



Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

DEMOMUJER

*Condiciones de vida familiar y conductas reproductivas:
Una mirada hacia la adolescencia en Honduras*

Vol 3, año 2014

ISSN 2310-4171



Maestría
en Demografía y
Desarrollo



Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

Vol 3, año 2014

DEMOMUJER

*Condiciones de vida familiar y conductas reproductivas:
Una mirada hacia la adolescencia en Honduras*

ISSN 2310-4171

EQUIPO INVESTIGADOR

Marysabel Zelaya Ochoa
Héctor Alcides Figueroa Escobar
Regner Asis Castellanos Álvarez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO

Demomujer publica los resultados de las investigaciones desarrolladas en la Maestría en Demografía y Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, su objetivo es visibilizar temáticas centradas en el papel que desempeñan las mujeres en la dinámica demográfica y el desarrollo social y económico de Honduras.

ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y LOGÍSTICOS

P.M. Dania Concepción Rodríguez
Lic. Helen Alexandra Ventura Villalta
Ing. Ana Carolina Paz Delgado
Sr. Erick Norman Galindo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Hektor Varela

IMPRESIÓN

Litografía López, S. de R. L.
Tegucigalpa, MDC, Honduras

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Maestría en Demografía Social y Desarrollo
Edificio F1, 3ra. planta, PBX (504) 2213-4928, Cel. 9988-4401
E-mail maestriademografiasocial@yahoo.es
mae.demografiasoc.cu@unah.edu.hn
www.maestriademografiaydesarrollo.com
twitter:Maedemografiahn
facebook:maestriademografia

Introducción	5
Capítulo I	
Objetivos e hipótesis de la investigación	9
Capítulo II	
Metodología	11
Capítulo III	
Marco teórico de la investigación	13
Capítulo IV	
Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente en Honduras	21
Capítulo V	
Contexto Empírico	27
Capítulo VI	
Análisis de datos	31
Capítulo VII	
Reflexión Final	63
Capítulo VIII	
Bibliografía	65

Los datos demográficos revelan que la fecundidad descendió en América Latina y El Caribe a partir de 1970, esto como consecuencia de una serie de cambios socioeconómicos, educativos, tecnológicos y culturales. Sin embargo, cuando se observan los datos para el grupo específico de las jóvenes adolescentes (15-19 años) este comportamiento no es similar y lejos de presentar una reducción, hay un incremento que solo es superado por los índices que se presentan en países africanos.

Honduras no es la excepción, datos censales revelan que entre 1988 y 2001 hubo un incremento de 1.7 puntos porcentuales, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2011-2012 (ENDESA), encontró que el 24% de las mujeres de 15 a 19 años de edad, alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5%) o porque ya son madres (19%), lo cual representa un aumento de 2 puntos porcentuales desde la ENDESA 2005- 2006.

Esta conducta reproductiva entre las jóvenes adolescentes ha generado gran preocupación sobre todo por las implicaciones que el embarazo adolescente tiene para las jóvenes, sus hijos, sus familias y la sociedad. También por el impacto en los sistemas de salud, en la educación y en general en la economía del país.

Con el objetivo de reducir los porcentajes de jóvenes embarazadas, recientemente (octubre 2014) se ha presentado el “Plan Intersectorial de Prevención de Embarazo en Adolescentes”, el que prevé reducir los casos en Honduras. Cabe señalar que este es un esfuerzo conjunto que se ha propuesto en la región y es liderado por las Primeras Damas quienes en el contexto de la Primera Cumbre por la Alianza para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia Centroamericana y República Dominicana, han firmado la Declaratoria, reconociendo el problema del embarazo en adolescente y recomendando acciones que incluyen políticas públicas saludables para prevenirlo.

El tema del embarazo adolescente no puede estudiarse descontextualizado del entorno familiar en el cual se desenvuelven las jóvenes, pues las conductas reproductivas de sus progenitoras, los patrones machistas, la violencia y la disfuncionalidad familiar y la condición socioeconómica podrían incidir en el embarazo adolescente. En otro escenario el nivel de conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva, su interiorización y práctica, puede modificar las actitudes hacia la reproducción, e incidir favorablemente en el diseño de estrategias y proyectos de vida familiar conformando un escenario reproductivo mejor estructurado.

Esta investigación se ha propuesto caracterizar las conductas reproductivas de mujeres adolescentes, en especial en su manifestación con respecto al embarazo y maternidad, en su

relación con las condiciones de vida familiar. El estudio se plantea con un enfoque mixto, los datos estadísticos que sirven de base para el desarrollo de la investigación son los publicados en la ENDESA 2011-12 y los datos cualitativos se obtuvieron mediante entrevistas in situ realizadas en la Clínica Madre Adolescente del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Estudiar el tema de embarazo adolescente hace reflexionar sobre la importancia que requiere la atención a este grupo poblacional. Así mismo sobre la necesidad de emprender acciones que potencialicen las habilidades y capacidades de los y las jóvenes adolescentes hacia un proyecto de vida encaminado a alcanzar mejores niveles de bienestar y desarrollo humano.

La edición de este número ha contado con la colaboración del artista Darío Rivera, considerado uno de los más destacados escultores y pintores hondureños, quien en esta oportunidad facilitó una muestra de esculturas de su autoría dedicadas a la fecundidad.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

“El doctor me había dicho que yo no iba a poder tener hijos, que esa posibilidad que yo quedara embarazada como que no estaba mucho, pero salí embarazada. Conocía las pastillas, las inyecciones, para el hombre y la mujer, los condones y no usé ningún anticonceptivo, y sobre los métodos anticonceptivos lo mire en charlas.”

16 años, 6 meses de embarazo.

“Si lo teníamos planeado con mi pareja, y lo que más conocía era el preservativo y si lo usó mi pareja. En la escuela supe sobre los métodos anticonceptivos.”

15 años, 7 meses de embarazo.

“Si lo planeé con mi pareja y si conocía la inyección, las pastillas, antes del embarazo usaba la inyección.”

18 años, 8 meses de embarazo.

“No fue planeado, yo planifique pero las pastillas no me funcionaron, yo compre las pastillas en la farmacia y pregunté como se tomaba, me dijeron que al quinto día de la menstruación y entonces yo planifiqué tal y como me dijeron entonces las pastillas todos los días me las tomaba y al final no funcionó. Conozco el diu, el condón, las pastillas, la inyección de tres meses, estuve un año y medio planificando y nunca me había fallado hasta ahora.”

15 años, 5 meses de embarazo.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos, solamente cuatro adolescentes manifestaron haber planeado el embarazo, el resto respondió que el embarazo fue inesperado. Sin embargo, dentro de las adolescentes que respondieron que el embarazo fue no planeado, se encuentran dos tipos de casos en común: cinco adolescentes mencionaron haber estado planificando con pastillas durante al momento del embarazo; catorce, reconocieron conocer distintos métodos anticonceptivos como el condón, las pastillas, el DIU, la inyección; y, una adolescente afirmó nunca haber usado anticonceptivos.



Objetivos e Hipótesis de la Investigación

En el desarrollo del presente estudio se ha propuesto los siguientes objetivos:

1.1 Objetivo general

- Conocer las conductas reproductivas de mujeres adolescentes, y su relación con las condiciones de vida familiar.

1.2 Objetivos específicos

- Describir las características de los hogares y viviendas de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las características demográficas de las adolescentes que estuvieron embarazadas.
- Identificar los conocimientos y prácticas de las adolescentes que estuvieron embarazadas sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva.

2.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis 1

- Las condiciones de vida familiar se asocian de manera inversa con el riesgo de embarazo y maternidad en mujeres adolescentes. En situaciones más desfavorables la incidencia de estos eventos

es mayor que en otros con situación de bonanza; asimismo las prácticas en salud sexual y reproductiva desciende en la medida en que empeoran esas condiciones hogareñas.

Hipótesis 2

- Diferencias en las condiciones socioeconómicas de vida familiar entre hogares propician diferencias en las conductas reproductivas femeninas. Las mujeres de hogares con nivel socioeconómico más elevado muestran conductas reproductivas menos abultadas (menor número de embarazos, en particular en la adolescencia, de nacidos vivos, de interrupciones, etc) y una actitud más positiva con respecto a Salud Sexual (SS) y Salud Reproductiva (SR) en conocimiento, acceso y práctica (edades más propicias para la tenencia de hijos, mayor prevalencia anticonceptiva, mayores conocimientos sobre nutrición al bebé, menor propensión a hábitos tóxicos, y en general proyectos familiares mejor estructurados) que otras insertadas en hogares con bajo nivel en las condiciones socioeconómicas de vida familia.

SITUACIÓN EN EL HOGAR

Vivo con toda mi familia, con mis padres, tíos y mis hermanos.

Ingrid, 16 años

Vivo con mi mamá y hermano y no tengo papá.

Ana, 16 años

Solo vivo con mi mami, tengo más hermanos pero no viven con ella.

Luisa, 18 años

Vivo con mi mamá, y mis dos hermanos, una hembra y un varón y conmigo tres, mi hermana tiene veintidós años, mi hermano nueve y yo catorce. Bueno, por todos los hijos de mamá somos seis.

Alexandra, 14 años

Vivo con mi pareja y la familia de él.

Susana 15 años

Vivo con mi pareja y mi suegra y cuñados.

Rina, 19 años.

En relación a las personas con quiénes viven las adolescentes entrevistadas, se encontraron tres casos en común: la mayoría (diez) de las adolescentes viven con su madre y hermanos; solo cinco de las adolescentes entrevistadas vivían con ambos padres, y esta un grupo que viven en casa de la familia de la pareja.

En la mayoría de adolescentes entrevistadas hay ausencia del padre. También, es evidente que en ningún caso hay independencia económica de la adolescente o de su pareja, razón por la cual continua viviendo en casa de sus padres o en casa de la familia de la pareja.



Metodología

Esta investigación es realizada bajo un enfoque mixto en la cual los datos estadísticos son complementados con información cualitativa.

La información cuantitativa se toma de la Encuesta de Demografía y Salud publicada en 2011-2012, de la cual se retoman las variables: características del hogar y de la infraestructura de la vivienda en función de materiales de construcción y acceso a servicios básicos, características demográficas de las adolescentes y conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar. Esta información se procesa originalmente en formato SPSS, y las tablas y gráficos se trabajaron en Excel.

La información cualitativa se obtuvo mediante entrevistas in situ realizadas en la Clínica Madre Adolescente del Hospital Escuela. El guion de la entrevista fue estructurado a partir de delimitación de temas y subtemas,

siendo sus componentes temáticos los siguientes: a) infancia; b) situación de vida durante el embarazo; c) llegada a la Clínica y sus motivaciones; d) situación de vida durante el embarazo y e) sueños y expectativas.

La selección de la muestra de carácter cualitativo, se hizo en base a un orden aleatorio, se realizaron 23 entrevistas durante los meses de septiembre y octubre de 2014. Finalmente, el proceso de tratamiento analítico de la entrevista, se realizó en tres pasos: primero, lectura de las transcripciones de cada entrevista, en la cual se asignó códigos para identificar a qué secciones pertenecía los fragmentos; segundo, una vez codificado, se realizó la clasificación de los fragmentos, de cada entrevista, en función a la sección que correspondía; tercero, se realizó el análisis e interpretación de los fragmentos clasificados en cada sección.

ESCOLARIDAD Y TRABAJO

“Pues siempre he trabajado desde pequeña, ayudando en la casa con todo: moler, asear, cuidar los niños, cocinar en todo, e iba a la escuela y lo termine”

Suyapa, 16 años

“Aparte de ir a la escuela estaba estudiando belleza, me gradué de eso y en la casa que ayudaba a asear y salíamos de viaje con mi mamá los fines de semanas a vender ropa interior, ropa grande a ferias solo los fines de semana salíamos a trabajar, le ayudó desde los 6 años”.

Julissa, 15 años

“Estudiaba y le ayudaba a mi mamá a vender tortillas”.

Maryori, 17 años

“Solo le ayudaba a mi mami con mis hermanitas, las cuidaba”

Luisa, 18 años

Las entrevistas permitieron identificar tres tipos de casos, un grupo de adolescentes mencionó que durante su periodo de vida de infancia, solamente se dedicaba asistir a la escuela, sin ningún otro deber familiar. En cambio, otro grupo mencionó que además de ir a la escuela tenía como deber asistir en las tareas domésticas de la casa, que podría incluir el cuidado de hermanos menores. Un tercer grupo mencionó que aparte de asistir a la escuela, y asistir en tareas doméstica, también ayudan en la actividad económica familiar, relacionado con algún tipo de venta.

Un elemento común a los discursos de los tres grupos, en función a los tipos de actividades que realizaban durante su infancia (escuela, trabajo y otro tipo de actividad), está relacionado con la presencia de la madre, como figura central en los recuerdos de infancia. Asimismo, hay una ausencia, en el discurso, de la figura del padre.



Marco Teórico de la Investigación

El estudio de la fecundidad adolescente requiere la revisión de elementos teóricos conceptuales sobre los que se fundamente el análisis y comprensión del fenómeno que en las últimas décadas ha motivado el desarrollo de investigaciones sobre todo por el impacto que la fecundidad adolescente tiene en diversos campos de la sociedad.

Se presenta en este acápite el concepto de adolescente y una síntesis de los enfoques teóricos sobre los cuales se sustentará el análisis de la información cuantitativa y cualitativa.

3.1 Sobre el concepto de adolescente

El concepto de adolescencia, fue introducido en la literatura científica en 1904 por el psicólogo y educador estadounidense F. Stanley Hall (1846-1924), para referirse al período de desarrollo entre la infancia y la etapa adulta¹. Hall consideraba que esta etapa era decisiva para la vida, y que constituía “un segundo nacimiento del ser humano” —el primero se producía del útero a la familia, y el segundo de la familia a la sociedad. Fue él quien creó la American Psychological Association en 1892, y su aporte fue decisivo para

la constitución de la psicología del desarrollo (Rodríguez, J 2014:10).

El término y el concepto se generalizó después de la Segunda Guerra Mundial. Se consideró que la adolescencia correspondía a una construcción social, producto de las necesidades de formación y especialización de las personas para incorporarse en los procesos productivos de los países.

Esta prolongación de la transición entre la niñez y la adultez se consolidó con la revolución industrial, pero se profundizó y extendió significativamente con la aparición y diseminación global de las subculturas juveniles en los países de Europa Occidental y los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Esta transición se vinculó a la prolongación de los estudios en vista de una adecuada capacitación para incorporarse a la fuerza de trabajo. De esta manera, la adolescencia es una construcción del mundo moderno occidental, por cuanto en la observación de culturas primitivas o incluso de civilizaciones recientes no se aprecia esta etapa de la vida, sino tan solo rituales de iniciación en aquellos niños y niñas que han alcanzado su capacidad reproductiva (UNFPA, 2013; Breinbauer and Maddaleno, 2005; Molina, Sandoval y González, 2003; Guzmán y otros, 2001; Silber y Castells, 2003; Dulanto, 2000; Bongaarts y Cohen, 1998).

1. Lo usó en su obra *Adolescence: Its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*

Desde un enfoque biológico y fisiológico la adolescencia es un periodo en el cual se generan los cambios en el desarrollo físico, iniciando la capacidad de reproducción. Este es un periodo que se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. Unido a los cambios biológicos se producen cambios psicológicos que tienden a manifestarse en dinamismo, rebeldía, impulsividad, narcisismo, oposición a la autoridad, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo en el cual: (1) el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual y reproductiva; (2) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un niño o niña hasta los de un adulto; y (3) se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa dependencia (Population Report, 1995:3).

La definición demográfica de la adolescencia ha sido concretada como la etapa de la vida que abarca la transición desde la niñez a la adulta en la segunda década de la vida de un individuo (Bongaarts & Cohen, 1998:99).

En el contexto de esta investigación la categoría adolescente parte de definir un periodo de edad 15-19 años, se considera como una etapa de la vida en la cual los y las jóvenes experimentan cambios biopsicosociales que inciden en sus conductas, madurez social, e independencia progresiva, las cuales al ser canalizadas y potencializadas de manera ade-

cuada les permite comprender que son sujetos de derecho y actores claves en el desarrollo.

3.2. Enfoque teóricos sobre fecundidad

Diversos autores (Vinosvkis, 1988; Nathanson, 1991, y Miller, 1993), plantean que los estudios que abordan la temática de los adolescentes, y particularmente la de los embarazos de las adolescentes, son de reciente aparición, pues se desarrollan, fundamentalmente, en las últimas décadas del siglo XX², y los de mayor interés, para este tipo de investigación, resultan ser los que se asocian generalmente a los campos disciplinarios de la Demografía, la Sociología y la Epidemiología (tomado de González, 2000).

En el contexto de esta investigación se presentan cuatro enfoques que generan aportes teóricos sobre los cuales se analiza e interpreta la información presentada en esta investigación.

3.2.1 Enfoques demográficos

Según Rodríguez (2008), desde el enfoque macro las teorías sociodemográficas so-

2. Los estudios que tratan de recabar información sobre la situación del embarazo adolescente en épocas pasadas son pocos, y generalmente están limitados a la experiencia norteamericana y europea. Según estos, el embarazo en edades tempranas de la vida, en siglos pasados, no era visualizado como una situación problemática (Vinosvkis, 1988). Entre las explicaciones que se dan se encuentra la escasa distinción que se hacía entre los adolescentes y el resto de la población, tal y como en la actualidad se hace, atendiendo básicamente a la edad, y por tanto la poca usual identificación de los problemas que afectan a los más jóvenes de manera particular. De igual forma es citada la relativa poca limitación de oportunidades que representaba el que las mujeres muy jóvenes tuvieran hijos.

bre la fecundidad más conocida son: la teoría de la transición demográfica y la teoría de la difusión.

- La teoría de la *transición demográfica*, cuyo planteamiento central es que la modernización socioeconómica desata procesos que erosionan los fundamentos materiales y culturales de la fecundidad alta, y luego sienta las bases para preferencias reproductivas mucho más acotadas. Este abordaje no hace distinciones etarias en su hipótesis del descenso de la fecundidad (Kirk, 1996; Coale, 1977). En teoría, la fecundidad debería caer marcadamente en el tramo adolescente, toda vez que la modernización implica la erradicación de prácticas tradicionales de matrimonio temprano y acentúa la colisión entre reproducción temprana y asistencia escolar, lo que debería resolverse en favor de esta última. De esta forma, la hipótesis que naturalmente se deriva de este marco es un descenso sostenido y transversal en términos socioeconómicos de la fecundidad adolescente, y una marcada y generalizada postergación de la edad a la primera unión. En los países desarrollados, la hipótesis funciona. Sin embargo, no resulta en el caso de América Latina y El Caribe, lo que induce a pensar que la teoría no es aplicable a todos los contextos histórico-geográfico, limitando en alguna medida su alcance para explicar las relaciones existentes entre los cambios demográficos y el con-

texto de cada sociedad en particular.

- Otro enfoque macro que ha tenido influencia es el de la *difusión*, cuyo planteamiento central apunta a la capacidad de la idea de “control natal” de diseminarse más allá de los contextos en que se origina y, por ende, la posibilidad de que el descenso de la fecundidad ocurra sin una modernización económica y social consolidada. Bajo este enfoque de difusión se da la planificación familiar, la aceptación o no de la misma es explicada como un atributo sustancial del control natal.

Este enfoque tampoco hace distinciones etarias, pues supone que todas las generaciones son influidas por aquella difusión. Incluso el grupo adolescente debería ser el más sensible y afectado por la diseminación de esta idea, puesto que está más abierto al cambio y más expuesto a los medios de comunicación de masas de los países “avanzados”. Vale decir, el enfoque de la difusión tampoco anticipa algún comportamiento particularmente refractario al descenso de la fecundidad entre las adolescentes.

3.2.2 Enfoques psicológicos

La adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Socialmente representa un período de tensiones particulares que conduce al adolescente a situaciones contradictorias; a veces es considerado adulto y se le exige responsabilidad, y en otras se le

percibe como incapaz de tomar decisiones y se limita su independencia. En otras palabras esta etapa en el ciclo de vida implica cambios físicos, psicológicos y sociales.

Biológicamente la adolescencia se considera en fases: la pubertad -o adolescencia temprana, típicamente entre los 10 y los 13 años- se inician los cambios orgánicos que conducen, para la mayoría de las personas, a la configuración del cuerpo adulto, el despertar sexual y la adquisición de la capacidad de procrear. Durante esta fase, pero marcadamente durante la adolescencia media (generalmente entre los 14 y los 17 años) y tardía (entre los 18 y los 19 años), estas fuerzas biológicas desbordantes y novedosas para los y las jóvenes se enfrentan con otras normativas, desplegadas por instituciones que procuran mantener a las personas en el proceso de formación social (en particular el escolar), a controlar los impulsos sexuales (sea su intensidad o el contexto donde sea su intensidad o el contexto donde se permiten) y a establecer límites precisos (a veces legales) de lo que es aceptable en materia de nupcialidad y reproducción.

Esta densa interacción biológico-social es complejizada aún más por la intervención de procesos psicológicos muy poderosos que se desatan en la adolescencia, vinculados con el desafío de formar una identidad propia. En este contexto, las y los adolescentes tienden a tomar distancia de referentes de autoridad como los padres y las instituciones de adultos, y en contrapartida propenden a incrementar la valoración de otros, como los

grupos de pares o las subculturas. Y entre estos dos referentes suelen haber diferencias marcadas, en particular en los mensajes relativos a la sexualidad y la reproducción. Por cierto, esta rebelión contra la autoridad adulta tiene especificidades individuales y culturales, por lo que el grado de distanciamiento de los adolescentes respecto de los cánones impuestos por la sociedad adulta y por sus familias es variable (Breibauer y Maddaleno, 2005; Dulanto, 2000; Bongaarts y Cohen, 1998, 2000).

Por ello, las aproximaciones que consideran las dimensiones psicológicas de la adolescencia tienden a subrayar los componentes de inmadurez, desestructuración, construcción de su identidad, hipersensibilidad a la opinión de los pares, sensación de invulnerabilidad y actitudes rebeldes que caracterizan esta etapa de la vida (Mejía, 2000).

No puede desestimarse que los diferentes cambios biopsicosociales que enfrentan los y las adolescentes inciden en su comportamientos sexuales y a la vez tienen estrecha relación con el embarazo en adolescentes.

3.2.3 Pobreza, desigualdad e inequidad social

El tema de la pobreza ha sido abordado desde diversas perspectivas y metodologías, siendo una temática multicausal y multidimensional. Defendiéndola en términos sencillos significa no tener los medios suficientes para satisfacer las necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, acceso a educación básica y servicios de salud.

Aunque la pobreza es de los principales problemas que presenta América Latina y El Caribe, más allá de la pobreza el mayor problema es el alto grado de desigualdad social que ese observa entre la población; la desigualdad tiene manifestación en diferentes aspectos como los ingresos, la educación, el género, el territorio, entre otros.

En América Latina, la desigualdad tiene sus orígenes en la historia de la pobreza estructural –las desventajas se heredan y perpetúan intergeneracionalmente– su concentración espacial –con la conformación de espacios diferenciados de sociabilidad– y la consolidación de diferentes estatus de ciudadanía (Saraví 2006).

Galtung (1985) considera que cuando hay pobreza, hay violencia estructural la cual hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación.

Según el funcionalismo toda sociedad coloca a los individuos en la estructura social. Por lo tanto, la desigualdad social es un recurso inconscientemente creado por las sociedades para asegurarse que las posiciones más importantes son ocupadas conscientemente por las personas más calificadas. Para decirlo de una forma más clara, los funcionalistas (T. Parsons, K. Davis, W. Moore...) ven en la estratificación social el mecanismo mediante el cual las sociedades responden a dos necesidades: la de distribuir a los individuos en posiciones sociales que difieren en su deseabilidad intrínseca y en su importancia funcional, y la de garantizar el adecuado cumplimiento de las tareas asignadas a esas posiciones.

La pobreza y la desigualdad social condicionan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En el caso particular de gran porcentaje de las adolescentes embarazadas, las barreras socioeconómicas y culturales limitan en algún sentido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; los cuales, además de información pertinente incluyan acceso a los métodos anticonceptivos y servicios de salud.

Los embarazos adolescentes ocurridos en hogares pobres son una alerta temprana de la desigualdad que debe llamar la atención de los entes gubernamentales. En función de elaborar e implementar políticas públicas que tomen en cuenta los determinantes sociales y estructurales de este fenómeno y que a la vez generen oportunidades de inclusión social para los y las jóvenes.

3.2.4 *Enfoque de género*

En el estudio de la fecundidad adolescente no puede dejar de considerarse el enfoque de género, pues la sociedad clasifica, nombra y produce las ideas dominantes de lo que deben ser y actuar los hombres y las mujeres, es decir, el enfoque plantea aspectos de feminidad y de masculinidad.

La adolescencia, despierta la curiosidad por la sexualidad adquiriendo profunda significación vinculada tanto a las transformaciones del orden hormonal que obran sobre el cuerpo, como a los mandatos culturales de género, éticos y/o religiosos que inciden sobre la asunción y las expresiones de sexualidad. Las expectativas acorde al género

operan de manera decisiva en la iniciación sexual de los/las adolescentes. Junto a los condicionamientos familiares, los comportamientos más frecuentes están definitivamente influenciados por el contexto espacial, histórico, económico y sociocultural en el que se desenvuelven (Checa, Susana, 2005).

A menudo las normas culturales y sociales de género restringen el acceso de las adolescentes a la información básica, las condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, socavan su autonomía y expone a muchas a la coerción sexual (Barinas, I & Flores, M. 2011:14)

El abordaje desde la perspectiva de género es central para comprender los comportamientos ligados a la sexualidad y sus consecuencias. Si bien la división y la asignación de roles diferenciados para mujeres y hombres parten de diferencias biológicas, son una construcción histórico-cultural que se constituye en una realidad -tanto objetiva como subjetiva- que las personas elaboran y reelaboran constantemente sobre la base

de sus experiencias y de los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte (Zambelin, N, tomado de Susana Checa, 2003).

La incorporación del análisis de género en el campo de la sexualidad y el embarazo adolescente permite comprender el impacto de la inequidad de género entre adolescentes hombres o mujeres respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. También sobre la responsabilidad que cada uno asume en el caso de presentarse un embarazo planificado o no. Por lo general las jóvenes asumen su rol de maternidad, sin embargo, en gran parte de los casos la paternidad no es asumida por parte de los jóvenes.

El enfoque de género visualiza la desigualdad y alto nivel de inequidad en las relaciones entre varones y mujeres, los postulados desarrollados por el enfoque orientan la construcción de una sociedad en donde se garantice la igualdad y equidad de derechos entre varones y mujeres.

PLAN DE VIDA ANTES DEL EMBARAZO

Antes del embarazo pensaba seguir estudiando y trabajar y darme mis estudios.

17 años de edad, 7 meses de embarazo.

Quería seguir estudiando y ser alguien en la vida.

15 años, 5 meses de embarazo

Pues mis ideas eran casarme, tener un buen hombre y tener un bebé.

18 años de edad, 7 meses de embarazo

Yo quería irme para los Estados Unidos a modelar.

16 años, 8 meses de embarazo

La mayoría de las adolescentes manifestaron haber tenido el plan de terminar sus estudios de secundaria; situación que se vio interrumpida por su embarazo. Cinco no dieron respuesta a la pregunta, lo que es como forma de manifestar la falta de claridad sobre su plan de vida, una adolescente, mencionó que su plan de vida fue justamente el embarazo, además de contraer matrimonio; y otra tenía como plan de vida viajar a los Estados Unidos.



Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente en Honduras

El embarazo en adolescentes tiene fuerte impactos sociales que repercuten fuertemente en el área de la salud, por tal razón, la Secretaría de Salud reconoce el embarazo en adolescentes como una prioridad que requiere un abordaje estratégico, integral y urgente. En este contexto, el Programa de Atención Integral al Adolescente presentó en 2012 la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPREAH) la que define las acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para contribuir a disminuir este importante problema de salud.

El objetivo general de la ENAPREAH está orientada a definir acciones comunitarias e institucionales para disminuir el embarazo en adolescentes y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y a la vez disminuir la mortalidad materna e infantil en Honduras.

La ENAPREAH define ejes transversales los cuales están alineados a los establecidos en la estrategia para lograr la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI). De igual manera, se contemplan seis líneas estratégicas para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Líneas Estratégicas de la ENAPREAH

Líneas Estratégicas	Descripción
1. Intervenciones basadas en la familia, comunidad y sector educación para prevenir la ocurrencia del primer embarazo.	Lograr un compromiso sostenido de los actores claves de la comunidad y de las instituciones del nivel local para responder a los complejos desafíos que enfrentan los adolescentes, reconociendo que Los individuos y las organizaciones comunitarias tienen un papel importante en la reducción de los embarazos en adolescentes.
2. Provisión de servicios de salud de calidad e integrales para adolescentes a nivel ambulatorio y hospitalario dirigidos a la prevención del primer y subsiguiente embarazo.	Los proveedores de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención deben realizar un trabajo coordinado con el gobierno local, grupos organizados de la comunidad, ONGs y otras instancias del gobierno a nivel local para potenciar el desarrollo de acciones orientadas a prevenir el embarazo en adolescentes.
3. Desarrollo de las competencias de los recursos humanos para responder a las necesidades en salud de la población adolescente.	La Secretaría de Salud a través de las instancias nacionales y locales que corresponden gestionará con las escuelas formadoras de recursos la inclusión del tema en el currículo de educación a nivel de pregrado y posgrado y de otros niveles. Eso implica también la inclusión de la perspectiva de género y masculinidades, relaciones familiares y metodologías de trabajo con adolescentes, entre otros.
4. Generación de información estratégica	La información generada por las Unidades de Salud del primer y segundo nivel de atención así como la identificada de otras fuentes nacionales y locales permitirá orientar el diseño de nuevas estrategias, políticas y planes sobre la población adolescente de forma general y para la prevención del embarazo en particular.

5. Alianzas estratégicas	Para prevenir el embarazo en la población adolescente se requiere de alianzas estratégicas multisectoriales. La Secretaría de Salud en su rol rector promoverá el diálogo y la creación de estas alianzas entre socios estratégicos: sector gubernamental, privado, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, cooperación internacional, la comunidad, la familia, organizaciones basadas en fe, medios de comunicación entre otros y promoverá la participación de estos sectores en el desarrollo de políticas, programas y planes destinados a prevenir el embarazo y atender las demandas en este grupo poblacional.
6. Instancias de coordinación	La conducción de esta estrategia será liderada por el titular de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. La Secretaría de Salud utilizará la mesa técnica de salud para adolescentes. Esta mesa es la instancia técnica que impulsará y velará por la implementación de esta estrategia y facilitará la armonización y alineamiento de las principales acciones definidas.

4.1 Marco Legal de la ENAPREAH

La elaboración de la ENAPREAH tiene un sustento legal establecido en los compromisos que el Estado ha suscrito a nivel internacional y nacional los cuales establecen el marco legal que faculta y obliga a la Secretaría de Salud así como a otros socios estratégicos a realizar las acciones políticas,

técnicas y administrativas que contribuyan a disminuir este importante problema social y de salud pública.

- **Compromisos internacionales**

Se describen a continuación los compromisos internacionales en los que se basa la ENAPREAH.

3. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). La convención Internacional sobre los derechos del niño. Resolución 44/25. Noviembre, 20, 1989. Artículo 24. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
 4. Fondo de Población de las Naciones Unidas y The Alan

Guttmacher Institute (04) Salud sexual y productiva: una inversión que vale la pena. ISBN:0-939253-66-6
 5. Sistema de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maernal.shtml>

Compromisos Internacionales

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de 1989 ³	“Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”
Conferencia internacional sobre población y Desarrollo (CIPD)-1994 ⁴	“Se reconoce que la salud sexual y reproductiva es imprescindible para el bienestar de los seres humanos”
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – 2000 ⁵	“ODM 5 Mejorar la salud Materna: Meta 5^a: Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 – 2015 Meta 5 b: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva Indicador: 5.4 La pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramiento entre adolescentes”
Convención Iberoamericana de Derechos de los/as jóvenes ⁶ – 2005	“Derecho a la educación sexual. Los Estados parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa reproducción y sus consecuencias.”
Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” México 2008 ⁷ (Secretarías de Estado en los Despachos de Educación y Salud)	“Es una herramienta estratégica para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH en América Latina y el Caribe a través de asegurar el acceso a educación en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad e integrales. La declaración procura fomentar la igualdad entre toda la gente y combatir la discriminación, incluida la basada en el estado de VIH de las personas, su orientación sexual o identidad de género”.
Convención interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (ley 49 de 2 de febrero de 1967)	Establece el compromiso de los Estados de prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda la persona a la igualdad ante la ley en el disfrute de diversos derechos, entre estos, el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Fuente: Tomando de la ENAPREAH, 2011

6. Organización Iberoamericana de la Juventud. Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes, artículo 23. <http://www.laconvencion.org/index.php?secciones/convencion>

7. Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con Educación” Principios Fundamentales de la Declaración <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Mexico%20City%20Ministerial%20Declaration%20Educating%20to%20Prevent-Spanish.pdf>

Compromisos Nacionales

Los compromisos nacionales se reflejan en la matriz que a continuación se presenta:

Constitución de la República ⁸	“Se reconoce el derecho a la protección a la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.”
Plan de Nación 2010 – 2022 y Visión de País. ⁹	“Lineamiento estratégico #1: Desarrollo sostenible de la población manda a reducir la tasa de embarazo en adolescentes para 2014 a 19.8 y para 2017 a 15.8”
Política Nacional de Juventud ¹⁰ – 2010-2014	“Lineamiento 5: Salud integral y estilos de vida saludable. Acción d: Promoción de derechos a la salud integral, habilidades para la vida y para prevenir las ITS, Sida y embarazos en la adolescencia a nivel municipal”
Ley de Municipalidades	“Artículo 91.- (según reforma por decreto 143 – 2009)... De estos ingresos las municipalidad deberán destinar el uno por ciento (1%) para la ejecución y mantenimiento de programas y proyectos en beneficio de la niñez y la adolescencia”.
Política de Protección Social ¹¹	“El objetivo específico de la política hace referencia a la necesidad de “promover la protección social desde un enfoque integral e incluyente de acuerdo al ciclo de vida, atrás de la interacción y articulación con la seguridad social, asistencia social, seguridad alimentaria, servicios de salud, educación, mercado laboral y otras políticas, programas y proyectos encaminados a la atención de la población sujeto de esta políticas. La política incluye como población sujeta de atención de derechos a la niñez de 7 a 11 años y de 12 a 18 años embarazadas o en maternidad.”
Ley especial de VIH/Sida	“Título III, capítulo I DE LA EDUCACIÓN: ARTÍCULO 14: Se instituye para todas las escuelas, institutos, colegios, universidades y centros de educación superior, tanto públicos como privados, la impartición de educación y ética sexual, acorde con el nivel educativo de que se trate, sin perjuicio de los deberes y derechos que sobre la educación de sus hijos correspondientes a padres y madres”

8. República de Honduras. Constitución de la República. Artículo 145. http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/hnd/sp_hnd-int-text-const.pdf

9. Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (2010) Visión de país 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.

10. Instituto Nacional de la Juventud (INJ) Política Nacional de Juventud. Lineamiento 5. www.inj.gob.hn

11. Aprobada el 9 de marzo de 2012 en el consejo de ministros de Honduras.

Ley de igualdad de oportunidades para la mujer	“ARTÍCULO 14: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos y todas participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. ARTÍCULO 15: El estado por medio de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud debe atender la salud de la mujer con un enfoque integral y, establecer la interrelación en los aspectos de información, promoción, prevención y atención considerando todas las etapas de la vida de las mujeres y no solo su función reproductiva. ARTÍCULO 20: La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, tomara las medidas pertinentes para la prevención o el tratamiento adecuado del embarazo en adolescentes y de sus factores de riesgo, así mismo tomará las medidas para prevenir y atender los embarazos de alto riesgo en mujeres en edad reproductiva. ARTÍCULO 34: En los programas educativos de los últimos años de enseñanza básica y media, deben incorporarse contenidos de educación en población, enfatizando los temas que se refieren a la sexualidad y reproducción, e información científica sobre prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.”
II Plan de Igualdad y Equidad de Género en Honduras 2010 – 2022, Instituto Nacional de la Mujer (II PIEG)	Eje 2: Promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos. Política 5: El estado formula y ejecuta la política nacional de salud para la prevención, atención y asistencia de embarazos en adolescentes así como en la prevención, atención y erradicación del acoso y abuso sexual, y desde una perspectiva de género y derechos. Objetivo estratégico 5.1: Implementar, en todas las unidades de salud del país, programas de difusión de información sobre sexualidad responsable, riesgos, formas de protección y dotación de paquetes básicos de métodos anticonceptivos y la profilaxis post exposición a la infección del VIH, priorizando adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Objetivo estratégico 5.3: Ampliar en todas las unidades de salud, especialmente en los CESAMOS, servicios integrales de prevención del embarazo adolescente y atención especializada para adolescentes embarazadas, considerando los impactos psicológicos, económicos y sociales de esta problemática en su desarrollo personal.

Fuente: Tomando de la ENAPREAH, 2011

SITUACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

*“Tengo una situación difícil económicamente. Y la pérdida de mi esposo, mi estado emocional es difícil
19 años de edad, 7 meses de embarazo.*

*“Dificultades casi no he tenido, solo que ya no puedo andar jugando ni nada, porque todavía soy una niña, pero así es la vida.”
14 años de edad, 8 meses de embarazo*

*“En mi casa siempre pasan discutiendo, un poco fuerte, y yo solo no les hago caso.”
19 años de edad, 6 meses*

*“He estado recibiendo atención con una psicóloga y ella me ayuda cuando no quiero tomarme los medicamentos, ella me motiva porque yo le decía a mi mami que yo no quería el niño que yo lo iba a dejar en el hospital o que lo regalara pero ahora siento diferente porque él no pidió nacer y tengo que aceptarla.”
17 años de edad, 7 meses de embarazo.*

*“Estuve a punto de perder a mi niña hace como un mes. Esa fue la etapa más difícil para mí.”
18 años de edad, 7 meses de embarazo.*

Las mayores dificultades manifestadas por las entrevistadas están ligadas a la muerte de la pareja, la situación de embarazo en sí misma en relación a la edad de la adolescente, ambiente familiar adverso, depresión por causa del embarazo, riesgo de aborto no deseado y el aspecto económico.

Además, la actividad principal a la que se ha dedicado una parte (9) de las adolescentes embarazadas es continuar con sus estudios de secundaria. Caso diferente, otro grupo (11) de adolescente coincide en dedicar su tiempo al reposo y al trabajo doméstico. Una adolescente, dijo que se mantiene trabajando; y, una, dijo dedicarse al cuidado de su primer hijo.



Contexto Empírico

El tema del embarazo en adolescente ha sido una preocupación que se ha abordado sobre todo desde la perspectiva de salud, sin embargo, el fenómeno tiene connotaciones que pueden ser estudiadas desde las diversas Ciencias Sociales. En Honduras se han realizado algunos estudios que permiten un acercamiento al tema del embarazo adolescente.

Con datos censales del 2001, se realizó el estudio “Factores sociodemográficos asociados con el embarazo en la adolescencia en el contexto de los departamentos de Lempira, Ocotepeque y Copán” los resultados de la investigación muestran que se presentaba una mayor proporción de adolescentes casadas y en unión en el área rural, también la procreación temprana es mayor debido principalmente a su exposición al riesgo del embarazo; al mismo tiempo, presentaban niveles de escolaridad más bajos, y menor oportunidad de informarse adecuadamente para ejercer sus derechos reproductivos en forma responsable. En ese contexto eran las jóvenes analfabetas y las de menor nivel educativo, las que incrementan la proporción de hijas/os nacidos vivos. El estudio reflejó a nivel de la región seleccionada, un registro de 20.4% muy similar al promedio nacional para esa fecha (Ponce, 2009: 151).

En 2006 el Instituto Guttmacher realizó el estudio Maternidad temprana en Hondu-

ras: un desafío constante; encontrando que Honduras tenía la tasa de fecundidad adolescente más alta de América Central (Cuadro 1). Estos datos en números absolutos representaban un aumento del 50% entre 1987 y 2001, además los datos revelaron que el 40% de todos los nacimientos de madres adolescentes no fue planeado y la proporción más alta estuvo entre aquellas con la más alta escolaridad (48%). El 70% de las adolescentes sexualmente activas no deseaba tener un hijo en los siguientes dos años, pero en general el 48% tenía una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva (Instituto Guttmacher, 2006:1).

Cuadro 1. CA: Tasa de fecundidad adolescente

Pais	Tasa de Fecundidad Adolescente # nacimientos por mil
Guatemala	114
Belice	95
Honduras	137
El Salvador	104
Nicaragua	114
Costa Rica	78
Panamá	89

Fuente: Instituto Guttmacher, 2006

Según el informe Estado de Población Mundial 2012, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Honduras reportó una tasa de 108 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, esta cifra superó la tasa

de Venezuela (101) y Ecuador (100), y en el caso de C.A. sólo es superada por Nicaragua (109). Según estas cifras Honduras es el segundo país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde uno de cada cuatro partos era de una menor de 19 años.

Ante tal situación, el UNFPA recomienda a los Gobiernos de los países en desarrollo,

tal como Honduras, incrementar el acceso a la planificación familiar, y por supuesto a la formación en temas de salud sexual y reproductiva, acciones que podrían contribuir significativamente a reducir los costos de atención médica a madres y recién nacidos y por ende al desarrollo del país.

VIOLACIÓN, ABANDONO Y REENCUENTRO

“... en uno de esos viajes que andábamos en la feria, a mí me violaron y créame que para acordarme de eso (...), que nunca se me va a olvidar y por desgracia era para el día de las madres que pasó y cada vez que pasa esa fecha siempre tengo esa pesadilla, a esa persona no la puedo olvidar, lo que me dijo no lo puedo olvidar, y sí marco bastante mi vida para qué..., pero gracias a dios, él (dios) ha sanado varias heridas que él (violador) me hizo y he estado así mejorando, fue cuando tenía 13 años y tengo una psicóloga aquí en el hospital (Hospital Escuela)”.

Indira, 17 años

“Lo que más recuerdo es cuando mi mamá y mi papá me dejaron botada a los 9 años, se separaron y se fueron cada quien por su lado”

Maritza, 16 años

“Hace poco volví a ver a mi papá, él vive en Canadá”

Génesis, 14 años

Las adolescentes entrevistadas manifestaron no tener recuerdos gratos de su infancia, esto deja ver que no hubo experiencias positivas que marcaran su vida, al contrario muchas de sus experiencias están ligadas a abandono, pobreza, separación de sus padres y hasta violaciones sexuales.



Análisis de Datos

Este capítulo presenta los principales hallazgos de la investigación, los cuales están basados en los datos de la ENDESA 2011-2012. Según los datos registrados el 24% de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5%) o porque ya son madres (19%).

Teniendo como base ese porcentaje se analiza las variables seleccionadas para este estudio.

6.1 Honduras insertada en la transición demográfica

La transición demográfica es un proceso de larga duración, que parte de una situación inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad para arribar a una situación final de bajas tasas de mortalidad y fecundidad.

Honduras vive una transición demográfica plena; en donde uno de los cambios más notables se producen en la estructura por edades, siendo evidente que paulatinamente la tasa de fecundidad ha disminuido, por lo que la base de las pirámides poblacionales tiende a reducirse a favor de los grupos etarios constituidos por población joven (Gráficos 1).

Si bien la transición demográfica puede resumirse en los cambios observados en las tasas de mortalidad y fecundidad, es un pro-

ceso complejo en el que intervienen una multiplicidad de factores como el nivel educativo, el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, y los patrones culturales, entre tantas otras.

A nivel mundial, la fecundidad presenta una tendencia a la reducción. En países desarrollados donde el proceso de transición demográfica se encuentra en una tercera fase, las tasas de fecundidad están por abajo del nivel de reemplazo. Sin embargo, en América Latina, aunque la fecundidad ha descendido todavía hay países como el caso de Honduras que mantiene tasas de fecundidad altas; para el caso la ENDESA 2011-2012 registró una Tasa Global de Fecundidad de 2.9 hijos por mujer con notables diferencias por área de residencia (2.5 para el área urbana y 3.5 para el área rural).

En el caso particular de América Latina la fecundidad en adolescente no refleja descensos significativos como en países desarrollados, donde las jóvenes inician su actividad sexual a edades tempranas sin implicar necesariamente un embarazo en la adolescencia. Esto induce a pensar que las particularidades propias de cada país y el contexto en el cual se desenvuelven las y los adolescentes tienen un notable peso al momento de desarrollar acciones dirigidas a reducir el embarazo en la adolescencia.

Gráfico 1. Honduras: Pirámides de población, según años seleccionados (1950,1990,210,2050)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CELADE

Según Rodríguez (2008), hay causas estructurales que se relacionan con la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente, entre las que se destacan a) las reticencias institucionales, tanto familiares como sociales, frente a la sexualidad adolescente premarital; b) la falta de oportunidades educativas, laborales y de proyectos de vida autónomos para las adolescentes, en particular las pobres, y c) una cultura familista que, a través de diversos mecanismos, amortigua los costos de la reproducción temprana.

En el contexto de la transición demográfica y específicamente del bono demográfico¹² el embarazo en adolescente tiene impactos sobre todo a nivel económico, y educativo.

Desde el punto de vista económico estas jóvenes forman parte de la PEA, pero difícilmente podrán insertarse con una maternidad temprana, lo que implica a la vez menor oportunidad de ingresos, reduciendo en gran

12. Durante la transición demográfica hay un período en que la relación de dependencia desciende sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas se lo identifica como bono demográfico o ventana demográfica de oportunidades.

medida su autonomía económica constituyéndose en una carga para su familia o su compañero de vida. Además sus cuidados prenatales, el parto y los cuidados postnatales generan costos a nivel de los servicios de salud.

En relación al aspecto educativo las adolescentes embarazadas tienen limitadas oportunidades de continuar sus estudios lo que a la vez se revierte negativamente al momento de aspirar a un trabajo.

6.2 Características de los hogares de las adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez

La familia es un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguineidad, filiación (biológica o adaptativa) y de alianza incluyendo las uniones de hecho cuando son estables.

Cuando se habla de *hogar* se alude a una organización estructurada entre individuos unidos o no por lazos de parentesco, que comparten una residencia y organizan en común la reproducción cotidiana. Familia remite a una institución constituida a partir de relaciones de parentesco, normadas por pautas y prácticas sociales establecidas. La institución familiar como espacio de interacción, rebasa la unidad residencial, es decir la vivienda, pero como ámbito privilegiado de la reproducción biológica y socialización primaria de los individuos.

Ambos conceptos, hogar y familia, no pueden usarse como sinónimos, porque el hogar no necesariamente implica parentes-

co y sus redes se concretan al espacio en la unidad residencial, mientras que familia implica parentesco y sus redes rebasan dicha unidad. La familia es una institución social que regula, canaliza y confiere significados sociales y culturales a esos cuatro aspectos. Mientras tanto, los hogares se definen por las actividades comunes ligadas al mantenimiento cotidiano, que combinan las capacidades de los miembros con los recursos para realizar las tareas de producción y distribución.

Conocer el entorno familiar y las condiciones sociodemográficas de las adolescentes a partir de la caracterización y análisis de las condiciones generales de vida de los hogares en los que habitan, permite realizar una primera aproximación a la situación en la que los y las adolescentes se desarrollan. Esta caracterización brinda insumos para realizar evaluaciones oportunas y necesarias en la implementación de políticas públicas que contribuyan a fortalecer el rol de la familia y sus valores.

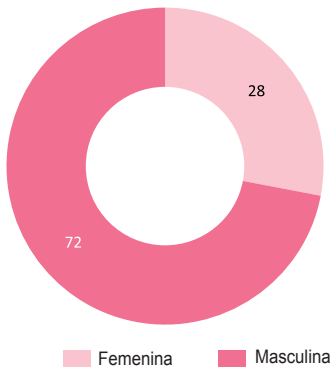
Este apartado examina algunas dimensiones vinculadas con las características de los hogares. Entre ellas se ha seleccionado la jefatura de hogar, el número de miembros, hacinamiento, el quintil de ingresos y nivel educativo del jefe del hogar.

6.2.1 Jefaturas de los hogares de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez

Al revisar los datos a nivel nacional en relación a la variable jefatura de hogar, se refleja que las adolescentes embarazadas en

su mayoría vivían en hogares donde la jefatura de hogar era dirigida por un hombre 72%, y solo el 28% tenía por jefe de hogar a una mujer 28% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Jefatura de los hogares de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Al desagregar los datos por área de residencia se observó que tanto en el área urbana como rural predomina la jefatura masculina con 63% y 79% respectivamente, lo que hace pensar que en gran parte de los hogares cuyo jefe de hogar era un hombre también había una madre presente, una figura que puede jugar un impacto positivo en la educación de los hijos e hijas. La diferencia

entre las áreas de residencia se presenta en función de que la jefatura femenina tenía mayor representación porcentual en el área urbana respecto a la rural con una diferencia de 16 puntos porcentuales (Cuadro 2).

Se considera que un hogar constituido por ambos padres tiende a ser más estable y debería proporcionar a los y las adolescentes un ambiente propicio para el abordaje de temas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los datos reflejan que esta premisa no se cumple en el caso de Honduras, pues es precisamente en hogares con jefatura femenina donde se presenta una menor tasa de embarazo adolescente, lo que hace pensar que las madres que llevan totalmente la responsabilidad del hogar pueden influir de manera significativa en las decisiones sexuales de los y las hijas.

Honduras cuenta con un marco político e institucional para generar programas dirigidos a abordar los temas de salud sexual y reproductiva entre los y las jóvenes. Pero de igual manera se hace necesario llevar el alcance de estos programas a los padres y madres de familia, docentes, ministros religiosos para que desde el hogar la escuela y la iglesia, se brinde orientaciones adecuadas en cada una las etapas de formación y crecimiento.

Cuadro 2. Jefatura de hogar de adolescente, según área de residencia

Jefatura del hogar	Total Nacional		Área de Residencia			
	Casos	%	Urbano	%	Rural	%
Femenina	336	28	189	37	147	21
Masculina	879	72	316	63	563	79
Total	1215	100	505	42	710	58.4

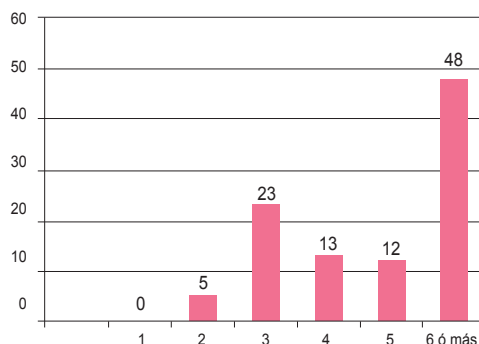
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

6.2.2 Número de miembros del hogar de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez

Los datos reflejan que el 48% de embarazos en adolescentes se produjo en hogares que tenían 6 ó más miembros en el hogar. Este mismo comportamiento se presentó tanto en el área urbana (44%) como en el área rural (51%); situación que permite deducir que la probabilidad de que una joven adolescente salga embarazada aumenta en la medida que existe un mayor número de miembros del hogar (Gráfico 3, Cuadro 3).

Un hogar que tiene mayor número de miembros presenta mayores demandas, las cuales al ser insatisfechas puede generar problemas como la violencia intrafamiliar; contexto que puede incidir negativamente en el incremento de embarazos en adolescentes. En una situación de violencia intrafamiliar las y los adolescentes reciben poca atención y afecto de sus familias, necesidad que buscan satisfacer en una pareja, lo cual puede exponerlas a una relación sexual que implique un embarazo. Esta situación lejos

Gráfico 3. Número de miembros del hogar de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

de satisfacer su necesidad afectiva puede incrementar su situación de violencia en la familia.

Un embarazo en adolescentes genera una crisis tanto a nivel individual como familiar, pues además del impacto emocional va acompañado de un cambio en el funcionamiento habitual de la familia, ya que el embarazo en esta etapa de la vida demanda desafíos que deben ser enfrentados por todos los

Cuadro 3. Número de miembros del hogar de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Número de miembros del hogar	Total Nacional		Área de Residencia			
	Casos	%	Urbano	%	Rural	%
1	3	0	3	1	0	0
2	58	5	20	4	38	5
3	274	23	112	22	162	23
4	155	13	68	14	87	12
5	140	12	82	16	59	8
6 ó más	585	48	220	44	365	51
Total	1215	100	505	100	710	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

miembros del hogar. Pero de igual manera no se puede desconocer que algunos de los embarazos en jóvenes adolescentes son producto del incesto los cuales en la mayoría de los casos no son denunciados.

Según la ENDESA 2011-2012, a nivel nacional, 4% de las mujeres reportaron haber sufrido abuso sexual desde los doce años. El abuso es mayor en el área urbana que en la rural (5% y 3%, respectivamente). En relación a la persona que ejerció el abuso, el 31% de las mujeres que fueron abusadas declararon que fue una persona conocida, 29% las violentó un desconocido y 12% el actual novio/ex novio, 6% de las mujeres fue abusada por el padre/padrastro y 18% por parte de otro familiar. En el área urbana el mayor abusador es una persona desconocida (30%) y en el área rural el mayor abusador es una persona conocida (34%) (ENDESA 2011-2012: 285,286).

6.2.3 Hacinamiento en los hogares de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez

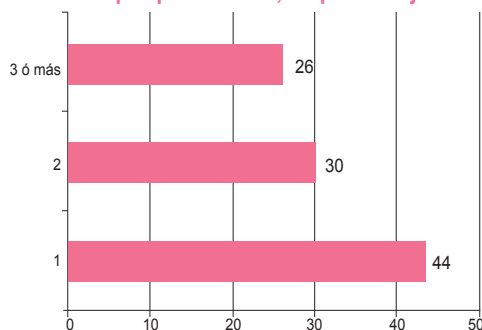
El indicador hacinamiento se obtiene de la relación entre el número de personas en una vivienda y el espacio o número de cuartos disponibles. El INE considera que en un hogar hay hacinamiento cuando existen tres o más personas por cada habitación en una vivienda. Según datos de la EPHPM del 2013, a nivel nacional el 26% de la población hondureña tenía esta condición en su vivienda, con diferencias notables entre el área urbana 22.6% y el área rural 31.5% (INE, 2013). Generalmente el hacinamiento esta directa-

mente relacionada con el nivel de ingresos de una familia, que determina en gran medida las condiciones de su vivienda.

Al relacionar la variable hacinamiento con embarazo en adolescentes, los datos reflejan que el 44% se produjo en aquellos hogares que contaban con un sola habitación en sus viviendas, este dato puede derivar en dos situaciones. Una probablemente esta relacionado con casos de incesto, pero debe considerarse que estas jóvenes estuvieron mayormente expuestas a observar las conductas sexuales de los jefes de hogar u otros miembros, lo que pudo haber despertado expectativas y curiosidad sobre su iniciación sexual (Gráfico 4).

Desagregando los datos por área de residencia, las viviendas de las adolescentes que ya son madres, tanto en el área urbana como rural presentaban condiciones de hacinamiento. Aunque entre aquellas que estaban embarazadas del primer hijo en el área urbana el mayor porcentaje de embarazos ado-

Gráfico 4. Hacinamiento en los hogares de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

lescentes se presentó en las viviendas tenían 3 ó más habitaciones, por lo que habría que analizar otras variables tales como mayor presión social que se puede presentar entre los y las jóvenes por iniciar una vida sexual, mayor acceso a tecnologías de la información, menor control de los padres de familia, entre otras (Cuadro 4).

6.2.4 Quintil de ingresos de los hogares de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez

El quintil de ingresos es una medida utilizada para clasificar a la población según el ingreso per cápita del hogar.¹³ Sin lugar a dudas el embarazo en adolescentes tiene impli-

caciones económicas, pero de igual manera puede estar relacionado con las condiciones socioeconómicas en la cuales vive la adolescente.

Los datos estadísticos reflejan que a nivel nacional, el 52% de los embarazos en adolescentes se presentan entre el primer y segundo quintil de ingresos, posición en la que se ubican las familias más pobres, las adolescentes de los quintiles superiores presentan una fecundidad más baja. Por tanto en la medida que se asciende en el quintil de riqueza la fecundidad tiende a disminuir (Gráfico 5).

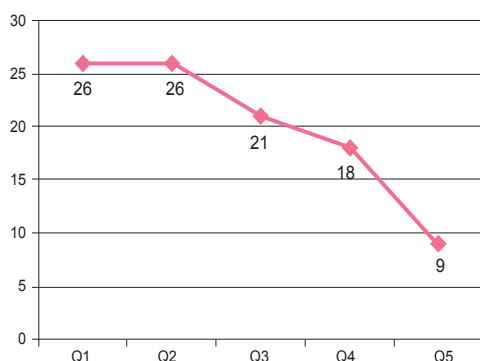
Cuadro 4. Hacinamiento en los hogares de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Número de habitaciones en la vivienda	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
	Casos	%	Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
			Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1	529	43.5	179	43	35	35	249	44	66	45
2	366	30.1	115	29	25	24	189	34	37	26
3 o más	320	26.3	112	28	42	41	125	22	41	29
Total	1212	100.0	406	100	102	100	563	100	144	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

13. Resulta de sumar los ingresos de cada uno de los miembros del hogar y luego la división por el número de integrantes del grupo familiar.

Gráfico 5. Quintil de ingresos de los hogares de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Cuando se analizan las estadísticas según área de residencia, se observa que los datos que marcan la tendencia nacional son los del área rural, el 75% de las adolescentes que son madres y el 68% de aquellas que estaban embarazadas por primera vez residían en el área rural y se ubicaban en el quintil

ingresos 1 y 2. Es decir, conforme más bajo era el estrato socioeconómico más alta la proporción de las adolescentes sexualmente activas que se embarazaron, en cambio el comportamiento varía en el área urbana donde el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se presenta entre jóvenes que se ubicaban entre el tercero y cuarto quintil de ingresos; 59% para las que ya eran madres y 63% para aquellas que estaban embarazadas del primer hijo (Cuadro 5).

De manera general, en Honduras el embarazo en adolescentes ocurre primordialmente en los hogares más pobres del área rural y entre aquellas adolescentes que disponen de limitadas o nulas alternativas de desarrollo personal, lo que incide negativamente en el logro de un desarrollo humano pleno. En cambio en el área urbana la mayoría de los embarazos se dan en hogares que se ubican entre el quintil de ingresos 3 y 4, familias que tienen mayores posibilidades de

Cuadro 5. Hogares Quintil de ingresos en los que se ubicaban las adolescentes que ya son madres y las embarazadas del primer hijo según área de residencia

Quintil de Ingresos	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Q 1	311	26	19	5	0	0	238	42	53	36
Q 2	318	26	71	18	16	15	184	33	46	32
Q 3	260	21	118	29	21	21	92	16	30	20
Q 4	218	18	120	30	43	42	43	8	12	8
Q 5	109	9	73	18	23	22	8	1	4	3
Total	1215	100	402	100	103	100	566	100	144	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

apoyar a las adolescentes que presentan una maternidad temprana.

6.2.5 Nivel educativo del jefe de hogar

Esta variable debe estudiarse en dos sentidos, es decir, considerar el nivel educativo de los jefes de hogar y de igual manera el nivel educativo de las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas.

• Nivel educativo de los jefes de hogar con adolescentes que ya son madres o están embarazadas.

El nivel educativo predominante en los hogares jefeados por hombres, donde se presentan casos de adolescentes que eran madres o que estaban embarazados por primera vez, era el de educación primaria 69% para los hombres y para los hogares jefeados por mujeres fue de 60%. Al observar el nivel de educación secundaria los porcentajes dismi-

nuyen notablemente 15% para los hombres y 18% para las mujeres (Cuadro 6 y 7).

Al analizar los datos por área de residencia para los hogares cuyo jefe de hogar era un hombre se evidencia que el nivel de educación primaria predomina, sin embargo, entre el 19% y 25% de jefes de hogar donde había madres adolescentes o embarazadas por primera vez habían alcanzado el nivel de educación secundaria, en cambio en el área rural los porcentajes disminuyen notablemente entre 2% y 12% (Cuadro 6).

En el área rural en el caso de los hogares donde el jefe de hogar era una mujer se observó que había mayores porcentajes de jefes con nivel de educación primaria, pero el nivel subsiguiente se encontró entre 3.5% para los hogares donde había madres adolescentes y 16% en el caso de que tenían adolescentes embarazadas del primer hijo, en cambio en el área urbana el nivel de educación secundaria abarcada a casi una cuarta parte de las jefas

Cuadro 6. Nivel educativo de los jefes de hogar hombres con adolescentes que ya son madres o están embarazadas

Nivel Educativo Casos		Total Nacional		Urbano				Rural			
				Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Hombre	Sin educación	118	13.4	30	11.4	7	13.3	62	13.9	19	16.2
	Primaria	612	69.6	157	60.0	32	59.4	328	73.7	94	80.0
	Secundaria	132	15.0	65	24.9	10	18.9	54	12.2	3	2.1
	Superior	16	1.8	9	3.3	5	8.4	1	0.2	2	1.7
	Ignorado	1	0.1	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	879	100.0	262	100.0	55	100.0	445	100.0	118	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

Cuadro 7. Nivel educativo de los jefes de hogar mujer con adolescentes que ya son madres o están embarazadas

Nivel Educativo		Total Nacional		Urbano				Rural			
				Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mujer	Sin educación, pre-escolar	70	20.9	23	16.2	3	7.2	36	29.6	8	31.6
	Primaria	200	59.4	74	53.0	31	63.5	81	66.9	14	51.9
	Secundaria	61	18.0	40	28.4	12	25.4	4	3.5	4	16.5
	Superior	5	1.6	3	2.4	2	3.9	0	0.0	0	0.0
	Ignorado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	336	100.0	140	100.0	48	100.0	121	100.0	27	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

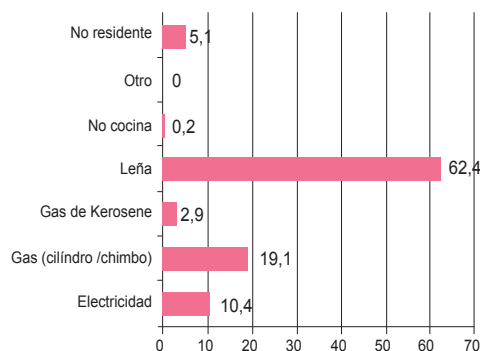
de hogar, esta situación está relacionada con la cobertura que tiene la educación secundaria en el área urbana (Cuadro 7).

6.2.6 Tipo de combustible que usa el hogar para cocinar en hogares con adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente la mitad de la población mundial (tres mil millones de personas) queman leña, estiércol, carbón y otros combustibles tradicionales dentro de sus hogares, para preparar alimentos, calentar agua y para calefacción. En la mayoría de los casos, la mala ventilación y la combustión ineficiente de estos combustibles genera un humo gris y espeso que satura el aire, hace insoportable respirar y llena los ojos de lágrimas (OMS, 2010). A nivel nacional la mayoría de los hogares de las jóvenes que ya son madres o que están embarazadas por primera

vez usan como combustible para cocinar la leña 62.4%, seguido de gas LPG 19.1% y un tercer lugar lo ocupa la electricidad 10.4%, esto hace reflexionar sobre las condiciones precarias en las que vive gran parte de las adolescentes que ya son madres o estaban embarazadas por primera vez (Gráfico 6).

Gráfico 6. Tipo de combustible que usa el hogar para cocinar con adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Se observa que la tendencia nacional se ve fuertemente influida por todos los casos que se presentan en el área rural donde en promedio 84% de los hogares de adolescentes cocinan sus alimentos con leña, en cambio en el área urbana predomina el uso de gas LPG, seguido de uso de leña, llama la atención el hecho de que aunque se ha ampliado la cobertura de servicio de energía eléctrica a nivel nacional el uso de las estufas que funciona con este tipo de energía no se ha popularizado, probablemente esto este relacionado con el costo económico que implica obtener el aparato pero además con el costo del servicio público (Cuadro 8).

El uso de leña puede estar relacionado con practicas culturales o con condiciones de pobreza, generalmente la leña se quema en fogones abiertos donde la combustión que se realiza de manera incompleta liberando

pequeñas partículas de otros componentes nocivos a la salud humana, que afectan tanto la salud de la madre adolescente como la de los recién nacidos.

Se puede concluir que los hogares de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez se caracterizaban por el predominio de jefaturas masculina (72%), hogares con seis miembros ó más (48%), en su mayoría sólo se contaba con una pieza para dormir (44%), ubicadas entre los quintiles 1 y 2 (52%) y donde aún siguen utilizando la leña como tipo de energía para cocinar sus alimentos (62%).

Estos datos reflejan que las adolescentes se desenvuelven en ambientes de vulnerabilidad socioeconómica; lo que de una u otra manera puede incidir en sus conductas reproductivas aumentando su precariedad y la de sus hijos. Stern (2004) considera que

Cuadro 8. Uso de combustible para cocinar en hogares de adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Combustible para cocinar	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Electricidad	126	10.4	81	20.1	21	20.2	21	3.7	3	2.3
Gas(Cilindro/Chimbo)	232	19.1	144	35.9	40	38.5	37	6.5	12	8.1
Gas de Kerosene	35	2.9	28	6.9	5	5.0	2	0.4	0	0.0
Leña	758	62.4	127	31.6	29	28.0	482	85.2	120	83.2
No cocina	2	0.2	1	0.3	1	0.9	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Miembro no es un residente de jure	62	5.1	21	5.3	8	7.4	24	4.2	9	6.4
Total	1215	100.0	402	100.0	103	100.0	566	100.0	144	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

hay muchas formas de minimizar la vulnerabilidad socioeconómica entre las cuales destaca: el acceso a los servicios de salud, a la educación básica y a la seguridad social, de ahí que las condiciones de una madre adolescente o embarazada del primer hijo pueden variar significativamente entre un país desarrollado donde el Estado asume responsabilidades sociales y aquellos que están en vías de desarrollo.

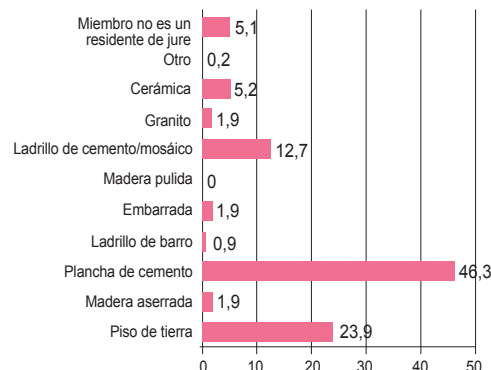
6.3 Características de las viviendas de las adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez

Este apartado presenta las características de las viviendas donde habitan las adolescentes que son madres y embarazadas con el primer hijo. Se describen las siguientes variables: material de construcción del piso, paredes, techo, acceso a agua potable y saneamiento básico.

6.3.1 Tipo de piso de la vivienda

A nivel nacional las características de las viviendas donde habitan las adolescentes embarazadas presentan en su mayoría piso de plancha de cemento (46.3%), que resulta relativamente de bajo costo y ha sido promovido por programas sociales emprendidos por las municipalidades. Un segundo lugar lo ocupa el piso de tierra (23.9%), los pisos de tierra son un indicador primario de pobreza. Y en tercer lugar se encontraban las viviendas con piso de ladrillo de cemento/mosaico con 12.7% (Gráfico 8).

Gráfico 8. Tipo de piso de la vivienda de las adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

El tipo de cubierta que tenga una vivienda puede incidir con las condiciones de salud de los miembros de la familia.

Desagregando por área de residencia, en el área urbana se observó que las viviendas de las adolescentes que ya son madres y embarazadas por primera vez, predominaba en primer lugar el piso de plancha de cemento, seguido de ladrillo, cemento, mosaico. En cambio en el área rural aunque predomina la cubierta de plancha de cemento, es seguido por piso de tierra, lo cual marca la tendencia nacional. En ambas áreas el uso de granito y piso de cerámica presentó bajos porcentajes (Cuadro 9).

Un embarazo en la adolescencia y una maternidad temprana afecta negativamente la acumulación de capital humano¹⁴ y la po-

14. Capital humano se refiere al conocimiento práctico, las habilidades adquiridas y las capacidades aprendidas que se adquieren con el entrenamiento, la educación y la experiencia

Cuadro 9. Tipo de piso de la vivienda de las adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Construcción del piso	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Piso de tierra	291	23.9	38	9.4	5	5.1	205	36.3	42	29.2
Madera aserrada	23	1.9	6	1.5	2	1.9	12	2.2	3	1.9
Plancha de cemento	562	46.3	202	50.2	47	45.6	254	44.9	60	41.3
Ladrillo de barro	10	0.9	6	1.6	0	0.4	3	0.5	0	0.3
Embarrada	24	1.9	1	0.2	0	0.0	14	2.5	9	6.2
Madera pulida	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.2
Ladrillo de cemento/mosáico	154	12.7	78	19.4	25	24.1	34	6.1	17	11.6
Granito	23	1.9	15	3.6	3	2.9	5	0.9	0	0.2
Cerámica	63	5.2	32	8.1	13	12.6	14	2.4	4	2.6
Otro	3	0.2	3	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Miembro no es un residente de jure	62	5.1	21	5.3	8	7.4	24	4.2	9	6.4
Total	1215	100.0	402	100.0	103	100.0	566	100.0	144	100.0

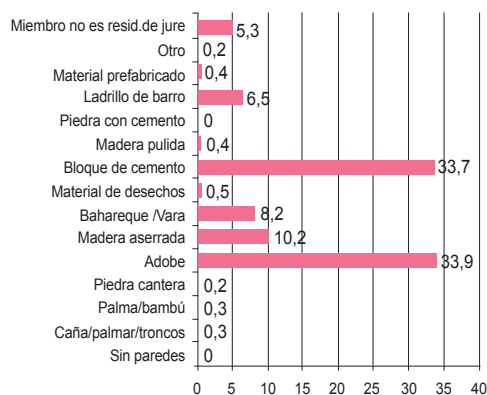
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

sibilidad de acceder a mejores oportunidades de educación y trabajo que le permitan generar ingresos para mejorar las condiciones de infraestructura de la vivienda.

6.3.2 Material de las paredes

En relación al material utilizado en las paredes de las viviendas donde habitaban las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, los datos reflejan a nivel nacional los materiales más comunes para la construcción de las paredes son adobe con 33.9%, bloque de cemento con 33.7% y madera aserrada con 10.2% (Gráfico 8).

Gráfico 8. Material de las paredes de las viviendas de las adolescentes que ya son madres y las que están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Al observar los datos en el área urbana donde residen las adolescentes que son madres y embarazadas con el primer hijo, en promedio el 50%, utilizó el bloque de cemento en segundo lugar se usó adobe con 14% y un tercer lugar la madera aserrada con 11%. En el área rural en promedio los datos reflejan que en la construcción de las paredes de las viviendas, en promedio se usó con mayor frecuencia el adobe 47%, en segundo lugar el bloque de cemento 23%, en tercer lugar el bahareque /vara con 11%, este material es común en la zona pues no tiene ningún costo

pero puede incidir negativamente en las condiciones de salud, sobre todo porque en ese tipo de paredes se alojan insectos como la chiche picuda (Cuadro 10) .

6.3.3 Material de techo de la vivienda

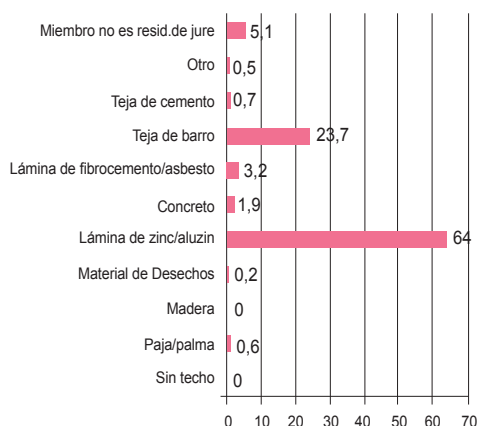
La cubierta del techo puede ser de diversos materiales. A nivel nacional el 64.0% de las adolescentes que son madres y embarazadas con el primer hijo habitan en viviendas con lámina de zinc/alucín, en segundo lugar un 23.7% con teja de barro y en tercer lugar lámina de asbesto, con el 3.2% (Gráfico 9).

Cuadro 10. Material de las paredes de las viviendas de las adolescentes que ya son madres y las que están embarazas por primera vez, según área de residencia

Material de las paredes	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Sin paredes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
caña/palmar/troncos	4	0.3	0	0.0	0	0.0	4	0.7	0	0.0
Palma/bambú	4	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.3	2	1.6
Piedra cantera	2	0.2	0	0.0	0	0.4	1	0.2	1	0.4
Adobe	412	33.9	58	14.4	14	13.9	273	48.2	67	46.4
Madera aserrada	123	10.2	51	12.7	10	9.2	51	9.0	12	8.4
Bahareque/Vara	99	8.2	10	2.4	1	1.1	77	13.6	12	8.3
Material de desechos	6	0.5	4	1.1	0	0.0	2	0.3	0	0.0
Bloque de cemento	409	33.7	203	50.6	51	49.7	118	20.9	37	25.3
Madera pulida	5	0.4	2	0.5	0	0.0	3	0.5	0	0.2
Piedra con cemento	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ladrillo de barro	79	6.5	48	12.1	16	16.0	11	1.9	3	2.2
Material prefabricado	5	0.4	2	0.6	2	2.2	0	0.0	0	0.0
Otro	2	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.9
Miembro no es un residente de jure	64	5.3	23	5.7	8	7.4	24	4.2	9	6.4
Total	1215	100.0	402	100.0	103	100.0	566	100.0	144	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Gráfico 9. Material de techo de la vivienda de las adolescentes que ya son madres y las que están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

En la zona urbana tanto en las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez predomina lámina de zinc/alucín, en segundo lugar se encuentra teja de barro y en tercer lugar la lámina de asbesto. En la zona rural se observan las mismas condiciones (Cuadro 11).

6.3.4 Ubicación y procedencia del agua de la vivienda

En cuanto al acceso de agua potable, el país ha alcanzado importantes logros sobre todo a nivel de cobertura. No obstante aún se enfrentan desafíos relativos a la calidad y eficiencia de los servicios provistos para las

Cuadro 11. Material de techo de la vivienda de las adolescentes que ya son madres y las que están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Material del techo de la vivienda	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Sin techo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.1	0	0.0
Paja/palma	7	0.6	0	0.0	0	0.0	5	0.9	2	1.3
Madera	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Material de Desechos	3	0.2	1	0.3	0	0.0	2	0.3	0	0.0
Lamina de zinc/alucín	778	64.0	285	70.9	76	73.7	334	59.1	83	57.4
Concreto	23	1.9	18	4.4	5	4.5	1	0.2	0	0.0
Lámina de fibrocemento/asbesto	39	3.2	19	4.8	3	2.5	12	2.1	5	3.4
Teja de barro	287	23.7	54	13.4	10	10.0	178	31.5	45	31.2
Teja de cemento	9	0.7	0	0.1	2	1.8	6	1.1	1	0.4
Otro	6	0.5	3	0.8	0	0.0	3	0.5	0	0.0
Miembro no es un residente de jure	62	5.1	21	5.3	8	7.4	24	4.2	9	6.4
Total	1215	100.0	402	100.0	103	100.0	566	100.0	144	100.0

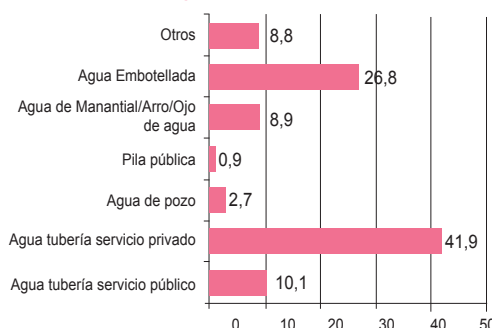
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

viviendas sobre todo para las zonas rurales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de todas las enfermedades en el mundo en desarrollo, son causadas por falta de agua limpia y saneamiento adecuado, siendo éstas una de las principales causas de enfermedades y muertes sobre todo en los niños(as).

En relación al uso de agua potable en las viviendas donde habitan las adolescentes que son madres y embarazadas con el primer hijo a nivel nacional, predomina el agua por tubería del servicio privado con 41.9%, un 10% corresponde a servicio público. Se presenta un alto consumo en los hogares de agua embotellada con 26.8% y en menor medida se encuentra un porcentaje no menos significativo de las viviendas que obtiene el agua en un manantial/arroyo con 8.9% (Gráfico 10).

Por área de residencia se encuentra diferencias, para el caso en la zona urbana el 23.1% de las adolescentes que son madres tenían acceso a agua por tubería del servicio público y un 18.4% era provisto por el servicio privado. En el caso de las adolescentes que estaban embarazadas del primer hijo el 15.8% era provisto por el servicio público y un 23.7% por el servicio privado, generalmente en este último caso el servicio de agua potable es manejado por las juntas de agua. En la zona rural el acceso agua de las viviendas donde habitan las adolescentes que son madres se observó que el 60% tiene acceso a agua del servicio privado y apenas 1.6% del servicio público y las embarazadas con

Gráfico 10. Ubicación y procedencia del agua de la vivienda de las adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

el primer hijo el 51.7% tiene cobertura del servicio privado y apenas el 1.9% del servicio público.

La cobertura del servicio público en las zonas rurales sigue siendo muy bajo en comparación al de la zona urbana y es un servicio prestado en su mayoría por las municipalidades (Cuadro 12).

6.3.5 Tipo de servicio sanitario

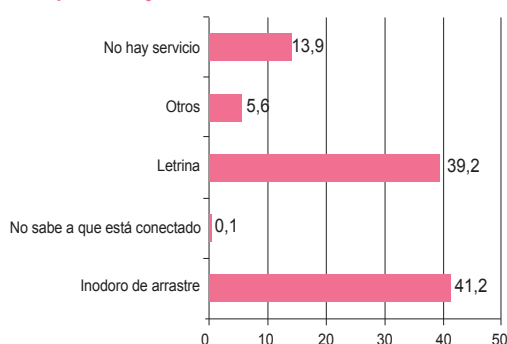
Uno de los servicios más caros de instalar es el saneamiento básico, aunque se presentan avances, todavía hay desigualdades regionales. A nivel nacional el 41.3% de las adolescentes alguna vez embarazadas tenían en las viviendas inodoro de arrastre (inodoro conectado a alcantarillado o pozo séptico) y el 39.2% tenía letrina (letrina con cierre hidráulico, letrina abonera, letrina simple con pozo negro) el contar o no con acceso a saneamiento puede marcar la diferencia para el desarrollo y crecimiento de las/los niños(as) (Gráfico 11).

Cuadro 12. Ubicación y procedencia del agua de la vivienda de las adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según área de residencia

Descripción	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Agua tubería Servicio Público	123	10.1	94	23.1	17	15.8	9	1.6	3	1.9
Agua tubería Servicio Privado	509	41.9	75	18.4	26	23.7	334	60.1	74	51.7
Agua de Pozo	33	2.7	5	1.3	2	1.4	23	4.1	3	2.3
Pila Pública	10	0.9	2	0.5	1	0.8	5	0.9	2	1.6
Agua de Manantial/ Arroyo/Ojo de agua	108	8.9	5	1.3	0	0.0	80	14.4	22	15.5
Agua Embotellada	325	26.8	199	49.0	49	44.0	57	10.2	21	14.8
Otra	107	8.8	26	6.4	16	14.3	48	8.6	17	12.2
TOTAL	1215	100.0	406	100.0	110	100.0	556	100.0	143	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Gráfico 11. Tipo de servicio sanitario de las viviendas de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Desagregado los datos por área de residencia, en el área urbana las adolescentes embarazadas registraron que el 64% tenía en la vivienda inodoro de arrastre y el 24.2% tenía letrina; para las adolescentes embar-

zadas con el primer hijo el 68.6% estaba conectado a alcantarillado o pozo séptico y el 21.8% a letrina con cierre hidráulico o pozo negro. En el área rural las condiciones en que viven las adolescentes es diferente se observó que el 50.5% de las adolescentes que son madres contaban con letrina en las viviendas y un 23.1% con inodoro de arrastre, y las adolescentes embarazadas con el primer hijo el 49.4% contaba con letrina en sus viviendas y el 24.4% con inodoro de arrastre (Cuadro 13).

6.4 Características demográficas de las adolescentes que son madres y embarazadas con el primer hijo.

En relación a las características demográficas de las adolescentes de 15 a 19 años que son madres o que se encontraban em-

Cuadro 13. Tipo de servicio sanitario de las viviendas de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez, según área de residencia

Descripción	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Inodoro de arrastre	501	41,2	257	64,0	71	68,6	131	23,1	42	29,4
No sabe a que está conectado	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Letrina	477	39,2	97	24,2	22	21,8	286	50,5	71	49,4
Otros	67	5,6	24	6,0	8	7,6	26	4,6	9	6,4
No hay Servicio	169	13,9	23	5,8	2	2,0	123	21,7	21	14,7
TOTAL	1.215	100,0	402	100,0	103	100,0	566	100,0	144	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

barazadas con el primer hijo al momento de la encuesta, se consideró variables como: la edad, nivel educativo, estado civil y condición de actividad.

6.4.1 Adolescentes que ya son madres según edades simples

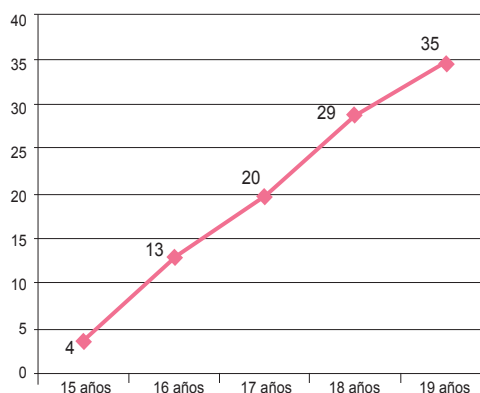
Las adolescentes de 15-19 años que ya eran madres al momento de ser encuestadas correspondían a un total de 968 casos, es decir, el 80% del total de los datos considerados (1215), se observa que en correspondencia con el aumento la edad, también lo hace el porcentaje de adolescentes madres (Gráfico 12).

A medida que la adolescente inicia su maternidad a edad temprana aumenta la probabilidad de tener mayor número de hijos, que en condiciones de vulnerabilidad e inequidad en las cuales se desenvuelve la

mayoría, limitará el ejercicio de sus derechos en todos los aspectos de su vida.

En general no hay diferencias por área de residencia, estas se presentan con mayor

Gráfico 12. Adolescentes que ya son madres según edades simples, en porcentaje



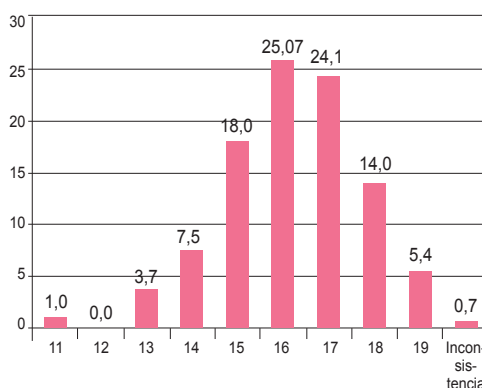
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

proporción en las edades de 17 años y 19 años con 6.2 puntos porcentuales y 5 puntos porcentuales respectivamente, a favor del área rural (Cuadro 14).

6.4.2 Adolescentes embarazadas por primera vez, según edades simples

El mayor porcentaje de adolescentes madres o que estaban embarazadas por primera vez, se dio entre las edades de 15 a 17 años, acumulando 68% de los casos, un dato que resalta es el de aquellas adolescentes con embarazos entre los 9 y 14 años, acumulando una frecuencia de 12% de los casos. Es decir, un poco más de la décima parte de embarazos ocurre en menores de 15 años lo que vuelve más vulnerable su condición (Gráfico 13).

Gráfico 13. Adolescentes embarazadas por primera vez, según edades simples, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012

El área de residencia urbana presentó casos de adolescentes embarazadas a partir de los 11 años, iniciando el descenso a partir de los 18 años, en cambio, en el área rural los embarazos se presentaron a partir de los 13 años e inicia su descenso a partir de los 19 años (Cuadro 15).

Cuadro 14. Adolescentes que ya son madres según edades simples, según área de residencia

Edad	Total Nacional		Área Urbana		Área Rural	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
15	35	3.7	14	3.4	22	3.8
16	125	13.0	60	15.0	65	11.5
17	192	19.8	65	16.2	127	22.5
18	280	29.0	113	28.0	168	29.6
19	335	34.6	151	37.5	184	32.6
Total	968	100.0	402	100.0	566	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Cuadro 15. Adolescentes embarazadas por primera vez, según edades simples

Edad	Total Nacional		Área de Residencia			
			Urbana		Rural	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%
11	3	1.0	3	2.5	0	0.0
12	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13	9	3.7	8	7.4	2	1.1
14	19	7.5	11	10.7	8	5.2
15	44	18.0	22	21.3	22	15.6
16	63	25.7	34	33.0	29	20.4
17	60	24.1	13	13.1	46	32.0
18	35	14.0	10	9.9	24	16.9
19	13	5.4	2	2.1	11	7.7
Inconsistencia	2	0.7	0	0.0	2	1.2
Total	247	100.0	103	100.0	144	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

El embarazo en la adolescencia trae riesgos asociados con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé, pero entre más temprana es la edad, el riesgo y los costos médicos aumentan. En el primer caso la madre se ve expuesta a complicaciones durante el embarazo como preclampsia, placenta previa, anemia grave, parto prematuro o dificultades de trabajo de parto por lo que en la mayoría de los casos se debe hacer cesáreas para evitar desgarres. En el segundo caso, desde el punto de vista médico, los bebés pueden presentar mayor riesgo de muerte intrauterina, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, prematuridad y después del parto se ve expuesto a mayor riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta o inexperiencia de la madre en los cuidados maternos.

6.4.3 Nivel educativo de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez

El nivel educativo de las adolescentes puede ser un factor asociado al embarazo. Se parte de la premisa que a mayor nivel educativo, menor tasa de embarazo en la adolescencia.

Según datos de ENDESA 2011-2012, de manera general los mayores porcentajes de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas se registraron entre aquellas que tenían como nivel escolar entre cuarto a sexto grado, representando el 47% de los casos. Un segundo lugar lo ocupó las adolescentes que tenían educación secundaria con 39%, en cambio aquellas con ningún nivel educativo y las que solo tenían entre primer y tercer grado acumularon 14%. En este caso aunque las adolescentes que tenían nivel superior representan el menor porcentaje, de

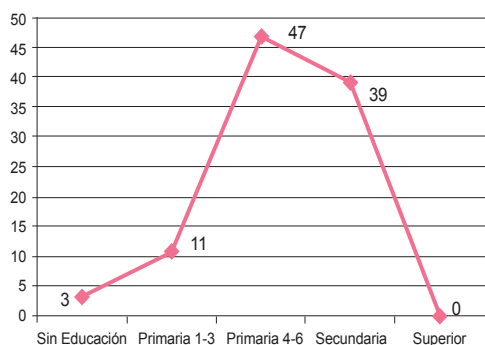
igual manera los porcentajes más bajos de embarazos se dio entre las que tenían menores niveles educativos por lo que la premisa propuesta no se cumple (Gráfico 14).

Al desagregar los datos según área de residencia, la tendencia que se presenta a nivel nacional se acentúa en el área rural donde el 53% de los casos de adolescentes embarazadas se dio entre las que tenían como nivel escolar entre cuarto a sexto grado; y 29% entre las que tenían educación secundaria. En el caso de las adolescentes del área ur-

bana las estadísticas reflejan un comportamiento inverso, pues la mayoría de los casos registró mayor porcentaje de embarazo en adolescentes en las jóvenes con niveles de educación secundaria con 54% y un segundo lugar lo ocupó las que cursaron entre cuarto a sexto grado con 38% (Cuadro 16).

Es importante resaltar los datos que se presentan en ambos extremos. En el primer caso las jóvenes adolescentes sin ningún nivel educativo no fueron las que presentaron los mayores porcentajes de embarazos, los valores oscilaron entre 2% para el área urbana y 4% para el área rural, generando un promedio nacional de 3%. En este caso se puede inferir que aunque el nivel educativo puede estar asociado al embarazo adolescente no fue determinante al momento de exponerse a una relación sexual con posibilidad de quedar embarazada, por lo que se podría deducir que estas jóvenes manejan información sobre salud sexual y reproductiva a través de educación informal. En el segundo caso apenas se registró un embarazo en adolescentes entre jóvenes con nivel educativo superior,

Gráfico 14. Nivel educativo de las adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Cuadro 16. Nivel educativo de las adolescentes alguna vez embarazadas, según zona de residencia

Nivel Educativo	Total nacional		Área de Residencia			
			Área Urbana		Área Rural	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Sin Educación	41	3	12	2	28	4
Primaria 1-3	131	11	28	6	103	14
Primaria 4-6	567	47	192	38	375	53
Secundaria	476	39	272	54	205	29
Superior	1	0	1	0	0	0
Total	1215	100	505	100	710	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

lo que permite suponer mayor conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos que le permiten posponer su maternidad y dar continuidad a su proyecto educativo de vida.

De manera general, la relación entre los bajos niveles de educación y embarazo en adolescente es compleja, pues en algunos casos es probable que la continuidad del proceso educativo se ve interrumpido por el embarazo mismo y la posterior maternidad.

La transición demográfica viene acompañada de procesos de modernización económica y social, lo que está relacionado, estrechamente, con la prolongación de la vida escolar de las jóvenes que se insertan en mercados labores cada vez más complejos que demandan mayores conocimientos y escolaridad. Sin embargo, en el caso de las jóvenes embarazadas o que ya son madres tienen menores posibilidades de sobrevivir en el mercado laboral, menos oportunidades académicas, mayores dificultades en su salud física y mental, y además si es pobre, tiene altísimas probabilidades de repetir el ciclo de la pobreza.

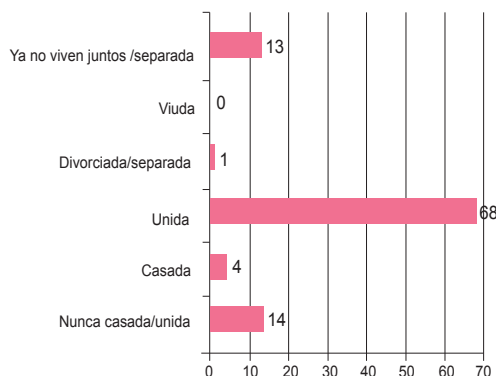
6.4.4 Estado civil de las adolescentes que son madres o estaban embarazadas por primera vez

El estado conyugal, el embarazo y la maternidad en adolescentes son variables que presentan estrecha relación. En Honduras es cada vez más frecuente que las madres adolescentes permanezcan unidas, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos en adolescentes conducía a unión formal o matrimonio voluntario. Una explica-

ción a este fenómeno se puede encontrar en Smith-Battle (2000) quien afirma que la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellos que posponen la maternidad.

El estado conyugal, predominante entre las adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez a nivel nacional es el de unión libre 68%, un segundo lugar lo ocupan aquellas que nunca estuvieron unidas o casadas con 14% y un tercer lugar las que están separadas con 13% (Gráfico 15). En los dos últimos casos evidencia mayor vulnerabilidad social que en el primer caso, pues una madre soltera tiene desventajas para enfrentar los retos que representa un embarazo en esta etapa de su vida, sin diferencias significativa por área de residencia tanto en el caso que las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas del primer hijo (Cuadro 17).

Gráfico 15. Estado civil de las adolescentes que son madres o estaban embarazadas por primera vez, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Aún y cuando el estado conyugal unión libre tiene reconocimiento por parte del Estado en función de los derechos de familia, sin embargo, esto no es evidencia de estabilidad de largo plazo, pues la inmadurez emocional que se vive en esta etapa de la vida, unida a múltiples dificultades que se pueden generar en la consolidación de la familia pueden desembocar en una separación que afecta en mayor medida a los hijos e hijas.

La unión temprana se centra en la preocupación de relaciones afectivas de poder y situaciones de violencia doméstica que pueden sufrir las adolescentes por su pareja. Pero además de las posibilidades u oportunidades desde el punto de vista de la promoción educativa se ven limitadas después de unirse en pareja y tener una maternidad temprana.

Otro caso que debe considerarse es el de las adolescentes separadas de sus familias

(padres) o de su pareja y que debe asumir la jefatura del hogar. Estas al carecer de seguridad en los medios de subsistencia y de la protección que debe brindar la estructura familiar, las coloca en mayor riesgo de pobreza, de explotación y abuso sexual.

En condiciones de desprotección, las adolescentes separadas y las adolescentes jefe de familia se ven obligadas a realizar labores precarias a fin de satisfacer sus necesidades básicas y la de sus bebés.

6.4.5 Condición de actividad de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez

En relación a la condición laboral de las adolescentes que ya eran madres o que estaban embarazadas por primera vez, a nivel nacional predomina las que buscaban trabajo con 65%, un segundo lugar lo ocupa la categoría trabaja con 29%, y un tercer lugar los quehaceres domésticos del hogar, los cuales

Cuadro 17. Estado civil de las adolescentes que son madres o que están embarazadas del primer hijo, según área de residencia

Estado civil de las adolescentes de 15 a 19 años	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nunca casada/unida	167	14	52	13	24	24	71	13	20	14
Casada	51	4	12	3	2	2	29	5	7	5
Unida	828	68	261	65	66	64	393	70	107	74
Divorciada/separada	14	1	10	2	0	0	4	1	0	0
Viuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ya no viven juntos/separada	155	13	67	17	10	10	68	12	10	7
Total	1215	100	402	100	103	100	566	100	144	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

no implican remuneración en la mayoría de los casos. Es importante señalar que la categoría estudia no presentó ningún caso lo que implica que estas jóvenes interrumpieron su formación educativa formal (Gráfico 16).

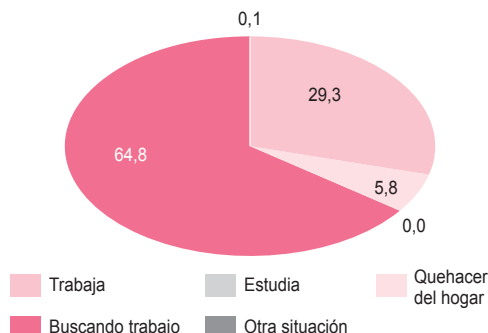
Al revisar los datos desagregados por área de residencia, la mayoría de las jóvenes que trabajan se ubicaban en la zona urbana, 32% de las que ya son madres y 40% para las que estaban embarazadas, en cambio en el área rural trabajaba el 26% de las que ya son madres y 30% de las que estaban embarazadas, lo que indica que pese a la precariedad de los trabajos que pueden desempeñar estas jóvenes, hay mayores oportunidades laborales en el área urbana. En ambas zonas de residencia la mayoría de las jóvenes buscaban trabajo (Cuadro 18).

Puntualizando en las características demográficas de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez, destaca que 71% inició su maternidad entre los 14 y 16 años, predomina el nivel de educación primaria entre cuarto y quinto grado 47%, un 68% está en unión libre con su pareja y 65% estaba en busca de un empleo que le permitiera suplir las necesidades básicas.

6.5 Salud sexual y reproductiva de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez

El tema de salud sexual y reproductiva (SSR) adquiere especial relevancia sobre todo en el periodo de la adolescencia, pues este grupo conforma una porción importan-

Gráfico 16. PEA de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

te de la población con necesidades propias, que en la mayoría de los casos son desatendidas generando necesidades insatisfechas que incide negativamente en sus conductas sexuales.

En este capítulo se analizan las variables: persona con la que se inició sexualmente, conocimiento y uso de los métodos de planificación en la primera relación sexual.

6.5.1 Iniciación sexual de las adolescentes según edad

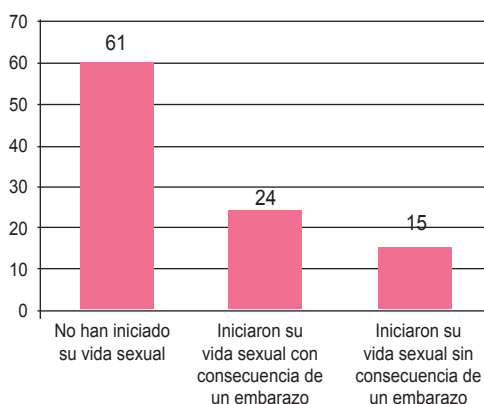
La ENDESA 2011-2012 consideró una muestra 5062 jóvenes entre 15-19 años, de las cuales el 61% no habían iniciado su vida sexual, un 24% inicio su vida sexual con consecuencias de un embarazo o maternidad temprana y un 15% inicio su vida sexual sin haber quedado embarazada, este dato es interesante y puede inducir a pensar que este porcentaje de jóvenes tenía el conocimiento y acceso a los métodos de planificación familiar (Gráfico 17).

Cuadro 18. Condición de actividad de las adolescentes que ya son madres o que estaban embarazadas por primera vez

PEA	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Trabaja	356	29.3	120	31.7	44	40	150	25.6	42	29.7
Estudia	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
Quehaceres del hogar	71	5.8	25	6.7	7	6	27	4.6	12	8.2
Buscando trabajo	787	64.8	232	61.3	59	54	408	69.8	88	62.1
Otra situación	1	0.1	1	0.3	0	0	0	0.0	0	0.0
Total	1215	100.0	378	100.0	110	100	585	100.0	142	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Gráfico 17. Iniciación sexual de las adolescentes



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Al analizar los datos según edades simples se observa que la mayor frecuencia de casos de iniciación sexual se presenta entre las edades de 13-16 años (82%), el mayor porcentaje lo representan las jóvenes de 15 años con 25%. No hay mayores diferencias por zona de residencia, pues en ambas la ini-

ciación sexual se hace a edades tempranas (Cuadro 19).

Estos datos permiten reflexionar sobre la importancia que tiene el conocimiento y acceso a la información sobre SSR para generar mayor conciencia de las implicaciones que tiene el inicio de su vida sexual, pues con el descenso de la edad de iniciación sexual tiende a presentarse mayores posibilidades de jóvenes adolescentes embarazadas.

Pese a que la cobertura educativa sobre todo a nivel de educación básica ha aumentado, la proporción de embarazos en adolescente no ha disminuido, lo que conduce a pensar en el hecho de que no se esta impartiendo en los centros escolares una adecuada educación sexual y todavía hay un limitado acceso a métodos de planificación que permita a los y las jóvenes prevenir las implicaciones que puede tener la iniciación sexual y un embarazo y maternidad temprana, en su proyecto de vida.

Cuadro 19. Adolescentes sexualmente iniciados según edad a la primera relación sexual, según zona de residencia

Edades	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que ya son madres		Embarazadas por primera vez		Adolescentes que ya son madres		Embarazadas por primera vez	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
9	1	0.1	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
11	10	0.8	2	0.5	3	2.5	6	1.0	0	0.0
12	34	2.8	18	4.5	0	0.0	14	2.5	2	1.1
13	136	11.2	50	12.4	8	7.4	71	12.5	8	5.2
14	273	22.4	105	26.2	11	10.7	134	23.7	22	15.6
15	302	24.9	104	25.8	22	21.3	147	26.0	29	20.4
16	288	23.7	83	20.7	34	33.0	125	22.1	46	32.0
17	117	9.6	25	6.1	13	13.1	55	9.7	24	16.9
18	48	4.0	13	3.4	10	9.9	13	2.3	11	7.7
19	4	0.4	0	0.0	2	2.1	1	0.1	2	1.2
Inconsistencia	2	0.1	1	0.2	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Total	1215	100.0	402	100.0	103	100.0	566	100.0	144	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

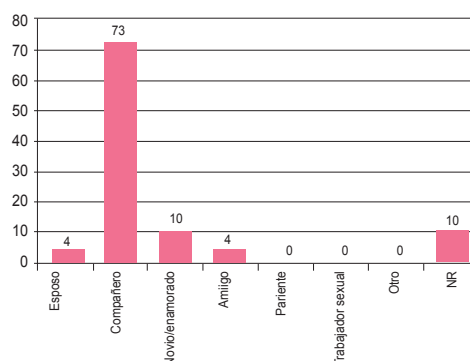
6.5.2 Persona con quien se inició sexualmente

La iniciación sexual de las y los adolescentes se ve mediada por factores como la influencia de los amigos, la familia, la escuela y la iglesia. Generalmente los jóvenes se inician sexualmente primero que las jóvenes, sin embargo, estas últimas son las que enfrentan directamente las consecuencias de un embarazo, pues en gran parte de los casos los varones no asumen la responsabilidad que les corresponde.

Los datos a nivel nacional reflejan que el 73% de las jóvenes adolescentes que ya son madres o que están embarazadas del primer hijo se iniciaron sexualmente con un compañero, y apenas un 10% con su novio o enamorado, lo que permite inferir que la iniciación sexual en gran parte de los casos se ve motivada por la curiosidad sobre la sexualidad que se despierta en esta etapa de la vida (Gráfico 18).

El comportamiento es similar en el área urbana como en la rural. En el caso del área urbana el 76% de las adolescentes que ya son madres y el 54% de las que estaban embarazadas se iniciaron sexualmente con un compañero. En el área rural estos porcentajes tienden a aumentar, el 79% de las adolescentes que ya son madres y el 61% de las que estaban embarazadas se iniciaron sexualmente con un compañero. El inicio se-

Gráfico 18. Persona con quien se inició sexualmente la adolescente que ya es madre o estaba embarazada del primer hijo, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

xual con un novio o enamorado, o con el esposo, presentó porcentajes bajos, es decir, la iniciación sexual no siempre está relacionada con sentimientos afectivos de pareja, sin embargo, debería ser una práctica responsable. (Cuadro 20).

Cuadro 20. Persona con quién se inició sexualmente las adolescentes que son madres o que están embarazadas del primer hijo, según área de residencia

Persona con quien se inició sexualmente	Total Nacional		Área urbana				Área rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Esposo	48	3.9	9	2.3	2	1.8	29	5.7	7	3.9
Compañero	881	72.5	296	75.5	71	54.7	406	78.8	109	61.0
Novio/enamorado	120	9.9	41	10.5	25	19.0	33	6.4	21	11.6
Amigo	45	3.7	19	4.7	5	3.7	15	2.9	7	3.9
Parente	2	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.6
Trabajador sexual	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	2	0.2	1	0.2	0	0.0	1	0.2	0	0.0
NR	117	9.6	26	6.6	27	20.8	30	5.8	34	19.1
Total	1215	100.0	391	100.0	130	100	515	100.0	178	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

6.5.3 Conocimiento de la adolescente de métodos anticonceptivos

El conocimiento y acceso a métodos de planificación es un tema importante para la salud reproductiva y un factor clave para el desarrollo integral de los y las adolescentes.

El embarazo adolescente es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; por tal razón el uso de métodos de planificación es una práctica para prevenir un embarazo no planificado.

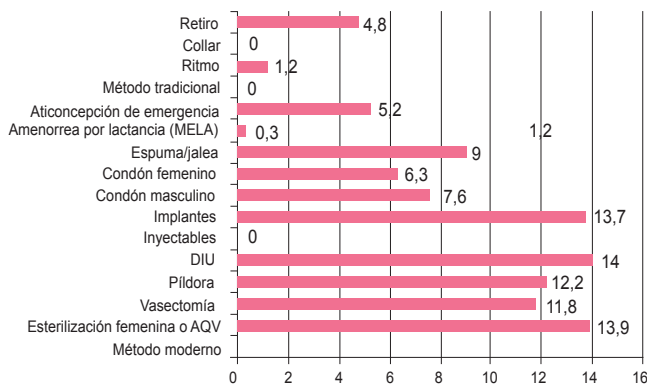
La variable que revisó el conocimiento de los y las jóvenes sobre métodos anticonceptivos presentó la opción de respuesta múltiple, se generó un total de 8604 respuestas, los datos nacionales reflejan que los tres métodos de planificación familiar sobre los cuales

las jóvenes adolescentes tenía mayor conocimiento eran la esterilización femenina con 13.9%, los implantes¹⁵ con 13.3% y el DIU 12.2%. Uno de los métodos novedosos en Honduras es el uso de implantes este es un servicio que se está brindando de manera gratuita en los centros de salud (Gráfico 19, Cuadro 21).

6.4.4 Uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual

Si se analiza el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, apenas el 10% de las jóvenes adolescentes que estaban embarazadas hicieron uso de un método de planificación familiar, el más utilizado fue el de retiro con 43%, un método nada seguro para evitar un embarazo, un

Gráfico 19. Conocimiento de la adolescente de métodos anticonceptivos de adolescentes que son madres o que están embarazadas del primer hijo, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

15. El implante anticonceptivo o implante subcutáneo es un tubo o cánula de plástico de tamaño pequeño que es insertado por el médico debajo de la piel. Esta cánula libera de manera continuada una sustancia hormonal (progesterona) por el torrente sanguíneo para impedir la ovulación.

Cuadro 21. Conocimiento de la adolescente de métodos anticonceptivos de las adolescentes que son madres o que están embarazadas del primer hijo, según zona de residencia

Conocimiento de las adolescentes de la existencia de métodos anticonceptivos	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Método Moderno										
Esterilización femenina o AQV	1196	13.9	401	13.0	102	13.8	552	14.5	141	14.6
Vasectomía	1018	11.8	378	12.3	78	10.5	461	12.1	100	10.4
Píldora	1048	12.2	358	11.6	92	12.4	476	12.5	121	12.5
DIU	1203	14.0	400	13.0	103	13.9	560	14.7	140	14.5
Inyectables	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Implantes	1181	13.7	400	13.0	102	13.8	541	14.2	138	14.2
Condón masculino	655	7.6	236	7.7	63	8.4	283	7.4	74	7.6
Condón femenino	542	6.3	188	6.1	54	7.2	233	6.1	68	7.1
Espuma/jalea	773	9.0	306	9.9	61	8.2	327	8.6	79	8.2
Amenorrea por lactancia (MELA)	23	0.3	14	0.4	2	0.3	4	0.1	3	0.3
Anticoncepción de emergencia	446	5.2	199	6.5	43	5.7	155	4.1	49	5.1
Método tradicional				0.0		0.0		0.0		0.0
Ritmo	106	1.2	42	1.4	18	2.4	34	0.9	13	1.3
Collar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retiro	413	4.8	153	5.0	24	3.3	194	5.1	42	4.3
TOTAL	8604	100.0	3077	100.0	741	100.0	3820	100.0	967	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

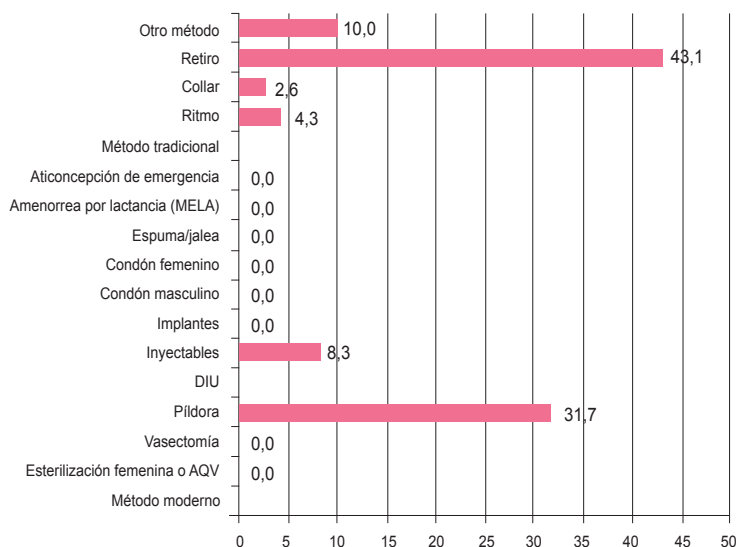
segundo lugar lo ocupó la píldora con 32%. (Gráfico 20, Cuadro 22).

La mayoría de las jóvenes no utiliza los métodos de planificación familiar debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la falta de acceso a consejería y servicios de salud sexual y que garanticen una privacidad y confidencialidad

pero también consideran que su uso hace que se pierda el placer de la relación.

El inicio de las relaciones sexuales debería ser una elección responsable producto de un vínculo amoroso y de confianza, pero actuando con información, conciencia y responsabilidad.

Gráfico 20. Uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual de las adolescentes, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

Cuadro 22. Uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual de las adolescentes que son madres o que están embarazadas del primer hijo, según zona de residencia

Uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes en su primera relación sexual	Total Nacional		Área Urbana				Área Rural			
			Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo		Adolescentes que son madres		Embarazadas del primer hijo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Método Moderno										
Esterilización femenina o AQP	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Vasectomía	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Píldora	39	31.7	8	20.8	3	25.3	21	41.7	8	31.2
DIU	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Inyectables	10	8.3	5	13.2	0	0.0	2	4.8	3	11.6
Implantes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Condón masculino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Condón femenino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Espuma/jalea	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Amenorrea por lactancia (MELA)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Anticoncepción de emergencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Método tradicional										
Ritmo	5	4.3	0	0.0	0	0.0	2	4.7	3	12.2
Collar	3	2.6	3	8.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retiro	53	43.1	15	39.2	5	47.0	22	44.3	11	45.0
Otro método	12	10.0	7	18.3	3	27.7	2	4.5	0	0.0
TOTAL	124	100.0	38	100.0	12	100.0	50	100.0	24	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDESA 2011-2012.

El capítulo permitió identificar que el 39% de las adolescentes iniciaron su vida sexual, 24% consecuencias de un embarazo y 15% sin haber quedado embarazadas, la mayoría inició con un compañero, entre

las edades de 13 a 16 años, tenían mayor conocimiento de métodos como el DIU, los implantes y la esterilización femenina, sin embargo, apenas un 10% lo utilizó al momento de iniciarse sexualmente

SUEÑOS Y EXPECTATIVAS POSPARTO

“Estoy pensando en quien va a cuidar mi niña, que voy hacer con ella no la puedo llevar al colegio estoy pensando varias cosas porque ya no puedo trabajar porque si trabajo no estudio y si cuido la niña dejo de hacer tantas cosas, mis planes son eso no sé si se me haga más dificultoso más adelante, solo estudiar en la noche y cuidar a mi niña,; como siempre he estudiado en la noche y cuando venga el papá que se encargue por lo menos unas horas por mientras yo voy a estudiar. Tengo planes de casarme, mi esposo no se mete a rollos de eso, como decir ‘no estudie’ – ni nada por el estilo, él me dice que siga adelante, que bueno pues, que la niña no nos impide seguir adelante, porque él también estudia”

No tengo la oportunidad de hallarme un buen trabajo, y primeramente Dios que me halle un buen esposo y cuide de mi hijo.

Tengo la dificultad del tiempo, debo dedicarle tiempo a mi hija y sé que trabajar y estudiar no es fácil. Y oportunidad, si trabajo le puedo dar todo a mi hija, y si sigo estudiando, puedo llegar más lejos en la vida y me gustaría estudiar ingeniería en sistemas.

Los discursos se enfocaron en la oportunidad de continuar sus estudios, sin embargo, debido a su condición consideraron que seria difícil y que solo con el apoyo de su familia o de su pareja podrían lograrlo



Reflexión Final

Honduras se encuentra inserta en la transición demográfica, este proceso trae consigo la reducción de la fecundidad. Aunque la fecundidad general a nivel nacional descendió, el comportamiento no es similar para el grupo de edad de 15 a 19 años, pues lejos bajar refleja un incremento, pasando de 19% en 2001 a 24% en 2011-2012.

Un embarazo en la adolescencia representa una experiencia difícil que tiene implicaciones para las jóvenes, sus hijos, sus familias y la sociedad en general, con diferentes impactos según el contexto particular de cada adolescente, pues en el caso de aquellas que cuentan con apoyo familiar y el de su pareja hay mayores oportunidades de continuar con sus proyectos de vida, sin embargo, el panorama cambia radicalmente para las jóvenes que están solas o iniciando una vida conyugal y que además se ubican en los quintiles más empobrecidos, en este caso se fortalecen las desigualdades sociales y de género.

La iniciación temprana de las relaciones sexuales, la falta de conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, el entorno familiar y las condiciones sociodemográficas en las que se desenvuelven los y las jóvenes son factores relacionados con el embarazo en adolescentes que pueden marcar la diferencia. En países desarrollados los y las jóvenes adolescentes inician su actividad se-

xual a edades tempranas pero los índices de fecundidad son bajos, en otras palabras, el embarazo en adolescentes no depende directamente de la edad de iniciación sexual, por lo tanto, no debe ser analizado solamente en relación a esta variable, sino a la luz del contexto socioeconómico de desigualdades sociales en el que se propician.

Algunas particularidades del estudio refleja que en la mayoría de casos el embarazo en adolescentes se produjo en hogares conformados por seis o más miembros, con bajos ingresos económicos, con hacinamiento, predominantemente entre jóvenes con bajo nivel educativo y en mayor proporción en zonas rurales del país. Estos hallazgos comprueban las hipótesis planteadas en el estudio pues condiciones desfavorables aumentaron los casos de embarazos en adolescentes y para aquellas jóvenes que gozaban de mejor nivel socioeconómico tenían una fecundidad menos abultada, lo que se relaciona con mayor acceso y conocimiento de temas de salud sexual y reproductiva.

La investigación hace reflexionar sobre la necesidad de reactivar el proceso de creación, aprobación e implementación de la *Política Nacional de Población*, una iniciativa que se ha estancado. Pues solo en el contexto de una política pública se podrían generar estrategias, instrumentos y acciones de política de mediano y largo plazo orientadas

a disminuir los embarazos en adolescentes a nivel nacional. Además el Estado debe generar acciones para canalizar y potencializar a las y los jóvenes y atender sus demandas particulares, pues en un contexto de vulnera-

bilidad e inequidad social, su futuro se vuelve incierto afectando negativamente su desarrollo integral y la posibilidad de aprovechar las bondades que ofrece el bono demográfico para Honduras.

Bibliografía

- Barinas, I & Flores, M (2011) Prevención del Embarazo en Adolescentes con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: Hacia una Política Nacional. República Dominicana.
- Breibauer C. y M. Maddaleno (2005), *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*, Scientific and Technical publication N° 594, Washington, PAHO.
- Bongaarts, J. y B. Cohen (1998), "Adolescent reproductive behavior in the developing world", *Studies in Family Planning*, 29(2), New York, Population Council.
- Coale, A. J. (1977), *La transición demográfica*, Serie D, CELADE (Santiago), N° 86, Santiago de Chile, CEPAL.
- Checa, Susana (2003) Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- _____ (2005); Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente en Anales de la educación común; Número 1-2 ; septiembre. Edición digital en www.abc.gov.ar
- Kirk, D. (1996), "The demographic transition", *Population Studies*, Vol. 50, N° 3, London, Population Investigation Committee, pp. 361-387.
- INE (2011-2012) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), Tegucigalpa, Honduras.
- Galtung, Johan (1985). Sobre la Paz, Barcelona Fontamara.
- González, H (2000, Enero a Junio) Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. En Revista Frontera Norte, 12 (23), 65-85.
- Guzmán, J. M., J. M. Contreras y R. Hakkert y M. Falconier de Moyano (2001), Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D.F., UNPFA.
- Guttmacher Institute. Maternidad Temprana en Honduras, Serie 2006, n°4.
- INE (2011-12) Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tegucigalpa, Honduras
- INE (2013) Encuesta Permanente de Hogares, mayo, Tegucigalpa, Honduras.
- OMS(2007) Energía doméstica y salud. Combustible para una vida mejor recuperado en noviembre 2014 <http://whoquibdoc.who.int/publications/>
- Population Reports (1995). "Como satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes" Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, vol. XXIII, núm. 3. Baltimore, EEUU.
- Ponce M,M (2009) Factores sociodemográficos asociados con el embarazo en la adolescencia, en los departamentos de Copán, Lempira y Ocotepeque, tesis de grado para optar a Master en Demografía Social, UNAH, Tegucigalpa, Honduras
- Rodríguez, Jorge (2008). Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la

- reflexión y a la acción, Santiago de Chile, Chile.
- Rodríguez V, Jorge (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina, Santiago de Chile, Chile.
 - Saraví, Gonzalo (2006): De la pobreza a la exclusión. Continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina, Buenos Aires: Prometeo-CIESA.
 - Secretaria de Salud de Honduras (2012) Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, Tegucigalpa, Honduras.
 - Stern,C (2004) Vulnerabilidad social y embarazo en adolescentes en México. Papeles de Población, enero-marzo, pág 129-158. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
 - Smith-Battle (2000) The Vulnerabilities of Teenage Mothers: Challenging Prevailing Assumptions-Advances in Nursery Science September 23.
 - UNFPA (2013). Estado de la Población Mundial, New York, Estados Unidos de América.

EQUIPO INVESTIGADOR

Marysabel Zelaya Ochoa. PHd en Ciencias Sociales con Orientación en Gestión del Desarrollo. Coordinadora de la Maestría en Demografía y Desarrollo, UNAH.

Héctor Alcides Figueroa Escobar. Msc. en Demografía Social, Economista, docente de la Maestría en Demografía y Desarrollo, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Regner Asís Castellanos Álvarez Lic. en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.