\_\_\_\_

7. Antecedentes Personales Patológicos: \_\_\_\_\_

8. HGO: G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ OB: \_\_\_\_\_ HV: \_\_\_\_\_ HM: \_\_\_\_\_

9. Número de Controles Prenatales: \_\_\_\_\_

10 Vía del Parto: Vaginal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

**DIMENSIÓN CULTURAL:**

11. Edad de inicio de relaciones sexuales \_\_\_\_\_

12. Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_

13. Motivo por el cual tiene relaciones sexuales: A) Amor B) Presión de pareja  
C) Presión de amigos D) Abuso
14. Utiliza métodos de planificación familiar Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. Razones por las cuales no utiliza MPF: A) No conoce MPF B) No le gusta  
usar ningún MPF C) No se atrevió a preguntar D) Deseaba salir embarazada E)  
Su familia se enteraría E) Irresponsabilidad F) Relación no planeada
16. Cuáles son sus expectativas respecto a la educación: A) Mejorar su  
situación económica B) Ser valorado socialmente C) Ser Profesional D)  
Conseguir trabajo que le guste E) Ninguna
17. Hábitos Tóxicos: Alcohol: \_\_\_\_\_ Tabaquismo: \_\_\_\_\_ Drogas: \_\_\_\_\_  
Influencia de Amigos Sí \_\_\_ No \_\_\_
- DIMENSION SOCIOECONOMICA:**
18. Situación Laboral: A) Trabajando B) buscando trabajo C) Nunca he  
trabajado D) Desempleado
19. Trabaja por: A) Contrato B) Permanente C) Empleo a diario
20. Ingreso mensual: \_\_\_\_\_
21. Vives de ingresos generados por: A) pareja B) Ella misma C) De tus padres  
D) Abuelos
- DIMENSION EDUCATIVA:**
22. Grado que cursaba cuando abandono el estudio: \_\_\_\_\_
23. Razones por las cuales no estudia: A) Finalizo su Educación B) Problemas  
económicos C) No tuvo apoyo familiar D) Por trabajar E) Falta de interés

## DIMENSION ENTORNO:

24. Donde vive habitualmente: A) Casa de sus padres B) Casa de los suegros  
C) Casa Propia D) Casa compartida con amigos E) Casa de familiares

25. Características de las viviendas: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_

26. Ubicación geográfica \_\_\_\_\_

27. Material predominante en las paredes: Ladrillo\_\_\_ Bloque\_\_\_ Madera\_\_\_\_\_

Materiales de desecho \_\_\_\_\_

28. Material predominante en el techo: Tejas\_\_\_ Laminas\_\_\_ Aluzinc\_\_\_\_\_

Asbesto\_\_\_ Materiales de desecho\_\_\_\_\_

29. Material del Piso: Cemento\_\_\_ Ladrillo\_\_\_ Cerámica\_\_\_\_\_ Tierra\_\_\_\_\_

Madera\_\_\_\_\_

30. Servicios Básicos: Agua\_\_Energía Eléctrica\_\_Alcantarillado\_\_\_\_\_

Telefonía\_\_\_\_\_

31. Número de habitaciones\_\_\_\_\_

32. Cuantas personas dependen económicamente de ella: \_\_\_\_\_

## DIMENSION FAMILIA:

33. Tipo de familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Monoparenteral \_\_\_\_\_

Emsamblada \_\_\_\_\_

34. Tipo de relación con su familia: A) Falta de comunicación B) Afectivos C)

Mala relación entre padre e hijo D) Falta de tiempo para compartir

## DIMENSION SOCIAL:

35. Motivo para embarazarse: Casarse\_\_\_ Salirse de casa\_\_\_ No uso de MPF\_\_\_ Embarazo Planeado\_\_\_ Ninguno\_\_\_\_\_

36. Ha recibido apoyo durante el embarazo de: A) Padres B) Familiares C) Amigos D) Instituciones públicas

37. Que servicios que brinda el Hospital conoce:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Soy estudiante del programa de posgrado en Ginecología y Obstetricia de la UNAH-VS y estoy llevando a cabo un estudio sobre las Características Sociales de la Adolescente Embarazada en la Maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela como requisito para obtener mi título. El objetivo del estudio es describir las características sociales de la adolescente embarazada atendidas en la maternidad del HLMV.

Solicito su autorización para participar voluntariamente en el estudio que consiste en llenar un cuestionario de 37 preguntas que le tomara contestarlo aproximadamente 30 min, el proceso es estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación es voluntaria, usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio, no recibirá ninguna compensación por participar.

Si desea participar favor llenar el talonario de autorización.

Investigador: Dolores María Arita Henríquez.

Autorización:

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de\_\_\_\_\_

Sobre\_\_\_\_\_..

\_\_\_\_\_

Participante

\_\_\_\_\_

Fecha