



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2005-2007

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN RELACIÓN AL CONTROL
PRENATAL Y EL EMBARAZO. MUNICIPIO JOCÓN, YORO,
HONDURAS. JUNIO 2007.**

Autora: EMMA RUTH NUÑEZ HERRERA. MD.

Tutora: MSc. ALMA LILA PASTORA ZEULI.
DOCENTE CIES.UNAN MANAGUA.

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua. Junio 2007.

INDICE

	Pág.:
Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO DE REFERENCIA	12
VII. DISEÑO METODOLOGICO	29
VIII. RESULTADOS	35
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	39
X. CONCLUSIONES	41
XI. RECOMENDACIONES	43
XII. BIBLIOGRAFÍA	45
XIII. ANEXOS	46
• Tablas.	
• Gráficos.	
• Instrumentos.	

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres, pues en honor a ellos he duplicado mis esfuerzos, para que sus sueños sean realidad.

A mi querida hija Ruth Eleonora pues ella está siguiendo mi camino profesional.

A mi esposo por su comprensión, dedicación y apoyo incondicional.

A mis hermanos: Elizabeth, Ángel Rafael, Martha, Doublas, Héctor y Josué.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por haberme dado la sabiduría para culminar mis estudios.

A cada uno de los maestros del CIES por su dedicación y esfuerzo, y en especial a mi tutora Lic. Alma Lila.

A todas las adolescentes y a las enfermeras auxiliares del municipio de Jocón, Yoro.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para la realización de este estudio.

RESUMEN

El presente estudio es de Tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), realizado con las adolescentes embarazadas del municipio de Jocón Yoro en junio del 2007.

Se llevó a cabo en 34 adolescentes embarazadas que visitaron los tres centros de salud del municipio.

Los resultados se recogieron a-través de entrevista directa con las embarazadas y encontramos los siguientes hallazgos:

En Jocón se embaraza una de cada 8 adolescente antes de cumplir los 19 años, para la mayoría de estas jóvenes 53% el embarazo es motivo de tristeza y no de alegría, coincidiendo con que la mayoría son embarazos no deseados, el 59% de estos embarazos se da en jóvenes entre 17 y 19 años de edad. Menos de la mitad (44%) terminaron sus estudios primarios y solamente el 24% (8) comenzaron la secundaria y la cual estaba incompleta al momento de la entrevista, el 85% son amas de casa y el 80% seguirá siéndolo después de su parto, el porcentaje de soltería entre estas jóvenes es de 53%. 29 de ellas si conocen la edad de embarazarse por primera vez, pues el 83% cree que debe embarazarse después de los 20 años de edad y el 56% cree que debe tener relaciones después de los 21 años.

El 85% conocen de la existencia del programa de control prenatal en los centros de salud, sin embargo el 100% desconoce a que semana debe asistir y el numero de controles que debe tener por cada embarazo, el 100% conoce de la existencia de riesgos obstétricos.

Palabras claves: **adolescente, embarazo, control prenatal.**

I. INTRODUCCION

Los problemas de salud de las adolescentes son muy diferentes de los que se presentan en edades tempranas ó tardías, ya que están relacionadas con cambios que ocurren en su crecimiento y desarrollo, caracterizados por las altas cargas psicosociales, la demanda del estudio, demanda de trabajo etc. y si a todo esto le añadimos un embarazo que en la mayoría de los casos no es planificado, tendremos entonces limitantes en sus oportunidades de educación y empleo, con un efecto posterior negativo en su vida y la de sus hijos e hijas.

Debido a que el organismo no ha completado su desarrollo, los riesgos de la maternidad temprana relacionadas con embarazo, parto y puerperio, se hacen evidentes en un buen número de mujeres jóvenes. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, estas podrían disminuir. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus

Honduras al igual que los países de la región centro americana, se caracteriza por tener un alto porcentaje de población adolescente, para el año 2000 este grupo poblacional constituye el 23.8% del total de la población, de los que el 50.8% son varones y el 49.3% son mujeres, existiendo una relación de un adolescente por cada 4 personas.

El municipio de Jocón se encuentra ubicado al norte del departamento de Yoro, sobre el kilómetro 43 en la carretera central partiendo de la cabecera departamental, es el municipio con más índice de pobreza en el departamento de

Yoro, con una población de 8,080 habitantes de los cuales 1,836 son adolescentes siguiendo el patrón nacional de un adolescente por cada 4 habitantes.

Actualmente tiene 3 centros de Salud, de los cuáles uno tiene médico y 2 solo tienen enfermera auxiliar, y una Clínica Materno Infantil atendida por enfermeras auxiliares en servicio social.

Este estudio plantea la necesidad de conocer la problemática de los embarazos en adolescentes del municipio de Jocón con el fin de brindar apoyo al personal de Salud y ONGs, existentes en el municipio y así poder diseñar intervenciones eficaces no solo de prevención sino también de recuperación del daño, acciones tendientes a ayudar a este grupo poblacional sirviendo con calidez y calidad a cada adolescente embarazada.

II. ANTECEDENTES

Honduras tiene la tasa de fecundidad adolescente más alta de América Central, y ésta no ha disminuido en las últimas dos décadas. En el año 2,001, hubo 137 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, comparado con 119 en Nicaragua, 114 en Guatemala, 104 en El Salvador, 95 en Belice, 89 en Panamá y 78 en Costa Rica.

A pesar de la disminución de la fecundidad en los demás grupos de mujeres. Los embarazos en adolescentes demuestran un aumento en números absolutos que equivalen a un 50% entre 1,987 y 2,001.

En el año 2,001, el 40% de todos los nacimientos en adolescentes no fue planeado, la mayoría de las adolescentes sexualmente activas (70%) no desea tener un hijo en los siguientes dos años. A pesar de estas preferencias reproductivas, solo una de cada 3 adolescentes sexualmente activa usa un método anticonceptivo. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en las adolescentes sexualmente activas fue un tanto más alta en las áreas rurales que en las urbanas (51% versus 44%), pero fue mucho más alta en aquellas que habían tenido al menos 7 años de escolaridad.

El uso de anticonceptivos modernos entre las adolescentes en unión se diferencia enormemente entre las que ya han tenido un hijo y aquellas que todavía no lo han tenido. En el año 2,001 el 45% de las adolescentes unidas que ya habían tenido un hijo usaba un método moderno, comparada con sólo el 8% de las que aún no habían comenzado a tener hijos.

Una buena atención prenatal y del parto son requisitos básicos de salud pública para asegurar la supervivencia, la salud y el bienestar de las madres y de sus hijos. Satisfacer estas necesidades elementales será un gran desafío para

Honduras que actualmente tiene una tasa de atención prenatal inferior a cualquiera de los tres países centroamericanos con datos comparables (El Salvador, Guatemala y Nicaragua), y esta tasa a disminuido con el tiempo.

Las estadísticas de atención hospitalaria de la Secretaria de salud correspondientes al año de 1,999 realizadas en todos los establecimientos públicos registran 215,611 egresos por diferentes causas, de los cuales más de 18% corresponden a la población adolescente (10-19 años). Del total de estos egresos, 4,8% correspondió a atenciones relacionadas con el proceso reproductivo en la mujer, y del total de atenciones por embarazo, parto y puerperio 27% correspondieron a la población adolescente. Del 100% de embarazos, el 30% se da en adolescentes. (1, 4)

Actualmente en nuestro país la tasa global de fecundidad es de 4.4 hijos por mujer, observándose un descenso sostenido pero lento entre 1981 y 2001, de 6.4 a 4 (2 hijos por mujer), este descenso se ha concentrado en las mujeres con edades entre 35 y 49 años.

Pese a ese descenso esta tasa ubica a Honduras como uno de los países de mas alta fecundidad en el contexto latinoamericano en donde la tasa promedio es de 2.9 hijos por mujer.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes obedece a la interacción de muchos factores entre los que se pueden mencionar, la identidad sexual, modelos de crecimiento estereotipado, la falta ó poca comunicación familiar, la escasa ó nula información sexual, la promiscuidad, la violación el desconocimiento total ó parcial del uso de anticonceptivos, la falta de acceso a la educación y el desconocimiento de los y las adolescentes sobre el ejercicio responsable de la sexualidad.

Las últimas estadísticas disponibles revelan que casi la mitad de las mujeres adultas jóvenes (48.4%) ha estado embarazada alguna vez, y un 12.6% tiene experiencia de un embarazo producto de una relación prematrimonial. Entre las que tienen de 15 a 19 años, casi dos tercios (29.4%), tiene experiencia de embarazo, y un 7.0% ha tenido un embarazo prematrimonial.

Concientemente con lo que se ha observado en relación con la experiencia sexual y el uso de anticonceptivos, el porcentaje de embarazo es menor en el área urbana, y dentro de esta es menor en Tegucigalpa que en San Pedro Sula y las otras áreas urbanas. El embarazo pre-marital varía de 1.4 % entre las que tienen 15 años a 14.3% entre las que tienen 19 años y alcanza hasta el 23.7% entre las de 24 años cumplidos. La experiencia de embarazo alcanza el 7.0% entre las jóvenes solteras, y tiene una relación inversa con el nivel educativo.

El 28.2% de las adultas jóvenes con experiencia de embarazo creía que no podía salir embarazada cuando se embarazó por primera vez. Esta creencia es mayor en jóvenes con experiencia de embarazo del área urbana que en las del área rural. Las mayores proporciones de jóvenes que creían que no podían salir embarazadas se observan en las solteras, las de nivel educativo secundaria incompleta, aquellas cuya primera relación sexual fue prematrimonial y las que tuvieron su embarazo antes de los 15.

De las mujeres que salieron embarazadas antes de los 15 años, el 58% pensaba que “no tenía la edad”, y el 15%, que “era la primera vez”.

En relación con la planeación del primer embarazo, el 63.7% de las jóvenes con experiencia de embarazo, quería salir embarazada la primera vez que se embarazó.

Un 28.9% quería esperar más tiempo y 6.8% no quería salir embarazada en ese momento. De las que se embarazaron antes de los 15 años, más de la mitad

(52.5%) quería embarazarse, y de las que se embarazaron entre los 15 y los 17 años, el 63.8% lo deseaba. Esto denota una falta de oportunidades de las adolescentes para desarrollarse en otros aspectos de la vida, como puede ser el mejoramiento de su educación o la obtención de un empleo. Los mayores porcentajes de deseo del primer embarazo se observan en el área rural. Por otro lado el deseo del embarazo es menor en las de niveles educativos secundario y superior. Para las jóvenes cuya primera relación fue premarital, el 53.0% deseaba el embarazo cuando salió embarazada por primera vez.

El 12.8% de las jóvenes con experiencia de embarazo estaban estudiando cuando se embarazó por primera vez. Estas cifras corresponden a 10.2% entre las de 15 a 19 años. La probabilidad de estar estudiando cuando se embaraza por primera vez, es mayor en el área urbana, principalmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula, entre las solteras las que tienen nivel educativo secundario o superior, y las que tienen una edad menor de 15 o mayor de 23 años. (4)

En el departamento de Yoro hasta en este momento se están llevando a cabo dos estudios uno en el municipio de Olanchito y el otro en el municipio de Progreso, cuya información aún no esta disponible. (5)

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas sub-culturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones Preventivas adecuadas.

Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad;

adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

III. JUSTIFICACION

En la actualidad se están haciendo múltiples esfuerzos relacionados con la adolescencia especialmente en el manejo de las consecuencias de actos indebidos de esta época, como el embarazo, la violencia, la prostitución ó las drogas. Sin embargo poco ó nada se esta haciendo para prevenir estos problemas que aquejan a nuestros jóvenes de hoy.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno prevenible que debe ser abordado con una perspectiva amplia de salud. No se debe escatimar esfuerzos en la prevención primaria a-través de programas multisectoriales. Estas adolescentes serán las madres de la próxima generación, y se le debe dar todas las oportunidades para desarrollar al máximo su potencial.

Jocón es el municipio con más pobreza del departamento de Yoro con una tasa de fecundidad general de 28 por cada 1000 nacidos vivos. Sin embargo la tasa de fecundidad en adolescentes para el año pasado fue de 31 por cada 1000 nacidos vivos, del 100% de los embarazos del municipio de Jocón el 30% son embarazos en adolescentes.(4)

Hasta este momento no tenemos casos de mortalidad materna en el municipio, pero estamos concientes que vivimos en un ambiente propicio para que hallan muertes maternas, Por lo cual con el presente estudio pretendemos poner un granito de arena para prevenir la mortalidad materna, dar un mejor servicio de salud a las adolescentes que ya están embarazadas, y a las adolescentes que aún no están embarazadas poderles brindar prevención primaria y secundaria.

Los resultados del presente estudio se presentaran a las autoridades civiles, autoridades de la Secretaria de Salud, de la Secretaria de Educación , y se invitara

para ello a las autoridades departamentales con el fin de hacer conciencia del problema que aqueja a los y las adolescentes con la idea de abordar el problema no solo desde el punto de vista médico, sino también verlo como un problema socio-económico y así tomar medidas a-través de la implementación de programas que beneficien a los adolescentes del municipio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas con relación al control prenatal y el embarazo en el municipio de Jocón, Yoro, Honduras, Junio 2007?

Preguntas Específicas:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas?

¿Cuales son los conocimientos de las adolescentes embarazadas con relación al embarazo y el control prenatal en el municipio de Jocón, Yoro, Honduras, 2006?

¿Cuales son las actitudes de las adolescentes embarazadas con relación al embarazo y el control prenatal en el municipio de Jocón, Yoro, Honduras, 2006?

¿Cuales son las prácticas de las adolescentes embarazadas con relación al embarazo y el control prenatal en el municipio de Jocón, Yoro, Honduras, 2006?

V. OBJETIVOS

5.1.- Objetivo General.

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas con relación al control prenatal y el embarazo en el municipio de Jocón, Yoro, Honduras. Junio 2007.

5.2.- Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
- Valorar los conocimientos de las adolescentes embarazadas con relación al control prenatal y el embarazo
- Analizar las actitudes de las adolescentes embarazadas con relación al control prenatal y el embarazo
- Identificar las prácticas de las adolescentes embarazadas con relación al control prenatal y el embarazo

VI. MARCO DE REFERENCIA

La población adolescente es definida por la Organización Mundial de la Salud como el grupo comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Esta etapa de la vida no es solamente un proceso biológico, sino también un proceso psicológico y social, en el que las personas “ toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para si las funciones que les permitan elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio”. (1)

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamada también el síndrome del fracaso, ó la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

En vista de la fuerte y persistente conexión entre la maternidad adolescente y la prolongación de la pobreza y la marginación social, el Programa de Acción de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) del Cairo de 1994 estableció dos objetivos importantes. El primero es “abordar las cuestiones relativas a salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad. El segundo es reducir considerablemente los niveles de embarazo en adolescentes.

La maternidad temprana es reconocida en el mundo entero como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. La maternidad temprana puede

entorpecer las perspectivas educativas de una mujer joven, reducir su autonomía social y económica de 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 adolescente es vital para el mejoramiento de la vida de las mujeres y de sus familias, así como de la sociedad en general.

VI.1) Consecuencias del Embarazo

En la Adolescente:

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos ínter genésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza

En el Hijo:

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" ò porque sus padres no tienen trabajo.

En el Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

VI.2) Enfoque de Riesgo para la atención de la Adolescente Embarazada.

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y peri natal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores pre-dictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores pre-dictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y peri natal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

➤ *Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal*

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.
- Antecedente de abuso sexual.

➤ ***Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal***

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

➤ ***Grupo de riesgo obstétrico perinatal corriente o no detectable***

- Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.
- Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.
- La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pre-término igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).

Problemas que se pueden presentar en los controles prenatales

Se pueden agrupar en trimestres:

Primer Trimestre

- *Trastornos Digestivos:*

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

- *Metrorragias:*

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas.

-Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

- *Embarazo Extrauterino:*

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las adolescentes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

Segundo y Tercer Trimestre

- *Anemia:*

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En

un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

- *Infecciones Urinarias:*

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

- *Amenaza de Parto Pre.término :*

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación

- *Hipertensión Gravídica:*

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

- *Mortalidad Fetal:*

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

- *Parto Prematuro:*

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológica).

- *Crecimiento Intrauterino Retardado:*

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

- *Presentaciones Fetales Distosicas:*

Las presentaciones de nalgas afecta del 1.9% al 10% de las adolescentes.

- *Desproporciones Cefalopélvicas:*

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez

- *Alumbramiento:*

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

- *Otras:*

VI.3) Prevención del Embarazo en Adolescentes

Prevención Primaria

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en adolescentes
- Información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo limitada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas de cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres ó adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes (docentes, líderes) para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación

Prevención Secundaria

- Medidas a tomar cuando la joven esta embarazada.
- Asistencia del embarazo, parto y recién nacidos en programas de atención del adolescente, por personal motivado en este tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar el al hijo en adopción

Prevención Terciaria

- Vigilancia del vínculo madre-hijo, padre-hijo, prestando atención a signos de alarma.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se halla ubicado frente a su compañera y a su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo ínter genésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

VI.4) Atención Integral a la Adolescente Embarazada.

Enfoque de Riesgo:

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

- a. **Factores protectores:** Son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.
- b. **Factores de riesgo:** Son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.
- c. **Factores de Riesgo Reproductivo:** *Son determinadas condiciones, biológicas o sociales, educacionales y culturales, que cuando están presentes en la mujer*

aumentan la probabilidad de que ella o su producto potencial en caso de embarazarse puede enfermar o morir.

Se consideran factores de riesgo reproductivo los siguientes:

➤ **Sociales y educativas:**

- Vivienda rural o urbana marginal.
- Bajo ingreso económico
- Baja o ninguna escolaridad
- Otros: Tabaquismo, alcoholismo, etc.
- Violencia intra familiar, extra familiar
- Baja o ninguna educación sexual

➤ **Biológicos:**

- Edades extremas (menor de 18 o mayor de 35)
- Paridad mayor de 4 hijos
- Espacio íter genésico menor de 2 años
- Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, neuropatía)
- Antecedentes patológicos obstétricos (aborto, hemorragia post-parto, cesaría, recién nacido de bajo peso, toxemia)
- Infección por E.T.S. - SIDA.

La Consulta con Adolescentes

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

➤ *Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta*

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.): "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
- Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

➤ *Dificultad para el vínculo con el hijo*

- Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
- Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.
- Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

➤ *Perfil deseable del médico para atender adolescentes*

- Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
- Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
- Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá

buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

➤ *Contexto de la Maternidad Adolescente*

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

Embarazo no planificado. Pareja ambivalente o ausente. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación. Condiciones económicas desfavorables.

Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

➤ *Objetivos del equipo de salud*

Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo. Fortalecer los vínculos familiares. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución. Brindar atención peri natal integral.

➤ *Estrategias del equipo de salud*

- Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
- Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.

- Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

VI.5) Programas de adolescentes

Existen políticas de juventud, pero están dispersas e inadecuadamente implementadas.

Aunque en las últimas dos décadas se han formulado políticas nacionales de juventud, a menudo no están claramente vinculadas con las instituciones ejecutoras. En otros casos, la infraestructura existente no está equipada para coordinar tales políticas.

En Honduras existe dentro de la Secretaría de Salud el Programa de Atención al Adolescente, el cual depende del Departamento de Atención Integral a la Familia (D.A.E.F), y este es parte de la sub-secretaría de riesgos poblacionales, a-través de la Dirección General de Promoción y Protección de la Salud (D.G.P.S.).

Este programa es relativamente joven y se hace grandes esfuerzos por que se de una atención integral a los y las adolescentes en todo el País, razón por la que se elaboró el Manual de Normas de los y las Adolescente en el Año 2002, cuya finalidad es la de unificar criterios y dar una atención de calidad a cada joven que visita la red de servicios de Salud Pública del país.

Sin embargo estas normas no separan a la adolescente embarazada del resto de las mujeres pues si la adolescente está embarazada las normas del y las adolescente remiten al personal de salud a las Normas de Atención Integral de la Mujer por lo que en los centros asistenciales de la red de servicios médicos suele verse a la adolescente como a una embarazada más.

Actualmente se esta haciendo esfuerzos por darles el espacio físico con personal capacitado,. prueba de esto es que ya existe en el Hospital Escuela (primer hospital del país) la Clínica de Adolescentes Embarazadas. Ubicada en el segundo piso y la cual atiende un promedio de 12 a 15 pacientes al día, la mayor parte de 16 a 17 años de edad. (7).

Además el gobierno actual creo el Instituto Nacional de la Juventud, dependiente directamente de Casa Presidencial por lo que aunque comparten finalidad con los objetivos de la Secretaria de Salud Pública falta más coordinación entre ellos.

Entre otras instituciones dedicadas en pro de los y las adolescentes están la Secretaria de Educación Pública, el Ministerio de Trabajo, el Instituto Hondureño de la Familia, Próvida, el Ministerio Público, el Instituto Nacional de la Familia (INFA) etc.

VI.6) Conocimientos, Actitudes y Prácticas

Conocimiento:

Proceso en virtud del cual el humano refleja y reproduce la realidad en su pensamiento.

Proceso en el que adquiere el saber, asimila conceptos veraces sobre fenómenos verdaderos que utiliza en su actividad práctica.

En este caso comprendemos el conocimiento como el resultado del reflejo de los conceptos veraces y particularmente los científicamente establecidos.

Es decir consideramos conocimiento a lo que corresponde al saber científico internalizado por la población.

Actitud:

Comprendemos las formas de conducta que reflejan o demuestran la forma de pensar de la persona, la forma de la conducta que se puede manifestar explícita ó implícitamente y determinar la forma de ser de la persona en términos de compromiso, solidaridad, colaboración, desafío etc.

Opiniones De Algunas Adolescentes Embarazadas:

Jennifer de 13 Años:

“Yo tengo en estos momentos 5 meses de embarazo y la verdad de las cosas es que me enamore y por esa razón fue que paso todo, lo hice por puro amor. Yo me siento feliz, muy feliz ya que yo sabia lo que estaba haciendo y por esa razón es que me deje embarazar ya que si hubiera sido otra hubiera tomado pastillas y para prevenir pero yo deseaba un bebe y por eso me deje embarazar.

Mi mama primero se puso triste por lo que había pasado pero ahora esta feliz de la vida por va a ser abuela por primera vez.”

Jeimy 16 Años:

“La verdad es que todo paso por que yo quise el bebe y para ello hay que salir embarazada, primero por que cuando a uno se le mete algo, aunque a veces es malo ya que deje de estudiar por mientras.

Mi pareja es dueño de una ferretería y trabaja en un camión halando arena. Todo paso voluntariamente y el amor nos llevo a esa situación y mi novio se hizo cargo mío y para fortuna nuestra mis padres y los de el no nos dijeron nada, solo aceptaron nos pusimos de acuerdo.

Soy feliz de la vida como todo una reina porque no hago nada, ya que hace un mes estuve interna en el Hospital Escuela, y el colegio tuve que retirarme a mitad de año de II Curso de Ciclo Común, a parte que no me gusta mucho estudiar pero pienso seguir el año que viene”.

Melissa 1 Años

“Yo salí un día a una fiesta con mi novio, fuimos a bailar, nos tomamos unos cuantos tragos y luego paso lo que tenia que pasar.

Fue por mi pura voluntad, a mi nadie me obligo a hacer nada a la fuerza porque sigo enamorada de mi pareja y no me arrepiento de nada porque soy una persona feliz.

En este tipo de situaciones la vida cambia de un momento a otro. Antes me gustaba amanecer en las discotecas y ahora que estoy embarazada no salgo y no me imagino que será cuando nazca el bebe.”

Practicas ó Costumbres:

Se comprenden como formas de actuar de personas ó acción de algo determinado socialmente. Las prácticas están determinadas por los conocimientos, creencias y actitudes, son además formas de actuar de aceptación generalizada por parte del grupo social al que pertenece.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a). Tipo de Estudio

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, en donde se describieron los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes que asistieron a control prenatal y atención al embarazo en la red de servicios de Salud Pública del Municipio de Jocón, Yoro, Honduras. Junio 2007.

b). Universo

Comprende a toda adolescente embarazada que vive en el municipio de Jocón y que visita la red de servicios de Salud Pública del municipio de Jocón.

c). Muestra

La muestra estuvo comprendida por 34 adolescentes embarazada que visitó las diferentes unidades de la red de servicios de salud pública del municipio en estudio

d). Unidad de Análisis

Todas las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio

e). Unidad de Observación

La unidad de observación estuvo compuesta por el CESAMO de Jocón, CESAR de Puente Grande y CESAR de Las Mangas, actualmente los tres constituyen la red de Servicios de Salud Pública del municipio de Jocón.

f). Criterios de Inclusión

- Adolescentes menores de 19 años de edad en las cuales se pueda demostrar que están embarazadas
- Que tuvieran al menos 2 años de vivir en el municipio
- Que aceptaran participar en el estudio

g). Variables del estudio

A continuación se presenta los descriptores, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio:

Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Lugar de procedencia
- Lugar de nacimiento
- Estado civil
- Religión

Conocimientos de adolescentes embarazadas en relación al control prenatal y el embarazo:

- Edad para embarazarse por primera vez
- Inicio de vida sexual
- Número de compañeros sexuales
- Riesgos del embarazo en adolescentes
- Control prenatal
- Conocimientos sobre Métodos de Planificación Familiar

Actitudes de las mujeres embarazadas hacia el control prenatal y el embarazo:

- Edad para embarazarse
- Estado anímico al embarazo
- Actitud ante el uso de Métodos de Planificación Familiar
- Actitud hacia el Control Prenatal
- Aceptación o rechazo del padre

Parto institucional:

Prácticas de las adolescentes en relación a los controles prenatales y el embarazo:

- Uso de algún método anticonceptivo
- Lugar donde tendrá su hijo
- Números de controles prenatales
- Visita a la partera
- Actividades posteriores al parto
- Acciones ante problemas propios del embarazo
- Amamantamiento

h). Fuente de información

La fuente de información del presente estudio es primaria ya que se diseñó un instrumento en forma de entrevista dirigida a las adolescentes embarazadas que asisten a la red de servicios de Salud Pública del Municipio, en el período establecido.

Previo a la aplicación sistemática del instrumento para recolectar los datos, se validó con adolescentes embarazadas que habían asistido en el mes anterior y que encontraban en el último mes de su embarazo, esta validación fue útil para realizar los ajustes necesarios del instrumento para conseguir una mejor información por parte de las embarazadas.

i). Técnica de recolección de la información

El método utilizado para la recolección de la información fue la encuesta, mediante la técnica de la entrevista directa aplicada con previo consentimiento de cada una de las adolescentes embarazadas que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

j). Plan de análisis de la información

Los datos recolectados se analizaron mediante una matriz de recolección de los datos, en donde se describieron cada uno de los descriptores correspondientes a los objetivos específicos del estudio, reflejando datos cualitativos para ser presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Para el procesamiento de los resultados se utilizó el paquete estadístico Epi Info 3.3 y para la construcción de Tablas y Gráficos se utilizó el programa Excel. El documento se elaboró en el Programa Word y Power Point.

k). Trabajo de campo

Para la realización del presente estudio fue necesario informar al jefe de la Región Departamental de Salud de Yoro, el interés del trabajo y la importancia de los resultados encontrados para futuras acciones en relación a la atención de las adolescentes embarazadas que acuden a la red de servicios de Salud Pública.

Para la entrevista a todas las adolescentes embarazadas, se solicitó previo consentimiento a cada una de ellas y esta se aplicó en el menor tiempo posible después de confirmar su embarazo por el período de gestación evidente.

I). Operacionalización de variables

Componentes	Variables	Fuente de información	Técnicas e instrumentos
Características socio demográficas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Escolaridad Ocupación Lugar de procedencia ▪ Lugar de nacimiento ▪ Estado civil ▪ Religión 	Adolescentes embarazadas	Entrevista
Conocimientos de las adolescentes embarazadas hacia el control prenatal y el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad para embarazarse por primera vez ▪ Inicio de vida sexual activa ▪ Número de compañeros sexuales. ▪ Riesgos del embarazo ▪ Control prenatal ▪ Métodos de P.F. 	Adolescentes embarazadas	Entrevista
Actitudes de las embarazadas hacia el control prenatal y el embarazo	Edad para embarazarse Estado anímico Métodos de P.F. Control prenatal Actitud del padre Parto institucional	Adolescentes embarazadas	Entrevista
Prácticas de las adolescentes embarazadas ante el control prenatal y el embarazo	Métodos anticonceptivos Lugar donde nacerá el hijo Número de controles prenatales Visita a la partera Actividades posteriores al parto Acciones ante el embarazo Amamantamiento	Adolescentes embarazadas	Entrevista

VIII. RESULTADOS

En relación a los resultados encontrados en el estudio conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes con relación al control prenatal y el embarazo que asistieron a la red de servicios de Salud Pública del Municipio de Jocón, Yoro, Honduras, en el mes de Junio del año 2007, se encontró que las **edades** estuvieron comprendidas de 10 a 13 años el 2.94% (1), de 14 a 16 años el 38.24% (13) y de 17 a 19 años 58.82% (20). Ver en Anexos, Tabla No 1 y Gráfico No 1.

El **grado de escolaridad** de las adolescentes embarazadas fue el siguiente; analfabetas el 2.94% (1), primaria incompleta el 29.41% (10), primaria completa el 44.12% (15) y secundaria incompleta el 23.53% (8). Ver en Anexos, tabla No 2.

La **ocupación** de las adolescentes embarazadas es que el 85.3% (29) son amas de casa y estudiantes el 14.7% (5). Ver en Anexos, Tabla No 3.

Según su **procedencia** las jóvenes embarazadas viven en un 80% (27), en la zona rural y el 20% (7), viven en la zona urbana. Ver en Anexos, tabla No 4.

Las adolescentes embarazadas **nacieron** en un 88% (30), en zona rural, mientras que un 12% (4), nacieron en la zona rural. Ver en Anexos, tabla No 5.

El **estado civil** de la adolescente embarazada es el siguiente; casada el 3% (1), unión libre con un 44% (15) y soltera 53% (18). Ver en Anexos, tabla No 6 y gráfico No 3.

La **religión** que practican las adolescentes embarazadas es: católica con un 59% (20), evangélica 29% (10), testigo de Jehová 6% (3) y adventista 6% (3). Ver en Anexos tabla No 7.

Conocimiento

El 85% (29) de las adolescentes embarazadas si conocen la edad biológica para el **primer embarazo**, mientras que el 15% (5) respondieron desconocer esta edad. Del 29% (85), un 17% dijo que el primer embarazo es entre los 17 y 19 años, el 70% (20) entre 19 y 21 años y el 14% (4) más de 21 años. Ver en Anexos tabla No 8 y 9.

El 15% (5), de las adolescentes embarazadas dijo saber que la **primera relación sexual** es entre 17 y 18 años, el 30% (10), entre los 19 y 20 años y el 55% (19), de 21 años y más. Ver en Anexos, tabla No 10.

Entre los **riesgos obstétricos** conocidos por las adolescentes embarazadas están: presión arterial alta 100% (34), cefalea 86% (25), hemorragia 69% (20) y anemia 62% (18). Ver en Anexos, tabla No 11.

En relación a la existencia del programa de **control prenatal** 85% (29) de las adolescentes embarazadas si lo conocen y el 15% (5) lo desconocen. Del 85% (29) que lo conocen el 15% (4), dijo que el Número de controles prenatales a realizarse es entre 5 y 7 controles y el 85% (25), dijo que es de 7 y más. Ver en anexos tabla No 12 y 13.

El 100% (34), de las adolescentes embarazadas no conocen la edad gestacional para asistir al primer control prenatal.

En cuanto al perfil profesional de la persona por la cual la embarazada adolescente se enteró de la existencia del control prenatal es: por un familiar 30% (10), por una partera 30% (10), por una amiga ó vecina 35% (12) y por otros 5%. Ver en Anexos, tabla No 14.

El 88% (30) de las adolescentes entrevistadas conocen los métodos anticonceptivos y el 12% (4), no conocen los métodos anticonceptivos. Ver en Anexos, tabla No 15.

Actitud

La actitud de la adolescente embarazada ante su **embarazo** fue de preocupación en el 100% (34), tristeza en 53% (18) y alegría en 18% (6). Ver en Anexos cuadro No 16.

En relación a los **métodos anticonceptivos** el 59% (20), cree que son buenos, el 18% piensa que son malos y el 23% (8), no los conoce. Ver en Anexos, tabla No 18.

El 88% (30) de las adolescentes no **planifico su embarazo**, y el 12% (4) si planifico su embarazo. Ver en Anexos, tabla No 22.

Las adolescentes embarazadas creen que deben visitar los servicios de salud para su primer **control prenatal** de la siguiente manera: un 12% (4) llegaron antes de las doce semanas de gestación, el 15% (5) entre 12 y 20 semanas, otro 15% (5) entre 21 y 27 semanas, el 20% (7) entre 28 y 32 semanas, el 29% (10) entre 33 y 37 semanas y el 9% (3) de 38 y mas semanas. Ver en Anexos, tabla No 19.

En relación al perfil profesional de la persona que brinda la **atención prenatal**, el 44% (15) de las adolescentes embarazadas prefiere médico, el 29% (10), con enfermera y el 27% (9), con la partera. Ver en Anexos, tabla No 20.

El lugar donde la adolescente quiere **parir** es: 24% (8), en la Clínica Materno-Infantil, el 26% (9), en su casa y el 50% (17), en el Hospital. Ver en Anexos, tabla No 21.

El 71% (24), de las adolescentes tienen un **embarazo** no **deseado** y el 29% (10), si desean su embarazo. Ver en Anexos tabla No 23.

La **actitud paterna** ante el embarazo es: el 56% (19) es de rechazo, el 23% (6), desconoce la actitud paterna, el 15% (5) es orgullo y 6% (2) es de satisfacción. Ver en Anexos, tabla No 24.

Practica

Las adolescentes visitaron los servicios de salud pública para su **primer control prenatal** así: el 9% (3), antes de las 12 semanas de gestación, el 12% (4), entre 21 y 27 semanas, el 29% (10), entre 21 y 27 semanas, el 44% (15), entre 28 y 32 semanas, el 3% (1), entre 33 y 37 semanas y 3% (1) fue a su primer control prenatal de 38 semanas de gestación en adelante. Ver en Anexos, tabla No 25.

El 88% (30), de las adolescentes embarazadas **visito a la partera** para su control prenatal, mientras que un 12% (4), no lo hizo. Ver en Anexos, tabla No 26.

En relación al **lugar donde la adolescente parirá** a su hijo(a) es: 44% (15), con la partera, 30% (10), en la Clínica Materno-Infantil y 26% (9), en el Hospital. Ver en Anexos, tabla No 27.

El 59% (20) de las adolescentes embarazadas si presentaron **riesgo obstétrico**, mientras que el 41%, no presentaron ningún riesgo obstétrico. Ver en Anexos, tabla No 28. Estas 20 (59%) asistieron a los servicios de salud a resolver su problema.

El 82% (28) de las adolescentes embarazadas si están dispuestas a **amamantar** a su hijo (a), mientras que el 18% (6), no amamantarán a su hijo(a). Ver en Anexos, tabla No 29.

En relación a la **ocupación post- parto** 79% (27), serán amas de casa, 15%(5), seguirán estudiando y el 6% (2), buscará un trabajo remunerado. Ver en anexos tabla No 30.

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1.- Las características demográficas presentes en las adolescentes embarazadas del municipio de Jocón están marcadas por las condiciones sociales, económicas, culturales y de postergación propias del municipio y es así como en su mayoría, 85% provienen de las zonas rurales del municipio, el mismo porcentaje (85%), son amas de casa y solamente 15 de las 34 adolescentes entrevistadas (44%), han terminado sus estudios primarios, de estas solamente la mitad (8) siguieron cursando la secundaria que al momento de la entrevista no la habían culminado. El 52% de estas adolescentes son solteras.

2.- La mayoría (69%) de las adolescentes embarazadas del municipio de Jocón reconocen que la edad para embarazarse por primera vez es después de los 20 años, y que la edad para tener la primera relación sexual debe ser de 21 y más (56%). Sin embargo 1 de cada 8 adolescentes del municipio de Jocón se embaraza antes de los 19 años, estos datos demuestran que las adolescentes de este municipio no practican lo que conocen en cuanto a salud sexual se refiere.

3.- Las adolescentes embarazadas no están siendo captadas antes de la 12 semana de gestación como indica la norma de salud pública, pues el 100% desconoce que debe recibir su primer control antes de las 12 semanas de gestación, y tampoco conocen a cuantos controles asistir durante su embarazo en su mayoría recibieron su primer control prenatal después de las 21 semanas de gestación, lo cual indica que no se puede cumplir con la meta de 5 controles mínimos por cada embarazada.

Llama la atención que el 15% de las adolescentes embarazadas desconoce la existencia del programa de control prenatal en los servicios de salud pública.

4.- 29 (85%) de las 34 adolescentes entrevistadas conocen que si hay riesgos al embarazarse y el 100% de estas 29 adolescentes mencionó la hipertensión como

riesgo obstétrico, otros riesgos conocidos, en orden de frecuencia fueron cefalea, hemorragia y anemia.

5.- Del 100% de las adolescentes embarazadas, 88% (30) conocen algún método anticonceptivo, pero el 12% restante no conoce ningún método, sin embargo cuando se les pregunto si habían planificado su embarazo, las cifras fueron todo lo contrario, pues el 88% no planifico su embarazo. Un 29% tienen un embarazo deseado, el 71% de las adolescentes cursan con un embarazo no deseado, esto traerá consecuencias negativas no solo en la joven madre, sino en el hijo(a), en el padre, en la familia y por supuesto en todo el municipio.

6.- La mayoría de las adolescentes entrevistadas (79%) no piensa trabajar después de su parto, lo que se constituye en otra consecuencia negativa que favorece las condiciones de pobreza del municipio. Solamente el 15% estudiará después de su parto. Lo que aumentará las cifras de deserción escolar.

7.- Un aspecto positivo es que la mayoría (82%), amamantaran a su bebe.

X. CONCLUSIONES

1. El escaso nivel de estudio, aunado a la falta de un empleo y las condiciones propias de las zonas rurales y postergadas, constituyen un ciclo que de no romperse empeorará cada día las condiciones de pobreza del municipio. La mayoría de las adolescentes piensan que no deben trabajar porque están embarazadas pues conciben el embarazo como una enfermedad. La mayoría de las adolescentes de Jocón no se están casando prevalece el estado unión libre y solteras pues solo una de las 34 entrevistadas esta casada.
2. Las adolescentes del municipio de Jocón conocen en su mayoría la edad para embarazarse por primera vez, la edad para tener relaciones por primera vez, conocen el programa de control prenatal, pero se embarazan antes de tiempo y no asisten a un control prenatal en las fechas indicadas. Y a pesar de que conocen las maneras de evitar un embarazo no buscan la manera de hacerlo o los servicios de salud no están ofertando estos servicios a los adolescentes.
3. La actitud de la adolescentes embarazadas hacia el embarazo y al control prenatal, pero no tienen la suficiente madurez y por eso lo hacen, para que se responsabilicen tanto de sus cuidados prenatales como del nuevo ser, así como tenemos adolescentes que no piensan buscar un empleo sino depender de sus familias.
4. 1 de cada 8 adolescentes del Municipio de Jocón saldrá embarazada lo que nos indica que no ponen en practica lo que conocen. Aunque la mayoría de las adolescentes (88%) conocen los métodos anticonceptivos solo un 29% de los embarazos fue deseado, siendo el embarazo causa de preocupación y tristeza. Y solamente el 12% planifico su embarazo. La mayoría de las

adolescentes solo asistió 1 o 2 veces a su control prenatal y en la semana de gestación N° 27 en adelante.

Después de su parto solo el 15% piensan estudiar, el 6% trabajar y 79% continuara siendo ama de casa.

X. RECOMENDACIONES

Para los Servicios de Salud:

1. Brindar servicios personalizado y contar con un espacio físico para la atención de los (as) adolescentes.
2. Dar educación sexual y reproductiva a Colegios, escuelas y lugares donde se concentran los jóvenes, iglesias, etc.
3. Poner al alcance de los jóvenes que lo soliciten los métodos anticonceptivos adecuados para su edad.
4. La adolescente embarazada debe ser integrada que incluya aspectos psicológicos que conlleva su embarazo a temprana edad.
5. Que faciliten la publicación de este estudio para que los padres de familia tengan conciencia del problema existente.

Para las Autoridades Municipales:

1. Darle la importancia que este grupo de edad necesita y exigir a las autoridades de salud y de educación programas en pro de la juventud del Municipio.
2. Construcción de canchas deportivas y propiciar el entretenimiento saludable entre los jóvenes del Municipio.
3. Exigir a cada Padre de Familia que envíe sus hijos a su centro de estudio
4. Apoyar los servicios de salud en la búsqueda de las respuestas a las necesidades de los adolescentes.

A Los (as) Adolescentes:

1. Que busquen la ayuda de un profesional en la materia cuando el caso lo amerite
2. conozcan vicios de salud en la búsqueda de las respuestas a las necesidades de los adolescentes.

3. Que hagan el mejor esfuerzo por estudiar y culminar dichos estudios.
4. Que busquen siempre consejeros adultos que mantengan las buenas costumbres.
5. Que se preocupen por la realización de sus metas como profesionales y que pospongan el nacimiento de su primer hijo hasta que sean capaces de depender económicamente de ellos (as) mismos (as).

A Los Padres de Familia:

1. Que platicuen con sus hijos (as) sobre temas de sexualidad, embarazos y métodos de planificación familiar. Que los dejen expresarse libremente sobre estos temas. Y que les permitan divertirse sanamente.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud Publica. Manual de Atención Integral para las y los adolescentes. Honduras C.A. año 2007
2. POS. Familia y Adolescencia. Indicadores de Salud. Diciembre 1999
3. Adolescencia. Conducta Sexual. Teorías Disponibles en el Rincón del Vago S.L. Salamanca España.
4. Garcia Genovo. El secreto de la felicidad familiar. México DF, 1996.
5. INE (Instituto Nacional de Censos y Estadísticas.2000)
6. Secretaria de Salud Publica. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer.
7. La Tribuna Periódico Honduras C.A. Año 2007
8. Secretaria de Salud Publica.
9. La salud en las Américas, edición de 2002, volumen 2 Pág. 182.
- 10.(ENESEF) Encuesta Nacional de Edemiologia y Salud Familiar 1996
- 11.La Reforma de Salud en Honduras. Adolfo Rodríguez Herrera. CEPAL
- 12.Incorporar en los programas a los adolescentes
- 13.Manual de Medicina de la Adolescencia. Capitulo 12, Salud Reproductiva

ANEXOS

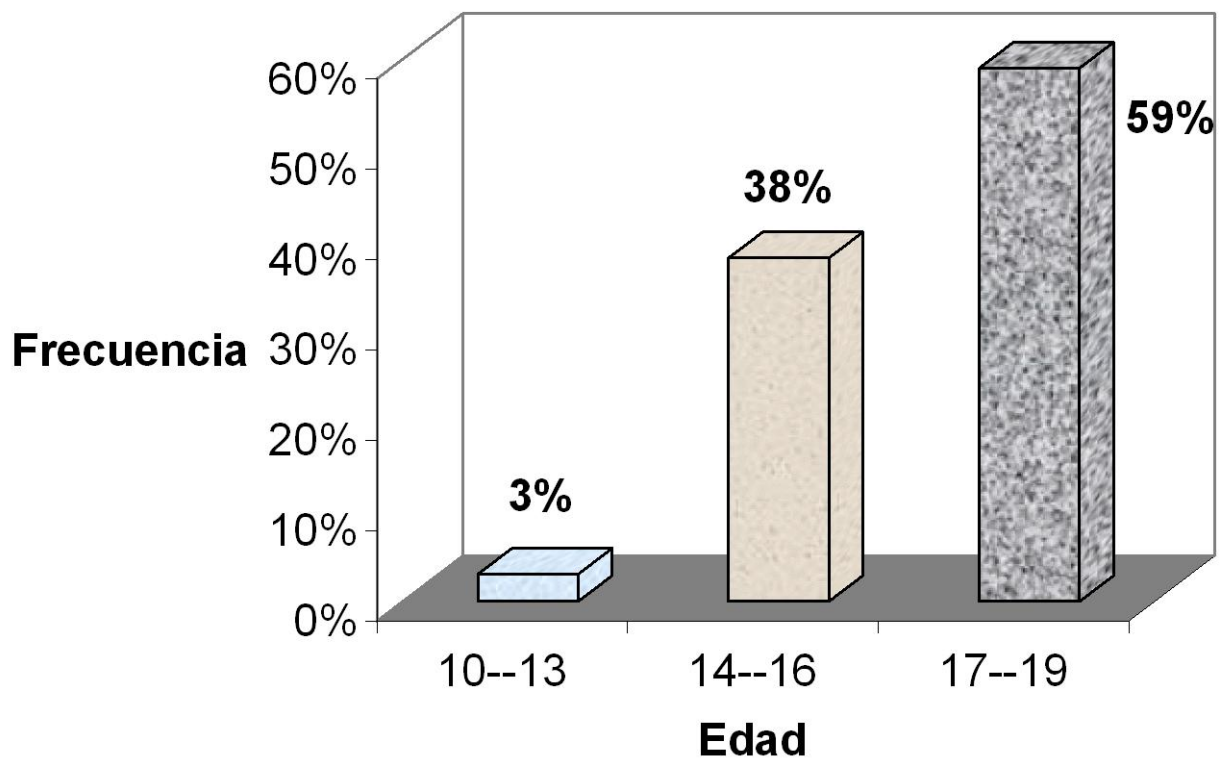
Tabla N° 1

**Edad de las adolescentes embarazadas por grupos etareos
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Edad	Numero	Frecuencia %
10-13	1	3%
14-16	13	38%
17-19	20	59%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 1



Fuente Tabla No 1

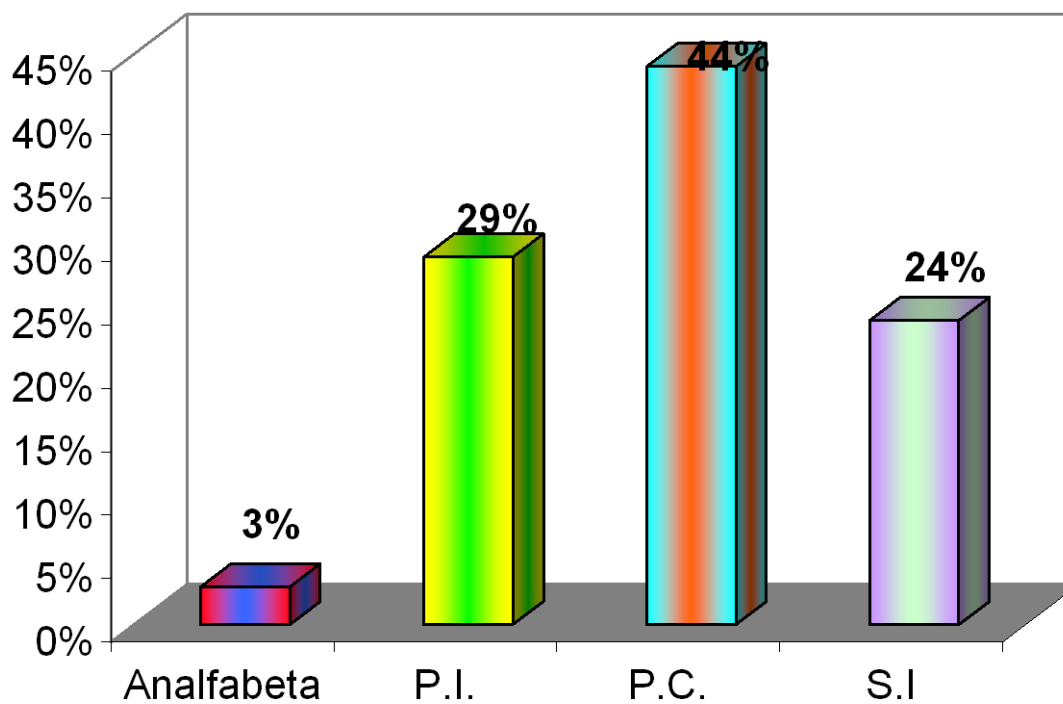
Tabla N° 2

**Grado de Escolaridad de las Adolescentes embarazadas
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Grado de Escolaridad	Numero	Frecuencia %
Analfabeta	1	3 %
Primaria Incompleta	10	29%
Primaria Completa	15	44%
Secundaria Incompleta	8	24%
Total	34	100%

Fuente – Entrevista 2007

Grafico N° 2



Fuente tabla No 2.

Tabla N° 3

**Ocupación de las Adolescentes Embarazadas
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Ocupación	Numero	Frecuencia %
Ama de Casa	29	85%
Estudiante	5	15%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

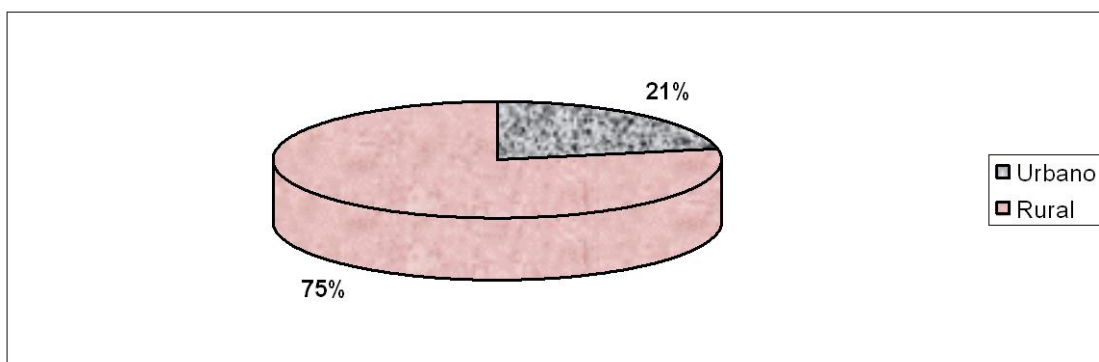
Tabla N° 4

**Zona geográfica de procedencia de los adolescentes
embarazadas.
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Procedencia	Numero	Frecuencia %
Urbano	7	21%
Rural	27	79%
Total	34	100 %

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 4



Fuente Tabla No 4

Tabla N° 5

**Área Geográfica de Nacimiento de las Adolescentes entrevistadas
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Lugar de Nacimiento	Numero	Frecuencia %
Area Rural	30	88%
Área Urbana	4	12%
Total	34	100 %

Fuente-Entrevista 2007

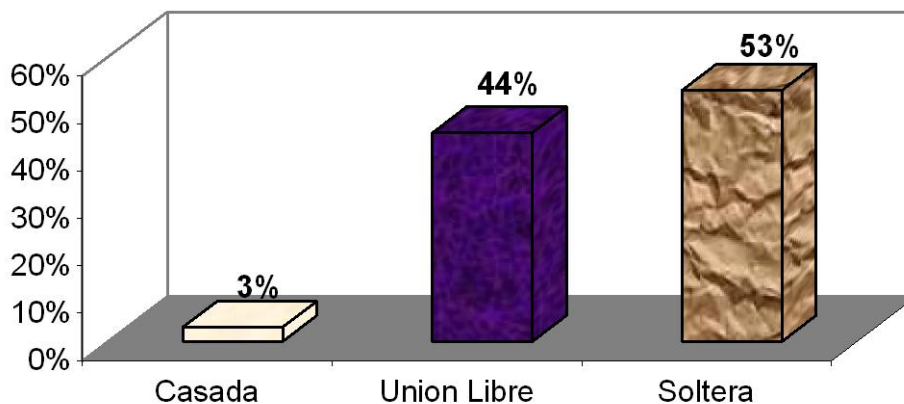
Tabla N° 6

**Estado civil de las Adolescentes Embarazadas que viven en el
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Estado Civil	Numero	Frecuencia %
Casada	1	3%
Unión Libre	15	44%
Soltera	18	53%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 6



Fuente Tabla No 6

Tabla N° 7

Religión practicada por las Adolescentes que fueron entrevistadas

Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007

Religión	Numero	Frecuencia %
Católica	20	58.82%
Evangélica	10	29.41%
Testigo de Jehová	2	5.9%
Adventista	2	5.9%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Tabla N° 8

Conocimiento de la Edad para el Primer Embarazo

Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007

Edad del Primer Embarazo	Numero	Frecuencia %
No	5	14%
Si	29	86%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 8

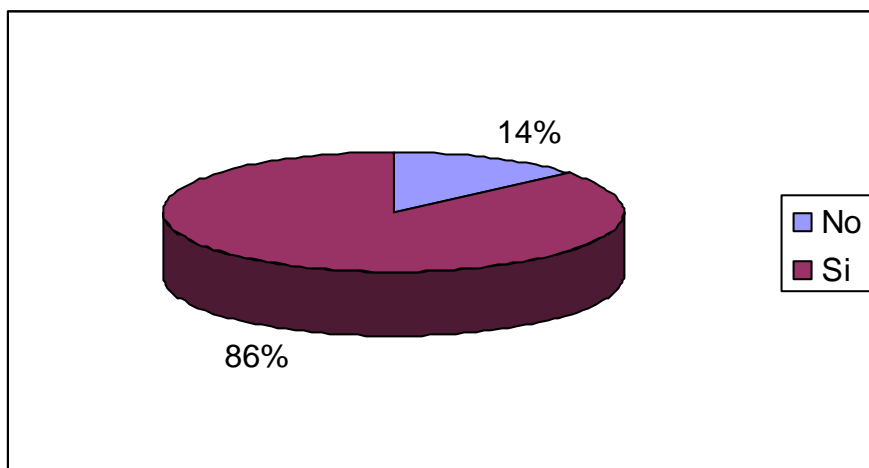


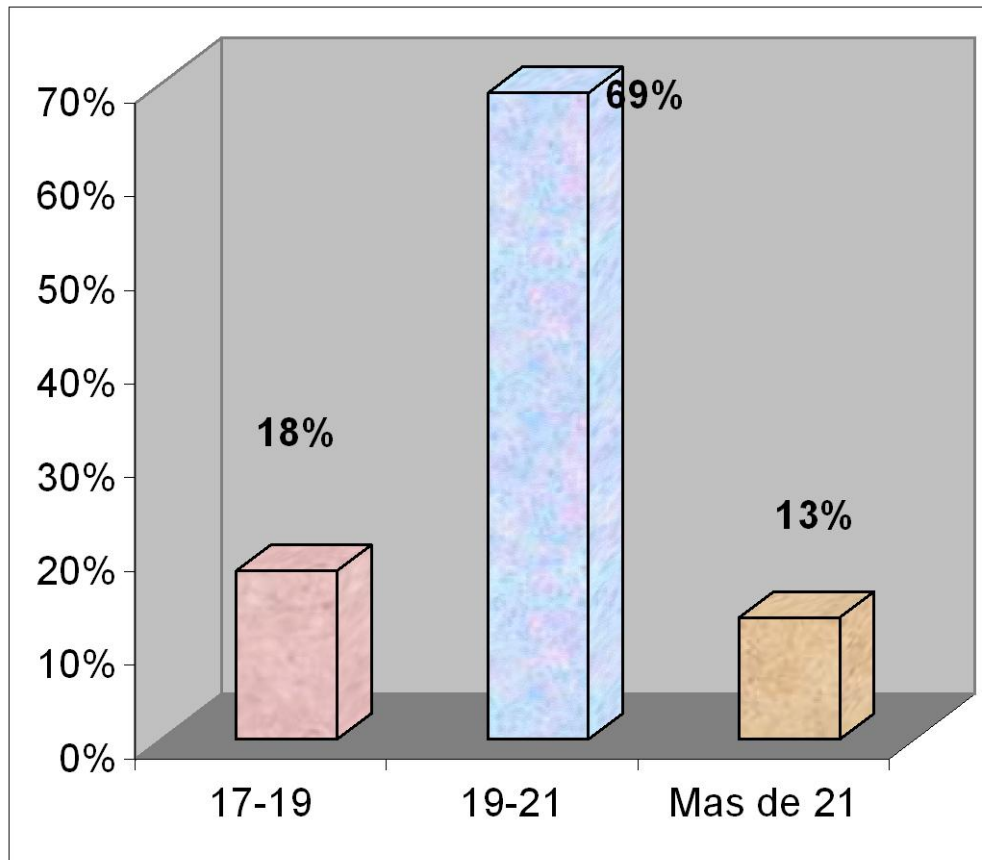
Tabla N° 9

**Conocimiento de la Edad Biológica para embarazarse
por primera vez
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Edad del Primer Embarazo	Numero	Frecuencia %
17-19	5	18%
19-21	20	69%
Mas de 21	4	13%
Total	29	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 9



Fuente Tabla No 9

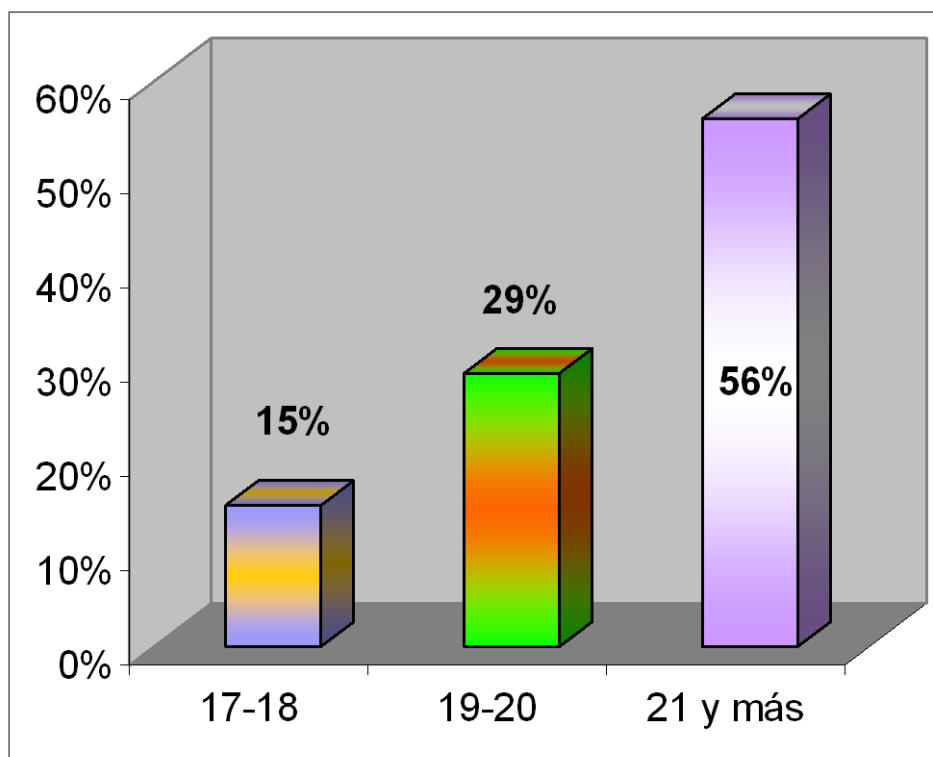
Tabla N° 10

**Conocimiento de la edad conveniente para tener la primera
Relación Sexual
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Edad de la Primera Relación Sexual	Numero	Frecuencia %
17-18	5	15%
19-20	10	29%
21 y más	19	56%
Total	34	100

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 10



Fuente Tabla No10

Tabla N° 11

Conocimientos de Riesgos Obstetricios del Embarazo Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007

Riesgos Obstetricios del Embarazo	Número	%
Hemorragia	20	69%
Anemia	18	62%
P/A Alta	29	100%
Cefalea	25	86%

Fuente-Entrevista 2007

Tabla N° 12

Conocimiento de la existencia del Programa de Control Prenatal Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007

Conocen el Programa Control Prenatal	Número	Frecuencia %
Si	29	85%
No	5	15%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 12

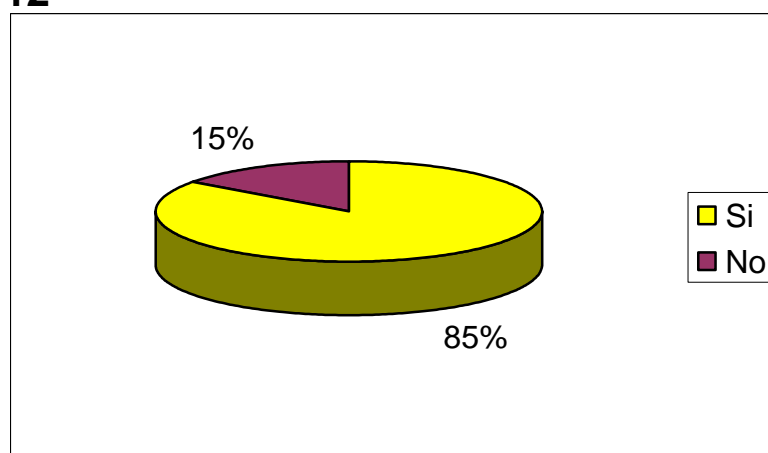


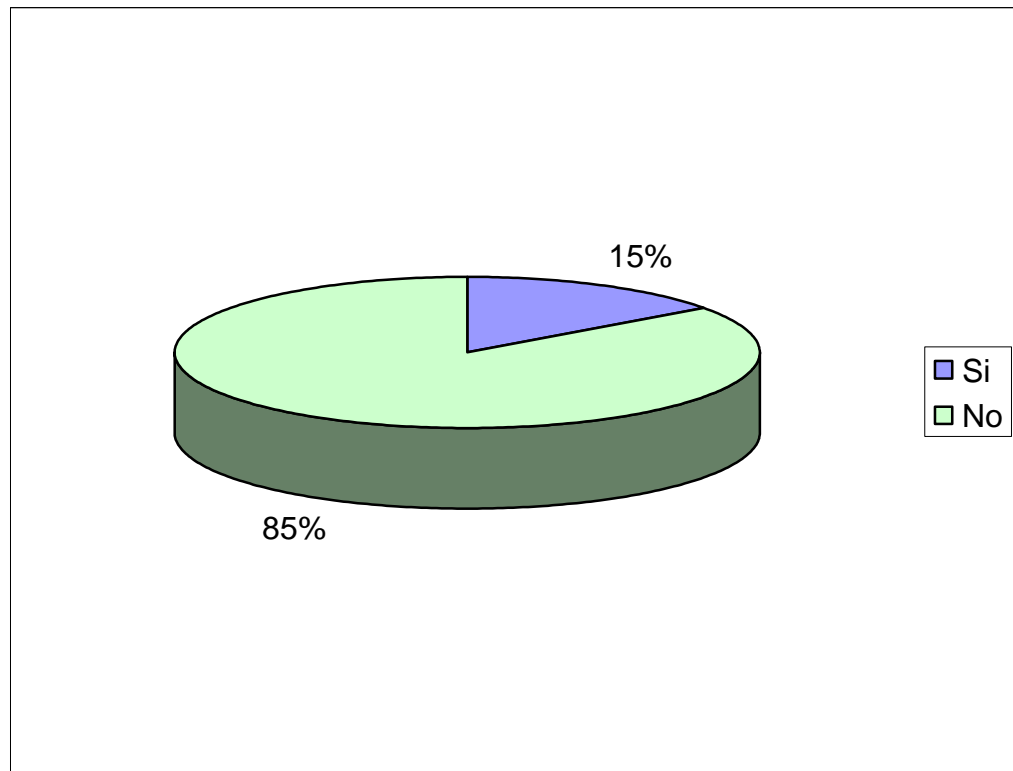
Tabla N° 13

**Conocimiento del número de CPN durante el embarazo
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Número de Controles	Número	%
Si	5	15%
No	29	85%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 13



Fuente Tabla No 13

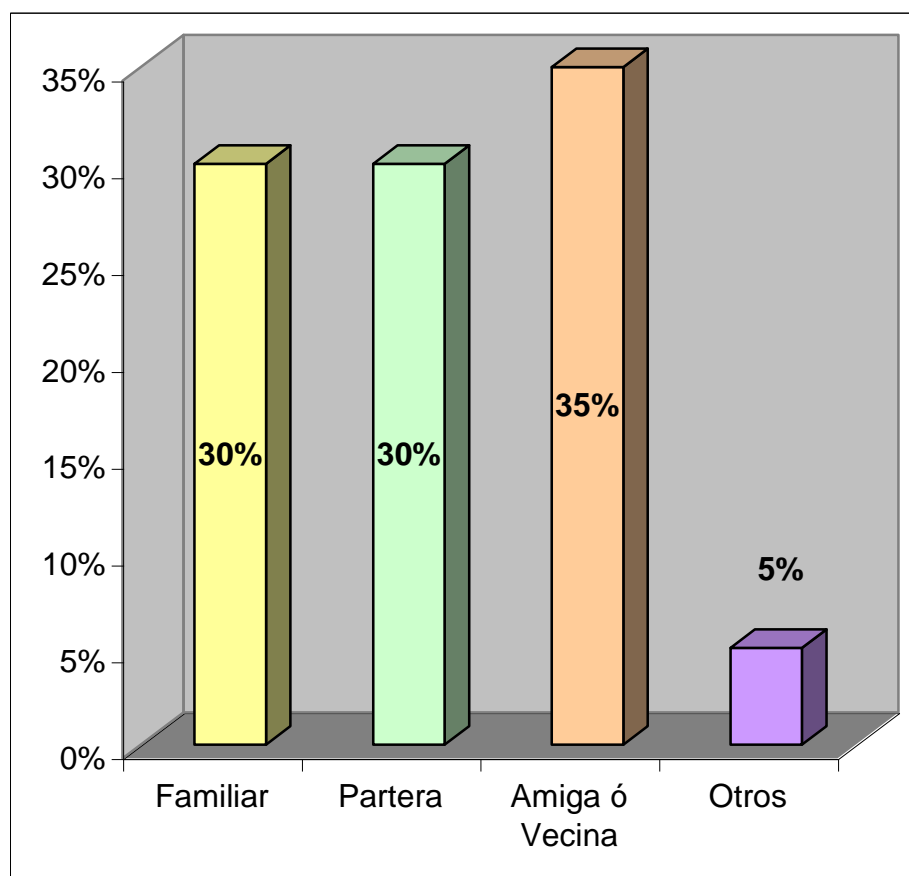
Tabla N° 14

**Tipo de persona por la que se entero de la existencia del programa de Control Prenatal
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Persona que la informo del programa de CP	Número	%
Familiar	10	30%
Partera	10	30%
Amiga ó Vecina	12	35%
Otros	2	5%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 14



Fuente Tabla No 14

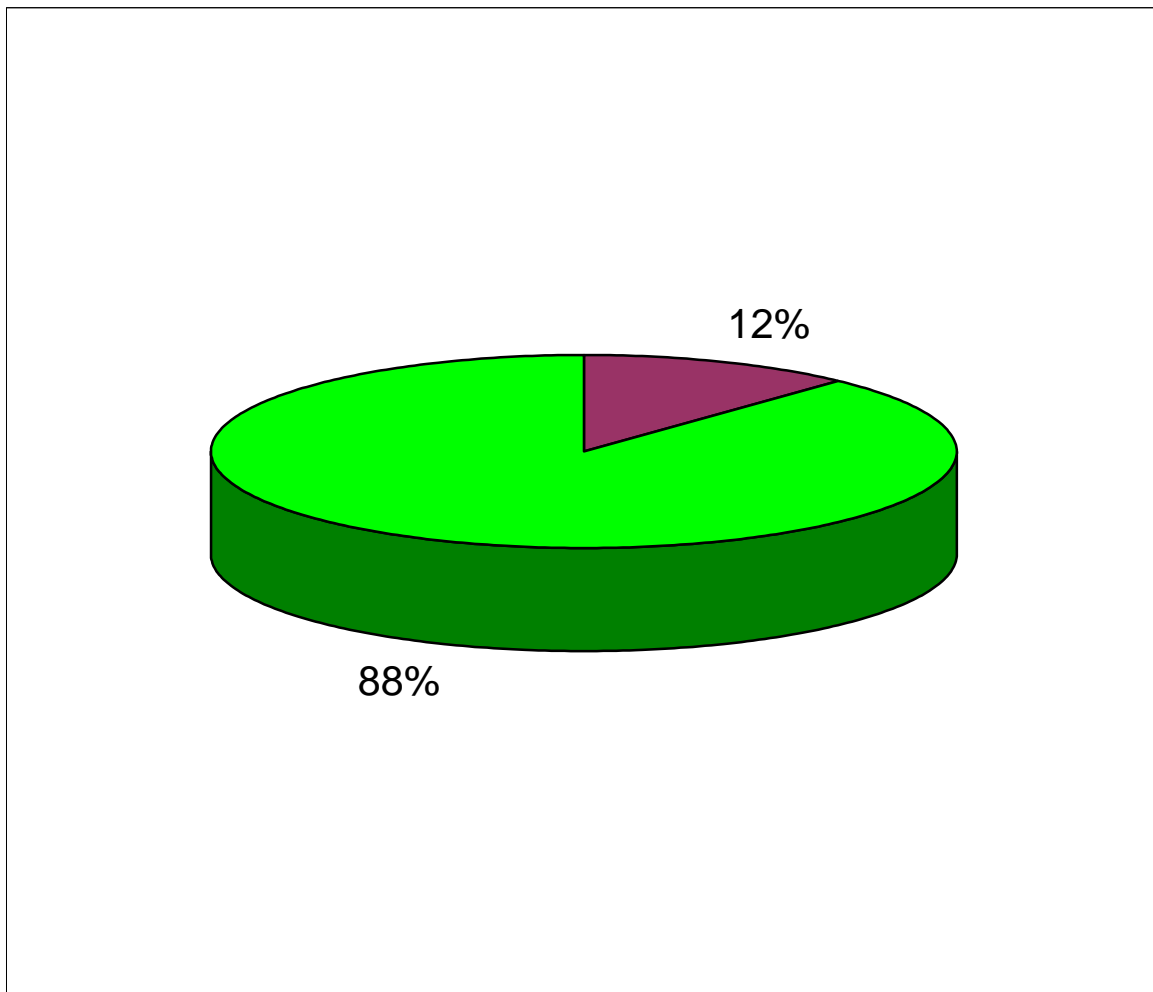
Tabla N° 15

**Conocimiento de métodos anticonceptivos
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Método Anticonceptivos	Número	Frecuencia %
No	4	12%
Si	30	88%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 15



Fuente Tabla No 15

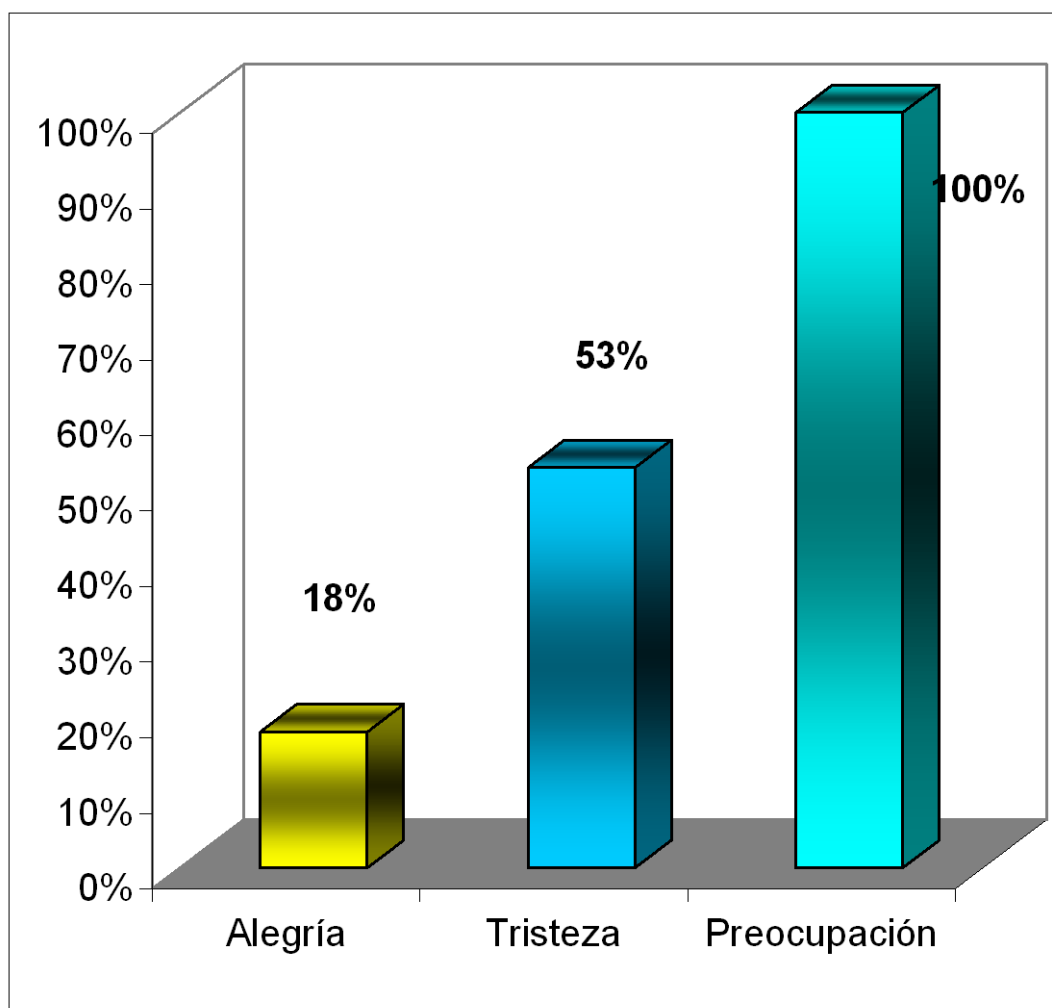
Tabla N° 16

**Actitud de la Adolescente Embarazada ante su Embarazo
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Actitud	Número	%
Alegría	6	18%
Tristeza	18	53%
Preocupación	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 16



Fuente Tabla No 16

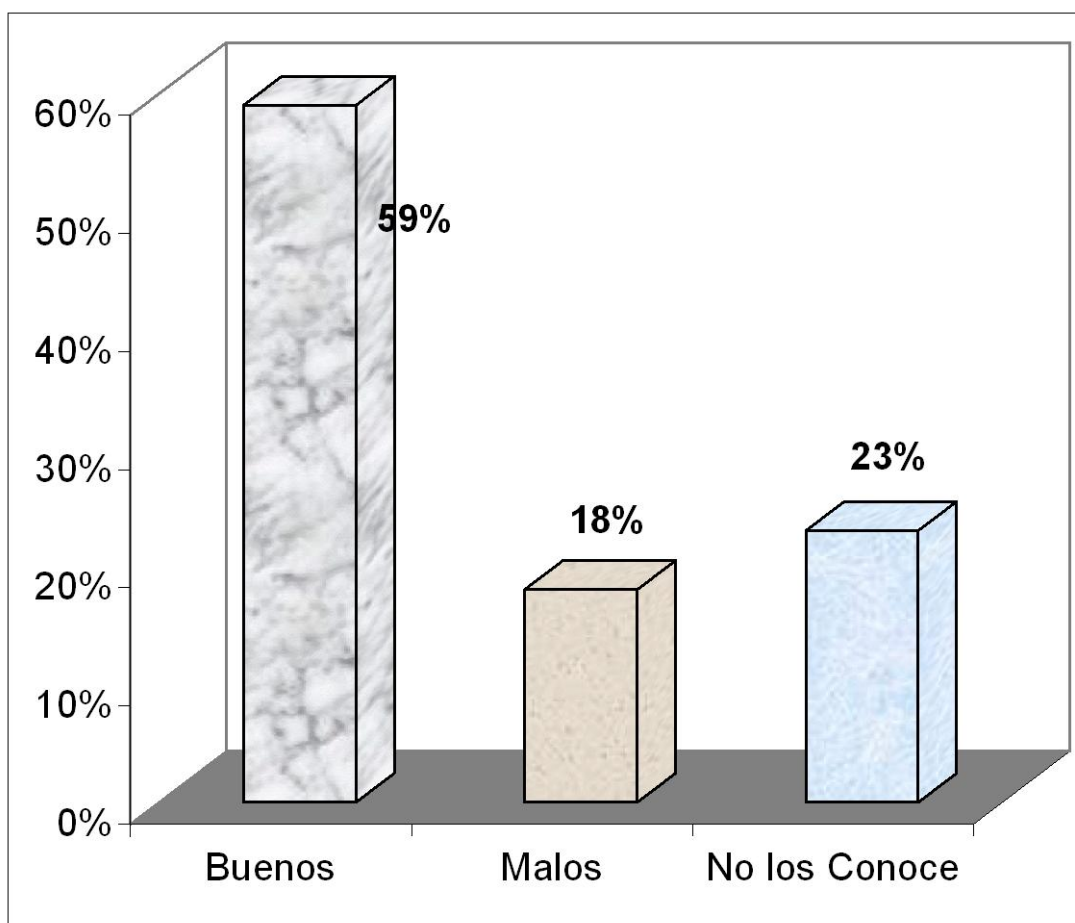
Tabla N° 17

**Actitud ante los Métodos Anticonceptivos
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Actitud	Número	%
Buenos	20	59%
Malos	6	18%
No los Conoce	8	23%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Gráfico N° 17



Fuente Tabla No 19

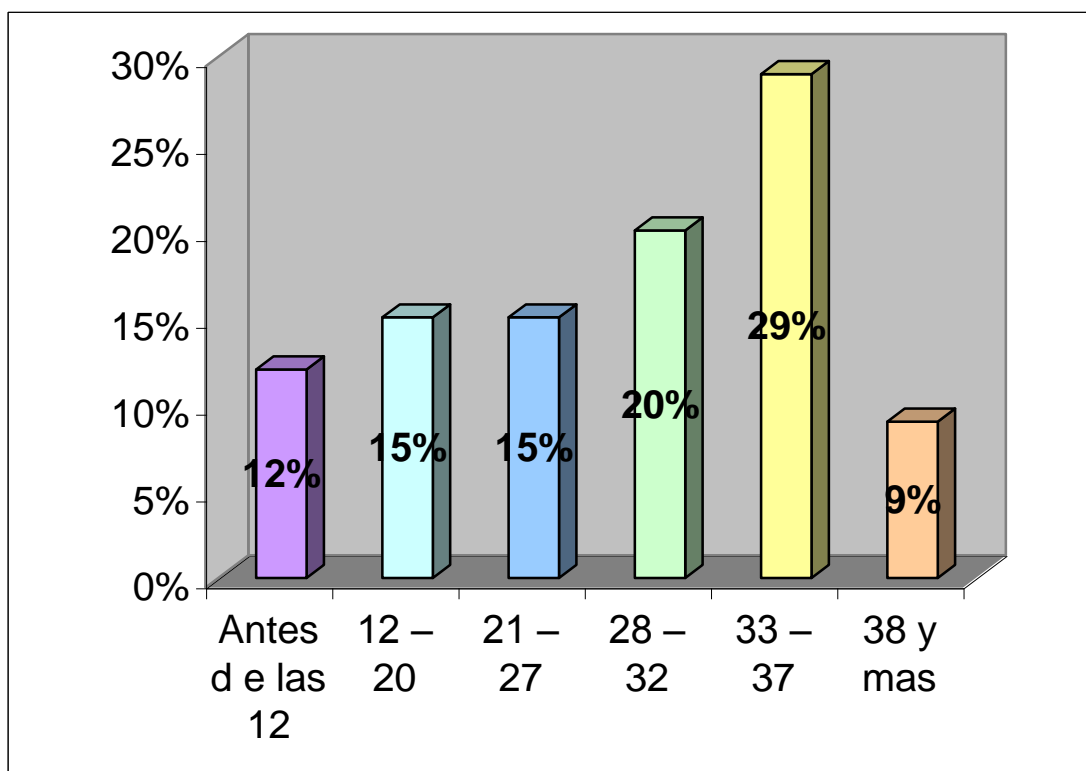
Tabla N° 18

**Semana de Gestación en la cual la Adolescente Embarazada fue captada
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Semana de gestación	Número	%
Antes de las 12	4	12%
12 – 20	5	15%
21 – 27	5	15%
28 – 32	7	20%
33 – 37	10	29%
38 y mas	3	9%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 18



Fuente Tabla No 18

Tabla N° 19

**Tipo de Persona que le gustaría a la Adolescente
para que le realizará su CPN
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Recurso	Número	Frecuencia %
Medico	15	44%
Enfermera	10	29%
Partera	9	27%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Tabla N° 20

**Lugar donde la Adolescente quiere Parir
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Lugar donde quiere parir	Número	Frecuencia
Clínica Materno Infantil	8	24%
Casa	9	26%
Hospital	17	50%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Fuente Tabla No 20

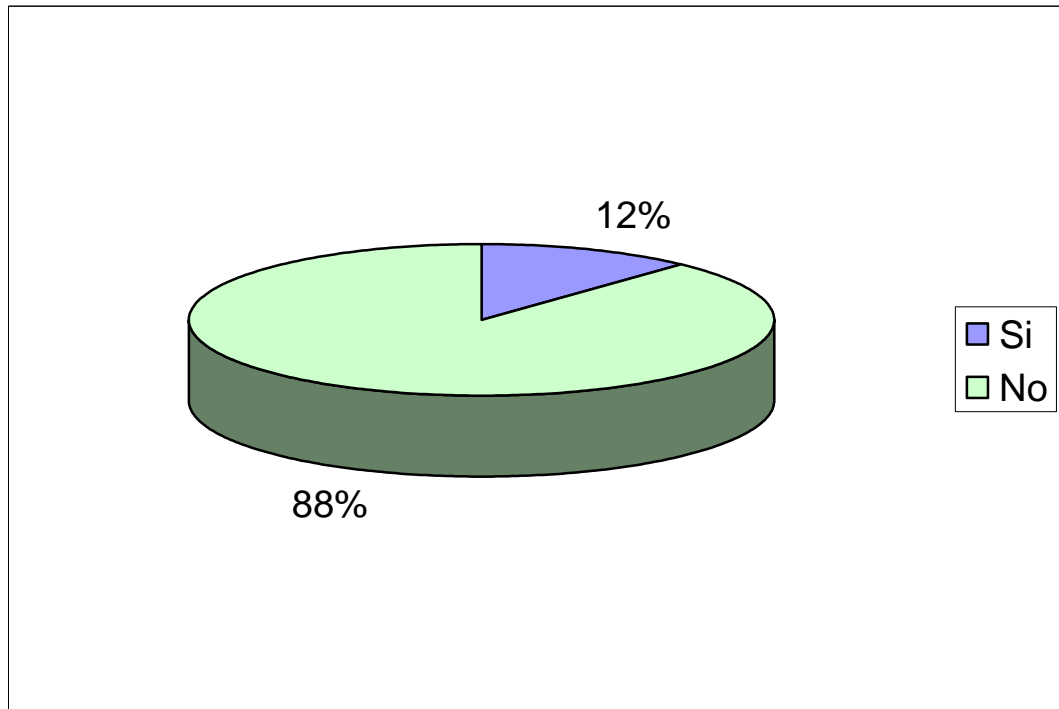
Tabla N° 21

**Adolescentes que planifican su embarazo
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Adolescente que planifica su embarazo	Número	Frecuencia %
Si	4	12%
No	30	88%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 21



Fuente Tabla No 21

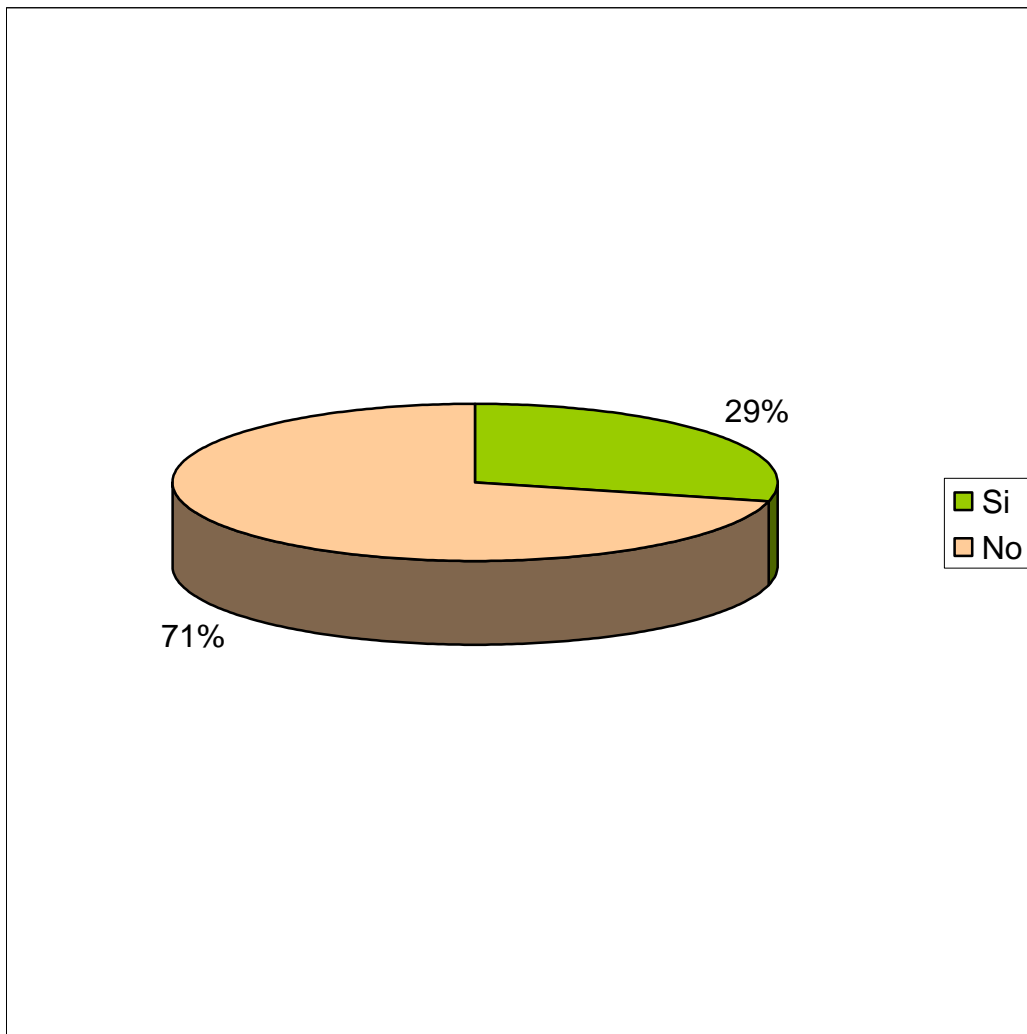
Tabla N° 22

**Embarazo deseado por la Adolescente
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Deseo de Embarazo	Número	Frecuencia %
Si	10	29%
No	24	71%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 22



Fuente Tabla No 22

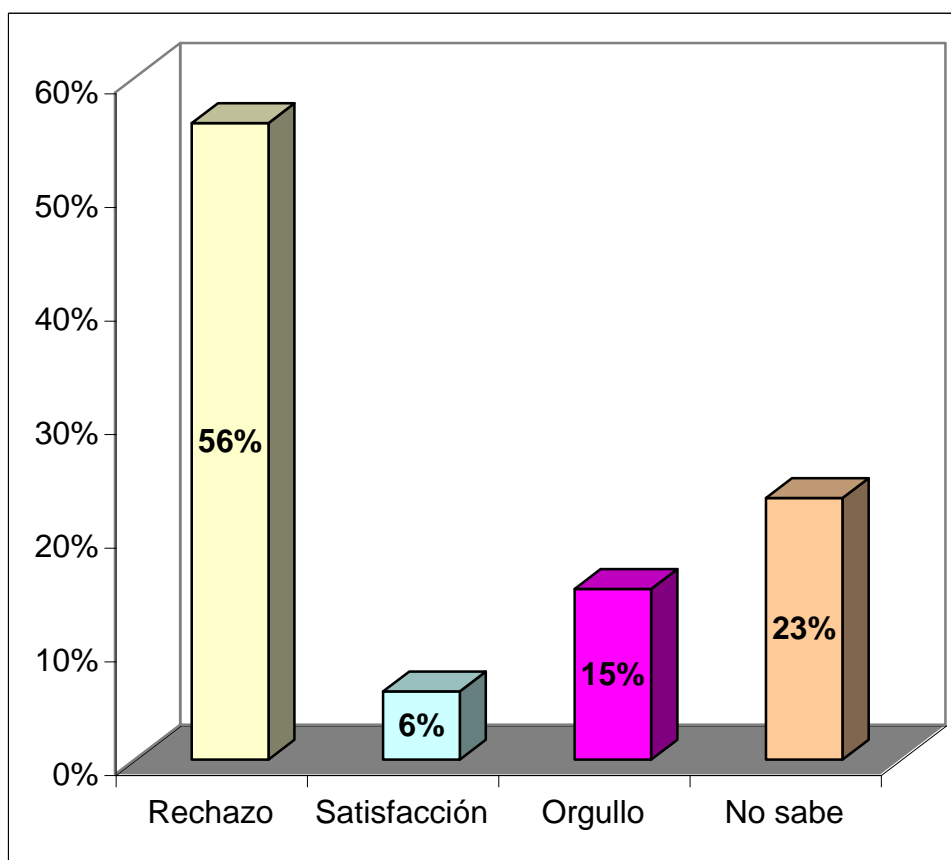
Tabla N° 23

**Actitud de padre del niño ante el embarazo de su pareja
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Actitud Paterna	Número	Frecuencia %
Rechazo	19	56%
Satisfacción	2	6%
Orgullo	5	15%
No sabe	6	23%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 23



Fuente Tabla No 23

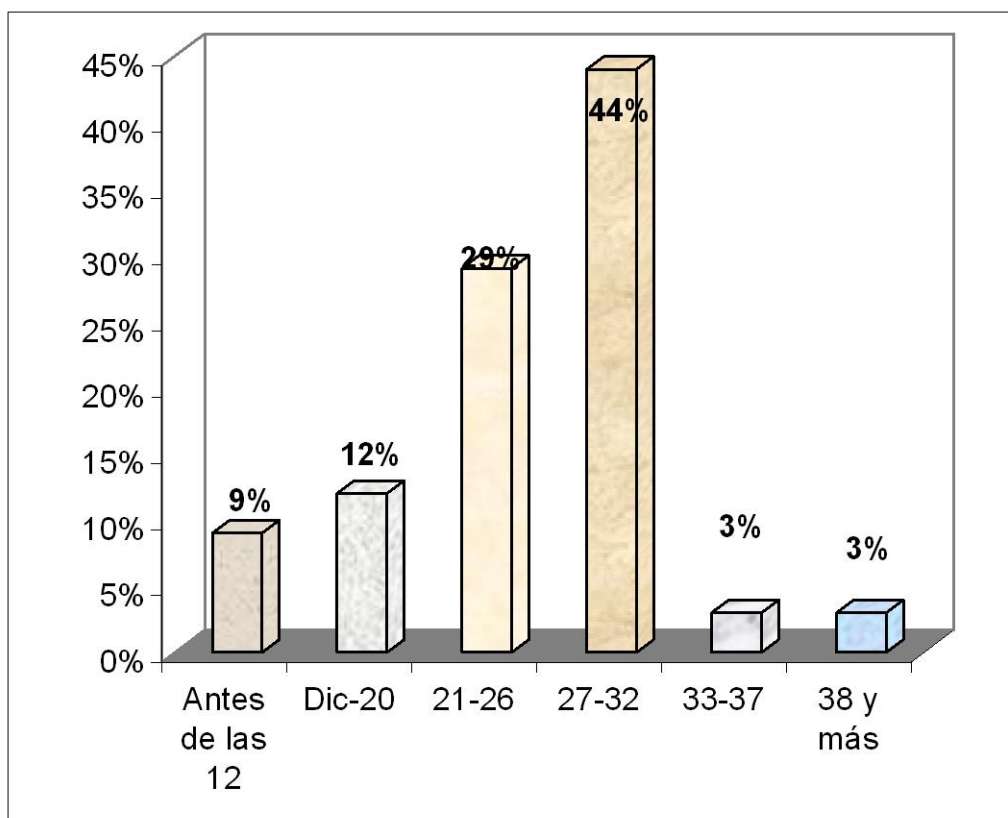
Tabla N° 24

**Semana de gestión en la que la Adolescente
visito los servicios de Salud pública
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Semana de Gestación	Número	Frecuencia %
Antes de las 12	3	9%
12-20	4	12%
21-26	10	29%
27-32	15	44%
33-37	1	3%
38 y más	1	3%
Totales	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 24



Fuente Tabla No 24

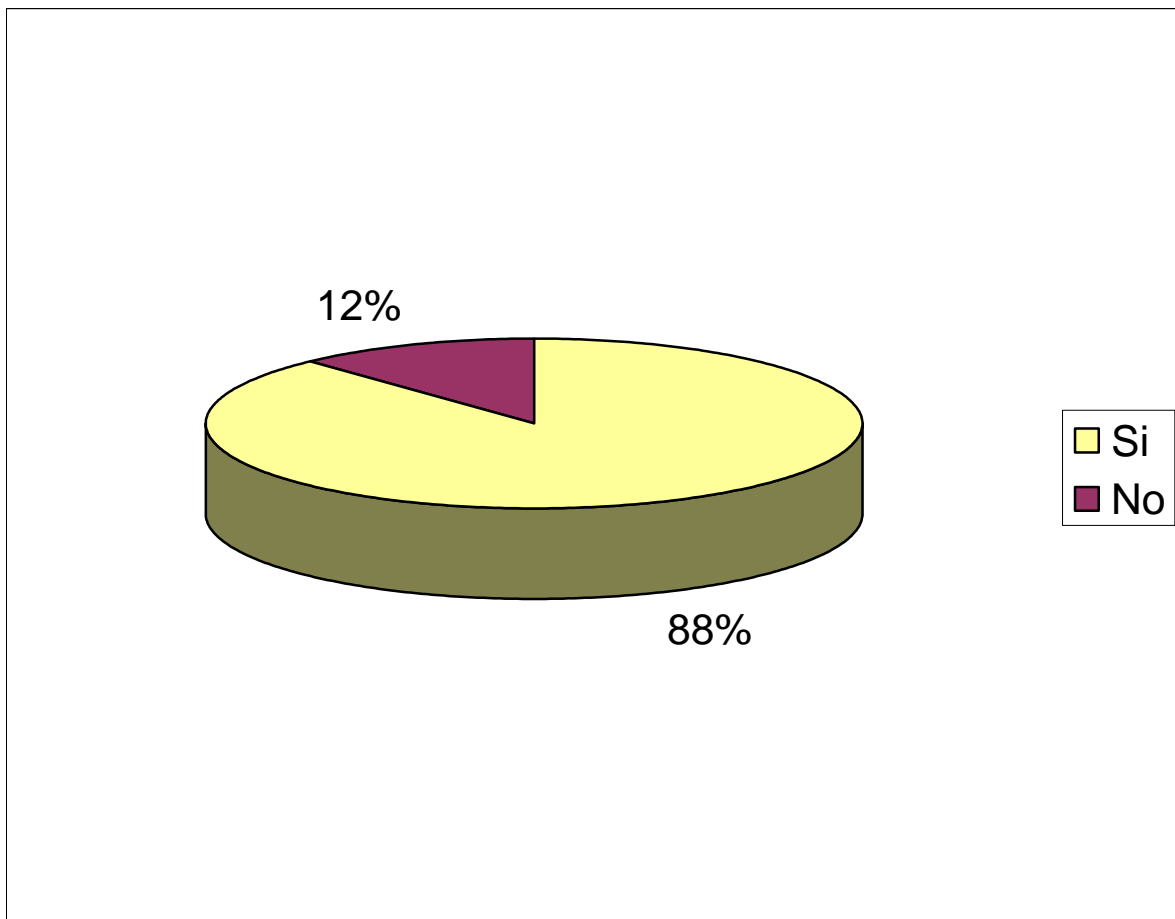
Tabla N° 25

**Visita de la adolescente a la partera para control prenatal
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Visita a partera	Número	Frecuencia %
Si	30	88%
No	4	12%
Totales	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 25



Fuente Tabla No 25

Tabla N° 26

**Lugar donde la Adolescente parirá a su hijo
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Lugar de parir	Número	Frecuencia %
Clínica Materno Infantil	10	30%
Partera	15	44%
Hospital	9	26%
Totales	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

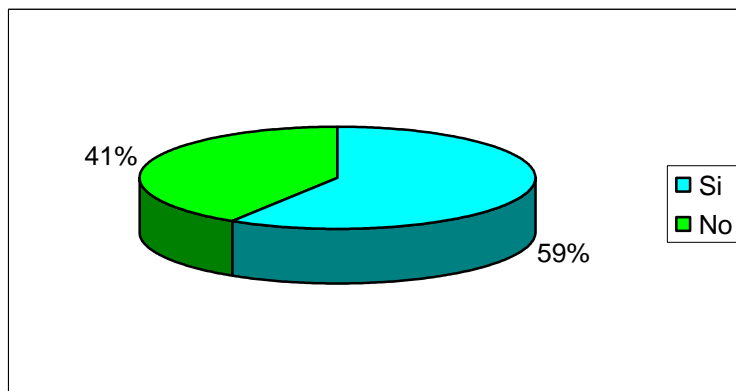
Tabla N° 27

**Presentación de Riesgo Obstétrico, por la Adolescente.
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Presentación de Riesgo	Número	Frecuencia %
Si	20	59%
No	14	41%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 200

Grafico N° 27



Fuente Tabla No 27

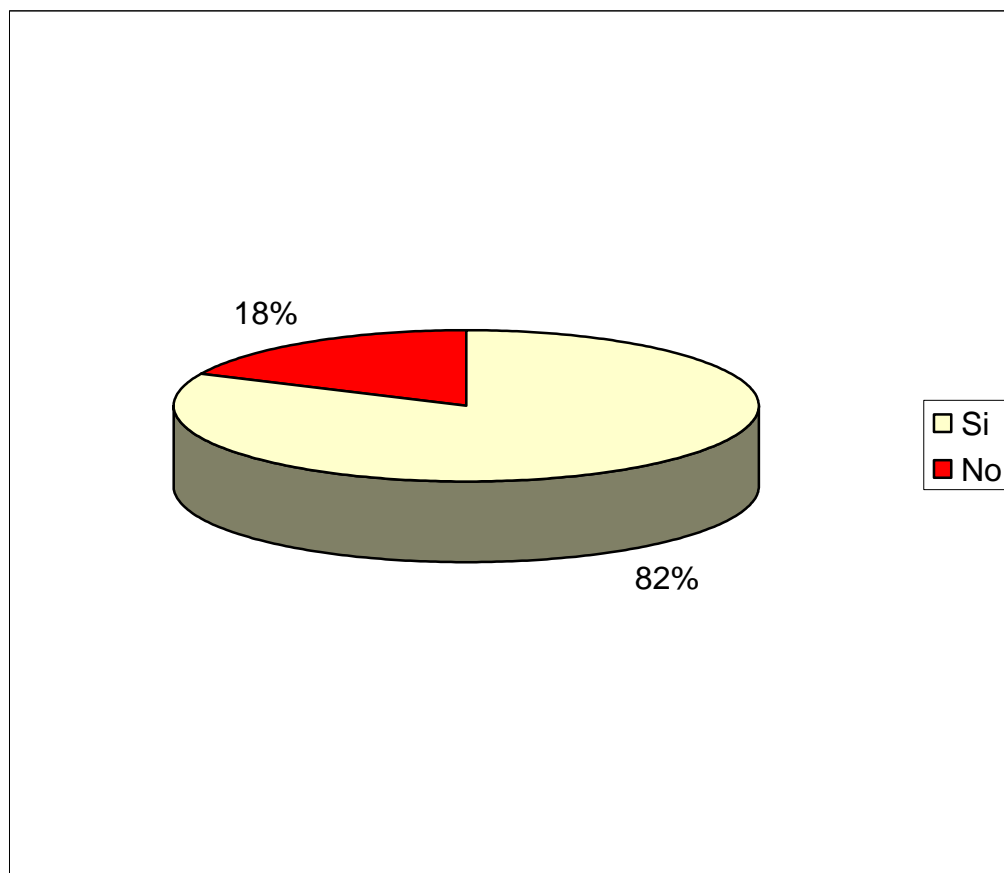
Tabla N° 28

**Adolescentes Embarazadas que piensan amamantar su hijo.
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007**

Adolescentes que amamantarán	Número	Frecuencia %
Si	28	82%
No	6	18%
Totales	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 28



Fuente Tabla No 28

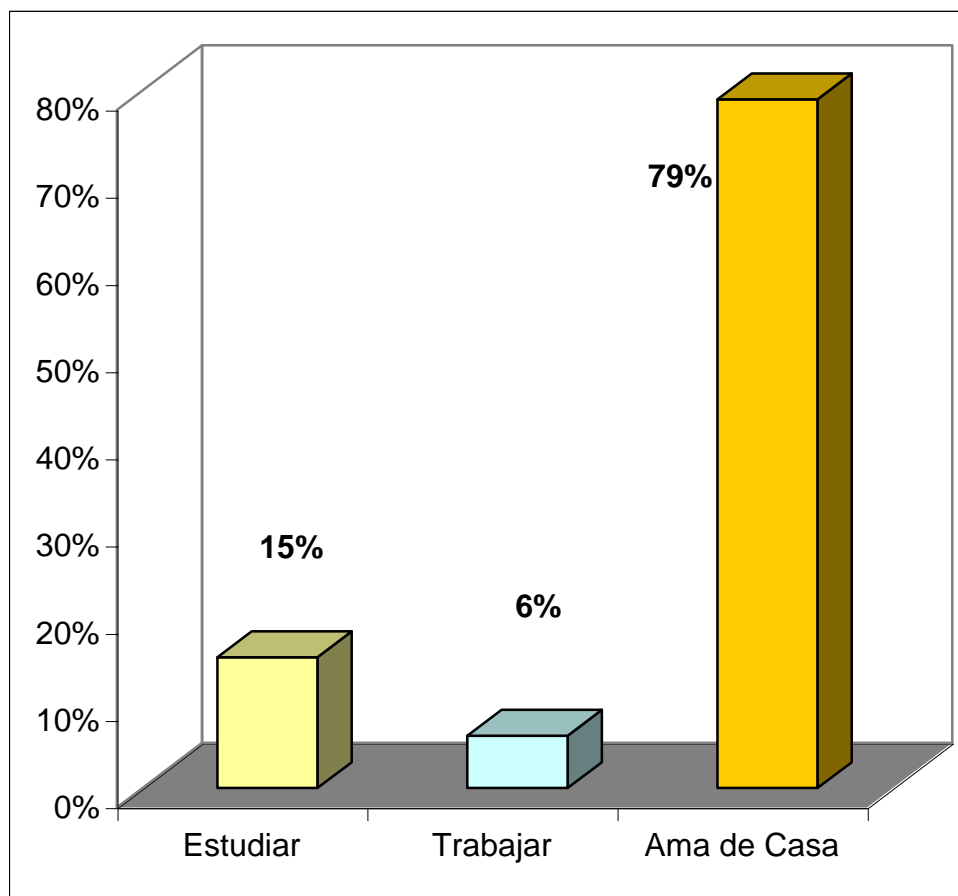
Tabla N° 29

Ocupación de la Adolescente después del Parto
Municipio de Jocón, Yoro. –Junio 2007

Ocupación	Número	Frecuencia %
Estudiar	5	15%
Trabajar	2	6%
Ama de Casa	27	79%
Total	34	100%

Fuente-Entrevista 2007

Grafico N° 29



Fuente Tabla No 29



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA.



Conocimiento, actitudes y practicas de las adolescentes embarazadas con relación al embarazo y el control prenatal en el Municipio de Jocón departamento de Yoro año 2006

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

“Buenas días / tardes mi nombre es..... La razón de mi visita se debe a que estamos realizando un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas de las adolescentes con relación al embarazo y el control prenatal. Estas preguntas serán de mucho valor”.

Encuentra No. _____ Fecha _____

Llenado: _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS:

1. Cuanto años cumplido tiene? ____

2. Hasta que grado o año estudio?

a) Analfabeto ____ b) Primaria Incompleta ____ c) Primaria Completa ____

d) Secundaria Incompleta ____ e) Secundaria completa ____

f) Técnico Superior ____ g) Otro ____

h) Estudia actualmente ____

3. ¿Cuál es su ocupación?

a) Ama de casa ____ b) Trabajadora domestica ____ d) Estudiante ____

e) Otro Cual ____

4. ¿Cuál es su Procedencia? Urbana ____ Rural ____

5. ¿Donde nació usted? _____

6. ¿Cuál es su Estado Civil?

- a) Casada_____ b) Unión Libre_____ c) Viuda _____
d) Soltera _____

7. ¿Cuál es la religión que practica?

- a) Católica_____ b) Evangélica _____ c) Testigo de Jehová_____
d) Adventista_____ e) Ninguna_____ f) Otra_____

II. CONOCIMIENTOS DE LAS EMBARAZADAS EN RELACIÓN AL CONTRO PRENATAL Y EL EMBARAZO:

8) ¿Conoce usted a que edad la mujer debe embarazarse por primera vez?

No_____ Si _____ Si la respuesta es si a qué edad_____

9) ¿Conoce a que edad es conveniente tener la primera relación sexual?_____

10) ¿Conoce cuántos compañeros sexuales es conveniente que la mujer tenga a la vez?

11) ¿Conoce usted los peligros de salud que puede tener una adolescentes al Embarazarse?

a)_____

b)_____

c)_____

12) ¿ Conoce usted que hay un programa de control de embarazo en el centro de Salud? Si_____ No_____

Si la pregunta es Si quien fue la persona por la cual se entero _____
13) ¿Conoce a las cuántas semanas de su embarazo debe de asistir al control prenatal? _____

Si la repuesta es después de las 12 semanas ¿Por qué no lo había hecho antes?

14) ¿Conoce cuántos controles prenatales debe tener una mujer en todo su embarazo? _____ Y Ud. ¿A cuántos controles piensa asistir? _____

15) ¿Conoce usted algún método para prevenir el embarazo?

No _____ si _____ cual _____

III. ACTITUDES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN RELACIÓN AL CONTROL PRENATAL Y EL EMBARAZO:

16) ¿A qué edad piensa ud. que la mujer debe embarazarse? _____

17) ¿Qué sintió Ud. al darse cuenta que estaba embarazada?

a) Se Alegró _____ b) Se entristeció _____ c) Se preocupó _____

d) Pensó en interrumpir el embarazo _____ c) ir al centro _____

18) ¿Que piensa usted de los métodos para no salir embarazada?

a) Que son buenos _____ b) Que son malos _____ No los conoce _____

19) ¿Los ha usado alguna vez? Si _____ No _____

Si la respuesta es sí. ¿Cuáles ha usado? _____

20) ¿Que piensa usted en relación a realizarse los controles prenatales de su embarazo? _____

21). Usted está dispuesta a llegar al centro para realizarse sus controles prenatales Si_____ No_____ si la respuesta es Si Cuando _____

22). ¿Que tipo de personal de salud le gustaría que le realizaran sus controles prenatales?

23). ¿Que piensa usted en relación a los cuidados necesarios en su embarazo?

24). ¿Dónde cree ud. que debe tener a su hijo?

- a) Clínica Materno Infantil _____ b) Casa _____ c) Hospital _____
d) Otro _____

25) ¿Quién cree usted que es la persona indicada para atender su Embarazo? _____

IV. PRÁCTICAS DE LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN AL CONTROL PRENATAL Y EL EMBARAZADO:

26). ¿Planificó Ud. su embarazo? Si _____ No _____

27). ¿ Este es un embarazo deseable? Si _____ NO _____

28). ¿Cual fue la actitud del papá del niño, ante su embarazo? _____

29). ¿ Ha visitado a la partera para su control prenatal? Si _____ No _____

30). ¿Donde Parirá Ud. a su hijo?

a) Clínica Materno Infantil _____ b) Partera c) Hospital _____
Partera _____

31). ¿Qué hará Ud. después de tener a su hijo?

a) Estudiar _____ Trabajar _____ Ama de casa _____ Otro _____

32). ¿Si usted ha presentado algún problema de salud durante su embarazo?

Si _____ No _____ Donde se lo resolvieron _____ y que problema _____ ?

33) ¿A las cuantas semanas de su embarazo asistió a control prenatal? _____

Si la respuesta es después de las 12 semanas

¿Por qué no lo había hecho

antes? _____

34). ¿Usted piensa darle el pecho a su niño?

¿Por qué? _____

Mucha Suerte y Muchas Gracias.