

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIONAL



**FACULTAD CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN A
DISTANCIA**

**TESIS DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN**

MENCIÓN EN CIENCIAS SOCIALES

TEMA:

**"EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES INCIDE EN EL
RENDIMIENTO ESCOLAR EN EL SEGUNDO AÑO DE
BACHILLERATO DEL COLEGIO NACIONAL
"SAQUISILÍ"**

AUTOR: MANUEL MARCELO VIERA BAUTISTA

DIRECTOR: DR. FABIÁN MOLINA

AMBATO - 2010

DEDICATORIA

Esta dedicado para mis difuntos padres, quienes desde el cielo han estado guiándome en los momentos más difíciles de mi vida, a mis hermanas quienes con su comprensión siempre se han preocupado para que yo sea una persona útil, con nobles ideas y con un espíritu de servicio a la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud para la Universidad Tecnológica Equinoccial que durante una larga temporada ha sido nuestra guía educativa, nos acogió para formarnos académicamente.

Al Dr. Fabián Molina, por su paciencia esmero en la conducción de este trabajo.

A todos los maestros por su calidad humana, al personal docente del Colegio Nacional Saquisilí por la facilidad prestada para el desarrollo del proceso investigativo.

Para todos y cada uno de ustedes maestros mi agradecimiento eterno.

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
CAPÍTULO I	
1.1 Tema	1
1.2 Planteamiento del problema	1
1.3 Delimitación del problema	1
1.4 Justificación	2
1.5 Objetivos	7
1.5.1 Objetivo general	7
1.5.2 Objetivos específicos	7
1.6 Hipótesis	7
1.7 Variables	7
1.7.1 Variable independiente	7
1.7.2 Variable dependiente	7
CAPÍTULO II	
2.1 Fundamentación científica	8
2.2 Marco teórico	8
2.3 Adolescencia	8
2.3.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)	11

2.3. Adolescencia media (14 a 16 años)	11
2.3.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)	11
2.4 Cambios Físicos	12
2.5 Cambios Psicológicos	13
2.6 La pubertad de las mujeres	13
2.7 Adolescencia y pubertad	14
2.8 Salud reproductiva y riesgo	17
2.9 Embarazo en la adolescencia	22
2.10 Consideraciones sico sociales para el aumento de los embarazos	25
2.10.1 Sociedad represiva	25
2.10.2 Sociedad restrictiva	25
2.10.3 Sociedad permisiva	25
2.10.4 Sociedad alentadora	25
2.10.4.1 Estratos medio y alto	26
2.10.4.2 Estratos más bajos	26
2.11 Factores predisponentes	26
2.11.1 Menarquía temprana	26
2.11.2 Inicio precoz de relaciones sexuales	26
2.11.3 Familia disfuncional	26
2.11.4 Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescentes y /o sola	26

2.11.5 Bajo el nivel educativo	27
2.11.6 Migraciones recientes	27
2.11.7 Pensamientos mágicos	27
2.11.8 Fantasías de esterilidad	27
2.11.9 Falta o distorsión de la información	
2.11.10 Controversias entre su sistema de valores y el sus padres	27
2.11.11 Aumento en número de adolescentes	27
2.11.12 Factores socio culturales	27
2.11.13 Menor temor a enfermedades venéreas	27
2.14 Factores determinantes	27
2.15 Aspectos sicosociales del embarazo en las adolescentes	28
2.15.1 La adolescencia de las adolescentes embarazadas	28
2.15.2 Actitudes hacia la maternidad	29
2.15.3 El padre adolescente	30
2.16 Consecuencia de la maternidad – paternidad	31
2.17 Adolescentes	31
2.17.1 Consecuencia para las adolescente	31
2.17.2 Consecuencias para el hijo de madre adolescente	32
2.17.3 Consecuencias para el padre adolescentes	32
2.18 Control del embarazo de la adolescente	32

2.19 Primer trimestre	33
2.19.1 Trastornos digestivos	33
2.19.2 Metrorragias	33
2.19.3 Abortos espontáneos	33
2.19.4 Embarazos extra uterinos	33
2.20 Segundo y tercer trimestre	33
2.20.1 Anemia	33
2.20.2 Infecciones urinarias	34
2.20.3 Amenaza de parto pre termino	34
2.20.4 Hipertensión arterial gravídica	34
2.20.5 Mortalidad fetal	35
2.20.6 Parto prematuro	35
2.20.7 Crecimiento intrauterino retardado	35
2.20.8 Presentaciones fetales distócicas	35
2.20.9 Desproporciones céfalo pélvicas	35
2.20.10 Tipo de parto	35
2.20.11 Alumbramiento	36
2.20.11 Otras complicaciones	36
2.21 Prevención	36
2.21.1 Primaria	36

2.21.2 Secundaria	37
2.21.3 Terciaria	37
2.22 Enfermedades de transmisión sexual	38
12.22.1 infecciones por clamidia	39
2.22.2 Gonorrea	40
2.22.3 Sífilis	40
2.22.4 Tricomoniasis o Vaginitis	41
2 22.5 Sida	
2.22.6 Virus del Papiloma Humano o VPH	43
2.23 Conflictos familiares	43
2.23.1 Maltrato y pobreza y desconocimiento	46
2.24 El aborto como solución a los embarazos forzados o no deseados	48
2.25 Incidencia en la educación	51
2.26 Como incide en el rendimiento escolar	52
2.26.1 Características del rendimiento académico	54
2 26.2 Definición de Deserción escolar	54
2.26.3 Deserción escolar en aumento	55
2.26.4Educación primaria	55
2.26.5Deserción escolar	56
2.26.6Acceso a los recursos básicos	56

2.27	Los especialistas	56
2.28	Crean beca escolar para evitar deserción escolar en el Ecuador	57
CAPITULO III		
3.1	METODOLOGÍA	58
3.2	Métodos	57
3.3	Proceso del Método inductivo	58
3.4	Proceso del método Deductivo	58
3.5	Población y muestra	59
3.6	Instrumentos de recolección de datos	59
3.7	Universo y muestra	59
3.7.1	Universo	59
3.7.2	Muestra	61
3.7.3	Presentación grafica de las encuestas	61
CAPÍTULO IV		
4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
4.1	Conclusiones	74
4.2	Recomendaciones	75
CAPITULO V		
5.1	LA PROPUESTA	75
5.2	Título de la Propuesta	75

5.3Justificación	75
5.4Fundamentación	79
5.12Listado de contenidos	86
5.13Desarrollo de la propuesta	88
5.14Generalidades y conceptos básicos para los preeducadoras de la sexualidad	89
5.15Riesgo de embarazo en la adolescencia	94
5.16Causas, incidencia y factores de riesgo	100
5.17Políticas públicas de los adolescentes en el ecuador	109
5.18Genero, derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes	110
5.18.1Derecho a hacer ellos mismos y ellas mismas	111
5.18.2Derecho al información	111
5.18.3Derecho a hacer protegido y a protegerse uno mismo	112
5.18.4Derecho a los servicios de salud	112
5.18.5Derecho a participar	112
5.18.6Acuerdo para logra el acceso a los servicios básicos de salud	113
5.18.7La ciudadanía debe participar y vigilar	113
5.18.8En conclusión	113
Bibliografía	
Anexos	

CAPÍTULO I

1.1 TEMA

Los embarazos en las adolescentes y su incidencia en el rendimiento escolar en el Colegio Nacional Saquisilí.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el embarazo en las adolescentes en el rendimiento escolar de las estudiantes del Colegio Nacional “Saquisilí”?

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en las adolescentes del Colegio Nacional Saquisilí, en los segundos Año de Bachillerato, parroquia La matriz, cantón Saquisilí, provincia de Cotopaxi, año escolar 2009- 2010.

La presente investigación se realiza en el Colegio Nacional “Saquisilí”, el mismo que se encuentra ubicado en la parroquia Matriz, cantón Saquisilí, situado al noroccidente de la capital de la provincia, de Cotopaxi, su clima es templado frío, siendo propicio para la agricultura, de los productos de esta temperatura, debiendo indicar que su población en un alto porcentaje es indígena y muy pocos mestizos, además se debe indicar que, un alto índice de estudiantes mestizos y de los indígenas que son de posibilidades económicas se trasladan a estudiar en los colegios de la ciudad de Latacunga, otros se ubican en los colegios de Quito.

Las características de la Institución en la que realizaré la investigación son:

Nombre de la Institución: Colegio Nacional “Saquisilí

Ubicación: Provincia: Cotopaxi

1.4 JUSTIFICACIÓN

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos muy frecuentes en nuestra sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y madres adolescentes como también sus hijos.

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de Hospitales y Centros de Salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios

Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo de las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí.

Una de las principales consecuencias podría ser que la madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene a quien delegar esas responsabilidades.

Las consecuencias son múltiples: En primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Y a esto añadimos que la adolescente embarazadas suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la madre, es decir iniciándose en la actividades sexual dentro de los 13 a 14 años.

Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las

habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

Por tanto, muchas adolescentes de las comunidades pobres y reprimidas, poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, sin estatus con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, de tener soltera al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad. En caso de optar por tener al hijo, se presentan varias consecuencias, dependiendo de si la chica va a ser madre soltera o va a casarse. Si va a convertirse en madre soltera o casada.

Si la mujer se casa, en muchos casos la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas, y si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende de si encuentra el apoyo de su familia, generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada, y se crea una mayor dependencia económica y afectiva, en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazó, y con ello la posibilidad de repetirlo.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Además, las mujeres adolescentes viven en un contexto lleno de erotismo, desinformación y presión. Hacer el amor, para ellas, no siempre responde a sus propios deseos y decisiones. Los varones se sienten con el derecho de exigirles lo que, con descaro, llaman la prueba de amor. El amor de los chicos sí es verdadero porque siempre están dispuestos a hacer el amor. En cambio el de las mujeres se mueve en la

duda.

En lo que la chica accede a tener relaciones sexuales a temprana edad por el chantaje emocional.

Para salir de esta duda, ellas deben hacer el amor cuando él lo desea. Este es uno de los grandes engaños que sostienen las relaciones amorosas. Presionadas, obligadas y llenas de temor de perder a su chico, demasiadas adolescentes hacen el amor, sin suficiente deseo y sin protección alguna. Muchos embarazos se deben a este acto que lo único que prueba es la posición de sometimiento en la cual se encuentra la mujer.

Ante el embarazo, de la chica los adolescentes varones no se hacen responsables en su mayoría.

El amor es una conquista que, para unos, puede resultar sencilla y llana y, para otros, conflictiva, ardua e incluso peligrosa. Amar es un ejercicio que exige renunciamentos, éxitos y fracasos. Y la adolescencia es la mejor escuela de este ensayo perenne de ser amado

Desde las fantasías y los deseos, se cree haber encontrado a la mujer perfecta, al varón soñado. El amor en la adolescencia es absolutamente legítimo, quizás es más genuino y verdadero de toda la vida.

Pero no siempre resulta fácil aceptar que es posible perder la relación, por otro elegido puede dejar de amar y fijarse en otra mujer. Los celos, los temores y las angustias invaden a la chica que, desde su desconcierto, acude a una estrategia mágica para retener a un hombre mediante las relaciones sexuales. Y esta fórmula mágica se llama embarazo. Mientras el varón le exige la prueba de amor, ella pretende certificar a través del embarazo que él en verdad la ama y que, por lo mismo, no puede dejarla.

Por ejemplo, una chica de 17 años quiere tener un hijo para que él se amarre a ella porque teme que él la deje. En cambio si tiene un hijo, él la va a llevar. Pero él puede decir que no, pero entonces ella (ya embarazada) recurre a los padres que exigen a la pareja que se case.

Embarazo e hijo destinados a amarrar a un hombre a una relación que no se sostiene en los deseos, en las expectativas mutuas ni en las decisiones de dos. La mujer renuncia a su palabra, a la búsqueda de otras alternativas para ser amada y deseada y se va por el camino, aparentemente más fácil. En ese embarazo hay una suerte de humillación, de anonadamiento de la mujer y también del hijo.

Se puede determinar que el riesgo que corren las madres adolescentes, es demasiado alto, debido a la ignorancia de lo que es en verdad un embarazo, además porque muchas de las adolescentes embarazadas quieren esconder, esa realidad a sus padres, a la sociedad.

Ese riesgo en muchas de las ocasiones corren sin saber qué es lo que están haciendo, unas, otras por comprobar de que se trata la experiencia sexual y una gran mayoría por hacer caso a su mejor “amiga”, que en vez de aconsejarle que no debe aceptar esas famosas pruebas de amor, más bien es inducen, en algunos casos los obligan bajo “apuestas”, indicando que es una experiencia espectacular, porque dicen “yo la viví y por qué no tú”.

El tema de investigación sobre, el embarazo en las adolescentes tiene su importancia dentro del campo de los docentes de educación media, porque muchos de ellos ni siquiera comentan del asunto, sino cuando se da un caso en su colegio, es cuando se les viene el mundo encima y se lamentan o simplemente manifiestan “yo si les dije”

Este tema es de gran relevancia y se debe tomarlo con mucha madurez tanto por los docentes como por los padres y fundamentalmente por las madres de familia, que ellas deben ser las verdaderas orientadoras de sus hijas.

La situación anterior no se da de esta modo; en los sectores rurales y campesinos del cantón Saquisilí, primero porque las madres todavía creen que hablar de la sexualidad con sus hijas es un tabú; porque dicen si se les habla de eso, ellas enseguida van a experimentar y, en la mayoría de los casos no conversan con sus hijas adolescentes para que tengan un real conocimiento de este problema, porque desconocen del tema.

Por esta razón, es indudable que las madres adolescentes, no conozcan del problema; en

varias comunidades se han evidenciado que las madres adolescentes (es decir, de 14 a 19 años de edad) presentan peores indicadores de salud materno infantil, comparadas con las de mayor edad. Esto obedece a factores tanto biológicos como del comportamiento; por ejemplo, las madres adolescentes tienen mayor posibilidad de dar a luz un hijo con bajo peso factor determinante de la mortalidad infantil.

Por lo expuesto anteriormente, me he motivado a llevar adelante la investigación propuesta, para dar una salida a este problema y de una vez por todas tomar la solución a través de las Instituciones Educativas y de la sociedad, en este caso a través del Colegio Nacional “Saquisilí” dar una orientación sobre sexualidad responsable para que los adolescentes hagan conciencia sobre el tema y no busquen tener relaciones por tener y luego estar en dificultades, y quienes en definitiva sufren las consecuencias, son el fruto de esas irresponsables relaciones que mantienen las adolescentes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar una estrategia en el Colegio Nacional “Saquisilí” para elevar nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre el riesgo y complicaciones que trae el embarazo en edad escolar, determinar las características psicosociales.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de rendimiento de las estudiantes del Colegio Nacional Saquisilí.
- Analizar la información obtenida de la investigación realizada a las estudiantes, padres de familia, docentes de la Institución y Miembros del Centro de Salud del Cantón, sobre la correcta información de las causas y efectos.
- Concienciar en los/las adolescentes que no solo sufre las consecuencias la mujer, sino también el varón puesto que la responsabilidad es de los dos.

1.6 HIPÓTESIS

El embarazo en adolescentes incide en el rendimiento escolar.

1.7 VARIABLES

- **1.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

El embarazo en las adolescentes.

- **1.7.2 VARIABLE DEPENDIENTES**

Rendimiento escolar.

CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

2.2 MARCO TEÓRICO

2.3 ADOLESCENCIA

Período del desarrollo humano entre los 12 la niñez y el estado adulto 18, incluye la pubertad durante la cual se desarrolla en gran parte el deseo sexual.

La adolescencia es una etapa única de maduración física y mental y por lo tanto en este período se identifican cambios físicos y psicológicos. Puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo, pues está más relacionada con la maduración de la psiquis del individuo y depende de factores psico-sociales más complejos.

La adolescencia es un fenómeno cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra se deriva del significado latino del verbo *adolescere* "crecer." El tiempo se identifica con cambios ocurridos en el cuerpo, junto con progresos en la psicología y la carrera académica de una persona.

Al llegar a la adolescencia, las perspectivas y condiciones de la mujer y del varón cambian de manera radical, tanto desde los campos sociales como individuales. Al presentarse la adolescencia como un período de fundamental importancia en la estructuración de varones y mujeres, se acepta que tanto estos como aquellas deben vivirlo de manera intensa para llegar de mejor manera a la juventud y a la vida adulta. Se empieza a dejar de lado la idea de que el ser humano es maduro cuando es capaz de reproducirse. La pubertad es tan sólo una capacidad de realizar funciones reproductoras; más no legitima, de manera alguna, la puesta en acto de esta capacidad.

La adolescencia, en cambio, es un tiempo privilegiado en el proceso de conformación

de la mujer y del varón en todas sus dimensiones, que origina nuevos estilos de vida, crea una nueva concepción del mundo y de los valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.

A diferencia de la pubertad que dice si una mujer ya puede quedar embarazada y ser mamá y si el varón puede ser papá, la adolescencia anuncia que ellos atraviesan un período de intensas vivencias y experiencias destinadas a preparar no sólo la maternidad y la paternidad, sino la vida entera. La adolescencia aparece para ofrecer posibilidades de vivir nuevas experiencias y alternativas de elegir. La pubertad es apenas un proceso biológico.

La adolescencia es lo psíquico y social. Por eso, con el concepto de adolescencia, aparece otro igualmente importante, el de identidad. Antes bastaba el cuerpo con sus características anatómicas y fisiológicas para determinar si alguien es mujer o varón para siempre. En cambio, el concepto de identidad se refiere a un proceso mediante el cual alguien se va haciendo mujer o varón a lo largo de la vida mediante modelos, imágenes, deseos, palabras y presencias de los otros.

En estricto sentido, es imposible, por ejemplo que una niña, desde cuando nace, pueda construir su feminidad sin el apoyo directo y decisivo de su madre, su padre y todos los que la rodean. Además, la misma sociedad ofrece e impone a niñas y niños una serie de modelos que deben seguir para ser mujeres y varones tal como la sociedad ha previsto y desea.

Para el niño y la niña, sus principales modelos están en casa: la mamá y el papá. En cambio, para los varones y mujeres adolescentes, los modelos están fuera, en el cine, la televisión, el deporte, la moda. Cada muchacho y cada chica se van construyendo de acuerdo a estos modelos. Una tarea compleja, causa de alegrías, felicidades y placeres. Pero también de dudas, desconciertos y confusiones. Porque durante la adolescencia, nada es estable ni fijo ni duradero. Por el contrario, todo cambia, a ratos a una velocidad incontrolable. La adolescencia es cambios, mutación en el cuerpo, en los modos de ser, en las ideas, gustos, inclinaciones, deseos, sentimientos y afectos. Pero estos cambios terminan configurando lo que caracteriza a cada uno, su modo peculiar de ser, su modo

de vivir su cuerpo, sus relaciones. Con esto se hace una mujer, se identifica a un varón.

La identidad es también imagen, la que tú tienes de ti y la que los otros construyen sobre ti. La cultura ofrece modelos ideales de belleza a los cuales mujeres y varones tratan de asemejarse de la mejor manera posible. Pero no siempre es fácil. Con frecuencia, la realidad personal del propio cuerpo concuerda poco o casi en nada con el modelo: la estatura, el peso, el color del pelo, de la piel, la forma del rostro, de la nariz, el tamaño del busto.

Una chica puede creerse poco atractiva, o fea, demasiado gorda o muy flaca, alta o demasiado pequeña. Teme que no atraerá la mirada y el deseo de ningún chico. Es su fantasía, es su identidad. Y sufre por ello aún cuando los otros le digan todo lo contrario. Al final de la adolescencia se asumirá como es porque habrá logrado un espacio propio para su vida.

“Además de la identidad, la adolescencia está destinada a que cada mujer y cada chico puedan construir un proyecto de vida para el futuro. Esto implica descubrir deseos, aspiraciones, gustos, habilidades y tendencias, con lo cual se plantean objetivos que cumplir y metas a las cuales se aspira a llegar. Esta edad incluye, pues, una mezcla de realidades y fantasías, de sueños y posibilidades, de aspiraciones e ilusiones”³.

Este estadio de la vida termina por ser el gran organizador de la existencia, como ese punto al que se quiere llegar, a toda costa. Para conseguirlo, habrá que estudiar una determinada carrera o aprender un oficio o realizar ciertas actividades, perfeccionar las habilidades o adquirir otras nuevas, mejorar el ambiente personal y social o cambiarlo. No es una quimera ni un imposible. Es un gran sueño capaz de tornarse realidad, siempre y cuando se mantengan el deseo y la ilusión y se realicen las acciones necesarias. Implica tiempo, ilusiones y también una mínima.

³ PEÑA, QUIROZ, MUÑOZ, MOLINA, GUERRERO & Masardo 1991.

- ❖ La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.
- ❖ Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial
- ❖ En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años² .

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

2.3.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.3.2 Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

² <http://www.Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela -Estado nutricional de las adolescentes embarazadas-relación con el crecimiento fetal-b.htm>

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

2.3.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

2.4 Cambios Físicos

El cambio a la adolescencia es tan rápido como en la niñez temprana. Durante este período las personas logran alcanzar el 20% de la altura del adulto y 50% del peso. Este crecimiento continúa durante los cinco a siete años aproximadamente del desarrollo de los púberes. La máxima velocidad del aumento de la altura ocurre a diferentes edades en las distintas personas, en general es más temprano en niñas.

En el proceso de maduración las mujeres acumulan más grasa en la pubertad y en la vida adulta tienen casi 22% de grasa corporal en comparación con casi 15% en varones. Durante esta época los varones aumentan el doble de tejido magro que las mujeres.

2.5 Cambios Psicológicos

Junto con el desarrollo físico está presente el desarrollo intelectual y emocional. Estos cambios emocionales suelen influir en los hábitos de alimentación.

2.6 La pubertad de las mujeres.

La pubertad de las mujeres se marca con el inicio de la primera menstruación o "menarquía". A lo largo de la historia occidental, ha habido una disminución de la edad a la que se presenta la primera menstruación debido a la nutrición y a la cantidad de ejercicio físico. La mayor parte de las adolescentes tienen su primera menstruación entre los 10 y 14 años de edad, aunque los doce años suele ser la edad más típica.

La primera menstruación implica que las hormonas femeninas han empezado a funcionar aproximadamente un año antes y producen un fuerte crecimiento del cuerpo y la iniciación del brote de los senos, del vello púbico, al mismo tiempo dan una forma femenina a todo el cuerpo. Aproximadamente un año después de la primera menstruación, se empiezan a generar óvulos maduros y la mujer es capaz de concebir. Estas conductas son el inicio del interés sexual que experimentarán en un futuro próximo por el sexo opuesto. Es muy importante que las niñas se sientan preparadas para este acontecimiento.

En los primeros años de la adolescencia, las mujeres dedican la mayor parte de su tiempo a las amigas y a sí mismas. La relación con los padres y adultos se vuelve tensa y difícil. Ya no son niñas para interesarse en "jugar" ni lo suficientemente maduras como para dialogar. Cuando están solas en casa suelen estar mortalmente "aburridas" o encerradas en sus cuartos oyendo música, mirándose al espejo, hablando por teléfono con sus amigas, y también en una serie de conductas auto sensuales: por ejemplo, peinándose, pintándose, etc. Todas estas manifestaciones son producto natural de esta etapa de sus vidas y les sirve para desarrollar una mayor conciencia de sí mismas y lograr lentamente la independencia de los adultos"³.

³PAPALIA, Diane E. "Desarrollo Humano". 4ª Edición. Pensilvania

Con la adolescencia se despierta fuertemente la sensualidad. La masturbación se hace totalmente voluntaria y consciente y tiene como objetivo el orgasmo. En la adolescencia aproximadamente 10 a 20% de las mujeres se masturban hasta alcanzar el orgasmo con una frecuencia de una o dos veces por mes. Con la edad aumenta la cantidad de mujeres que se masturban.

La fuerza sexual que aparece en la adolescencia no siempre es tan selectiva como la sociedad desea. Aproximadamente 5% de las mujeres tienen experiencias homosexuales durante la adolescencia. En general, estas experiencias son producto de una alta curiosidad y deseo de sentir su sexualidad con alguien con quien se sienten seguras: sus amigas. Estas conductas no pronostican una homosexualidad en la edad adulta.

La capacidad de desarrollar relaciones con el sexo complementario mejora con el pasar del tiempo. En un inicio, la relación de enamorados es inestable y conflictiva. No pueden ser "amigos" y tampoco saben manejar sus sentimientos físico-sexuales. Conforme maduran, se hacen más y más capaces de controlar sus impulsos tanto afectivos como físicos y logran relaciones estables. Dentro de estas relaciones, las caricias físicas se hacen cada vez más intensas hasta llegar en muchos casos a la relación sexual.

2.7 ADOLESCENCIA Y PUBERTAD

Pubertad y adolescencia son dos términos que a veces se confunden. Esta confusión es absolutamente normal, pues ambos conceptos están estrechamente unidos.



Definimos la pubertad como una etapa en la que los órganos sexuales primarios inician su madurez y empiezan a aparecer los secundarios. Debemos añadir que, con ella, comienza esa fase más amplia llamada adolescencia.

A la pubertad la podemos considerar un fenómeno biológico por el cual el cuerpo experimenta una serie de transformaciones y cambios físicos y psíquicos. La adolescencia se deriva de la pubertad, ya que es la respuesta psíquica y social originada por los cambios corporales. Pero la gran diferencia entre una y otra etapa es que en la pubertad se descubre el sexo y durante la adolescencia se da un paso más allá, es decir, se ponen en práctica los descubrimientos anteriores, aparecen las fantasías sexuales, los genitales se definen.

Algunos jóvenes tienen ya sus primeras relaciones sexuales completas, marcando un límite muy difuso entre su comportamiento y el de los adultos. Si la pubertad se convierte en algo similar a un juego exploratorio en el que prima el instinto, en la adolescencia ese juego va volviéndose poco a poco más consciente.

Sobre la adolescencia se ha escrito mucho y las definiciones han cambiado a lo largo del tiempo. Antiguamente, se la asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad. Hoy en día estamos más cerca de creer que se trata de una época de tránsito desde la infancia hasta la edad adulta, en la que los jóvenes, además de consolidar las transformaciones físicas iniciadas en la pubertad, construyen su propia personalidad. Es pues, un tiempo de cambio, de descubrimientos, en el que el pensamiento, las emociones o los sentimientos están a flor de piel.

La adolescencia tiene su punto de partida con la pubertad. Lo que no está tan claro es cuándo acaba la etapa adolescente.

Tanto la pubertad como la adolescencia coinciden en la fecha de inicio, fácilmente identificable, ya que los cambios corporales son visibles. Lo que no está tan claro es cuándo acaba la etapa adolescente. Algunos especialistas fijan la edad final del adolescente alrededor de los diecinueve años, pero esta cifra puede cambiar en función de diversas variables, como son la educación, la autonomía económica, etc. Parece

evidente que, en nuestra sociedad, la adolescencia se ha alargado en los últimos años, debido a que los jóvenes dedican más tiempo a los estudios y se independizan a una edad más tardía. Hay que recordar que la adolescencia, tan familiar entre nosotros, no es un concepto universal, puesto que en algunas sociedades primitivas los niños se transforman en adultos de la noche a la mañana, por medio de ritos.

Sin embargo en esta etapa, de nada sirven las recriminaciones que se hacen a una chica porque su manera de vestir o de maquillarse parece demasiado provocativa. Del mismo modo que el púber se siente extraño consigo mismo a causa de los cambios físicos que experimenta, algo parecido le ocurre con su entorno familiar, que le exige ahora otras normas y otras pautas de conducta. Es habitual, pues, que trate de rebelarse contra las imposiciones de los padres ya sea con sus salidas nocturnas, desafíos al frío, conductas temerarias y disfunciones fisiológicas (inapetencia, obesidad, fatiga.) Ante estas conductas lo más recomendable es que los padres recurran al diálogo con su hijo, que le den razones y explicaciones sobre la conveniencia de seguir las normas que se le imponen.

Sin embargo, hay que evitar ser severos y vengativos, y es igualmente importante no guardar resentimientos inútiles, ya que estos comportamientos solamente conseguirán complicar la relación, y no siempre será fácil ponerles remedio.

Aunque a veces parezca lo contrario, no es cierto que los chicos ignoren los consejos que se les dan.

La imaginación creativa es el principal recurso que tienen los púberes para crearse una realidad autónoma y diferente de la de su niñez y de la que le ofrecen los padres. Por ello, construyen su propia realidad imaginaria a través de diversas actividades, como, por ejemplo, el diario íntimo, el rincón personal, las nuevas aficiones, o la pasión por la ficción o por la poesía. Todos estos intereses requieren soledad o compañías escogidas. Precisamente, el culto a la amistad es típico de esta edad. Los amigos se extrañan, se disculpan, se sinceran

A esta edad, los chicos prefieren, por supuesto, el control de los amigos que el que

ejercen los padres, a los que sienten como si les estuvieran sometiendo a una verdadera persecución. Por ello, no es bueno que los padres invadan la habitación del chico sin su permiso, ni que entren en el baño mientras ellos lo ocupan, ni que lean sus cartas o registren sus armarios. Hay que empezar a gestar una relación de confianza mutua que sólo se irá conquistando con paciencia, tolerancia y tiempo.

No es bueno que los padres interfieran en las conversaciones telefónicas de su hijo con los amigos. Sólo cuando no se le pregunte tendrá ganas de explicar de qué ha estado hablando.

Es posible que los chicos que se sienten incomprendidos y controlados eviten su casa. Llegan más tarde de lo previsto, rehúyen la compañía paterna y puede que incluso se fuguen por una noche o varias horas.

2.8 SALUD REPRODUCTIVA Y RIESGO



Grafico: Muela, Suarez.- Programa de educación básica para jóvenes y adultos del Ecuador.

En los umbrales del siglo XXI, el problema del crecimiento poblacional no deja de ser una amenaza para el futuro del mundo. El promedio de vida en la Tierra es más alto hoy que antes, y el planeta no cuenta con recursos ilimitados. Al mismo tiempo, las condiciones de la sociedad y cultura contemporáneas han modificado el papel de la mujer y los contornos de la familia.

Por ello ocupa un primer plano el tema de la regulación de los nacimientos. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en los últimos años se plantean las exigencias de salud reproductiva, un concepto amplio y propositivo. Por las implicaciones éticas de la regulación de la natalidad, se cuenta además, el punto de vista tradicional del magisterio de la iglesia y las dificultades y polémicas que ha suscitado.

De esta forma se pretende entregar un material para el diálogo y la discusión en la familia y en los colegios. Por supuesto, la perspectiva de fondo de la información supone la convicción del valor irrenunciable de la vida y de la persona humana.

Las acciones de salud reproductiva, a pesar de involucrar también a los hombres, están dirigidas principalmente a las mujeres; a la hora de definir las, seguramente se puso de relieve que la fecundación, el embarazo y el parto suceden en el cuerpo de la mujer y las consecuencias de cualquier complicación involucran más a la mujer, al feto o al recién nacido.

Por otra parte, las estadísticas revelan que las secuelas de la mayoría de enfermedades de transmisión sexual son más graves en las mujeres y que los métodos de planificación familiar, usados en mayor cantidad por ellas, representan, en general, más riesgos potenciales que los que usan los hombres. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de los hijos y es su papel muy importante no sólo para el bienestar de ellos, sino para su crecimiento y desarrollo adecuados.

Por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia de que aquello era suficiente. Debió pasar mucho tiempo para que esta concepción se modificara, y sólo a fines del siglo XIX numerosos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

En el siglo anterior, en los años ochentas, el interés de la asistencia médica empezó a apartarse de los programas que se concentraban únicamente en la planificación de la familia. Los gobiernos y los programas de salud pública comenzaron a concentrar sus esfuerzos en la salud materna infantil y a integrar la planificación de la familia

principalmente en el período posterior al parto. La atención se concentraba en las madres y los niños sanos.

En 1987, el término maternidad sin riesgo adquiere relieve internacional, al haber sido mencionado por Mahler, ex director general de la Organización Mundial de la Salud. Entonces, al igual que ahora, la mortalidad materna variaba enormemente entre las naciones industrializadas y los países en desarrollo. El riesgo relativo de muerte materna en un país en desarrollo era entonces, como lo es hoy, 200 veces superior al de una nación industrializada. Los cuidados en el período prenatal y durante el parto contribuyeron a disminuir gradualmente la morbilidad y mortalidad materno-infantil; sin embargo los resultados no fueron satisfactorios. En los últimos años, se refuerza la idea de que aquellos cuidados, además de actuar en los periodos prenatal, parto y post parto, deben empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes de que la mujer se embarace. Esto garantiza una labor realmente preventiva.

El concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido y la atención neonatal precoz que, para fines prácticos, comprende el período que va desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido. Factores de tipo social, cultural, político y económico y elementos como vivienda, educación y alimentación, influyen en forma directa o indirecta sobre la salud reproductiva. De allí que exista la necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de concertar esfuerzos y concentrarlos en esta área. La salud reproductiva igualmente tiene condicionantes de orden afectivo y discriminatorio de la situación social de la mujer; ello exige establecer estrategias que tomen en cuenta un enfoque integral de todo el ciclo vital de la mujer y no solo en el período concepcional.

'Padres saludables; hijos saludables'

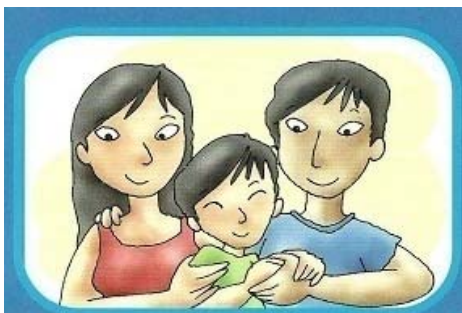


Grafico: Muela, Suarez.- Programa de educación básica para jóvenes y adultos del

El concepto de salud reproductiva fue formulado de manera muy general desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: "padres saludables = hijos saludables"³; esta noción recobra vigencia al ser presentada en 1990, con ocasión del Séptimo Congreso Mundial sobre Reproducción Humana. Tomando como base la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) formulada sobre la salud en general, se traslada este concepto a la salud reproductiva, a la que se define como "una situación en la que el proceso reproductivo se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades durante el proceso de reproducción"⁴.

El objetivo principal de la salud reproductiva es no solamente evitar que la madre y el feto o el recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre y que permita la obtención de un recién nacido saludable.

A pesar de que existe consenso sobre este concepto, no se han unificado los criterios sobre las acciones de salud para obtener hijos saludables.

La cultura de masas ha instrumentalizado el cuerpo femenino al que exhibe sea para vender un nuevo modelo de automóvil o anunciar cualquier otro producto. Pero el tiempo actual está marcado también por la presencia de fuertes movimientos feministas y de cambios significativos en el papel de la mujer dentro de la sociedad. El

conocimiento del cuerpo de la mujer está dirigido por el mismo objetivo de toda la colección: colaborar para una visión humanizante y personalizadora de la sexualidad.

¿Qué es la sexualidad? Si en su respuesta alude a los órganos genitales es porque usted puso de relieve las diferencias anatómicas entre el hombre y la mujer. Si en su respuesta alude a la relación sexual es porque usted puso de relieve la capacidad de placer que nos brindan nuestros órganos genitales. Si en su respuesta usted alude al hecho de ser "hombre" o "mujer" es porque usted asoció "sexo" con los papeles sexuales, es decir, la serie de comportamientos esperados para un hombre y una mujer dentro de una determinada sociedad.

La sexualidad no se limita al sentir de nuestros órganos sexuales, ni sólo al placer que éstos nos brindan, ni a la capacidad de reproducción que tenemos. El hecho de ser hombre o mujer no sólo implica que tengamos órganos femeninos o masculinos sino también se refiere a nuestros comportamientos, nuestros sentimientos, y nuestros papeles en la sociedad.

Nuestra manera de expresar la sexualidad es diferente según seamos hombres o mujeres. Las expectativas sociales dentro de valores culturales muy frecuentes en nuestra sociedad convierten al hombre en un agresor sexual mientras a la mujer la hacen pasiva y receptora. Sin embargo, estos papeles sexuales no son compatibles con la realidad sexual del hombre y la mujer e impiden el desarrollo óptimo de ambos.

Nuestra sociedad ha creado una imagen de la "mujer buena" como un ser sin sexualidad, que no responde con placer, que no inicia la actividad sexual, y que acoge sexualmente al hombre en forma pasiva. Esta es la mujer que muchos hombres ven como la esposa y madre de sus hijos y también es la mujer a la cual los hombres le son infieles con la "mujer mala". La "mujer mala" es sexualmente desenvuelta, sensual, exigente, y espontánea. Es la mujer "amante" de los hombres que tienen a la mujer buena en casa cuidando a sus hijos.

¡Qué completa es la mujer que integra en su ser tanto a la mujer "buena" como a la "mala", y qué feliz el hombre que viva con ella!

2.9 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los ´80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del

7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de

adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

2.10 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

2.10.1 Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

2.10.2 Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial,

otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

2.10.3 Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

2.10.4 Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. **2.10.4.1 Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. **2.10.4.2 Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

2.11 FACTORES PREDISPONENTES

2.11.1 Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2.11.2 Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

2.11.3 Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

2.11.4 Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola

2.11.5 Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

2.11.6 Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

2.11.7 Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

2.11.8 Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

2.11.9 Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

2.11.10 Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

2.11.11 Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

2.11.12 Factores socioculturales: “la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos”⁴.

2.11.13 Menor temor a enfermedades venéreas.

2.14 FACTORES DETERMINANTES

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación¹

2.15 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.15.1 LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo

⁴ Guyton A. Tratado de fisiología médica. Toluca; Imprentor, S.A.; 10ª Ed. Pgs.467-473 México. 2004

su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.15.2 ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo

por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

2.15.3 EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas

y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

2.16 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD–PATERNIDAD

2.17 ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las

psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

2.17.1 Consecuencias para la adolescente

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

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

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2.17.2 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

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

2.17.3 Consecuencias para el padre adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos

a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

2.18 CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.

En EE.UU, la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años.

En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres:

2.19 PRIMER TRIMESTRE

2.19.1 Trastornos Digestivos

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

2.19.2 Metrorragias

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

2.19.3 Abortos Espontáneos

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

2.19.4 Embarazos Extrauterinos

Según Aumentan ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

2.20 SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

2.20.1 Anemia

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

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

2.20.2 Infecciones urinarias

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

2.20.3 Amenaza de parto pretérmino

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

2.20.4 Hipertensión arterial gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.

En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

2.20.5 Mortalidad fetal

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

2.20.6 Parto prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

2.20.7 Crecimiento intrauterino retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia).

El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

2.20.8 Presentaciones fetales distócicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

2.20.9 Desproporciones cefalopélvicas

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

2.20.10 Tipo de parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

2.20.11 Alumbramiento

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

2.20.12 Otras complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra

en un 38,4% de las adolescentes gestantes⁵.

2.21 PREVENCIÓN

2.21.1 PRIMARIA

A realizarse antes de la actividad sexual.

Existen modelos para la prevención del embarazo adolescente. Los programas tienden a enfocarlos en particular o usar una combinación de enfoques. La mayoría de los programas de adolescentes para la prevención del embarazo utilizan los métodos que están en las categorías siguientes:

- Los programas de educación de abstinencia fomentan el aplazamiento del inicio en los contactos sexuales hasta que la persona es madura y suficientemente diestra para manejar la actividad sexual de una manera responsable y capaz de manejarse y responsabilizarse ante un embarazo potencial.
- Hay programas basados y enfocados en el conocimiento del adolescente sobre su cuerpo y funciones normales así como también dando información detallada sobre de anticonceptivos.
- Otros programas más clínicos en escuelas, enfocados a dar acceso más fácil a la información, aconsejado por asistentes sanitarios, y servicios anticonceptivos.
- Se reúne a adolescentes, y gente más mayor para facilitar discusiones que exploren los sentimientos y las actitudes sobre los impulsos físicos enfrentadas en las relaciones, entonces fomenta a otros adolescentes a resistir ante su compañero y las presiones sociales para llegar a estar sexualmente involucrado.
- Estos programas tienden a tomar más de un ejemplo experimental, ayudando a los adolescentes a personalizar los riesgos. Ellos también enseñan el uso de ciertos métodos anticonceptivos de barrera jugando y otros métodos, para cuando lleguen a estar sexualmente activos.

2.21.2 SECUNDARIA

⁵ <http://med.unne.edu.ar/revista.html>

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

- El programa debe también incluir a esos adolescentes ya involucrados en actividades sexuales, para demostrar sus experiencias dentro de las relaciones sexuales y la toda la información que se necesite obtener sobre los anticonceptivos de uso.

2.21.3 TERCIARIA

- Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones⁶.

2.22 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Grafico: Tomado folleto campaña de SIDA de Grupo Solidaridad y esperanza

Otros nombres: Enfermedades transmitidas sexualmente, Enfermedades venéreas, ETS

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las

⁶<http://www.ministeriodesaludpublica,ec/AFP/A,AnálisisdeSituacióndelembrazoadolescenteenlosPaísesdeelÁreaAndinaEAT,junio2007>.

bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS, que incluyen:

- **clamidia**
- **Gonorrea**
- **Herpes simple**
- **VIH SIDA**
- **VPH**
- **Sífilis**
- **Tricomoniasis**

La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ETS, puede causarle graves problemas de salud al bebé.

2.22.1 Infecciones por Clamidia



Grafico: Tomado de la guía de sexo seguro.

Si padece de ETS causada por bacterias o parásitos, el médico puede tratarla con antibióticos u otros medicamentos. Si padece de ETS causada por un virus, no hay curación. Algunas veces los medicamentos pueden mantener la enfermedad bajo

control. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con infecciones por clamidia

Otros nombres: Clamidia

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual común causada por una bacteria. Se contagia a través de las relaciones sexuales o contacto sexual con una persona infectada. Tanto los hombres como las mujeres pueden tenerla. La clamidia no suele causar síntomas. Cuando sí presenta síntomas, puede aparecer una sensación de ardor al orinar o una secreción anormal por la vagina o el pene.

La clamidia puede provocar una infección urinaria tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, una infección en el sistema reproductivo puede conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas serios con el embarazo. Los niños que nacen de madres infectadas pueden tener infecciones oculares y neumonía por clamidia. En los hombres, la clamidia puede infectar el epidídimo, que es el conducto que lleva el esperma. Esto puede causar dolor, fiebre y, en raros casos, infertilidad.

La infección por clamidia puede curarse con antibióticos. Si usted es una persona sexualmente activa, utilice preservativos para disminuir sus riesgos de contagiarse. Los especialistas recomiendan que las mujeres de 25 años o menos se realicen pruebas de clamidia todos los años.

2.22.2 Gonorrea

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual curable. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano.

“Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas, especialmente en las mujeres. En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede producir epididimitis, que afecta los testículos y puede causar infertilidad. En las mujeres, la gonorrea puede provocar hemorragias entre los períodos

menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas de infertilidad y en el embarazo. La gonorrea puede pasar de la madre al bebé durante la gestación⁶.

La gonorrea puede curarse con antibióticos indicados por el médico. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la gonorrea.

2.22.3 Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.

⁶ESCOBEDO E. Fletes U, VELÁSQUEZ L. Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Con mujer. Segob. 2000⁶

Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en manos y pies. Muchas personas no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

Las llagas causadas por la sífilis facilitan adquirir o contagiar el VIH durante las relaciones sexuales. Si está embarazada, la sífilis puede causar defectos congénitos o abortos. En casos raros, la sífilis causa problemas de salud serios e incluso la muerte.

Si se detecta a tiempo, la enfermedad se cura fácilmente con antibióticos. El uso correcto de preservativos de látex disminuye enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse la sífilis.

2.22.4 Tricomoniasis o Vaginitis por tricomonas

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Afecta tanto a los hombres, como a las mujeres, pero los síntomas son más comunes entre las mujeres. Los síntomas entre las mujeres incluyen una secreción vaginal verdosa o amarillenta, picazón en la vagina o cerca de ésta y molestias para orinar. La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presenta síntomas, pero pueden tener irritación dentro del pene.

La infección por tricomonas puede curarse con antibióticos. Entre los hombres, la infección suele desaparecer espontáneamente sin provocar síntomas. Pero un hombre infectado puede continuar infectando o reinfectando a una mujer hasta que reciba tratamiento. Por lo tanto, es importante que ambos integrantes de la pareja reciban tratamiento al mismo tiempo. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.

2.22.5 Sida



Otros nombres: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir agujas con drogas

o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto. Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

Con un análisis de sangre se puede saber si una persona tiene una infección por VIH. El profesional de la salud puede realizar la prueba o llamar para una derivación a la línea nacional 1-800-CDC-INFO (en español y en inglés, las 24 horas del día, 1-800-232-4636; 1-888-232-6348 - TTY).

No existe una cura, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años.

2.22.6 Virus del papiloma humano o VPH

Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH, otras no tienen síntomas. Un profesional de la salud puede tratar o eliminar las verrugas. En las mujeres, el examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino que pudieran evolucionar en cáncer.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Una vacuna puede proteger contra varios tipos de

VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

2.23 CONFLICTOS FAMILIARES

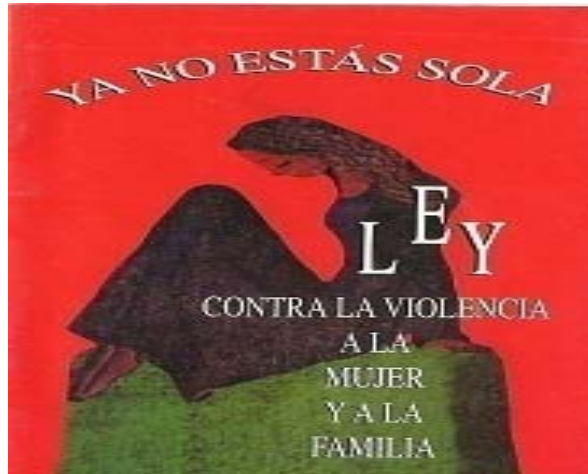


Grafico: tomado del folleto concejo de la Mujer.

Tanto se ha discutido sobre el aborto y el derecho a la vida desde la concepción, que se ha soslayado un tema de igual o mayor trascendencia.

Según encuestas, del total de mujeres de entre 15 y 24 años de edad, han tenido ya relaciones sexuales el 47% de ellas, con la relevante circunstancia de que el 80% tuvo relaciones antes de cumplir los 15 años de edad.

Del grupo en estudio, el 37% de las adolescentes inició su vida sexual sin previo matrimonio y más de la mitad de aquellas que tuvieron relaciones premaritales son chicas de escasa educación primaria y apenas un 30% ha llegado a instrucción secundaria.

A más de los conflictos personales, familiares y de otros órdenes que ocasionan tales embarazos y que conducen en tantos casos, clandestinamente o no, al aborto provocado, con graves riesgos para la vida de las jóvenes y que en otros casos llevan hasta el suicidio, ¿qué destino les espera a estas madres prematuras?

Tras el parto, aquellas muchachas que vivían de su trabajo y aquellas que estudiaban, dejan en su mayoría de trabajar o estudiar porque no tienen a quién encargar el infante o el niño. Se ven obligadas a afrontar una situación de lo más penosa. ¿Con qué recursos seguir viviendo y además criar al niño? Muchas de ellas, al ser descubiertas en su estado de embarazo, son echadas a la calle y en la mayoría de los casos el padre, otro adolescente, tampoco asume las responsabilidades que le corresponden.

Del total de muertes maternas que registran las estadísticas nacionales, el 20% corresponde a chicas entre 13 y 19 años de edad, es decir, cuando comienza el periodo más vital de su existencia. Vidas y más vidas se truncan precisamente cuando otras jóvenes, infinitamente más afortunadas, dan vuelo a sus ilusiones y proyectos.

Los datos presentados muestran una sombría faceta de los cambios cruciales que se han producido en el país y que afectan ante todo a los adolescentes y en particular a las mujeres.

Ecuador atraviesa esta dolorosa realidad familiar y social que, ya sea por hipocresía, mala fe, razones políticas u otras, se ha ocultado o ignorado. Es el caso en la ciudad de Saquisilí, donde los padres de familia tienen en su cultura el principio de hacerse cargo y responsabilizarse por la nueva criatura que está en camino y logran que el padre, como manifiesto en párrafos anteriores, otro adolescente, se case y no solo reconozca su paternidad sino que responsa frente al nuevo ser y su esposa adolescente.

“Cuánto sería de desear entonces que aquellas personas que con tanta vehemencia condenaron el aborto y defendieron la vida desde la concepción, en adelante muestren su compromiso con la vida poniendo igual empeño en proteger y cuidar de estas adolescentes desamparadas y sus hijos”.¹⁰³

Copio textualmente el párrafo anterior, para demostrar que quienes quieren que la

7 Plutarco Naranjo.- Pobres adolescentes embarazadas

responsabilidad recaiga en ciudadanos comunes y corrientes, en quienes creen en una forma de valores morales del hombre, frente a un criterio en el cual se debe manejar el embarazo adolescente como una situación normal y que no trae consecuencias posteriores.

No es cuestión de cerrar los ojos y ver con los ojos del alma y sentir compasión y nada más, a parte de los graves conflictos familiares que llegan a tener las adolescentes embarazadas, estos conflictos como manifiesto anteriormente, no solo con los padres de la chica, hay una resistencia en los padres del joven cuando éste se hace cargo de la responsabilidad que tiene que asumir, en la mayoría de los casos “tan solo por la muestra de amor”⁷ y en otros por demostrar la valentía, del chico y en otros por no dejar que éste se vaya.

Posteriormente, esta relación de dos adolescentes, tienen que soportar una cruda realidad, esto es la de tener que cuidar de un nuevo ser, sin la experiencia del caso, abandonados al infortunio y en muchos de los casos sin tener que dar de comer. Inmediatamente surgen las discusiones entre la pareja y la vida de este “nuevo hogar”, no es lo suficientemente buena, y en la mayoría de los casos, terminan destruyendo, algo que quisieron construir sin bases, sin la experiencia necesaria y abandonados de quienes debían guiarlos.

Todo esto conlleva conflictos familiares y la niña termina siendo rechazada, abandonada e incluso golpeada. Otro porcentaje tiene la suerte de ser acogida por sus familias, pero de todas maneras la futura mamá ve frustrado su desarrollo personal, Además, dentro de los costos personales, se encuentra la casi certeza de que la niña tendrá que interrumpir sus estudios secundarios, ya que sea por la decisión de llevar un embarazo más tranquilo, o simplemente porque el establecimiento se lo exigió.

2.23.1 Maltrato, pobreza y desconocimiento



Grafico: Tomado de Centro medico de orientación y planificación Familiar. CEMOPLAF.

Son innumerables las causas que explican el embarazo en la adolescencia. Están la soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida. O la muchacha que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida. Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos. Como si no les importase nada.

Los problemas domésticos conducen con frecuencia al embarazo. Si una niña se construyó en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática. Chicas que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos, que no logra superar.

El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad de la pareja papá - mamá o el acoso sexual por parte de algún familiar puede transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones erráticas y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias.

La pobreza explica numerosos embarazos. Por ejemplo, en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor. Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados.

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica. De 200 casos de adolescentes embarazadas, más de la mitad tenía instrucción secundaria. Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida de las chicas y los muchachos dentro de los valores, mutaciones y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea.

Desconocen los derechos de la mujer. No poseen un saber adecuado sobre su cuerpo, la salud reproductiva y la necesidad de valorar el sentido y la dimensión de su presencia social. El colegio les habla de todo, menos de sí mismas y de su cuerpo destinado a lo placentero pero también siempre dispuesto a la concepción. A las profesoras y profesores les asusta hablar de libertad y de amor, de ternura y de placer.

Muchas chicas están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente. Conocen de nombre los métodos de control de la fecundidad, pero no saben cómo utilizarlos. Por ejemplo, la mayoría cree que la píldora es un preservativo que funciona

bien tomándolo antes de cada relación. Mientras otras utilizan supuestos métodos de control creados en el mundo de la fantasía, de los decires anónimos de otras adolescentes como, por ejemplo, el jugo de remolacha con limón.

2.24 EL ABORTO COMO SOLUCIÓN A LOS EMBARAZOS FORZADOS O DESEADOS



Grafico: Tomado de Centro medico de orientación y planificación Familiar. CEMOPLAF.

Interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación, puede ser espontáneo, natural, o provocado. Interrupción precoz del embarazo, espontánea o inducida, seguida por la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal. Puede estar precedido por pérdidas sanguíneas por la vagina. Médicamente el aborto corresponde a los dos trimestres iniciales pero para efectos legales abarcan aún el tiempo de parto prematuro.

Como bien dice el Profesor José Fernando Botero Bernal “La vida humana pasa por diferentes períodos y acudiendo a esas fases la doctrina ha elaborado una división en vida independiente y vida dependiente, constituyendo el atentado contra la primera Homicidio y el atentado contra la segunda Aborto”⁸.

Según investigaciones se determina que las adolescentes desconocen con claridad los métodos anticonceptivos, ocasionando embarazos no deseados.

En la investigación realizada por Katerin Yacchirema Saltos y Diana García Alvarado, alumnas del tercer año de bachillerato del colegio Verbo Divino, sobre el aborto, manifiestan que es considerado un asesinato silencioso que no solo destruye a seres indefensos sino más bien se lleva la vida espiritual de muchas adolescentes que recurren a él. Dichos actos, por ser ilegales, se los practica clandestinamente y en condiciones no apropiadas de higiene.

Muchas jóvenes desconocen los procesos que se realizan durante un aborto, y por lo tanto no son conscientes del sufrimiento los indefensos seres ya que ellos tratan de sobrevivir, o aún peor de las secuelas que dejará tanto en su cuerpo como en su corazón. Muchas veces las persiguen en sueños y les causan un grave trastorno emocional para el cual las adolescentes no están preparadas.

Debido a la falta de comunicación en el núcleo familiar, las adolescentes recurren a tomar decisiones apresuradas que las llevan a lugares ilícitos, sin higiene ni apropiados equipos para realizar un procedimiento de esta magnitud, lo que en un futuro les ocasionará consecuencias irreversibles.

⁸ AMORÍN JOSÉ (1980), Didáctica expresión y Ciencias, Ediciones Nauta S.A

Definitivamente sabemos que existe un gran vacío en cuanto a la educación sexual prestada en los establecimientos, tomando en cuenta que muchas adolescentes manifiestan que consideran al Aborto como un método anticonceptivo. Y por otro lado una gran mayoría de adolescentes que desconocen los métodos que se practican en el Aborto.

Las estudiantes adolescentes necesitan de una correcta educación sexual práctica y no netamente teórica, con material didáctico, no basado en pornografía sino más bien en documentales sobre el correcto uso de los métodos anticonceptivos, procesos realizados en el aborto, sus consecuencias, y riesgos tanto para el feto como para la madre.

Dejando de lado estos temas como tabúes e inteligenciándose sobre el tema los docentes

deben tener la capacidad de crear un ambiente de confianza que les permita a las jóvenes esclarecer todas sus dudas. Si bien es cierto que antes las estadísticas no evidenciaban un porcentaje alto de abortos, debido a que es una práctica clandestina.

Cabe recalcar que en un comienzo no se le dio la seriedad del caso pero en la actualidad debemos entender que las adolescentes no tienen conocimientos básicos sobre el tema y que nunca se les explicó nada parecido. Los responsables no solo son los maestros, también son los padres porque son ellos quienes deberían criar a sus hijos en un ambiente de valores y confianza.

2.25 INCIDENCIA EN LA EDUCACIÓN

No debemos tomar como una equivocación a lo que sucede en las estudiantes de los sectores rurales, como todos los seres humanos, unas con más desconocimiento que otras, al caer en el difícil problema de un embarazo precoz, se ven abocadas a diferentes situaciones tanto en el hogar como en las instituciones educativas.

Hasta ya entrado el presente siglo, la mayoría de las mujeres se casaban a edad muy temprana, muchas alrededor de los 15 años y pocas hacia los 18. Porque el destino vital de la mujer no era otro que casarse y tener hijos. Y cuanto antes lo hacía, mejor, porque dar hijos a la sociedad significaba una obligación-impuesta por las costumbres y también por las necesidades de un mundo en donde la mortalidad de los niños y las mujeres era sumamente alta. Las pestes diezaban en pocos días ciudades y regiones enteras, y las guerras se encargaban de arrasar con lo poco que quedaba.

En nuestro medio latinoamericano y nacional, no fueron las guerras sino fue la insalubridad crónica la encargada de matar a la población, en especial a niñas, niños y mujeres. La esperanza de vida promedio para las mujeres, al comenzar el presente siglo, apenas si llegaba a los 40 años, mientras que las tasas de mortalidad infantil bordeaban los 180 por cada mil nacidos vivos. Un cuadro espeluznante de mortalidad materno infantil, ocasionada por complicaciones del embarazo, el parto y el postparto y por

enfermedades que, en la actualidad, son fácilmente tratadas.

Esto no quiere decir que la situación se ha solucionado en nuestro país, los embarazos precoces siguen siendo un problema y una causa de mortalidad materna infantil, pero por el desconocimiento y la falta de diálogo que deben tener las chicas especialmente con sus madres y la poca información que se les da en las Instituciones educativas.

Estos embarazos precoces de las estudiantes, tienen incidencia en la deserción escolar y en algunos casos no solo a la deserción, sino llegando al suicidio.

Los docentes los marginan a las estudiantes embarazadas, aún en contra del código de la niñez y adolescencia y como se dice en los términos estudiantiles, los toman el “diente”, en algunos casos hasta llegar a despecharlas y la consecuencia lógica el abandono de sus estudios en forma definitiva. Otras luego del embarazo retoman sus estudios, sin llegar a profesionalizarse, porque ya tienen que atender a su hijo o hija y fundamentalmente tiene que mantener o sea buscar el sustento para llevar el pan del día a su hogar.

“Lo expuesto, nos lleva a entender en forma terminante que los embarazos precoces en las adolescentes estudiantes, influye o trunca en la mayoría de los casos su vida estudiantil. En el Acuerdo Ministerial N° 089, se prohíbe a las autoridades de los planteles de los diferentes niveles y modalidades del sistema educativo nacional, la expulsión, suspensión, negación de matrícula o cualquier tipo de discriminación a las estudiantes que estén en estado de embarazo, con el propósito de precautelar los intereses prioritarios de los niños, niñas, adolescentes y educandos en general”.⁹

2.26 COMO INCIDE EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR

Como sabemos la educación es un hecho intencionado y, en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca permanentemente mejorar el rendimiento del estudiante. En este sentido, la variable dependiente clásica en cualquier análisis que involucra la educación es el rendimiento académico, también denominado rendimiento escolar, el cual es definido de la siguiente manera: "Del latín reddere (restituir, pagar) el rendimiento es una relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo. Es

un nivel de éxito en la universidad, en el trabajo, etc.", El problema del rendimiento académico se entenderá de forma científica cuando se encuentre la relación existente entre el trabajo realizado por los profesores y los estudiantes, de un lado, y la educación (es decir, la perfección intelectual y moral lograda por éstos) de otro, al estudiar científicamente el rendimiento, es básica la consideración de los factores que intervienen en él. Por lo menos en lo que a la instrucción se refiere, existe una teoría que considera que el buen rendimiento académico se debe predominantemente a la inteligencia de tipo racional sin embargo, lo cierto es que ni siquiera en el aspecto intelectual del rendimiento, la inteligencia es el único factor. Al analizarse el rendimiento académico, deben valorarse los factores ambientales como la familia, la sociedad, las actividades extracurriculares y el ambiente estudiantil, los cuales están ligados directamente con nuestro estudio del rendimiento académico.

Además el rendimiento académico es entendido como una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. De la misma forma, ahora desde una perspectiva propia del estudiante, se define el rendimiento como la capacidad de responder satisfactoriamente frente a estímulos educativos, susceptible de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos pre-establecidos. Este tipo de rendimiento académico puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado grupo de conocimientos o aptitudes. Según Herán y Villarroel (1987).

El rendimiento académico se define en forma operativa y tácita afirmando que se puede comprender el rendimiento previo como el número de veces que el estudiante a repetido uno o más cursos.

Sostiene que el rendimiento académico es el resultado obtenido por el individuo en determinada actividad académica. El concepto de rendimiento está ligado al de aptitud, y sería el resultado de ésta, de factores volitivos, afectivos y emocionales, además de la ejercitación. Novaéz (1986)

Define el rendimiento académico como la expresión de capacidades y de características psicológicas del estudiante desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje que le posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros

académicos a lo largo de un período, año o semestre, que se sintetiza en un calificativo final (cuantitativo en la mayoría de los casos) evaluador del nivel alcanzado. Chadwick (1979)

Resumiendo, el rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el estudiante, por ello, el sistema educativo brinda tanta importancia a dicho indicador. En tal sentido, el rendimiento académico se convierte en una "tabla imaginaria de medida" para el aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación. Sin embargo, en el rendimiento académico, intervienen muchas otras variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc., y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, las actividades que realice el estudiante, la motivación, etc. El rendimiento académico o escolar parte del presupuesto de que el alumno es responsable de su rendimiento. En tanto que el aprovechamiento está referido, más bien, al resultado del proceso enseñanza-aprendizaje, de cuyos niveles de eficiencia son responsables tanto el que enseña como el que aprende.

2.26.1 Características del rendimiento académico

Después de realizar un análisis comparativo de diversas definiciones del rendimiento académico, se puede concluir que hay un doble punto de vista, estático y dinámico, que encierran al sujeto de la educación como ser social. En general, el rendimiento académico es caracterizado del siguiente modo:

- a) el rendimiento en su aspecto dinámico responde al proceso de aprendizaje, como tal está ligado a la capacidad y esfuerzo del alumno;
- b) en su aspecto estático comprende al producto del aprendizaje generado por el estudiante y expresa una conducta de aprovechamiento;
- c) el rendimiento está ligado a medidas de calidad y a juicios de valoración;
- d) el rendimiento es un medio y no un fin en sí mismo;
- e) el rendimiento está relacionado a propósitos de carácter ético que incluye expectativas económicas, lo cual hace necesario un tipo de rendimiento en función al modelo social vigente.

2.26.2 Definición de deserción escolar

- La deserción escolar es un problema educativo que afecta al desarrollo de la sociedad, y se da principalmente por falta de recursos económicos y por una desintegración familiar. (Luis Jáuregui Arias. Estudiante de la Universidad Valle del Grijalva...)
- La deserción escolar es un problema educativo que afecta al desarrollo de la sociedad, y se da principalmente por falta de recursos económicos y por una desintegración familiar. (Luis Jáuregui Arias. Estudiante de la Universidad Valle del Grijalva.)
- Es un fenómeno social ocasionado por diversas causas ya sean políticas, económicas, familiares, etc. Lo cual debe ser estudiado detenidamente para determinar las posibles soluciones, así como también su prevención. (Erika corvetto castro. Estudiante de la universidad nacional mayor de san marcos).

2.26.3 Deserción escolar, en aumento

La educación de los niños, niñas y adolescentes es un tema que todavía está pendiente en el país. Después de dos semanas de que se iniciaron las clases en la Sierra y en la Amazonía, el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia presentó, la semana anterior, un diagnóstico que explica la situación del área primaria y secundaria. Los datos que fueron obtenidos de la Encuesta de Empleo de 2004, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y por el Sistema Nacional de Estadística y Censos del Ministerio de Educación (Sinec) revelan que la desigualdad de distribución de recursos, la falta de infraestructura, deserción, etc., son desde hace 15 años las principales causas por las que el nivel educativo es deficiente.

9Página. de Internet:

http://www.acf.hhs.gov/programs/fysb/content/aboutfysb/yes_pregnant_sp.htm

Según el Código de la Niñez y Adolescencia, uno de los derechos de los menores es el acceso a la educación básica. No obstante, solo el 52% de adolescentes, de 17 años en la Sierra, no completó este ciclo. En cambio, en la Amazonía, 67 mil chicos se retiraron de

clases y, el 24% de los niños deja los estudios luego de terminar el 6.º grado.

Hay otros aspectos que se mantienen e incluso se han hecho más frecuentes en el país:

2.26.4 La educación primaria

Si bien el 92% de los niños y niñas de 6 a 11 años asisten a la escuela, las estadísticas no son tan alentadoras, ya que este porcentaje es el mismo desde hace 15 años y no se conocen acciones por parte del Ministerio de Educación para disminuir la incidencia del 8%, el cual perjudica a 140 mil niños que no van a la escuela.

2.26.5 La deserción escolar

Entre el 60% y 70% de los estudiantes secundarios de la Sierra y Amazonía dejaron de estudiar por falta de dinero. Se estima que el 62% vive con menos de \$2 diarios. En la Sierra, la mitad de los niños en edad escolar son pobres y en la Amazonía, siete de cada 10 pequeños son indigentes. De estos, el 13% realiza trabajos fuertes.

Otra de las causas de la deserción es la falta de interés: en ambas regiones se registró que entre el 10% y el 19% de los niños y adolescentes no entraron a estudiar porque no les interesaba aprender, ya que la mayoría de los centros educativos no tiene metodologías pedagógicas motivadoras.

2.26.6 Acceso a los recursos básicos

En las dos regiones, más de la mitad de los menores vive en precarias condiciones. La mayoría comparte su dormitorio con más de tres personas y no cuenta con agua potable, luz, mucho menos teléfono. Esta situación incrementa el riesgo de sufrir enfermedades del estómago, garganta y hasta de la piel. (GCA)

2.27 LOS ESPECIALISTAS

¡Los niños deben dedicarse a lo suyo!

"La lógica de mercado es la que rige los sistemas de educación y en general en los

sociales. En la actualidad, las condiciones de adquisición no son las mejores para algunos pobladores, y esto marca la brecha entre los que pueden y no pueden estudiar.

Por esta razón, vemos a los niños que desde muy pequeños se deben dedicar al trabajo y no al elemento esencial, el estudio.

Las deserciones se dan por la falta de oportunidades y propuestas claras en beneficio de este sector. Es necesario valorar a escala nacional, la importancia de la educación como factor de crecimiento humano y esto se consigue con una política de educación.

2.28 Crean beca escolar para evitar deserción escolar en Ecuador

El gobierno de Ecuador anunció el sábado que el próximo lunes creará una beca escolar para incrementar el ingreso familiar y retener en la escuela a los niños con edades entre los 6 y 15 años, en situación de extrema pobreza o indigencia.

Un comunicado de la secretaría de Comunicaciones de la Presidencia de la República sostiene que el programa Beca Escolar estará bajo la competencia del Frente Social y se ejecutará en estrecha coordinación entre el Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Educación y Cultura.

Para recibir el beneficio de la beca el representante del menor deberá presentar en la agencia de pago su cédula de identidad y un certificado de asistencia emitido por el director de la escuela por medio del cual garantizará que sus hijos cumplirán con el 90% de asistencia a clases.

También cada familia podrá tener un máximo de dos niños por hogar y recibirá 12 dólares cada dos meses por medio de las redes de cooperativas privadas.

En la actualidad programas gubernamentales atienden a 34.000 beneficiarios en nueve de las veintidós provincias del país y, según la fuente, se planea la posibilidad de aumentar a 135.000 beneficiarios.

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

3.2 MÉTODOS

El método fue inductivo deductivo.

3.3 PROCESO DEL MÉTODO INDUCTIVO

Observación.- Se realizó a las alumnas del segundo año de bachillerato del Colegio Nacional Saquisilí.

Comparación.- Se ha realizado la comprobación por medio de los recopilados en las diferentes.

Abstracción.- Creo que es la parte más importante en el proceso de investigación sobre el problema planteado.

Generalización.- Luego de haber obtenido la información necesaria se concluye que es un problema en las adolescentes.

3.4 PROCESO DEL MÉTODO DEDUCTIVO

Aplicación.- Luego que se plantió el problema general se verifico si es posible aplicarlo en forma individual.

Comprobación.- Luego se puede que es un problema general el embarazo prematuro en las adolescentes.

Demostración.- Yo quiero demostrar que a través de encuestas, libros, folletos y otros medios es un problema que se puede ver, se tiene que tratar con cuidado en las adolescentes.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población motivo de la investigación corresponde al Primer Año de Bachillerato del Colegio Nacional Saquisilí, con un universo de 114 estudiantes y una muestra de 80 estudiantes, 10 docentes y 4 miembros del Centro de Salud del cantón.

3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos, lo realicé, a través de encuestas y cuestionarios con preguntas cerradas. Así como mediante observaciones del medio en el que se desenvuelve la institución educativa motivo de mi investigación, así como de la realidad socio – cultural y económica de los hogares de donde provienen los estudiantes.

3.7 UNIVERSO Y MUESTRA

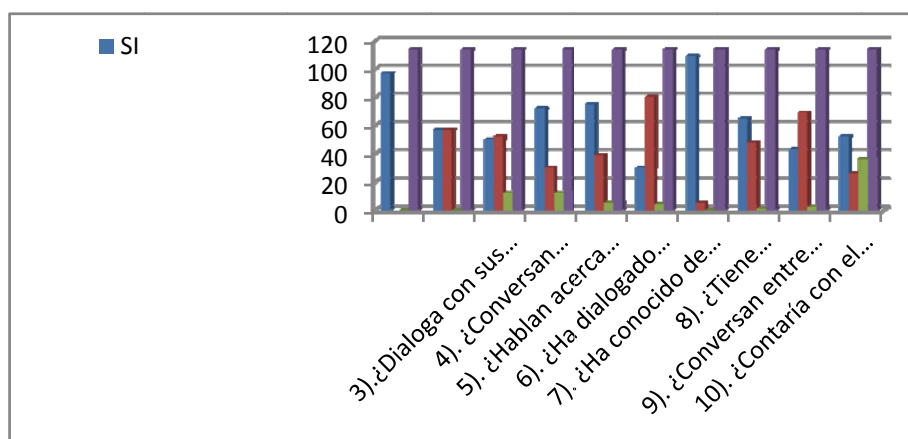
3.7.1 UNIVERSO

En el cuadro que a continuación demostramos el Universo.

INSTITUCIÓN	ESTUDIANTES	PROFESORES	PADRES DE FAMILIA
Colegio Nacional Saquisilí	114	38	40

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS ENCUESTAS
ESTUDIANTES

OPCIONES	SI	NO	NO RESPONDE	TOTAL
1) ¿Comunica a sus padres donde se encuentra durante su tiempo libre?	97	17	0	114
2) ¿En su hogar conversan temas de educación sexual?	57	57	0	114
3) ¿Dialoga con sus padres acerca del enamoramiento?	50	52	12	114
4) ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo?	72	30	12	114
5) ¿Hablan acerca de enfermedades de transmisión sexual, con sus compañeros?	75	39	5	114
6) ¿Ha dialogado con sus padres acerca de los anticonceptivos?	30	80	4	114
7) ¿Ha conocido de casos de embarazos de estudiantes del colegio?	109	5	0	114
8) ¿Tiene conocimientos de sus derechos sexuales?	65	48	1	114
9) ¿Conversan entre compañeras(os) de experiencias sexuales?	43	69	2	114
10) ¿Contaría con el apoyo de sus padres en caso de estar embarazada?	52	26	36	114



3.7.2 MUESTRA

De los 114 alumnos, 38 profesores y 40 padres de familia que es el universo de la investigación.

3.7.3 PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

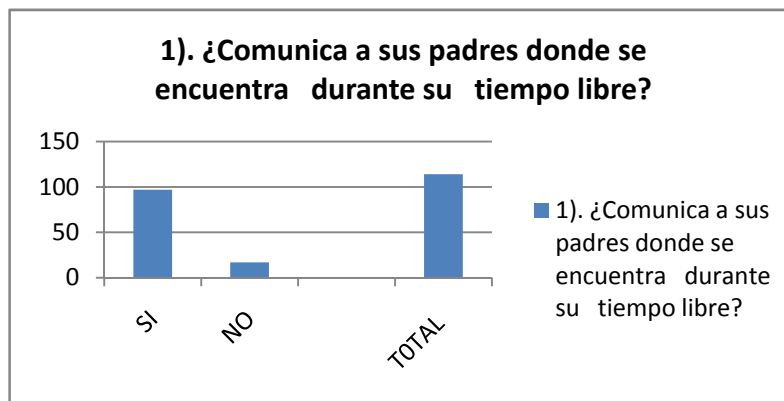
1

TABLA 3.1

1).Comunica a sus padres donde se encuentra durante su tiempo libre?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	97	85%
No	17	15%
No responde	0	0%
Total	114	100%

GRAFICO 3.1



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.1 gráfico 3.1)

Análisis: (85%, 15%, 0%)

- * El 85% corresponde al sí comunica a sus padres donde se encuentra en su tiempo libre; lo queda mayor tranquilidad a sus padres
- * El 15% no avisa a sus padres, lo que ocasiona problemas que no se puede remediar
- * El 0% no responde

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

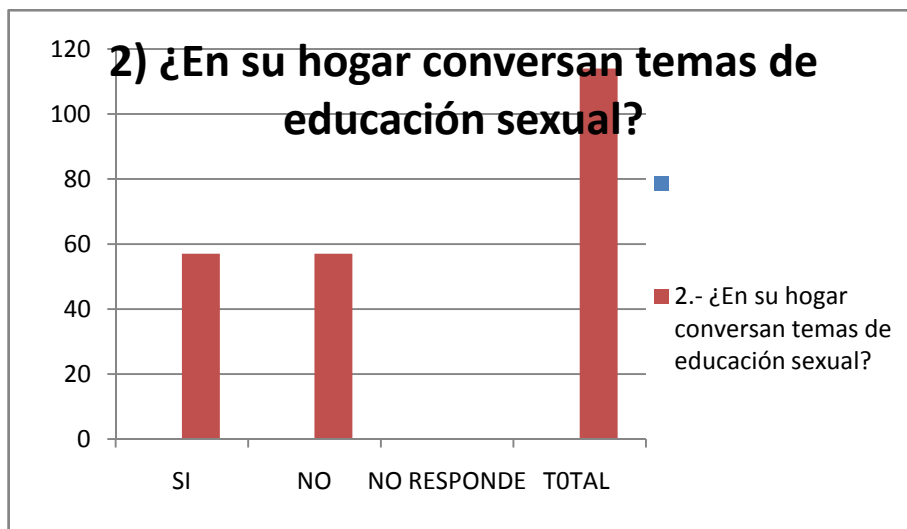
2

TABLA 3.2

2.- ¿En su hogar conversan temas de educación sexual?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Si	57	50%
No	57	50%
No responde	0	0%
Total	114	100%

GRAFICO 3.2



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.2 grafico 3.2)

Análisis: (50%, 50%, 0%)

*El 50% corresponde al sí hablan temas de educación sexual a veces conversa con sus padres

* El 50% corresponde al no esto refleja que no conversa con sus padres sobre temas de educación sexual

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

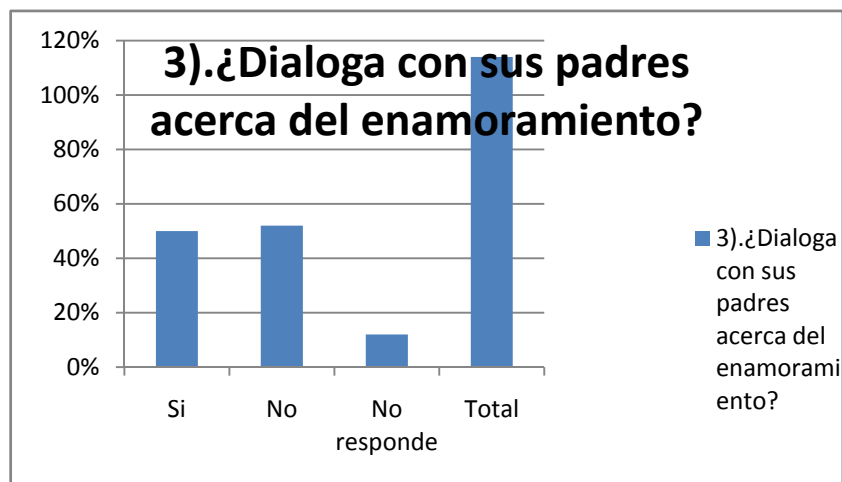
3

TABLA 3.3

3).¿Dialoga con sus padres acerca del enamoramiento?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Si	50	44%
No	52	46%
No responde	12	10%
Total	114	100%

GRAFICO3.3



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.3 grafico3.3)

Análisis: (44%, 46%, 10%)

*El 44% corresponde al sí hablan con sus padres acerca del enamoramiento, dan consejos y orientan a sus hijos/hijas

*El 46% corresponde al no nunca hablan con sus padres acerca de estema de En lo se refiere al enamoramiento

*El 10% corresponde al no sus padres se dedican a sus negocios y trabajo.

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

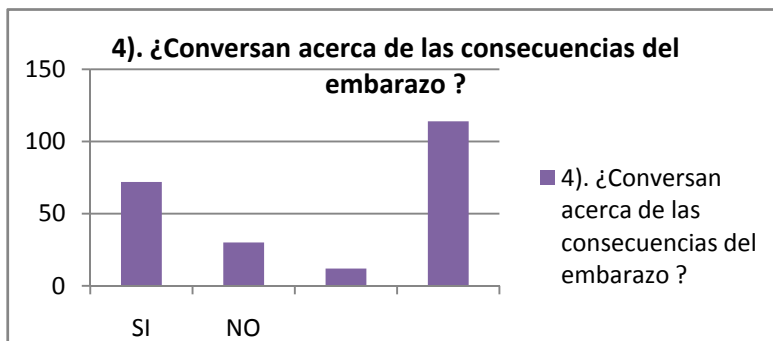
4

TABLA 3.4

4) ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	POCENTAGE
Si	72	63.16%
No	30	26.32%
No responde	12	10.52%
Total	114	100%

GRAFICO 3.4



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.4 grafico 3.4)

Análisis: (63.16%, 26.32%, 10.52%)

*El 63.16% corresponde al sí, conversa con sus madres sobre el embarazo ella lo aconseja a su hija que nunca tenga un embarazo no deseado

* El 26.32% corresponde al no, a pesar que su madre lo aconseja las consecuencias del embarazo no lo hacen caso lo toma como burla sus sabios consejos

* El 10.52% no responde nunca habla con su madre, más bien conversa con sus amigas en vez de orientar acerca del embarazo lo apoya para lo haga

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

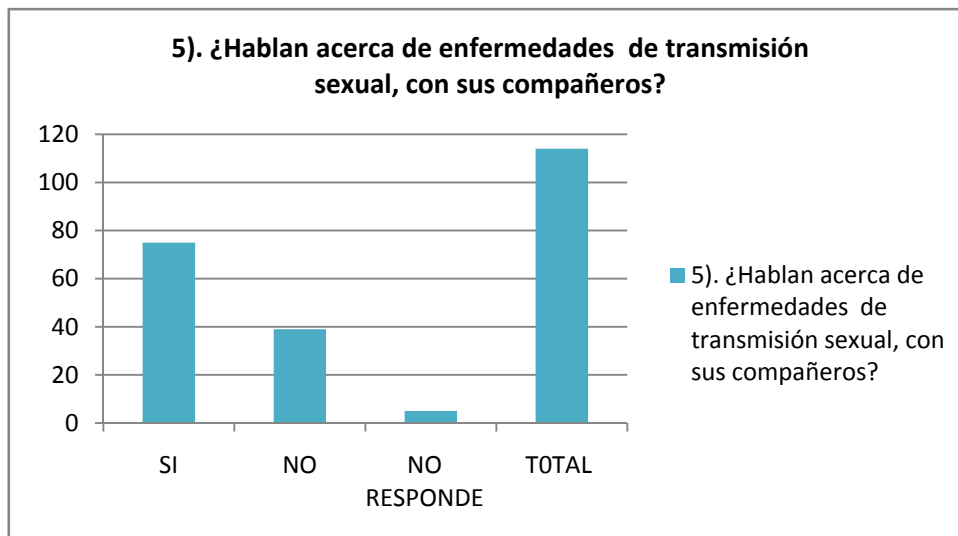
5

TABLA 3.5

5) ¿Hablan acerca de enfermedades de transmisión sexual, con sus compañeros?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	75	66%
No	34	30%
No responde	5	4%
Total	114	100%

GRAFICO 3.5



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.5 grafico 3.5)

Análisis: (66%, 30%, 4%)

*El 66% corresponde al si hablan acerca de enfermedades sexuales, de dicha conversaciones puede tomar algunas precauciones

* El 30% pertenece al no, entre sus amigos no hablan acerca de este tema

* El 4% no responde por temor a sus amigos

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

6

TABAL 3.6

6) ¿Ha dialogado con sus padres acerca de los anticonceptivos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Si	30	26%
NO	80	70%
No responde	4	4%
Total	114	100%

GRAFICO 3.6



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.6 grafico 3.6)

Análisis: (26%, 70%, 4%)

*El 26% pertenece al si, dejando el temor dialoga con sus padres acerca de la pregunta

*El 70% corresponde al no, temor que los padres lo regañe no hablan

*El 4% pertenece no responde desconoce acerca de los anticonceptivos

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

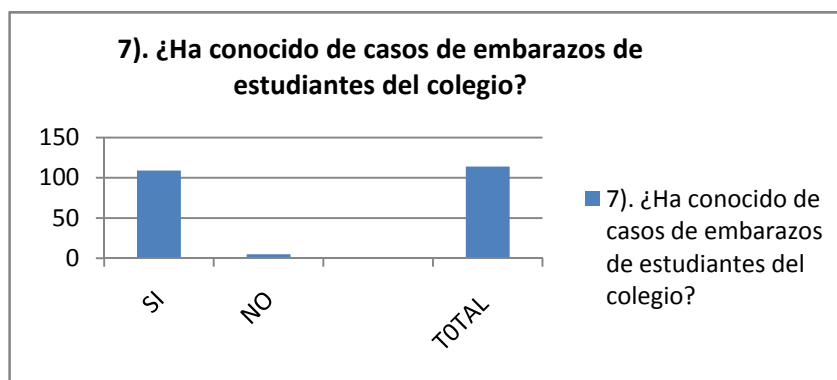
7

TABLA 3.7

7) ¿Ha conocido de casos de embarazos de estudiantes del colegio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Si	109	96%
NO	5	4%
No responde	0	0%
Total	114	100%

GRAFICO 3.7



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla3.7 grafico 3.7)

Análisis: (96%, 4%, 0%)

*EL 96% pertenece al si, se ve claramente hay un alto porcentaje de embarazo en el colegio Nacional “Saquisilí”

* El 4% responde al no, desconoce este problema

*El 0% no responde

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

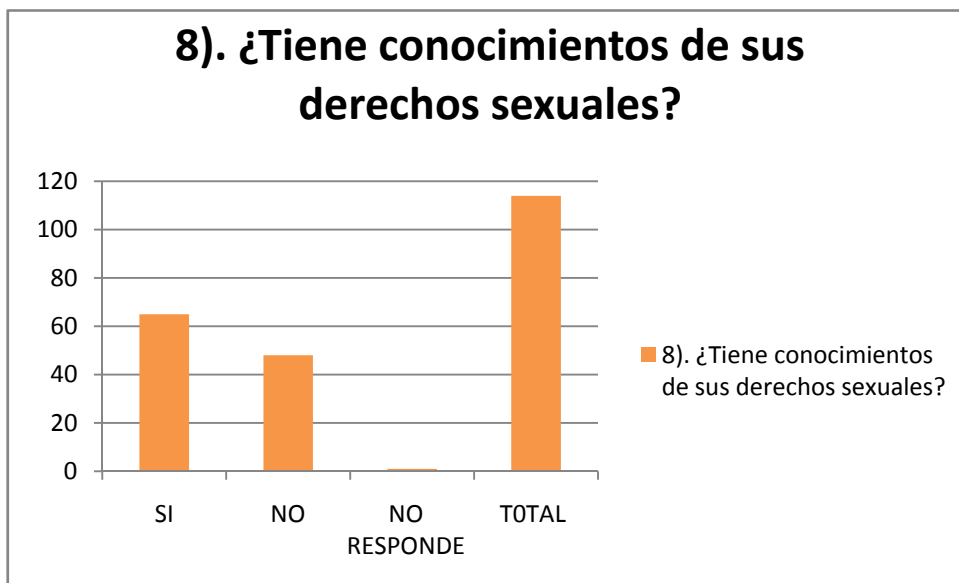
8

TABLA 3.8

8) ¿Tiene conocimientos de sus derechos sexuales?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Si	65	57%
No	48	42.1%
No responde	1	0.9%
Total	114	100%

GRAFICO 3.8



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.8 grafico 3.8)

Análisis: (57%, 42.1%, 0.9%)

*El 57% corresponde al sí, algunos jóvenes si conoce los derechos sexuales

*El 42.1% pertenece al no, desconoce sus derechos sexuales por falta de charlas

* El 0.9% no responde

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

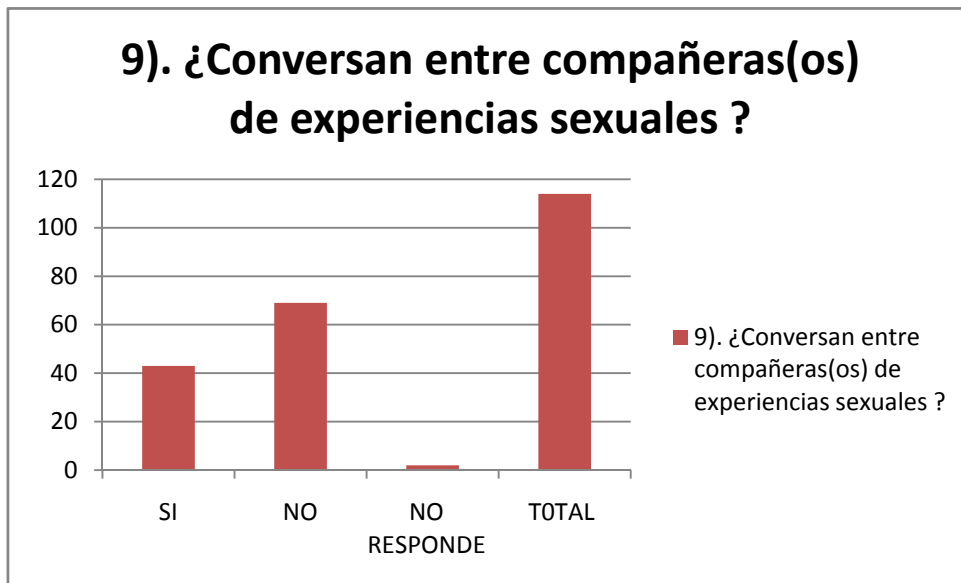
9

TABLA 3.9

9) ¿Conversan entre compañeras(os) de experiencias sexuales?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	43	38%
No	69	60%
No responde	2	2%
Total	114	100%

GRAFICO 3.9



Fuente y elaboración (Manuel Viera tabla 3.9 grafico 3.9)

Análisis: (38%, 60%, 2%)

*El 38% corresponde al sí, lo que da a entender que tiene cierta curiosidad

* El 60% corresponde al no, por temor hacer burlado por los demás

* El 2% no responde, no atendido ninguna experiencia sexual

PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIANTES

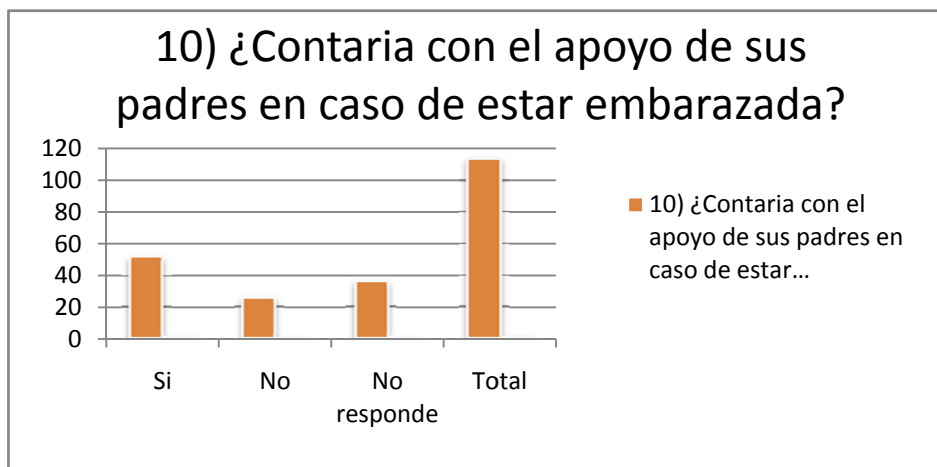
10

TABLA 3.10

10) ¿Contaría con el apoyo de sus padres en caso de estar embarazada?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	52	46%
No	26	23%
No responde	36	31%
Total	114	100%

GRAFICO 3.10



Fuente elaboración (Manuel Viera tabla3.10 grafico 3.10)

Análisis: (46%, 23%, 31%)

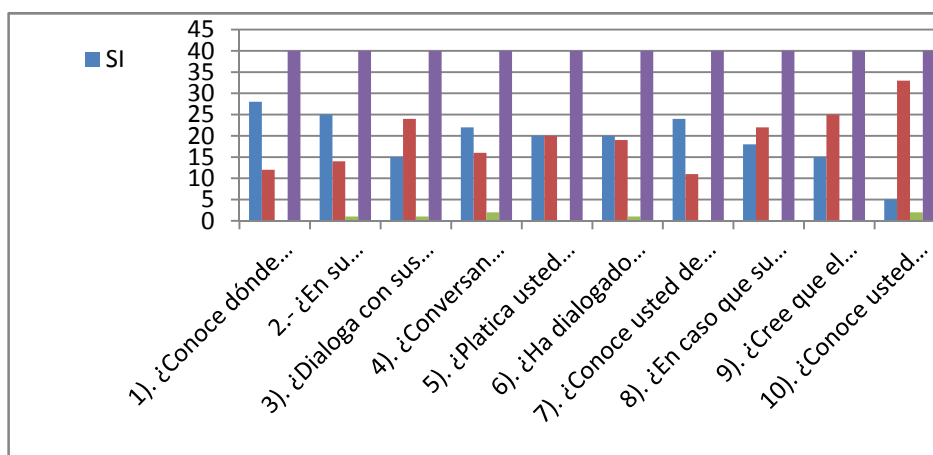
*El 46% corresponde al sí, porque cree que es un deber de sus padres de apoyarlo para culminar sus estudios

*El 23% corresponde al no, como dice en el dicho tú tienes que resolver sola tus problemas

* El 31% no responde en esos casos no sabrían que hace

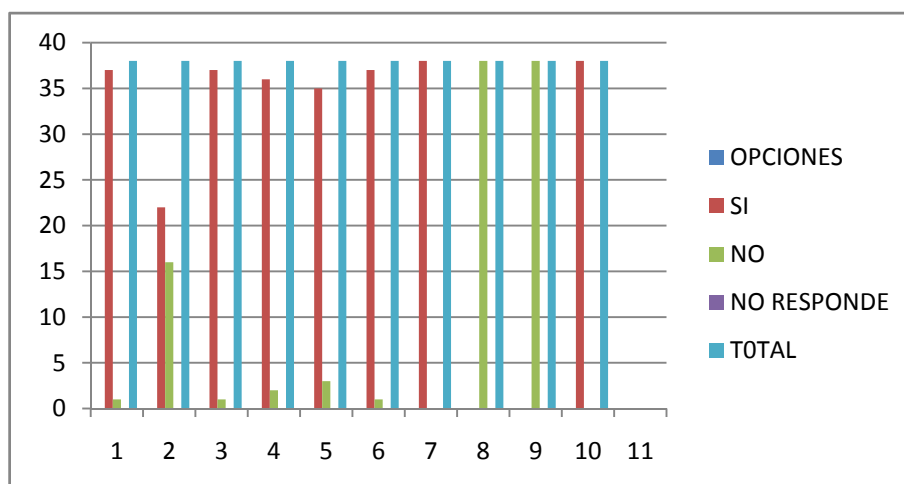
**PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS
PADRES DE FAMILIA**

OPCIONES	SI	NO	NO RESPONDE	TOTAL
1) ¿Conoce dónde se encuentran sus hijos en el tiempo libre?	28	12	0	40
2) ¿En su casa, aborda temas de educación sexual?	25	14	1	40
3) ¿Dialoga con sus hijos acerca del enamoramiento?	15	24	1	40
4) ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo de los adolescentes?	22	16	2	40
5) ¿Platica usted acerca de las enfermedades de transmisión sexual?	20	20	0	40
6) ¿Ha dialogado con sus hijos acerca de los anticonceptivos?	20	19	1	40
7) ¿Conoce usted de casos de embarazos en estudiantes del colegio?	24	11	0	40
8) ¿En caso que su hija quede embarazada le permitiría continuar sus estudios?	18	22	0	40
9) ¿Cree que el embarazo de una hija es la deshonra del hogar?	15	25	0	40
10) ¿Conoce usted que su hijo (a) ha tenido relaciones sexuales?	5	33	2	40



**PRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS ENCUESTAS
PROFESORES**

OPCIONES	SI	NO	NO RESPONDE	TOTAL
1) ¿En su materia aborda temas de educación sexual ?	37	1		38
2) ¿Dialoga con sus estudiantes acerca del enamoramiento?	22	16		38
3) ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo en los adolescentes?	37	1		38
4) ¿Analiza acerca de enfermedades de transmisión sexual?	36	2		38
5) ¿Ha dialogado con sus estudiantes acerca de los métodos anticonceptivos?	35	3		38
6) ¿Ha conocido de casos de embarazos en estudiantes del colegio?	37	1		38
7) ¿En casos de existir estudiantes embarazadas; y ellos solicitar una práctica de aborto, lo haría?	38	0		38
8) ¿Cree que el embarazo de una estudiante es una deshonra para el colegio?	0	38		38
9) ¿A la estudiantes o estudiantes embarazadas les daría un trato discriminatorio?	0	38		38
10) ¿Apoyaría a las estudiantes embarazadas para que termine sus estudios?	38	0		38



CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. Luego de hacer los respectivos análisis de las encuestas sobre el tema planteado el embarazo en las adolescentes que incide directamente en el rendimiento escolar en el Colegio Nacional “Saquisilí” de cada 5 alumnas tiene bajo de 15 en todas las materias
2. Las adolescentes son comunicativa con sus padres en sus momentos libres ,lo que es bueno, sus padres no están preocupado, ese tiempo libre utilicen en beneficio de su estudio,.
3. La falta de comunicación con sus padres acerca de diferentes temas de educación, sexual por creer que este tema es muy delicado conversar o tratar con sus padres provoca que este tema se lo trate con sus amigas y amigos provocan malas interpretaciones y por ende consecuencias fatales.
4. El 72% de las jóvenes si conversan con sus madres qué consecuencias tiene un embarazo donde las madres tiene que orientar sobre las consecuencias del embarazo, que corren a temprana edad le pregunta a sus padres en caso de quedarse embarazada tendría el apoyo necesario por parte de sus padres la mayoría está convencida que si tendrá el apoyo necesario para terminar sus estudios y dedicarse en sus tiempos libres al cuidado de su hijo
5. El 96% sí conoce de caso de embarazo de estudiantes en el Colegio Nacional “Saquisilí” esto es por falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, por la simple curiosidad, le pide el joven a la joven la prueba de amor pero por el

temor que le deje le da la prueba del amor y se queda embarazada. (Tabla 3)

4.2. RECOMENDACIONES

1. Es necesario implementar una capacitación y difundir la importancia de la educación sexual en los estudiantes del Colegio Nacional “Saquisilí” a través del departamento de orientación vocacional conjuntamente con el Centro de Salud de “Saquisilí”.
2. El Colegio Nacional “Saquisilí” debe contar con planes estratégicos que sean viables y factible de acuerdo a la realidad de este centro educativo con el fin de mejorar la calidad, atención a los adolescentes.
3. El departamento de orientación vocacional debe mantener reuniones periódicas de trabajo con el personal del Centro de Salud de “Saquisilí” para que ellos sean los encargados de dar charlas a los estudiantes acerca del embarazo.
4. Debe existir una estrecha coordinación entre el rector, inspector general con el fin optimizar el tiempo de atención a dichos problemas de embarazo.
5. Los profesores también tiene que trabajar, orientar a las alumnas sobre los riesgos del embarazo porque es un deber del maestro, para masificar está capacitación
6. Los señores padres de familia debe comprender, brindar el apoyo que necesitan las adolescentes embarazadas para que culminen sus estudios y sean útiles a la sociedad

CAPITULO V

5.1 LA PROPUESTA

5.2 Título de la Propuesta.

Seminario de capacitación sobre educación sexual a las adolescentes del Segundo Año de Bachillerato, Padre de Familia y Profesores del Colegio Nacional Saquisilí.

5.3 Justificación.

No hay aspecto del ser humano que despierte tanta diversidad de ideas Sentimientos y acciones como el área de la sexualidad. Se acepta que este Aspecto es fundamental, pero su discusión abierta y franca esta matizada por el concepto personal de sexualidad y por siglos de una educación, una cultura represiva y moralista.

La sexualidad esta presente matizado la vida del individuo desde la concepción hasta la muerte. Su expresión ocurre de diferentes formas a lo largo de la vida y sufre modificaciones según las etapas vitales que el individuo atraviesa y sobre

todo del contexto sociocultural en que vive, el mismo que moldea la manera en que los individuos aprenden, expresa su sexualidad y dictan las normas y los tabúes relacionados con los roles de género y la conducta sexual.

La salud sexual es la integración de los elementos emocionales, intelectuales y Sociales, por medios que sean enriquecedores y que potencien la personalidad, La comunicación y el amor.

La sexualidad sana comprende actitud para disfrutar de la actividad sexual y Reproductiva, de acuerdo a la ética personal y social ausencia de temores, sentimientos

de culpa y vergüenza y de otros factores psicológicos que la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales. Que hacen falta medidas urgentes de terapia que preserven o recuperen la salud sexual.

La acción preventiva consiste en lograr una educación sexual, en todos los niveles de la enseñanza capacitando, educando y formando. Se hace difícil debido a las múltiples variables y a los contenidos de educación profesional tradicional. Podría pensarse que dado el fácil acceso a la información y a los medios de comunicación masivos, nuestra población estaría mejor educada en sexualidad, viviría en forma más feliz su vida de pareja, y se desarrollaría mejor en cuanto a cultura, recreación, educación y mejora de su ambiente, pero no es así. Si bien se ha avanzado en algunos aspectos, en la actualidad se enfrenta situaciones verdaderamente preocupantes que en resumidas cuentas tiene que ver con la manera como nos relacionamos unos a otros.

En los últimos años se ha desatado un amplio cuestionamiento sobre la necesidad de dar educación y orientación sexual de las personas aunque cada día hay mucho más que siente que se trata incluso de una misión urgente, impostergable y prioritaria frente a otras necesidades educativas tradicionales.

Las discrepancias en este aspecto surgen al plantear como poner en práctica la educación sexual y los desacuerdos giran alrededor de a qué edad, en qué lugar, cómo enfocaría en sus contenidos científicos y éticos.

Institucionalizar la educación sexual en los establecimientos educativos fiscales, particulares, fisco misionales y municipales del país en los niveles de educación básica y bachilleratos la educación sexual que se imparta debe tener la modalidad de eje transversal, lo cual implica una serie de condiciones estructurales del sistema educativo nacional vigente que dificulta y porque no decirlo impide la aplicación de esta modalidad. Una de las dificultades es encontrar quien y con qué metodología encarara el reto educación sexual a nuestros adolescentes. Los actores natos de este ejercicio son los docentes, y particularmente los miembros de los Departamentos de Orientación

Vocacional de las instituciones educativas.

El presente trabajo se constituye en un aporte de orientación para las adolescentes para que no cometa los mismos errores y tenga una adecuada educación sexual en el Colegio Nacional Saquisilí y a futuras generaciones se ponga en práctica todo o dicho en este presente y sencillo trabajo de investigación pero de un gran Contenido educativo.

5.3 Objetivos.

5.3.1 Objetivo General

Dictar cursos de capacitación sobre la adolescencia, con énfasis en la educación sexual a nivel de las instituciones educativas.

5.3.2 Objetivos Específicos.

- Conocer el concepto global y actualizado para la atención integral en la adolescencia y sus diferentes enfoques (familia, género, prevención)
- Profundizar los conocimientos básicos que permitan incorporar nuevas competencias aplicables al servicio de los adolescentes.
- Buscar estrategias para profundizar los conocimientos sobre la educación sexual a nivel de las instituciones educativas.

5.4 Fundamentación.

CONSECUENCIAS PSICOEVOLUTIVAS PARA LA ADOLESCENTE

- Interrupción de las tareas del desarrollo
- Asumir responsabilidades sin estar preparadas
- Menor capacidad para establecer relaciones confiables y duraderas
- Mayor pasividad y poca autonomía
- Mayor riesgo de estar sometida a relaciones de abuso y violencia
- Falta de participación social y ejercicio de la ciudadanía
- Problemas en la salud mental

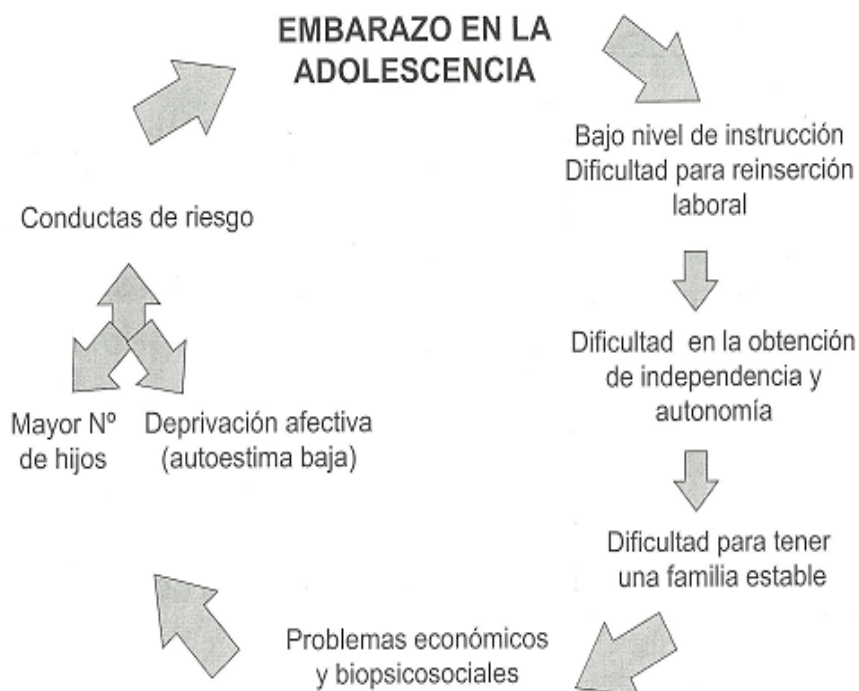


Gráfico: Sexualidad y Salud Sexual reproductiva en adolescentes

Conflictos éticos en torno al aborto

Los problemas éticos, como las categorías que usa la bioética para analizarlos, no pueden estudiarse de forma aislada del sistema de relaciones sociales donde interactúan en la práctica, porque se corre el riesgo de convertir las categorías o al problema en estudio en una entelequia amputada de la realidad que impide comprender sus causas y posibles soluciones.

Esto es así porque el científico, humanista o bioeticista no estudia los problemas por el placer de investigarlos, sino para traspasar el plano del fenómeno en sí, conocer sus causas o factores contribuyentes y elaborar recomendaciones a las instancias encargadas de su solución.

Las soluciones a los problemas morales no están en la bioética misma como se insinúa en algunos trabajos. La bioética es únicamente una herramienta intelectual, no un programa económico-político ni una revolución social. Dialogar sobre bioética no transforma las bases de la sociedad sobre las que descansan los problemas y la moral que se discuten, y que esa misma sociedad generó en algún momento.

Uno de los problemas éticos del aborto en la mujer en general y muy en especial en la adolescente es enfrentar el principio de la autonomía de la joven al demandar el aborto y la respuesta que la sociedad le conceda. Este principio puede cumplir su objetivo cuando la demandante conoce sus necesidades, la sociedad colabora con su educación y satisfacción, y ella está consciente de las consecuencias de sus decisiones. De lo contrario, puede convertirse en una autonomía dañina. Situaciones semejantes han provocado que se cuestione en ocasiones si la autonomía debe tener especificaciones o debe redefinirse.

Como hemos podido observar son múltiples los elementos bioéticos involucrados en torno a la decisión de abortar durante la adolescencia, es por ello que en este artículo abordaremos únicamente dos de estos principios, el de la autonomía, muy ligado a la toma de la decisión de abortar, y el Consentimiento Informado, componente indispensable para poder ejercer efectivamente la autonomía.

Decisión de abortar y respeto a la autonomía en adolescentes

Existen diferencias significativas en la revisión realizada respecto a la toma de la decisión de abortar en las gestantes adolescentes, para colmo, resulta todavía más difícil llegar a conclusiones al respecto, si tomamos en consideración que el aborto es penalizado en gran parte de las naciones en desarrollo, por lo tanto resulta difícil estudiar y conocer los factores relacionados con esta decisión.

Lo cierto es que hemos encontrado que en las naciones desarrolladas prima el criterio personal no consultado de la adolescente en la toma de la decisión de abortar, así como que este se basa fundamentalmente en la aspiración a un mejor proyecto de vida y por tanto a la necesidad de continuar estudios.

Otra razón esgrimida son las limitaciones económicas para enfrentar la maternidad. En tanto las escasas publicaciones sobre el tema en las naciones en desarrollo reflejan una mayor presencia de factores externos como son la presión de la familia, los estigmas sociales que existen para las madres solteras, las presiones de la pareja, en muchos casos hombres adultos y con familia, así como muchas otras, todo lo cual pone en evidencia las abismales diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante condiciones socioeconómicas diferentes.

Estudios realizados en Cuba reportan un gran peso de la familia en la toma de la decisión de abortar, también coinciden en que el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparada para asumir la maternidad, constituyeron las razones principales en las que se basa la decisión de acudir al aborto.

Finalmente nos llamó poderosamente la atención el poco peso que se le reconoce a los grupos de pares en la toma de la decisión de abortar, lo cual se ha reflejado tanto en las naciones desarrolladas como en las en vías de desarrollo, incluido los estudios realizados en Cuba, lo cual discrepa del peso reconocido a estos en la génesis de otras conductas de riesgo como es el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Aborto en la adolescencia y Consentimiento Informado

Mucho se debate hoy en día en torno a si resulta adecuado o no el exigir el consentimiento o autorización de los padres a las adolescentes que desean realizarse un aborto. Esta es una práctica que se exige prácticamente en el 100% de las naciones que tienen servicios de aborto despenalizado. En Cuba se exige el consentimiento de los padres para la realización del aborto en todas las adolescentes con 16 años o menos, no obstante a la luz de las tendencias modernas y sobre todo de la promoción cada vez mayor de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes y la aplicación de los enfoques bioéticos al trabajo con este sector de la población, se ha creado una gran controversia en torno a estos puntos de vista, pues según no pocos autores el exigir la autorización de los padres para la realización de este proceder, viola los principios bioéticos de la autonomía y la confidencialidad, por lo tanto es una trasgresión de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del aborto en estas edades, ha motivado en no pocos casos serios problemas entre los cuales se encuentran el retardo de la realización del proceder del aborto, lo cual incrementa a su vez los riesgos, por lo tanto se eleva la incidencia de los abortos de riesgo, y hasta la ocurrencia de intentos suicidas y otras dramáticas y nefastas consecuencias, por lo que no existe en la actualidad consenso respecto a cómo manejar este dilema bioético, resultando un tema candente y sumamente controversial.

Papel de la familia en la génesis del aborto

Para nadie es un secreto que el hecho de haber tenido padres adolescentes y, sobre todo, haber nacido de una mujer adolescente, constituye un elemento o factor de riesgo elevado de iniciación sexual precoz y de embarazo a edades tempranas. El aborto no escapa de estos riesgos, lo que coincide con varios estudios revisados en los que alrededor de 34 % de las adolescentes que abortan tienen el antecedente de haber nacido

de una pareja de adolescentes, y más de 51 % son hijas de madres adolescentes.

Otro aspecto que pone de manifiesto la influencia de la familia en la génesis del aborto, está dado por la alta frecuencia de hijos de padres divorciados encontrada entre las adolescentes que abortan. Otros factores que se reportan con elevada frecuencia en las adolescentes que solicitan un aborto, son el no convivir con sus dos padres, e incluso con ninguno, al igual que la disfunción familiar, el inicio sexual precoz y la desorientación en aspectos relativos a la sexualidad. Todas estas características están estrechamente relacionadas con el fenómeno «aborto» durante la adolescencia.

Otro elemento de interés identificado por diversos autores es el rechazo de las adolescentes a acudir a los padres ante la sospecha de estar embarazadas, lo que pone de manifiesto las malas relaciones entre los jóvenes y sus progenitores. Este hecho se comporta como factor de riesgo adicional para la solicitud tardía de la interrupción, ya que en muchas ocasiones acuden a sus pares en busca de orientación, quienes en la mayoría de los casos son también adolescentes con similares primaveras bacteriológica (1932) temores, tabúes y falta de información, por lo que resultan de poca ayuda.

¿Quién toma la decisión?

Existen diferencias significativas en la revisión realizada respecto a la toma de la decisión de abortar en las gestantes adolescentes; para colmo, resulta todavía más difícil llegar a conclusiones al respecto si tomamos en consideración que el aborto es penalizado en gran parte de las naciones en desarrollo. Por tanto, resulta muy difícil estudiar y conocer los factores relacionados con la toma de dicha decisión.

Lo cierto es que hemos encontrado que en las naciones desarrolladas prima el criterio personal no consultado de la adolescente en la decisión de abortar, así como que el aborto se basa fundamentalmente en la aspiración a un mejor proyecto de vida y, por tanto, en la necesidad de continuar estudios. Otra razón esgrimida son las limitaciones económicas para enfrentar la maternidad. Asimismo, las escasas publicaciones sobre el tema en las naciones en desarrollo reflejan una mayor presencia de factores externos, como la presión de la familia, los estigmas sociales que existen para las madres solteras

y las presiones de la pareja en muchos casos hombres adultos y con familias, todo lo cual pone en evidencia las abismales diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante condiciones socioeconómicas diferentes.

Los estudios realizados en Cuba reportan un gran peso de la familia en la toma de la decisión de abortar. También el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparadas para asumir la maternidad coincide con las razones principales en las que se basa la decisión de acudir al aborto.

Finalmente nos llamó poderosamente la atención el poco peso que se le reconoce a los grupos de pares en la toma de la decisión de abortar, lo cual se ha reflejado tanto en las naciones desarrolladas como en los países en vías de desarrollo, incluidos los estudios realizados en Cuba, lo cual discrepa enormemente del peso reconocido a éstos en la génesis de otras conductas de riesgo, como el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Aborto en la adolescencia y el consentimiento de los padres

Finalmente, mucho se debate hoy en día en torno a si resulta adecuado o no que las adolescentes exijan el consentimiento o la autorización de los padres para realizarse un aborto. Ésta es una práctica que se exige prácticamente en todas las naciones con servicios de aborto despenalizado. En Cuba se exige el consentimiento de los padres para la realización del aborto en todas las adolescentes con dieciséis años o menos. No obstante, a luz de las tendencias modernas, y sobre todo de la promoción cada vez mayor de los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes y jóvenes y la aplicación de los enfoques bioéticos al trabajo con este sector de la población, se ha creado una gran controversia en torno a estos puntos de vistas, pues según no pocos autores al exigir la autorización de los padres para la realización de este proceder, se violan los principios bioéticos de la autonomía y la confidencialidad, por lo que constituye una trasgresión de sus derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del

aborto en estas edades ha motivado, en no pocos casos, serios problemas como el retardo de la realización del proceder del aborto, lo cual incrementa a su vez los riesgos. Por lo tanto, se eleva la incidencia de los abortos de riesgo, y hasta la ocurrencia de intentos suicidas y otras dramáticas y nefastas consecuencias. No existe en la actualidad consenso respecto a cómo manejar este dilema bioética, un tema candente y sumamente controvertido.

Consideraciones finales

Podemos afirmar que el aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad. Si bien es cierto que se ha logrado una evidente reducción de la mortalidad relacionada con el mismo, no podemos asegurarlo respecto de la morbilidad.

Resulta imprescindible profundizar en las razones que llevan a una adolescente a tomar la decisión de abortar, así como enfrentar la autorización de la realización del proceder, desde la óptica actual de la promoción de los derechos humanos y la aplicación de los principios bioéticos en el trabajo con este sector de la población.

Es nuestro criterio, queda mucho por hacer en relación con la educación sexual de las nuevas generaciones, así como la de sus padres, y se debe trabajar para garantizar servicios e información en anticonceptivos de alta eficacia y que sean de fácil acceso a este sector vital de nuestra población. También compartimos la opinión de que si queremos realmente lograr una reducción en la frecuencia de abortos en la adolescencia, será necesario un empeño mancomunado de toda la sociedad, pues si no logramos inculcar a nuestra juventud valores morales y éticos que permitan la creación de familias estables, responsables y armónicas, este fenómeno negativo seguirá estando presente en el futuro y se mantendrá como un lastre en detrimento de la salud reproductiva de nuestra población.

5.12 LISTADO DE CONTENIDOS

TALLER N. 1

GENERALIDADES Y CONCEPTOS BÁSICOS PARA LOS PREEDUCADORAS DE LA SEXUALIDAD.

Generalidades

¿Qué es sexualidad?

¿Qué es sexo?

Reproducción sexual

Reproducción relaciones sexuales y erotismo

¿Qué es entonces sexología?

¿Cuáles son sus objetivos?

TALLER N. 2

RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Embarazo adolescente

Embarazo en la adolescente

Síntomas de embarazo

Los síntomas de embarazo

Pruebas y test

Tratamiento

Pronóstico

TALLER N. 3

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Prevención

Factores determinares

Sexualidad

Aspectos socioeconómicos

Aspectos psicológicos

Aspectos culturales

Métodos anticonceptivos.

Métodos de barrera

Dispositivo intrauterino

Anticonceptivos hormonales

Esterilización quirúrgica

Planificación familiar natural

TALLER N. 4

POLÍTICAS PÚBLICAS DE LOS ADOLESCENTE EN EL ECUADOR

Genero derecho sexual y reproductivo de los adolescentes en el Ecuador.

5.13 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Luego de haber concluido la presente investigación y teniendo como propuesta el tema: Seminario de Capacitación de educación sexual a las adolescentes del segundo año Bachillerato, padre de familia, profesores del Colegio Nacional Saquisilí, los involucrados serán los alumnos, padres y docentes; ya que están en condiciones y predispuestos a capacitarse de acuerdo a la propuesta hecha la factibilidad es posible.

Esto seminarios se dictara mediante cuatro talleres de cinco días 20 hora semanales con total de 80 horas, las mismas que se dictaran en las aulas de Colegio Nacional Saquisilí, de lunes a viernes de 8 a 12 durante 20 días, serán relazados de acuerdo al cronograma establecido y contando con la presencia de personas conocedoras del tema del Centro de Salud de Saquisilí y la Orientadora Vocacional del Colegio Nacional Saquisilí y mi persona.

El contenido de los seminarios a dictarse desarrollaremos a continuación y también se tomara muy en cuenta los contenidos investigados en el proceso investigativo a lo largo del desarrollo de esta tesis:

TALLER N.1
TEMA: GENERALIDADES Y CONCEPTOS BÁSICOS PARA REEDUCADORES DE LA SOCIEDAD.
OBJETIVO: Impartir conocimientos sobre la sexualidad.
TIEMPO: Cuatro horas diarias por cinco días TOTAL. 20H. SEMANALES

5.14 GENERALIDADES Y CONCEPTOS BÁSICOS PARA REEDUCADORES DE LA SEXUALIDAD

RESUMEN.

Durante muchos años se ha llevado a cabo una discusión sobre a quien de los profesionales de la salud le corresponde llevar a cabo el proceso de educación de la sexualidad y sin embargo aun no han sido suficientes los esfuerzos que en diferentes tiempos y instituciones se han llevado a cabo para tal efecto. Hoy en día y con los avances que la medicina ha traído para mejorar la vida erótica se está llevando a cabo un fenómeno de medicalización de la sexualidad, lo anterior también es el resultado de la falta de atención que los profesionales de la psicología (mujeres y hombres) han dejado en relación a todo a la reeducación como al proceso sexoéutico.

La presente participación tiene como finalidad el establecer como todas somos educadores de la sexualidad y como entonces el proceso debería dirigirse hacia un proceso de reeducación de la misma, los diferentes elementos necesarios para ello y las metodologías correspondientes y que desde el enfoque existencialista Humanista nos permite establecer estrategias no solo de atención sino además de participación interdisciplinaria.

La sexualidad como un elemento inherente a los seres humanos se ha visto frecuentemente desde diferentes posturas, desde aquellas que la consideran como un factor de deterioro hasta aquellas que la consideramos como una fuente de crecimiento

y desarrollo personal.

Hablar de conceptos básicos en el proceso de reeducación de la sexualidad., representa la conjunción de elementos inesperables que están presentes en la vivencia de la misma y que sin embargo frecuentemente han sido no solo atacados sino además en muchas ocasiones satanizados. Como educadores de la sexualidad nos encontramos frecuentemente que a diversos profesionales de diferentes áreas del saber humano incluyendo a profesionales de la salud física mental que, al no haber estudiado formalmente sexología, siguen confundiendo la genérica sexualidad con los específicos de sexo, genero, poco papel de género etc. Y sobre ello frecuentemente expresados a través de la lengua verbal, que como lo plantea Mauro Rodríguez Estrada (1994), "Es la forma más amplia, refinada y universal de la expresión humana".

Lo anterior reflejado en el manejo cotidiano de la sexualidad, sin duda plantea tres obstáculos principales en cuanto al manejo de la información:

- a) El surgimiento de nuevos problemas en el campo serológico.
- b) La aparición de pluralismo ideológico
- c) La aparición de nuevas propuestas conceptuales en el manejo de la educación sexual.

¿Qué es SEXUALIDAD?

Considerando a la sexualidad un proceso complejo de construcción social que tiene bases psicofisiológicas y culturales, incluye por lo menos cinco elementos: sexo (diferencias anatomofisiológicas entre seres sexuados con potencialidad reproductiva), grupos: hombres y mujeres. Por extensión, les asigna atributos "'masculinos y femeninos", (con las respectivas expectativas normativas para su cumplimiento) reproductividad (potencialidad de generar nuevos seres mediante la fusión de gametos y el intercambio de material genético). Es relaciones afectivas (potencialidad humana de dar y recibir amor en compañía o en ausencia de otras cuatro sentimientos básicos: miedo, enojo, tristeza y alegría) y erotismo (capacidad personal de generar y / 0

compartir una *forma* peculiar de placer, deseo, excitación y orgasmo).

De tal forma que el que suscribe ha propuesto una definición de sexualidad que a la letra dice "Es el *conjunto de* manifestaciones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, que reflejan la expresión de las potencialidades de la reproductividad, del erotismo, de las relaciones, los vínculos y del género asignado a cada persona mismo que se construyen con base en el momento y lugar histórico en que el ser humano se desarrolla" (Valdés Becerra, 2004).

Quiero destacar el aspecto INTEGRAL de la sexualidad porque no se trata simplemente de elementos coitales o reproductivos, sino que tiene ver con la personalidad global de los sujetos en interacción con un ambiente sociocultural determinado.

Además de la posibilidad de ser observada y estudiada a través de los diferentes cambios culturales. Lo cual sin duda representa *como* el ejercicio de la misma frecuentemente está influenciada por las circunstancias socioculturales de ese momento y lugar.

¿QUÉ ES SEXO?

Resulta por demás frecuente manejar los términos sexualidad y sexo como si fuesen sinónimos cuando en realidad el sexo solo es una parte importante de la misma.

Álvarez Gayou (1985) define el SEXO como "el conjunto de características físicas heredadas genéticamente que ubican al individuo de una especie, en algún punto de una línea continua en cuyos extremos se encuentran los sujetos (con potenciales) reproductivamente complementarios"

Esta definición si bien resulta, con un cierto grado de complejidad es muy útil para poder explicar lo que sucede con las personas en estados intersexuales, entre otras alteraciones.

El sexo representa entonces las diferencias entre tipos de seres, morfologías distintas, células germinales variables y. en términos biológicos: "un conjunto de características genéticas la sociedad en la cual vivimos espera de nosotros en relación al género asignado por el grupo social al que pertenecemos.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Este concepto se refiere a los niveles de atracción que poseemos para relacionarnos tanto afectiva como eróticamente, con las distintas personas. Se le considerada un sinónimo de PREFERENCIA DE GÉNERO (llamada por algunos autores PREFERENCIA SEXUAL, PREFERENCIA SEXOGENERIA u ORIENTACIÓN SEXUAL). En la sociedad Mexicana de sexología Humanista integral, preferimos llamarle "Orientación erótica, afectiva"

Diversas investigaciones realizadas científicamente y con una metodología intachable han revelado que esta orientación queda establecida entre los 24 y 36 meses de edad, (sin mencionar el proceso que ello con lleva ni casualidades concretas) aunque sufre evoluciones de acuerdo a la historia de vida.

Si una persona prefiere relaciones afectivas - eróticamente con personas del otro género se le llama HETEROSEXUAL Si prefiere sus relaciones eróticas y afectivas con personas de su mismo género, se le denomina HOMOSEXUAL.

Si la persona de hecho no tiene preferencia e indistintamente gusta de relaciones afectivas con personas de uno y otro género, la llamamos BISEXUAL.

REPRODUCIDA, RELACIONES AFECTIVAS Y EROTISMO

REPRODUCTIVIDAD es la potencialidad de generar nuevos seres humanos mediante la fusión de gametos masculinos y femeninos y de intercambio de material genético, sin embargo, el concepto de reproducción en sexualidad puede ser trascendente a otras

expresiones de nuestra vida como es el reproducir los hechos y el conocimiento lo cual es un actor que nos diferencia de otros animales, de igual forma las relaciones afectivas es una potencialidad humana para dar y recibir amor en compañía de otros sentimientos y emociones básicas como alegría, la tristeza, el enojo del miedo y el erotismo es la capacidad personal de generar y o compartir una forma peculiar de placer: deseo excitación y orgasmo, de igual forma el erotismo está sujeto a reacciones filológicas y a proceso de aprendizaje a los largo de la vida de la persona así como, sensaciones placenteras y subjetivas que por lo tanto pueden ser expresadas de incomparables formas, luego entonces cualquier forma de exploración placentera de! erotismo no se puede valorar desde la perspectiva dicotómica musicalizada de salud - enfermedades.

La procura de placer erótico puede ser individual (autoerotismo) en pareja e inclusive en Colectivo. Por ende el erotismo también puede ser concebido como una manera especial de comunicación por lo tanto puede trascender al individuo o a la pareja a manifestarse en arte (la literatura la música, el cine, el dibujo, etc.)

¿QUÉ ES ENTONCES SEXOLOGÍA?

Si tomamos en cuenta que la necesidad del estudio de las diferentes manifestaciones de la vida sexualidad resulta por demás importantes determinar que quien se encarga de ello es la SEXOLOGÍA definiendo la misma como "una ciencia de CONTENIDOS multidisciplinarios y transdisciplinarios, que se encarga del estudio de las diferentes manifestaciones de la sexualidad humana". (Valdés y García de León 2003)

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS?

El estudio de las diferentes manifestaciones de la sexualidad (a través de la exploración, comparación, sistematización, evaluación y fundamentación del análisis crítico reflexivo), que lleve a la comprensión de los diferentes comportamientos erótico afectivos y promuevan la aceptación y el respeto por la sexualidad humana.

Sustenta con base en los conocimientos científicos la resignación de la percepción interpersonal.

Establecer con base en el marco teórico conceptual la revisión y resignación de los valores interpersonales en torno a las diferentes manifestaciones de la sexualidad humana.

Promover el conocimiento y comprensión de la diversidad sexual, misma que se refleja en la construcción de actitudes y valores de respeto. Por consiguiente de la promoción de la vida para la paz.

Esta propuesta se promueve con la finalidad no de educarnos en la sexualidad ya que de alguna manera todas ya estamos educados en su sexualidad, sea cual sea el modelo en que hemos sido considerados para tal finalidad. La intención actual es reeducarnos en una sexualidad libre y responsable, en resignar el género de hombres y mujeres para establecer una integración social de la persona no se exista, el de vivir el erotismo pleno y respetuosamente, así como el promover la aceptación positiva incondicional de la expresión de emociones actitudes y conocimientos.

Por supuesto que incluye aspectos y características de otras propuestas conceptuales, ya que considero importante una información veraz, oportuna, científica y crítica de la sexualidad, considera esta información un derecho sexual básico inalienable a la persona. Más sin embargo esta propuesta alcanza a considerar otros aspectos importantes para la reducción de la sexualidad integral. En ellas la utilización adecuada del lenguaje sin la cual seguramente estaríamos provocando aquello que deseamos evitar.

Una propuesta de integridad, considera el educador trabaje con el material más cercano a él o ella misma que son sus propias emociones, sentimientos, conocimientos, actitudes y el cuerpo.

TALLER N.2

TEMA: RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO: Conocer los riesgos que una adolescente puede tener.

TIEMPO: Cuatro horas diarias por cinco días

TOTAL. 20H. SEMANALES

5.15RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad puede cumplir dos objetivos: El Placer, La procreación.

Cuando se busca únicamente la obtención del primero, ha de tenerse en cuenta que, al mantener relaciones sexuales plenas, siempre se corre el riesgo de una fecundación no deseada.

El hecho de tener un hijo es una cuestión de suma importancia. Las implicaciones de tipo social, económico y psicológico que conlleva obligan a considerar todos los aspectos antes de afrontar la dedición de tenerlo. La responsabilidad que se adquiere con el recién nacido no termina, como es obvio, con el parto, sino que exige proporcionarle unas aceptables condiciones de vida en las que pueda desarrollarse; medios de subsistencia, educación, atención y cuidado afectivos. Por ello es conveniente no dejar el acto de la fecundación en manos de azar. Hoy se admite que cada pareja de planificar su descendencia según sus intereses y condiciones de vida.

Actualmente se producen embarazos entre adolescentes menores de 18 años. Tales embarazos originan serios problemas de tipo Psicológico a las muchachas, la mayoría de las veces, la madre rechaza a un futuro hijo no deseado, además, la joven vive la primera etapa del embarazo ocultándolo, entre fuertes sentimientos de angustia y culpabilidad, sin saber muy bien que hacer. La muchacha es consiente de su falta de madurez y de carencia de medios para atender convenientemente al niño. Desearía verse libre del problema para evitar la vergüenza y los problemas familiares y sociales que debe afrontar.

Desde cualquier punto de vista, no parece deseable un embarazo durante la

adolescencia. Por lo general, altera profundamente el ritmo de vida de la joven que lo sufre. De ello se deduce, pues, la necesidad y conveniencia de una amplia información y puesta en práctica de medios conceptivos si se quiere evitar mayores problemas a los jóvenes que deciden tener relaciones sexuales.

Embarazo adolescente

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias.

El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado

La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato.

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores).

Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo valoración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

Embarazo en la Adolescente

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media.

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etéreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir así en relación que Tapia (1991), en un trabajo de investigación donde se estudió La

violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. Igualmente la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

Síntomas de embarazo

Los síntomas de embarazo incluyen:

- falta del período menstrual
- agotamiento
- aumento del tamaño de los senos
- distensión abdominal
- náuseas y vómitos
- mareos y desmayos

Pruebas y test

El adolescente puede o no puede admitir el haber tenido relaciones sexuales.

Hay cambios de peso normalmente (comúnmente una ganancia pero puede haber una pérdida si las náuseas y vómitos son importantes). El examen puede mostrar aumento de

volumen abdominal. Se puede palpar la cima del útero y esta está aumentada. En el examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azulado o morado, el cérvix reblandecido, y hay un ablandamiento y ampliación del útero.

- Las pruebas de embarazo en orina y/ o sangre son comúnmente positivas.
- Puede hacerse un estudio con ultrasonidos para confirmar o verificar el embarazo así como fechas precisas.

Tratamiento

El aborto es una opción potencial pero los estados varían con respecto a la capacidad de la adolescente no casada de obtener legalmente estos medios para terminar con un embarazo sin el consentimiento paternal. En el caso de adolescentes casados puede requerirse el consentimiento del esposo. Dar a los bebés en adopción es otra opción. Pero la mayoría de las adolescentes embarazadas escoge continuar su embarazo y quedarse con su bebé.

El cuidado prenatal temprano y adecuado a un programa especializado en embarazo de adolescentes asegura un bebé más saludable. El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas debe desaconsejarse duramente, y los métodos de apoyo deberían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado deberían también ser informado adecuadamente. La información anticonceptiva y los servicios son importantes.

Las adolescentes deben de ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de su niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente. El cuidado de los niños en guarderías de forma accesible es un factor importante en madres adolescentes que continúan la escuela y/ o trabajo.

Pronóstico

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos totales. Y estos hijos también menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse

por sí mismas.

Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80%) que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos.

Complicaciones

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos la madre y el bebe.

Las adolescentes encinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/ o placenta previa.

El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años.

Los bebes de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener bajo peso de nacimiento que esos que nacen de madres de 20 años o más. Esto es casi siempre por ser bebes prematuros, pero el retraso del crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) es también un factor. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol. O abuso de drogas; alimentación inconsecuente y pobre; o parejas sexuales múltiples.

Esto puede poner al bebe en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del bebe durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.

TALLER N.3

TEMA: CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS ADOLESCENTES

OBJETIVO: Analizar los factores de riesgo que generan en las adolescentes los embarazos

TIEMPO: Cuatro horas diarias por cinco días SEMANALES

TOTAL. 20H.

5.16 CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS ADOLESCENTES

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

- Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, son sexualmente activos. El porqué los adolescentes practican el sexo, y por qué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que siguen.
- Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros.
- Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.
- Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las

consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

- Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional).
- La incidencia del embarazo en adolescentes crece. El porcentaje de nacimientos en adolescentes no casadas aumentan entre 1975 y 1989.
- El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen:
 - Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
 - El uso temprano del alcohol y / u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
 - La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
 - Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
 - Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
 - Crecer en condiciones empobrecidas.
 - Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.

Factores determinares

Sexualidad

- En donde se preguntó la edad de su primera menstruación (menarca), así como la edad del inicio de su vida sexual activa. Además se les preguntó el número de parejas sexuales previas al embarazo, si ha utilizado o utiliza actualmente

métodos anticonceptivos (cuáles), así como si ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Aspectos socioeconómicos

- Se les preguntó acerca de las actividades que realizan cotidianamente, si ha trabajado o actualmente lo hace (dónde), y cuál es el salario que recibe o recibía anteriormente si ha trabajado. Además se incluyó una serie de preguntas destinadas a la vivienda esto es el número de habitaciones que tiene, si cuenta con servicios sanitarios, el número de personas que la habitan.
- De igual manera se cuestionó acerca de los medios por los que obtiene información sexual (radio, TV, centro de salud al que acude, etc.) Estado civil, ingresos familiares por semana, si vive solo cantidad de gastos por semana.

Aspectos psicológicos

- Resultado del test de autoestima y afecto

Aspectos culturales

- Edad, escolaridad (mujer y cónyuge)

Prevención

Existen modelos para la prevención del embarazo adolescente. Los programas tienden a enfocarlos en particular o usar una combinación de enfoques. La mayoría de los programas de adolescentes para la prevención del embarazo utilizan los métodos que están en las categorías siguientes.

Los programas de educación de abstinencia fomentan el aplazamiento del inicio en los contactos sexuales hasta que la persona es madura y suficientemente diestra para manejar la actividad sexual de una manera responsable y capaz de manejarse y responsabilizarse ante un embarazo potencial.

Hay programas basados y enfocados en el conocimiento del adolescente sobre su cuerpo y funciones normales así como también dando información detallada sobre de anticonceptivos.

Otros programas más clínicos en escuelas, enfocados a dar acceso más fácil a la información, aconsejado por asistentes sanitarios, y servicios anticonceptivos.

El compañero que aconseja programas normalmente reúne a adolescentes, conocidos y gente más mayor para facilitar discusiones que exploren los sentimientos y las actitudes sobre los impulsos físicos enfrentadas en las relaciones, entonces fomenta a otros adolescentes a resistir ante su compañero y las presiones sociales para llegar a estar sexualmente involucrado.

Estos programas tienden a tomar más de un ejemplo experimental, ayudando a los adolescentes a personalizar los riesgos.

Ellos también enseñan el uso de ciertos métodos anticonceptivos de barrera jugando y otros métodos, para cuando lleguen a estar sexualmente activos.

El monitor del programa debe también incluir a esos adolescentes ya involucrados en actividades sexuales, para demostrar sus experiencias dentro de las relaciones sexuales y la toda la información que se necesite obtener sobre los anticonceptivos de uso.

La contracepción.

La contracepción es el conjunto de métodos operativos encaminados a controlar la fecundación.

Muchos adolescentes mantienen ante la contracepción una actitud equivocada. Ciertas encuestas indican porcentajes superiores al 60% de muchachas entre 15 y 19 años que, manteniendo relaciones sexuales regulares, no utilizan ningún anticonceptivo. Aunque conocen el riesgo de embarazo a que se exponen en sus relaciones sexuales.

Esto también tiene lugar entre muchachos con amplia información sobre la existencia de medios anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos.

La elección del método anticonceptivo es una decisión personal en la que entran en consideración diversos factores que van desde las preferencias individuales o la historia médica, hasta los riesgos, ventajas y efectos secundarios de cada método.

Otra consideración a tener en cuenta es si la pareja piensa tener hijos o no en el futuro. La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos, irreversibles, es decir una vez que se recurre

a ellos mujeres y hombres no pueden ser padres de nuevo.

Ningún método de control de natalidad es eficaz al 100% a la hora de evitar el embarazo, aunque algunos resultan más eficaces que otros. La tasa de embarazos de un método anticonceptivo, también denominada tasa de fallos, se expresa habitualmente en forma de porcentaje que representa el número de embarazos esperados por cada 100 mujeres que usan el método en cuestión durante un año.

Métodos de barrera

Condón El preservativo o condón es uno de los métodos anticonceptivos más usado en todo el mundo. Está catalogado dentro de los llamados métodos barrera; proporciona una barrera física que imposibilita que espermatozoides y óvulos entren en contacto.
Corbis/Philip James Corwin

Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del esperma. Incluyen el preservativo masculino y femenino, el diafragma y la esponja vaginal.

- ❖ El condón, o preservativo masculino, es el método más antiguo utilizado por los hombres, y cuando se emplea de forma adecuada es eficaz en un 84% de los casos. Debido a que es barato y fácil de usar, no necesita supervisión médica y carece de efectos secundarios conocidos, es el anticonceptivo más empleado en el mundo. Además, su uso es vital para prevenir la transmisión del VIH, el virus que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El condón también previene el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, el herpes, la hepatitis y el linfogranuloma venéreo
- ❖ El preservativo femenino consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que éste, no precisa de control médico. Todavía no está claro su grado de protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- ❖ En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene

una crema o gel espermicida (destructor de esperma) que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Estos dispositivos están también libres de efectos secundarios, y su eficacia anticonceptiva es del 82%. Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado de diafragma para cada mujer.

- ❖ Un sistema parecido es la esponja vaginal, impregnada de espermicida, que se introduce en el cérvix con anterioridad a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma.

Los métodos anticonceptivos de barrera causan pocos efectos secundarios, aunque algunas personas pueden presentar reacciones alérgicas a la goma del preservativo o a los espermicidas.

Espermicidas

Los espermicidas son espumas, cremas, geles o supositorios que contienen sustancias químicas que inutilizan los espermatozoides. No necesitan supervisión médica y alcanza su máxima eficacia cuando se utilizan junto a otro método, como el preservativo o el diafragma. Deben introducirse en la vagina antes de cada relación sexual y la mujer no debe ducharse hasta pasadas de 6 a 8 horas de haber mantenido relaciones. Son eficaces en un 70% a la hora de prevenir el embarazo.

Dispositivo intrauterino

Dispositivo intrauterino El dispositivo intrauterino o DIU es un método anticonceptivo utilizado por la mujer para evitar el embarazo. El DIU actúa reduciendo la capacidad de fecundación de los espermatozoides e interfiriendo la implantación del óvulo en las paredes del útero. Corbis / Robert Estall

El dispositivo intrauterino, o DIU, en sus diversos modelos, es un diminuto alambre de plástico o metal que se coloca en el útero.

Puede estar cubierto de cobre y algunos también liberan pequeñas cantidades de un progestágeno. Su eficacia es de un 96%. Los DIU reducen la capacidad de los espermatozoides para fertilizar el óvulo e interfieren en la implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero. El DIU debe ser colocado en el útero por un médico. Algunas mujeres experimentan calambres uterinos y aumento del flujo menstrual cuando utilizan el DIU, y existen algunas pruebas de que estos dispositivos aumentan el

riesgo de infección pélvica.

Otros efectos secundarios adversos incluyen la reacción alérgica al cobre y la perforación de la pared del útero. Una complicación más grave, que ocurre en muy pocas ocasiones, es el embarazo ectópico, es decir, la implantación del huevo fertilizado fuera del útero.

Anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del huevo fecundado en el útero, y modifican la composición del moco cervical.

Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectable o mediante implantes. Cuando se usan adecuadamente, los anticonceptivos hormonales son un método de control de natalidad muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Los anticonceptivos orales incluyen las píldoras combinadas, que contienen estrógenos y progestina (una forma sintética de progesterona) y las píldoras sólo de progestina. Para evitar embarazos, debe tomarse una píldora durante 21 días, después de los cuales se descansa durante un periodo de 7 días. Su eficacia es del 94 por ciento.

El uso de anticonceptivos orales puede aliviar los dolores menstruales, reducir el flujo menstrual y ofrecer cierta protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y endometrio y la endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero). Puede provocar efectos secundarios adversos, como sangrado intermenstrual, cefaleas, hipertensión, aumento de peso, cambios de humor, descenso del deseo sexual, enfermedades cardíacas, insuficiencias respiratorias, galactorrea e interacciones medicamentosas.

La píldora del día después o píldora postcoital es un método anticonceptivo de emergencia similar a la píldora pero con mayor cantidad de hormonas. La mujer debe tomar la píldora de emergencia hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual sin protección y, normalmente, debe tomar otra 12 horas más tarde. Dependiendo de en qué momento del ciclo se encuentre la mujer, la píldora postcoital puede inhibir o

retrasar la ovulación o impedir la implantación del huevo fecundado. Un método anticonceptivo innovador para las mujeres es el implante Norplant. Consiste en seis pequeñas cápsulas que contienen progestina y que se implantan quirúrgicamente en el brazo de la mujer y van liberando poco a poco pequeñas cantidades de esta hormona sintética.

Este implante subdérmico dura hasta cinco años. Los efectos secundarios adversos que puede provocar son aumento del flujo menstrual, sangrado intermenstrual, infección en la zona del implante, dolor de cabeza, aumento de peso y galactorrea.

Otro método de control de natalidad es el parche anticonceptivo, que se aplica sobre la piel liberando una dosis continua de progestágeno y estrógeno al flujo sanguíneo. El parche se cambia semanalmente durante tres semanas consecutivas, dejando una semana de descanso. Previene el embarazo con el mismo grado de eficacia que la píldora y presenta los mismos efectos secundarios.

El fármaco anticonceptivo inyectable, una forma sintética de progesterona denominada acetato de medroxipro gesterona, se inyecta en el músculo del brazo o del glúteo cada tres meses. Los efectos secundarios negativos incluyen aumento de peso, sangrados irregulares, dolor de cabeza, depresión, disminución del deseo sexual y dolor abdominal.

Esterilización quirúrgica

Esterilización quirúrgica La esterilización quirúrgica es un método muy seguro de control de la natalidad, y es también el único realmente definitivo. En la esterilización masculina, denominada vasectomía, se cortan los dos conductos deferentes, y se evita que los espermatozoides puedan llegar al pene.

El concepto es el mismo que en la esterilización femenina, en la cual se cortan las trompas de Falopio, de manera que los óvulos maduros no pueden entrar en contacto con los espermatozoides. Estos procedimientos no afectan a la capacidad de los pacientes de seguir produciendo espermatozoides u óvulos, y es raro que produzcan efectos secundarios.

Los métodos de esterilización quirúrgica, la vasectomía en los hombres y la ligadura de trompas en las mujeres, son eficaces casi en un 100%. Sin embargo, estos métodos no protegen frente al SIDA y son métodos anticonceptivos permanentes.

Aunque en algunos casos pueden ser reversibles, no deben efectuarse con la esperanza de que puedan serlo. La vasectomía debe realizarse en una clínica con el empleo de anestesia local.

Se hacen dos pequeñas incisiones en el escroto y se cortan los dos conductos deferentes (que llevan el espermatozoides de los testículos al pene). La ligadura de trompas es algo más complicada y requiere anestesia local o general. Se lleva a cabo cortando y ligando las trompas de Falopio, los conductos que llevan el óvulo del ovario al útero.

Planificación familiar natural

La planificación familiar natural puede llevarse a cabo mediante el método de Ogino-Knaus o método rítmico, que se basa en la abstinencia de contacto sexual durante los días fértiles. El periodo fértil se extiende desde cinco días antes de la ovulación hasta dos días después de la misma. La predicción se efectúa controlando los cambios en la temperatura corporal basal de la mujer para conocer el momento de la ovulación, o identificando los cambios de la mucosidad cervical que indican la ovulación, o ambos. Por lo general, la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días.

El moco cervical transparente, húmedo y viscoso o elástico indica fertilidad. Cuando se realiza de forma correcta este método tiene una eficacia del 81%. La abstinencia periódica de las relaciones sexuales es aceptada como método de control de natalidad por aquellas religiones que rechazan el uso de anticonceptivos. Este método no tiene efectos secundarios pero supone el esfuerzo de evitar las relaciones sexuales en días concretos y no proporciona protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

El coito interrumpido (coitus interruptus) es otro método de planificación familiar natural que consiste en la retirada del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, para evitar la inseminación y la fecundación del óvulo. Este método no es muy recomendable ya que los fluidos que segrega el pene cuando comienza a estar erecto pueden contener espermatozoides suficiente para originar un embarazo. Este método tiene el inconveniente añadido de que la interrupción puede no producirse a tiempo. Además,

el pene no debe reintroducirse en la vagina tras la eyaculación ya que el esperma puede quedar retenido en la uretra. El coitus interruptus tiene una eficacia del 76 por ciento.

TALLER N.4

TEMA: POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS DE LA ADOLESCENCIAS EN EL ECUADOR

OBJETIVO: Dar a conocer sobre los derechos de la adolescencia

TIEMPO: Cuatro horas diarias por cinco días TOTAL. 20H. SEMANALES

5.17 POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS DE LA ADOLESCENCIAS EN EL ECUADOR

De acuerdo al índice de Desarrollo Humano se encuentra en el puesto 100 entre 184 países, es 70% urbano y tiene 50% de pobreza, el 63% de niños y adolescencia le tiene hogares con ingreso con ingreso per cápita menor a 60 dólares mensuales.

La población total es de 13'215089, 45% son menores de 18 años y 20.7% ha tenido al menos 10 año.

Según la encuesta ENDEMAÍN 2004, entre los adolescentes de 15 a 19 años, el 27 % ha tenido al menos una relación sexual, 20% ha tenido al menos un embarazo, 16.4% usa anticonceptivos en la primera relación sexual. Entre las mujeres en edad fértil con maltrato antes de cumplir 15 años, 27.7% presentan maltrato físico y 24.9% maltrato psicológico. El 70% de 15 a 24 años conocen sobre temas de educación sexual.

El quinto objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) es mejorar la salud maternal, este objetivo está en relación por lo tanto al embarazo en las adolescentes, aunque el código de la niñez y de la Adolescencia, este hecho ni siquiera debería ocurrir, sin embargo, en nuestro país la mortalidad materna es de SI, 6 por 100000 nacidos vivos, el 20% de estas muertes ocurren entre 13 y 19 años. El potencial de cumplimiento de la meta es 29,3 al 2005, sólo alcanzable con políticas e inversiones adicionales.

Equidad, tratamiento justo en este caso de la sexualidad y reproducción. Existen siete

derechos sexuales y reproductivos. En esta conferencia se dirigió específicamente a cinco para conocer el estado ideal y como son violentado actualmente.

El sexto ODM es combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Las cifras para el país son VIH SIDA 7151 CASOS ACUMULADOS ENTRE 1984 Y 2005, PARA 2004: VIH SIDA en adolescentes tiene un total nacional de 1108 casos, de estos el 9% fueran menores de 15 años y el 13% menores de 20 años.

En una investigación nacional (Dr. J. Soiorzano). se aprecia una tendencia creciente de casos VIH-SIDA entre los grupos de 1 a 4 años y 15 a 19 años, en el primer grupo la causa es la transmisión vertical (madre- feto) y en el segundo grupo la actividad sexual realizada sin prevención de ciertos riesgos.

En cuanto a la salud y protección especial en Ecuador, existen 600000 personas que no son registradas. 7 de cada 10 presentan alguna forma de maltrato, 775753 realizan trabajo infantil, de ellos 664084 tienen 30 a 17 años. El trabajo sexual en nuestro país no existe como categoría laboral, su una adolescente por actividad sexual recibe remuneración

5.18 GÉNERO, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DEL LAS ADOLESCENTES

CONCEPTOS

Derechos son las libertades fundamentales que tienen todas las personas, sin diferencia de sexo, opción sexual, etnia, edad y clase social.

Desde hace 15 años, los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos como derechos humanos por tanto, son universales, indivisibles e impostergables.

Los derechos humanos tienen 4 características:

Libertad, es la capacidad de decidir automáticamente.

Autonomía, respeto que las personas perciben de sí mismos.

Empoderamiento. Fortalecimiento de la capacidad de negociación y toma de decisiones

Derecho a ser ellos mismos y ellas mismas.

Derecho a la información.

Derecho a ser protegido y a protegerse uno mismo.

Derecho a los servicios de salud.

Derecho a participar.

5.18.1 Derecho a ser ellos mismos y ellas mismas.

El programa que evidencia este derecho, son aquellos que reconocen que los /las jóvenes tienen derecho ejercer su sexualidad, incluyendo por tanto, lesbianas, gays, transexuales y quienes se cuestionan su identidad sexual.

Este derecho es violentado, en programas como es YIH SIDA quien niega la sexualidad en la juventud, "abstinencia es la mejor forma de protegerse" "espera a tener relaciones sexuales cuando madurez" "'tienes derecho a decir no'.

5.18.2 Derecho a la información.

Se evidencia en programas que proporcionan información correcta basada en la mejor vivencia, en VEO SIDA la provisión de condones y negociaciones no solo en abstinencia.

La información en sí, no es garantía de que se ejercite este derecho; es necesario el desarrollo de competencias internas para negociar adecuadamente con el otro/otra para aplicar esa información.

Por ejemplo en Estados Unidos, los programas de YIH SIDA para lograr posponer las relaciones sexuales, consiguen que se retrasen en 18 meses las relaciones sexuales, y nuevamente inician, un tercio de los jóvenes reinician sin uso de condón o con relaciones sexuales religiosas a lo habitual.

5.18.3 Derecho a ser protegido y a protegerse uno mismo.

Se aprecia este derecho en programas que promueven los derechos de grupos estigmatizados como: personas que viven con pacientes VIH. Niños o niñas de la calle, jóvenes con otras orientaciones sexuales y en programas de empoderamiento y negociación relacionadas con el sexo y uso de condones.

Como se violenta este derecho, cuando por ejemplo: los jóvenes no pueden hacerse pruebas de VIH/SIDA sin el consentimiento de sus padres o para recibir anticonceptivos, se requiere permiso de los padres.

5.18.4 Derecho a los servicios de salud.

Se evidencia en programas que tratan de evidenciar: las barreras del acceso a los servicios de salud, la falta de privacidad y confidencialidad, programas de fortalecimiento en los jóvenes para exigir sus derechos en salud ejemplo capacitación en abogacía para el ejercicio de sus derechos.

Se violenta este derecho, en los servicios de salud que no tienen personal capacitado, que no guardan confidencialidad, con horarios adecuados.

5.18.5 Derecho a participar.

Este derecho se aprecia en programas que promueven la participación y fortalecen a los jóvenes *como* activistas y tomadores de decisiones. Programas que fortalecen la capacidad juvenil de ejercer su ciudadanía universal en el Ecuador, donde 80% no tiene seguro social, existen escasos servicios de salud y nutrición para adolescentes, la atención del parto es deficitaria, menos de la mitad de la población tienen agua potable y alcantarillado dentro de la casa. 36.6% adolescentes no acceden a la educación secundaria y solo superficialmente se ha trabajado en la educación en salud sexual y protección social.

5.18.6 Acuerdo para lograr el acceso a los servicios básicos de salud.

5.18.7 La ciudadanía debe participar y vigilar:

- Acuerdos fiscales y sociales son responsabilidad social.
- Monitorear el gasto social a nivel nacional y local con énfasis en servicios de salud básicos.
- Planes participativos de desarrollo nacional y local.
- Presupuestos participativos.
- Sistema de información local.
- Participación de jóvenes y adolescentes.
- Observatorios como el derecho de la niñez o de la política fiscal son buenos ejemplos de la participación ciudadana.

5.18.8 En conclusión, para construir políticas públicas con enfoque de derechos en niños, niñas y adolescentes es necesario:

- Aplicar el marco legal favorable que existe en Ecuador. Hay que difundir instrumentos y construir acuerdos.
- Mejorar la inversión social y en salud. Monitorear el gasto social público.
- Priorizar el acceso universal a programas prioritarios
- Fortalecer la institucionalidad en servicio de salud, educación y protección especial.
- Articular los niveles de gobierno y centralización.
- Generar acuerdos plurales sobre metas y resultados concretos. Acceso universal a servicios de salud.
- Construir una cultura de participación y vigilancia ciudadana.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACHIG, LUCAS, (1993) Metodología de la Investigación Social; 2da, Edición, Cuenca
2. AGUILAR P., CAMPO ELÍAS, (2006) Guía Práctica para la Elaboración de Tesis
3. ÁLVAREZ R. (1991) Salud Pública. Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno.
4. AMERICAN ACADEMY Of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. Pediatrics. 1989
5. AMORÍN JOSÉ (1980), Didáctica expresión y Ciencias, Ediciones Nauta S.A.
6. ANA PATRICIA ESTRADA, Leticia Madrigal López. Adolescentes Indígenas Embarazadas. Asociado a la Falta de Información y Recursos Económicos 2001 Chiapas México
7. CÁCERES J. & ESCUDERO V. (1994) Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid; Pirámide.
8. CASTILLO, C. LÓPEZ, C. MUÑOZ, C & RIVERA, J. (1992) Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada.
9. CJARA, INGA GERARD, Metodología de Estudio.
10. DOTRENS ROBERT, (1989) Cómo mejorar los programas Escolares 7ma. Edición, Editorial Kápelusz.
11. ESCOBEDO E. Fletes U, VELÁSQUEZ L. Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Conmujer. Segob. 2000
12. ETESA, EQUIPO PEDAGÓGICO, Antropología y Pedagogía, Ediciones Nauta S.A.
13. FLORES LUIS, Diseño de Investigación Educativa, 4ta. Edición, Editorial La Siembra.
14. GARCÍA JOSÉ, (1980) Educación Nuevas Técnicas, Ediciones Nauta: S.A.
15. PAPALIA, Diane E. "Desarrollo Humano". 4ª Edición. Pensilvania

16. PAREDES SÁNCHEZ, E. "Obstetricia y Ginecología". 2ª Edición Santiago – Chile
17. BOTEROU, Jaime. "Obstetricia y Ginecología". 6ª Edición.
18. PEÑA, QUIROZ, MUÑOZ, MOLINA, GUERRERO & Masardo 1991.
19. PÉREZ L. M. (1992) El trabajo con Adolescentes Embarazadas. Revista de Trabajo Social.
20. ZARZAR, CHARUR, Carlos Habilidades básicas para la docencia, Patria México
21. ZAVALOVI, Roberto Biblioteca de la psicología, Editorial Heder, Pubertad y Adolescencia, Cultural, S.A: Madrid España

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

INSTITUCIÓN: COLEGIO NACIONAL “SAQUISILÍ”

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(PROFESORES)

- 1). ¿En su materia aborda temas de educación sexual ?
SI (___) NO (___)
- 2). ¿Dialoga con sus estudiantes acerca del enamoramiento?
SI (___) NO (___)
- 3). ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo en los adolescentes?
SI (___) NO (___)
- 4). ¿Analiza acerca de enfermedades de transmisión sexual?
SI (___) NO (___)
- 5). ¿Ha dialogado con sus estudiantes acerca de los métodos anticonceptivos ?
SI (___) NO (___)
- 6). ¿Ha conocido de casos de embarazos en estudiantes del colegio?
SI (___) NO (___)
- 7). ¿En casos de existir estudiantes embarazadas; y ellos solicitar una práctica de aborto, lo haría?
SI (___) NO (___)
- 8). ¿Cree que el embarazo de una estudiante es una deshonra para el colegio?
SI (___) NO (___)
- 9). ¿A la estudiantes o estudiantes embarazadas les daría un trato discriminatorio?
SI (___) NO (___)
- 10). ¿Apoyaría a las estudiantes embarazadas para que termine sus estudios?
SI (___) NO (___)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

INSTITUCIÓN: COLEGIO NACIONAL "SAQUISILÍ"

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(ESTUDIANTES)

- 1). ¿Comunica a sus padres donde se encuentra durante su tiempo libre?
SI (___) NO (___)
- 2.- ¿En su hogar conversan temas de educación sexual?
SI (___) NO (___)
- 3). ¿Dialoga con sus padres acerca del enamoramiento?
SI (___) NO (___)
- 4). ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo ?
SI (___) NO (___)
- 5). ¿Hablan acerca de enfermedades de transmisión sexual, con sus compañeros?
SI (___) NO (___)
- 6). ¿Ha dialogado con sus padres acerca de los anticonceptivos ?
SI (___) NO (___)
- 7). ¿Ha conocido de casos de embarazos de estudiantes del colegio?
SI (___) NO (___)
- 8). ¿Tiene conocimientos de sus derechos sexuales?
SI (___) NO (___)
- 9). ¿Conversan entre compañeras(os) de experiencias sexuales ?
SI (___) NO (___)
- 10) .¿Contaría con el apoyo de sus padres en caso de estar embarazada?
SI (___) NO (___)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

INSTITUCIÓN: COLEGIO NACIONAL "SAQUISILÍ"

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(PADRES DE FAMILIA)

- 1). ¿Conoce dónde se encuentran sus hijos en el tiempo libre?
SI (___) NO (___)
- 2.- ¿En su casa, aborda temas de educación sexual?
SI (___) NO (___)
- 3). ¿Dialoga con sus hijos acerca del enamoramiento?
SI (___) NO (___)
- 4). ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo de los adolescentes?
SI (___) NO (___)
- 5). ¿Platica usted acerca de las enfermedades de transmisión sexual?
SI (___) NO (___)
- 6). ¿Ha dialogado con sus hijos acerca de los anticonceptivos ?
SI (___) NO (___)
- 7). ¿Conoce usted de casos de embarazos en estudiantes del colegio?
SI (___) NO (___)
- 8). ¿En caso que su hija quede embarazada le permitiría continuar sus estudios?
SI (___) NO (___)
- 9). ¿Cree que el embarazo de una hija es la deshonra de el hogar?
SI (___) NO (___)
- 10). ¿Conoce usted que su hijo (a) ha tenido relaciones sexuales?
SI (___) NO (___)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

INSTITUCIÓN: COLEGIO NACIONAL "SAQUISILÍ"

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(PROFESIONALES DE LA SALUD DEL CANTÓN)

- 1). ¿Colabora con el colegio en temas de educación sexual ?
SI (___) NO (___)
- 2). ¿Dialoga con las pacientes adolescentes del embarazo precoz?
SI (___) NO (___)
- 3). ¿Conversan acerca de las consecuencias del embarazo precoz?
SI (___) NO (___)
- 4). ¿Promocionan charlas, acerca de enfermedades de transmisión sexual?
SI (___) NO (___)
- 5). ¿Promocionan conferencias con las estudiantes acerca de los anticonceptivos ?
SI (___) NO (___)
- 6). ¿Han conocido de casos de embarazos en estudiantes del colegio?
SI (___) NO (___)
- 7). ¿En casos de existir estudiantes embarazadas; promoverían el aborto?
SI (___) NO (___)
- 8). ¿Cree que el embarazo de una adolescente es una deshonra para el colegio?
SI (___) NO (___)
- 9). ¿A la estudiante o estudiantes embarazadas les daría un trato discriminatorio?
SI (___) NO (___)
- 10). ¿Apoyaría a las estudiantes embarazadas para que termine sus estudios?
SI (___) NO (___)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PRESUPUESTO

	RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Papel bond	3	3.00	9.00
2	Personal de apoyo			200.00
3	Flash Memory	1	20.00	20.00
4	Compra de libro	1	20.00	20.00
5	Transcripción borradores	3	10.00	30.00
6	Impresiones	150	0.10	15.00
7	Movilización			80.00
8	Internet			20.00
9	Copias	300	0.02	6.00
10	Elaboración y empastado	1	30.00	30.00
	TOTAL			410.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEMANAS																			
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema	x	x																		
Presentación del tema			x	x																
Aprobación del tema				x																
Revisión Bibliográfica					x	X	x	x												
Entrega del plan de Tesis								x												
Elaboración del Primer Capítulo								x	x	x										
Aprobación del Primer Capítulo											x									
Elaboración del segundo capítulo											x	x	x							
Aprobación del segundo capítulo														x	x					
Elaboración del tercer capítulo																x	x	x		
Revisión del tercer capítulo																			x	

COMO SE REALIZO LOS TALLERES.

-Para el desarrollo de los diferentes talleres de capacitación sobre educación sexual dirigido a estudiantes padre de familia, profesores del colegio nacional Saquisilí.

1-Se pidió autorización a las autoridades del colegio nacional Saquisilí.

2-Con el apoyo del departamento de orientación vocacional y el personal del centro de salud de Saquisilí.

3-Utilizo varios materiales de apoyo.

-Infocus.

-Carteles.

-Pancartas.

-Videos.

-Folletos.

4-Se dividió el tiempo para cada tema con un receso de 30 minutos.

5-Se trabajo en grupos.

6-Evaluaciones a los participantes





