

INTRODUCCIÓN

Sabemos que el embarazo humano es una cuestión muy seria toda vez que se trata de traer al mundo un ser sano con todas sus facultades mentales. Para ello, es decir para el embarazo requiere que la madre futura reúna una serie de requisitos para salir embarazada, llevar el embarazo exitosamente durante 9 meses y por último dar a luz.

Esos requisitos se requiere que la futura madre sea debidamente madura orgánicamente como mentalmente; en lo primero que su organismo y sobre todo su útero esté debidamente en condiciones óptimas para albergar el feto; y en lo segundo que esté preparada psicológicamente y con conocimientos de cómo alimentarse, tener cuidado en su salud; y sobre todo cómo cuidar y proteger a su futuro niño.

Creemos que la futura madre debe tener su hijo a partir de los 20 años, porque a esa edad ya se es madura en todo sentido; tenerlo antes puede significar riesgo en la salud del niño y daría lugar al embarazo precoz, que se da a los 12 a 16 años, en la que futura madre no está preparada.

Este trabajo de investigación tratará sobre el conocimiento, actitudes y prácticas sobre las causas y consecuencias del embarazo precoz es decir en las adolescentes, para ello recurriremos fundamentalmente a fuentes como algunos libros e Internet.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de inmadurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.¹ Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en los colegios, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo consideramos que el número de embarazos en adolescentes sigue siendo elevado.

Las causas que llevan a las adolescentes a embarazarse son problemas en la organización familiar; la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y la promiscuidad y por el deficiente manejo de esta información por parte de los medios de comunicación; el desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, etc.²

¹Mejía E. Embarazo en la adolescencia un dilema en la sociedad, 2003

²Castro Cano. Crecer en la adolescencia. En identidad del adolescente. Editorial Pueblo y Educación (2001)

El período entre 14 y 19 años es de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por flexibilidad de la estructura psíquica. Esto condiciona a que la población adolescente sea susceptible al inicio precoz de las relaciones sexuales. Distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales

Por lo cual nosotros como parte del personal de salud queremos que exista una disminución a este problema y que la etapa de la adolescencia sea disfrutada de la mejor manera, y sobre todo la vida de un hijo debe ser planificada y concebida en las mejores condiciones tanto económicas como afectivas.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y practicas (CAP) sobre las causas y consecuencias del Embarazo que tienen las estudiantes del Colegio Fiscal Nacional Ibarra de la Provincia de Imbabura ciudad Ibarra en el Periodo 2009-2010?

1.3 Preguntas guías.

1. ¿Recibe educación sexual en su colegio?
2. ¿Qué entiende por embarazo precoz?
3. ¿Cuáles son las principales causas del embarazo en adolescentes?
4. ¿Qué consecuencias pueden acarrear un embarazo precoz?
5. ¿Qué métodos anticonceptivos conocen?
6. ¿Hay suficiente apertura para hablar de sexualidad con sus padres?
7. ¿Qué haría si se queda embarazada?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y practicas (CAP) que tienen las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra sobre las causas y consecuencias de embarazos en las adolescentes.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.
- Determinar la apertura de comunicación sobre sexualidad que existe entre padres y adolescentes.
- Elaborar una guía clara y precisa de nuestro tema para las adolescentes del colegio Nacional Ibarra.

1.5 Justificación

En este trabajo apreciamos la importancia de la educación sexual tanto en el colegio como en el núcleo familiar, creemos que la libertad sexual implica una gran responsabilidad personal frente a las consecuencias de nuestros actos.

Los embarazos en la adolescencia van en aumento y es necesario no cerrar los ojos a esta realidad, uno de los factores más importantes para no enfrentar este

tipo de situación es la comunicación con nuestros padres, profesores e incluso entre nosotros mismos.

Más del 70% de los/las jóvenes tienen información equivocada sobre la sexualidad. Esto hace que trasciendan muchas consecuencias para la pareja. Sin embargo hoy sabemos que desde el momento que se ha quedado embarazada cualquiera que sea su decisión (abortar o tener el hijo) está expuesta a importantes consecuencias no solo orgánicas sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas, laborales.³

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve involucrada al mundo adulto sin estar preparada para ello, esta situación lleva a la adolescente a problemas psicológicos ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no están preparados. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas del futuro.

De igual manera tiene que enfrentarse a problemas escolares, el conseguir una buena educación, formación se ven claramente disminuidas al estar embarazada, dificultan la inserción en el mundo laboral, también existe rechazo de parte de maestros hacia la misma. La adolescente puede ser rechazada además por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos pueden llegar a ser rechazadas por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo lo que trae como consecuencias graves el riesgo de mortalidad perinatal.

No podemos descartar que otras causas de embarazos no deseados se dan en adolescentes abusadas sexualmente, muchas veces de su propia familia.

³Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic.(2001) – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO Chile.

Las niñas y adolescentes también son utilizadas en algunos países que se han convertido en centros de turismo sexual no todas estas adolescentes quedan embarazadas y muchas forman parte de las 65.000 personas que entre los 15 y 24 años son infectadas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) anualmente en Latinoamérica⁴

Mediante la aplicación de encuestas dirigidas a las adolescentes de 14 a 18 años del Colegio Nacional Ibarra, determinaremos los CAP sobre las principales causas que conducen a este incremento de embarazos, lo que nos permitirá plantear algunas alternativas de solución para que disminuya en algo el alto índice de embarazos, con lo cual, no solo se beneficiarán los adolescentes, sino también la familia, aspectos que por sí mismos son justificados para ser investigados.

⁴Enciclopedia multimedia Salvat año (2008). Extraído el 16 agosto 2010, desde <http://html.rincondelvago.com/embarazo-en-la-adolescencia.html>

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Institucional

2.1.1 Caracterización del área de estudio

El Colegio Nacional Ibarra tiene su trayectoria y la cronología, es añoranza de grandes recuerdos. Precisamente en el año 1951 cuando el prestigioso maestro Juan Francisco Cevallos Almeida, fue elegido Diputado del Congreso Nacional por la Provincia de Imbabura, llevó consigo su mayor empeño, accionar por el bien de la educación y su meta fue fundar un Colegio Femenino al servicio de las jóvenes Ibarreñas, quienes tenían como única alternativa las aulas del Colegio “Teodoro Gómez de la Torre”.⁵

La brillante idea se hizo realidad el 17 de septiembre de 1951, mediante decreto de creación Nro. 1833 firmado por Carlos Tamariz, Ministro de Educación, en la Presidencia del señor Galo Plaza Lasso, identificándole con el nombre de la ciudad, que inicialmente y por 12 años consecutivos funcionó en las aulas del antiguo y ALTIVO TORREÓN.

Precisamente el 7 de enero de 1952, con entusiasmo 11 profesores y 94 alumnas iniciaban sus tareas educativas, considerándoles como maestros fundadores a Abelardo Morán, Jorge M. Noboa, Pedro Vicente Carrasco, María Luisa Salazar, Mila Ramírez, María Teresa Silva, Zoila América Yépez, Eva María Sánchez, Luz Clemencia Cevallos, Gerardo Acosta y Luis Sotelo, quienes iniciaron la siembra

⁵Revista Cincuentenario, Colegio Nacional Ibarra (2001) página 3 - 6

laboriosa en los tres primeros cursos de las secciones: Humanidades Modernas, Comercio y Administración y Manualidades Femeninas. La primera Junta General de Profesores eligió el Consejo Directivo integrado por: Juan Francisco Cevallos, Rector Presidente; Abelardo Morán, Vicerrector; Jorge M. Noboa, Mila Ramírez, María Luisa Salazar, Vocales Principales. Secretario fue nombrado por el Ministerio el señor Gerardo Acosta, la señorita Luz Clemencia Cevallos, Inspectora General y Colectora la señorita Juana Eskola.

Las necesidades fueron muchas y la escases presupuestaria también, sin embargo el empeño de nuestro fundador fue tal, que consiguió un Decreto Ministerial a favor del Colegio para cobrar un impuesto adicional a los predios rústicos y urbanos, proyecto aprobado y publicado en el Registro Oficial No. 120 del 23 de enero de 1953, conjuntamente con la asignación del impuesto a los licores y cigarrillos extranjeros establecidos por el Decreto Ejecutivo del 31 de diciembre de 1953 y publicado en el Registro Oficial No. 403. Estas asignaciones permitieron conseguir valiosas adquisiciones.

Pasaron los años y la siembra laboriosa entregó sus primeros frutos a la sociedad ibarreña, en 1955 egresó la primera promoción de graduadas, nueve en Humanidades Modernas y tres en Corte y Confeción se incorporaron como bachilleres de la República. Fueron condecoradas con la Cadena Eslabón del Colegio Ibarra, obsequiándoles también el Tradicional Anillo de Oro a las alumnas acreedoras de mayor puntaje en sus seis años de estudio.⁶

Múltiples fueron las acciones para obtener financiamiento, se dieron gestos espontáneos de la ciudadanía, la señorita María Olimpia Gudiño había donado 1000 sucres en ese entonces. Las ganancias del pequeño bar de la señora Hilda de Cevallos, servían para solventar las necesidades más apremiantes del Plantel y el

⁶Revista Cincuentenario, Colegio Nacional Ibarra (2001) página 3 - 6

mismo Don Juan Francisco Cevallos donó sus sueldos para contribuir con la obra monumental del Colegio Nacional de Señoritas “Ibarra”.

En los primeros meses de 1959 el Ministerio de Educación y Cultura compró el lote de terreno situado en uno de los mejores sectores de la urbe, la Avenida Mariano Acosta, espacio donde se construyeron las 10 primeras aulas por un costo de 1'388.000 sucres. Y más adelante en 1961 con el apoyo del Dr. José María Velasco Ibarra Presidente Constitucional de la República, se construye los dos tramos laterales por un costo de 2'000.000 de sucres lo que constituye actualmente toda la parte frontal.

El 24 de Julio de 1963, siendo Ministro de Educación Gonzalo Abad, se inaugura con sus propios símbolos y emblemas del nuevo y definitivo edificio con los ambientes indispensables para una educación digna de la mujer ibarreña, bajo el lema SCIENTIA ET VOLUNTAS AD ASTRA, “El saber y la voluntad conducen a la cumbre”, una obra eterna de indiscutible originalidad y de un valor inapreciable que perdurará a través del tiempo. Como símbolo de vida y palpitante se colocó en el patio central un reloj, el mismo que minuto a minuto ha cronometrado los triunfos y sacrificios de generaciones entregadas a forjar sus estudios con entereza y decisión. Monumental e imponente se contempla nuestra fortaleza que revente se inclina a la memoria de tan benemérito educador Don Juan Francisco Cevallos Almeida.⁷

Se inician las labores con segura confianza y altas aspiraciones, teniendo hasta la fecha una amplia galería de rectores que han administrado positivamente los rumbos de nuestra Institución. La ciudadanía ibarreña, año tras año, ha ido confiando la educación de sus hijas a este establecimiento, que ha crecido al paso del tiempo y sus exigencias. Ahora contamos con las especialidades de Ciencias, Físico Matemático, Químico Biológicas, Sociales, Contadoras Bachilleres en

⁷Revista Cincuentenario, Colegio Nacional Ibarra (2001) página 3 - 6

Ciencias de Comercio y Administración e Informática. La demanda estudiantil por ingresar al Colegio Ibarra obligó a trabajar en dos jornadas, en la matutina el Ciclo Diversificado y en la vespertina el Ciclo Básico. Más aún para facilitar la preparación de la mujer ibarreña en el año 1988 mediante Acuerdo Ministerial No. 3845 del 27 de Mayo firmado por el Ministro encargado de Educación y Cultura Ing. Julio Ponce Arteta, se creó la sección Nocturna. En la sección diurna el creciente número de alumnas es de 2.650, cuenta con 123 profesores con sus respectivos nombramientos y además con 20 personas que trabajan el Área de Administración y Servicios.

La Institución tiene una estadística considerable de bachilleres graduadas cada año en las diferentes especialidades que totalizan en un número de 6.398 bachilleres en la sección diurna desde su creación 2000 – 2001 y en la sección nocturna 321 bachilleres desde el año 1994. Una meritoria galería de alumnas abanderadas, son consideradas verdaderas embajadoras de la Ciencia y la Virtud.

Grandes triunfos en concursos de Ciencia y Cultura, en Competencias Deportivas son glorias y prestigio alcanzados por nuestro establecimiento que tiene reconocimiento a nivel local y nacional por su calidad educativa.

Actualmente somos líderes en los Avances de la Ciencia y Tecnología trabajamos día a día con una mentalidad susceptible al cambio, fijando y precisando los fines y valores supremos que forman integralmente a los jóvenes para la vida. Somos una Institución poseedores de un corazón enorme con las puertas abiertas a toda una sociedad que necesita una educación acorde con el avance científico – tecnológico rumbo al nuevo milenio.⁸

2.1.2 Misión

⁸Revista Cincuentenario, Colegio Nacional Ibarra (2001) página 3 - 6

Somos una Institución educativa Fiscal de nivel medio, comprometida con la formación integral de la juventud del Norte del país. Potenciamos el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo, el conocimiento científico, técnico, cultural, social y humanístico. Formamos con autonomía, elevado nivel de liderazgo participativo y vivencial de valores.

2.1.3 Visión

Una institución de calidad, líder en proyectos de innovación académica, con un excelente clima organizacional y equipamiento tecnológico de punta. Nos proyectamos a ser un instituto tecnológico experimental superior, referente de la educación nacional e internacional con aceptación y apoyo de la comunidad, en especial para todos aquellos que no tienen acceso directo a las universidades.

2.1.4 Autoridades

Rectora: Dra. Miriam Salgado

Vicerrectora: Lcda. Palacios

Inspector General

2.2. La adolescencia⁹

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.

⁹Molina R., Sandoval J. "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, (2000) – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

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 años.¹⁰

2.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. 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.¹¹

2.2.2 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.

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.

¹⁰Molina R., Sandoval J. "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, (2000) – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay

¹¹Papalas Diana, "Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia" Quito. Edición 1º. Editorial Interamericana S.A. (2005)

2.2.3 Adolescencia tardía, luego de los 18 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**".¹²

2.3. 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 menarca, 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.¹³

¹²Papalas Diana, "Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia" Quito. Edición 1°. Editorial Interamericana S.A. (2005)

¹³. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio (2000), pág. 10-12 – Asociación

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. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace 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.

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 bio-psicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad¹⁴

Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

¹⁴García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre

2.3.1 Causas o factores de riesgo

2.3.1.1 Predisponentes

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

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.¹⁵

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.

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

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

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.

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

Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, Junio (2000), pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

¹⁵ Castelo G. "Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes". Maternidad Isidro Ayora Quito (2000)

negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.¹⁶

Entre otras causas se encuentran también:

- La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Falta de madurez
- Ignorancia o falta de cultura sexual
- Violación (en algunos casos)
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- Simplemente por curiosidad
- Las salidas tempranas
- El consumo de alcohol u otras drogas incluyendo el tabaco
- Pocas amistades
- Ser hija de una madre que tuvo su 1er parto a la edad de 19 años o siendo aun más joven.

2.3.1.2 Factores psicosociales

¹⁶ Delgado Edmundo, Echeverría R. “ Embarazo en adolescentes – Factores predisponentes” Editorial ENDEMAIN (2004)

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: ¹⁷

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 pro-creativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, permitiendo al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

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.

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

¹⁷ Guijarro, Samuel. "Factores de riesgo psicosociales del embarazo en adolescentes". Editorial Flacso(2006)

estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- **Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- **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.¹⁸

2.3.2 Consecuencias

2.3.2.1 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.

¹⁸ Guijarro, Samuel. "Factores de riesgo psicosociales del embarazo en adolescentes". Editorial Flacso(2006)

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.

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.¹⁹

2.3.2.2 Consecuencias educativas

En muchos casos, tienen que abandonar sus estudios para trabajar; y si están aun en el colegio, es común ver que la adolescente embarazada deje de asistir, por los prejuicios y presiones de sus compañeros, profesores y padres de familia que no comprenden esta situación.

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.

2.3.2.3. Consecuencias socio-económicas

¹⁹Munista Mabel, Maddaleno Matilde “Consecuencias del Embarazo Precoz” Madrid – España. Edición 10°. Editorial. Harcourt S.A (1999)

Un embarazo a temprana edad es un periodo difícil para las adolescentes que estén pasando por esta etapa debido a que no tienen las posibilidades económicas para el sustento de su hijo y también le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

2.3.2.4. Consecuencias psicológicas

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

2.3.2.5 Consecuencias orgánicas

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada.

2.3.2.6 Consecuencias para el hijo o hija.

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, suelen ser prematuros, presentar malformaciones congénitas.

2.3.2.7 Vínculo Afectivo

Existen tres patrones característicos de interacción madre-hijo. En ocasiones se ha observado falta de sensibilidad y respuesta ante las necesidades físicas y afectivas del niño, y disgusto ante el hecho de tener que realizar actividades como cuidarlo, vestirlo, alimentarlo, o sacarlo a pasear. En este caso, según los mencionados autores, es frecuente que el niño reaccione con pasividad y apatía, viéndose afectados su desarrollo afectivo y motor.²⁰

Otras madres, por el contrario, exhiben un comportamiento caracterizado por una "sobre-preocupación ansiosa", lo que hace que el niño presente intranquilidad, tensión y ansiedad.

Finalmente, un tercer grupo pasan alternativamente del rechazo y privación a la sobreprotección. Esto hace que el niño muestre una inestabilidad que puede desembocar en un sentimiento general de incertidumbre, especialmente referida a si es o no es amado.

2.3.2.8 Consecuencias ante la confirmación del embarazo

²⁰Betmea, D.C. Enfermería materno infantil". México. 4° Edición. Editorial Interamericana (2000)

2.3.2.8.1 Iniciales

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la chica.

En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿Qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida?

A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la chica no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

2.3.2.8.2 A corto y medio plazo

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, sobre generalizándolas a veces como "consecuencias del embarazo", en este apartado trataremos también las consecuencias asociadas a la decisión de abortar.

2.3.2.8.3 A largo plazo

Según ciertas investigaciones, los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un END son: (1) la seguridad económica y el nivel de educación de los padres de la chica; (2) el nivel educativo y las aspiraciones de la joven madre; y (3) el grado en el que la chica está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

2.4 Actitudes de las adolescentes frente al embarazo

El embarazo en la adolescente es una condición que se sobre impone a la etapa de la adolescente. Las fases en la adolescencia colorean las actitudes de los adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía.

La actitud de las adolescentes frente a su embarazo se manifiesta en gran variedad de acuerdos con las influencias culturales, temperamentales de clases sociales.²¹

2.4.1 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 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 creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

²¹Peña M. López C. Adolescencia: Actitud frente al embarazo. Revista Cubana (2001)

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.

2.4.2. Actitudes hacia la maternidad

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

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban 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.²²

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.

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.

2.4.3. 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

²²Peña M. López C. Adolescencia: Actitud frente al embarazo. Revista Cubana (2001)

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".

2.4.4 Actitud con respecto a la experiencia del embarazo

La adolescente temprana, ligada a su madre y sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que culminará transformándola en madre. La adolescencia media, se siente posesiva con relación al feto, que a su vez a experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo. En la adolescencia tardía se ve la adaptación al impacto de la realidad y se dedican a los placeres de la nidación.²³

2.5 La anticoncepción

Es la forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en los mecanismos que lo hacen posible. Conviene recordar que si se mantienen relaciones sexuales con cierta regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es altísima: en torno al 80 % en un año.

Es muy importante conocer bien todos los métodos anticonceptivos existentes para poder elegir el que más se adecue a cada caso. La elección de uno u otro dependerá de múltiples factores, como son la frecuencia de las relaciones, la edad, las preferencias personales, etc.

Deberían utilizarse los métodos anticonceptivos desde el primer momento en que se mantengan relaciones sexuales con penetración. La anticoncepción es responsabilidad de quienes forman la pareja.

2.5.1 Métodos Anticonceptivos

²³Peña M. López C. Adolescencia: Actitud frente al embarazo. Revista Cubana (2001)

Cuando los jóvenes preguntan cuál es el mejor método anticonceptivo, los especialistas suelen contestar que no existe un método ideal que pueda aplicarse a todo el mundo, puesto que hay que estudiar cada caso en particular. Pero, de forma general, sí puede decirse que el anticonceptivo óptimo debe poseer las siguientes características: ser seguro, inocuo y aceptado con agrado por la pareja.²⁴

2.5.2 Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

Entre los métodos anticonceptivos tenemos dos grupos:

- Temporales
- Definitivos

2.5.2.1 Métodos Temporales

2.5.2.1.1 Métodos de barrera:

Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región.

Condón: tiene una versión femenina (preservativo femenino) y una masculina.

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto.

Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión

²⁴Coll G. Salud reproductiva. Métodos anticonceptivos. La Habana. Editorial pueblo y educación (2002)

Sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo.)

Preservativo femenino: Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual -ETS-, incluyendo el VIH o sida) pasen de un miembro de la pareja al otro.

Capuchón o Diafragma: circunferencia de goma con aro exterior de goma que se sitúa en el cuello del útero cerrando el paso a los espermatozoides. Una variedad más pequeña de éste es el capuchón cervical.²⁵

2.5.2.1.2. Métodos naturales

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos.

Temperatura basal: Este método parte de la observación de que la temperatura de la mujer se eleva aproximadamente medio grado tras la ovulación. Al despertarse, cada mañana, hay que ponerse el termómetro debajo de la lengua para detectar la subida de la temperatura que sigue a la ovulación y evitar la penetración durante estos días. Según este procedimiento, el embarazo no se produciría a partir del tercer día de la subida de la temperatura hasta la siguiente regla.

²⁵CedricPorter, "Mecanismos anticonceptivos" Edición 1° EEUU (2005)

El método Ogino (o del ritmo o del calendario): Antes de aplicar el método Ogino hay que controlar los ciclos durante doce meses para comprobar su regularidad. Con este conocimiento, y teniendo en cuenta que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación y el último día del ciclo es el día anterior al inicio de la regla siguiente, se aplica la siguiente fórmula: se restan dieciocho días al ciclo más corto y once días al ciclo más largo. Suponiendo que los ciclos son de veinticinco y de treinta días, el período de abstinencia de las relaciones coitales será el comprendido entre los días siete y diecinueve.

Billings o método del moco cervical: El flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente y viscoso, como clara de huevo, al aproximarse la ovulación. En esta transformación se basa el método Billings, para determinar los días fértiles. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer note una mayor secreción y transparencia del moco cervical.

Coito interruptus: La llamada "marcha atrás", consistente en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, hay que recordar que no ofrece seguridad, puesto que antes de producirse la eyaculación se expulsan unas gotas procedentes de las glándulas de Cowper, que pueden contener espermatozoides²⁶

2.5.2.1.3 Métodos Químicos

Espermicidas: los espermicidas son productos químicos (por lo general, nonoxinol-9) que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales, supositorios o películas vaginales disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

²⁶Cepar Carlo "Prácticas sobre planificación familiar" Ed. Culturales UNP S.A Quito Ecuador (1999)

2.5.2.1.4 Métodos hormonales

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

Píldora anticonceptiva: administración diaria por vía oral. Eficacia del 99%. Cada píldora contiene dos hormonas sintéticas similares a las que se producen en el ovario: estrógeno y progesterona. Cuando estas sustancias entran en el torrente sanguíneo, la hipófisis recibe el mensaje de que ya hay suficiente estrógeno y progesterona y deja de dar órdenes al ovario para que las elabore. El ovario, al no ser estimulado, queda sin ovulación, en reposo, en una situación hormonal similar a la que experimentan las mujeres cuando están embarazadas. La píldora provoca también un espesamiento de la mucosa cervical, que dificulta la entrada de los espermatozoides. Asimismo, cambia el endometrio, convirtiéndose en un lugar hostil para una hipotética fecundación.

Anticonceptivo subdérmico: implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

Método hormonal inyectable: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

También existe la anticoncepción hormonal que suprime la regla.

Actualmente la anticoncepción hormonal masculina se encuentra en desarrollo. En general se trata de una dosis inyectable que se aplica cada 6 meses.

El dispositivo intrauterino (DIU): El dispositivo intrauterino, DIU o espiral, es un pequeño aparato, muy flexible, compuesto de plástico y metal (cobre o plata y cobre) que se coloca en la cavidad del útero con la finalidad de alterar la fisiología de la mucosa uterina e impedir así el asentamiento del óvulo si hubiera sido fecundado. El dispositivo también aumenta el flujo, dificultando el acceso de los espermatozoides, y altera el movimiento de las trompas de Falopio, obstaculizando el recorrido del óvulo hacia el útero.²⁷

2.5.2.2 Métodos parcialmente irreversibles

Vasectomía: Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

Ligadura de trompas, o salpingostomía: Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

2.6. Los adolescentes y la sexualidad.

Sexo, palabra clave para los jóvenes. Desde la pubertad se manifiesta en ellos “el deseo” que los acompañará el resto de sus vidas. La forma en que -en esta etapa- se les enseñe a entenderlo, a disfrutarlo y a conocerlo es fundamental para que lleven una vida adulta plena y segura.

El concepto de una sexualidad sana se relaciona con una actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de acuerdo a deseos y

²⁷PopulationReports “Nuevos métodos de acción prolongada” Edición 3° USA (2002)

proyectos personales. Este concepto está altamente relacionado con la autoestima y el amor propio, así como también con el amor por el otro.²⁸

Una sexualidad sana también requiere de un auto cuidado y de un cuidado del otro e incluye el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y evadir presiones.

La sexualidad del adolescente comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.²⁹

No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto. Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto.

²⁸ Soto Martínez. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev. Cubana (2003) Volumen 19

²⁹Medellin Gladys, Atención primaria en salud. "Crecimiento y desarrollo del ser humano". Ed. 1º Editorial. OPS – OMS (1997)

La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.

2.6.1 Aspectos psicosexuales de la adolescencia

2.6.1.1 Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad) y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmovionante. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

2.6.1.2 Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado antes las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de "atrevida".

2.7 Prácticas sexuales de los adolescentes

2.7.1 Masturbación

La masturbación, tanto masculina como femenina, es la estimulación de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo.

La masturbación se inicia en la infancia de manera más o menos explícita. En la adolescencia la frecuencia máxima puede llegar a varias veces al día para chicos y 3 o 4 veces por semana para las chicas, disminuyendo con la edad. Existen periodos en los que el porcentaje aumenta.

Las técnicas de masturbación son numerosas pero, generalmente, consiste en la estimulación directa de los órganos externos.

En el hombre, consiste en extender el cuerpo del pene con las manos y efectuar movimientos bastante vigorosos de adelante hacia atrás (con o sin cubrir el glande por el prepucio). La estimulación directa del glande y la parada puede hacerse al principio pero se convierte rápidamente muy sensible y desagradable cuando la excitación es fuerte.

En la mujer, la estimulación directa se hace al nivel de los labios menores (sobre todo internos) y alrededor del clítoris, evitando el glande clitoridiano que es también muy sensible en cuanto la excitación es fuerte. Los movimientos manuales de la mujer son mucho más lentos y suaves que los del hombre. Lo más común es que la mano de la mujer pase de los labios menores a la región clitoridiana y hacia la entrada de la vagina.

2.7.2 Petting

Se denomina petting a las relaciones sexuales sin penetración (coito). El coito posibilita, cuando se realiza sin métodos anticonceptivos, el embarazo y la reproducción. El petting consiste en intercambio de caricias, besos, (con la obtención de placer y/o afecto) pero sin llegar a la penetración. En este tipo de relaciones sexuales sin coito no es necesario el uso de métodos anticonceptivos. Las relaciones afectivo-sexuales deben ser placenteras y seguras.³⁰

2.7.3 Desórdenes sexuales: parafilias

Se denominan parafilias a los desórdenes sexuales. Estas perversiones consisten en prácticas sexuales que no se consideran “normales”. Determinadas prácticas sexuales pueden ser o no calificadas de parafilias, en función de: la intensidad de las mismas, la exclusividad de las mismas y el respeto a la libertad sexual de los otros.

³⁰Bermúdez M. Ortiz F “Adolescencia - Actividad sexual” América Latina y el Caribe (1998)

Son desórdenes sexuales caracterizados por fantasías sexuales especializadas, así como necesidades y prácticas sexuales intensas, que suelen ser repetitivas y generan molestias o ansiedad en el individuo. Se refieren a comportamientos sexuales caracterizados por la excitación del sujeto ante objetos y situaciones que no son patrones normativos o se alejan de estímulos sexuales. En las perversiones o parafilias, encontramos anomalías tanto en la cualidad de los impulsos sexuales como en el objeto. Es así como el sadismo, el masoquismo, el voyeurismo y el exhibicionismo muestran perturbada la naturaleza del impulso sexual. En cambio, en la pedofilia y la zoofilia, el objeto normal ha sido reemplazado, lo que lo convierte en “anormal”. Existen infinidad de parafilias: las filias como ocurre con las fobias son tan extensas y variadas como individuos que puedan proponerlas, imaginarlas o sentirlas.³¹

2.7.4. Valores de la sexualidad

Un valor sexual es una cualidad real o ideal, deseada o deseable por su bondad, cuya fuerza estimativa orienta la vida humana, desde su dimensión comunicativa y simbólica.

Así se puede afirmar que el valor sexual dinamiza el crecimiento personal. En la apropiación creativa de valores sexuales se va ensanchando el horizonte de nuestra vida como un continuo estar-dando-de-sí nuestra propia realidad personal, para bien nuestro, de quienes nos rodean y de la entera humanidad.

La estructuración –siempre pedagógica- de las categorías de valores sexuales que utilizamos para un cuestionario sobre valores sexuales de los futuros profesionales de la Educación en la Facultad de Ciencias de la Educación de Granada es la que presentamos ahora: valores sexuales corporales, intelectuales, afectivos, estéticos, individuales-liberadores, morales, sociales instrumentales e integrales.

³¹Ruoti M, Ruoti A, Sexualidad Vs Valores en la Adolescencia. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Ciencias de Salud, Universidad de Asunción. (1992)

- Valores sexuales corporales: aquellas cualidades relacionadas con la sexualidad humana cuya fuerza o centro principal es el cuerpo como materia viva de la persona.
- Valores sexuales intelectuales: cualidades cuya referencia central es la naturaleza racional del hombre, en cuanto contenido, proceso o resultado, en relación con la sexualidad.
- Valores sexuales afectivos: cualidades sexuales cuyo contenido afecta a nuestras reacciones psíquicas de agrado: a los estados de emoción, sentimiento o pasión.
- Valores sexuales estéticos: cualidades sexuales que son deseadas o deseables por su belleza en sus manifestaciones en las personas, en el arte o la naturaleza.
- Valores sexuales individuales-liberadores: los valores sexuales individuales-liberadores son cualidades sexuales que prioritariamente refieren el aspecto singular y autónomo de la persona, así como sus consecuencias.
- Valores sexuales morales: los valores sexuales morales se centran en la estimación ética: la bondad o maldad de las acciones sexuales en cuanto tales, atendiendo al fin o al deber.
- Valores sexuales sociales: afectan directamente a las relaciones sexuales sociales e institucionales, en su contenido y en el procedimiento o finalidad.
- Valores sexuales instrumentales: son aquellos que estimamos más como medios que como fines, relacionados con los beneficios que reportan en nuestro crecimiento sexual.
- Valores sexuales integrales: se refieren principalmente a varias o a todas las dimensiones sexuales de la persona, mostrando percepciones más globales.

2.8 Comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.

No dejes que las tensiones que provoca el eterno conflicto entre tu afán protector y su búsqueda de libertad te alejen de los chicos pues, ahora más que nunca, es necesario que sean tú y tu pareja quienes les hagan comprender la estrecha relación que existe entre sexo y amor. De acuerdo a los consejos de especialistas, lo mejor es que las madres conversen con sus hijas sobre la masturbación, el abuso sexual, la homosexualidad, el uso de anticonceptivos, el aborto y los riesgos de contraer enfermedades. Además, los padres deberán encargarse de tratar con los muchachos temas que los inquietan a ellos especialmente: las erecciones y poluciones nocturnas.

Algunas madres o sustitutos encargados de la educación ayudan al niño a que se convierta de una forma natural, en un ser autónomo, al ofrecerle las posibilidades de adquiriera una experiencia propia. Todo niño pasa, en este sentido, por una serie

de frustraciones que los padres deberán aceptar no tanto como una finalidad en sí mismas, sino como algo bueno e incluso necesario en su proceso madurativo.

Sin embargo, hay padres que, por falta de información o por cuestión de carácter actúan de forma equivocada con su hijo al prescindir del binomio satisfacción-frustración. Unas veces pretenderán evitarles todas las frustraciones; tal es el caso de los padres sobre protectores, quienes, a fin de evitar cualquier daño al niño, le previenen insistentemente frente a cualquier peligro ante de que el mismo haya intentado realizar la acción, agobiándole y negándole posibilidad alguna de investigación personal; o bien le esconden cosas reales que el niño debe saber (como puede ser la muerte de algún ser querido) para que no sufra, hurtándole así la posibilidad de que elabore un duelo normal, que contribuiría, sin duda alguna a su maduración.

Otro caso es el de los padres rígidos, que actúan según lo prescrito por sus propias convicciones o por los consejos de un manual, olvidando las concretas necesidades de su hijo. Pensemos en aquellas madres que alimentan a sus bebés a horario fijo sin tener en cuenta si el niño tiene o no hambre; o bien, en la falta de flexibilidad cuando las circunstancias requieren generosidad: tal sucede cuando el padre vuelve de viaje y el niño tiene ilusión en esperarle porque hace días que no lo ve, pero se le manda ir a la cama, <<pues ya es hora>>. Ese niño acumulará seguramente más frustraciones que satisfacciones, y por ello habrá de influir negativamente en su proceso madurativo y de carácter: crecerá, pues, con la expectativa de que el deseo debe ser anulado y, por lo tanto, lo negará o lo reprimirá.

Se han expuesto a sí dos actitudes educativas bien diferenciadas cuyo resultado serán individuos que diferirán en la forma de abordar los conflictos que enfrenten en su adolescencia. Acostumbra ser difícil que los padres acepten que un fallo (como puede ser el rechazo, o la rigidez, o la sobreprotección de la madre) sea tan importante como para que el Yo de niño se retrase en su desarrollo.

No cabe pensar en una educación perfecta ni en que esta sea capaz de formar al hombre o a la mujer ideal, pero, según las metas educativas que se propongan, se contribuirá en gran parte a formar la personalidad del futuro adulto y a configurar las expectativas de que dispondrá ante el mundo que lo rodea.

El concepto de educación y las consiguientes propuestas educativas conllevan distintos métodos a la hora de alcanzar tales ideales; por esta razón, las grandes diferencias entre los varios sistemas educativos han de conformar necesariamente personalidades distintas y formas diferentes de vivir y de enfrentarse con el mundo externo.

A continuación se verán brevemente tres de los más importantes métodos educativos a fin de que cada cual pueda reflexionar sobre el que considera más acertado para poder criar adecuadamente a un niño, claro que ninguno es infalible.

Método autoritario: Las personas autoritarias intentan conseguir sus objetivos imponiendo sus criterios mediante presiones y tratando a sus hijos como seres sin discernimiento; de este modo les frustran, en todo momento cualquier intento de resolución personal de sus propios problemas. La obediencia, la disciplina y el orden rigen, así, las relaciones familiares. El niño educado autoritariamente será muy dependiente, ya que se le ha acostumbrado a ver todas sus dificultades aparentemente resueltas, mediante la censura de toda iniciativa particular. Al mismo tiempo, sus deseos han sido sopesados de acuerdo con el modelo paterno, sin tenerle en cuenta como persona capaz de pensar y de desear, dotada de un mundo propio que no coincide, la mayoría de las veces, con el de los adultos. Convertido en adolescente un niño semejante tiene dos posibilidades. Una de ellas es rebelarse contra toda autoridad, pudiendo llegar a conductas antisociales pues vivirá el mundo como algo hostil y represor de todos sus deseos; por consiguiente, buscare satisfacción en pequeños grupos marginados que no le servirán, en general, para modificar su visión infantil y crecer afectivamente. La otra postura puede consistir en adaptarse, a falta de criterio propio, a las normas paternas. El miedo a la autoridad predomina en este caso: toda ley es normal. El muchacho no podrá conseguir una independencia, ya que pensar y decidir por cuenta propia es

vivido como algo malo, que no puede alcanzarse porque siempre ha estado vetado. Llevarlo a cabo significaría el derrumbe ante el consiguiente enfrentamiento con la autoridad, a lo que el chico no se atreve. Este tipo de personalidad remite a los <<Adultos- Infantiles>>, que se conforman con todo y carecen de iniciativa. Análogamente, pueden identificarse con el propio autoritarismo, y convertirse, con una rigidez extrema (incluso más que los propios padres), en autoritarios acérrimos, desconocedores del significado de la palabra tolerancia y del cambio de ideas. En este segundo tipo, el autoritarismo funcionaria como defensa ante la propia fragilidad e inseguridad.

Método anti autoritario: este método, al contrario que el primero, procura evitar todo tipo de presión. Deja al niño con entera libertad para que sea el quien decida sus cosas con un temprano espíritu crítico, con lo cual la adaptación, la tolerancia y la ambición se consideran negativas y se intentan reprimirlas. No existen modelos paternos ni normas, y el niño debe probar y aprender de sus éxitos y de sus fracasos, fruto de las decisiones que toma según su propio criterio. Este niño cercare, y llegara a la adolescencia, sin ningún modelo de identificación, carente de unas normas mínimas e interiorizadas para enfrentarse al mundo que lo rodea. Así por ejemplo, se puede considerar que el espíritu competitivo es algo negativo, pero conviene saber que nuestra sociedad se basa fundamentalmente en él, y, por tanto, hay que preparar al niño para que sepa reaccionar o para que disponga de valores y criterios con que poderlo enfrentar. El adolescente que no ha sido ayudado en el plano afectivo a valorar y conocer los diferentes aspectos sociales y humanos, puede actuar con tal ingenuidad que no recibiría más que desilusiones y frustraciones, al comprobar que las cosas no son tal como se las había imaginado; por otra parte, la inexistencia de unos modelos de identificación y de unos valores en que ampararse puede convertirle en un inadaptado. Por este motivo, tendrá que recurrir a pequeñas comunidades en las que pueda seguir, en mayor o menor grado, el ritmo de vida que le apetezca, desplazando su frustración social y sintiéndose perpetuamente incomprendido.

Método democrático: Este tipo de educación pretende encontrar el término medio entre los 2 anteriormente citados. El niño recibe la libertad y autodeterminación que necesita en las distintas fases de su desarrollo y, por otra parte, no se le niega la necesaria seguridad proveniente del apoyo, aunque ello pueda implicar, a veces ciertas limitaciones. Este método renuncia a toda violencia tanto física como síquica (al contrario de la educación autoritaria), rigiéndose por las tres necesidades básicas del niño: seguridad, amor y aceptación. Procura evitar en lo posible, al mismo tiempo, crear temores en el y educarlo con excesivas imposiciones. Finalmente, trata de comprender las necesidades individuales y de cada momento, y, sobre todo, acepta el niño, de buen principio, como una persona que necesita ayuda (no abandonándolo a su suerte, como el caso del anti autoritarismo). EL niño que ha recibido esta educación tendrá, al acceder a la adolescencia, los conflictos propios de la edad, los cuales le crearan las mismas dudas y temores que a los demás, pero, al mismo tiempo, poseerá en su interior la confianza y la seguridad de que no está solo y podrá buscar en los demás el apoyo que necesita. Del mismo modo, será capaz de pensar y decidir, pues ya está acostumbrado a hacerlo, y, asimismo, podrá soportar mejor las frustraciones y elaborarlas porque su confianza original ha sido suficientemente estimulada para no hacerle desesperar ante cualquier adversidad.³²

Queda claro, en resumen, que el papel de los padres es de suma importancia para todo el desarrollo de los niños.

El problema reside, aparte del método y de las finales educativas, en la propia inseguridad de los adultos cuando esta no les permite dar una educación que no suponga a cambio de una sobreproducción -que ellos mismos necesitan y que proyectan sobre el hijo.

Cuando la relación entre los padres no es buena, se crean unas tensiones en la familia que perturban el equilibrio de todos sus componentes. En estas familias, los hijos sirven, por un lado, para aliviar la frustración generada por el

³² Sexualidad. Comunicación familiar. De Wikipedia, la enciclopedia libre. Extraído el 22 de Octubre del 2010 , desde <http://www.contusalud.com/sexualidadyfamilia.htm>

matrimonio, y por el otro lado, se convierten los receptores de los conflictos que los padres puedan proyectar y revivir, lo que les lleva a ser manipulados en pro de uno y en prejuicio de otro.

2.9. Educación sexual institucional

Ley N° 26.150 – Programa Nacional de Educación Sexual Integral

ARTICULO 1° – Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

ARTICULO 2° – Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1° las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.

ARTICULO 3° – Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

ARTÍCULO 4º – Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

ARTICULO 5º – Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

ARTICULO 6º – El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología definirá, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, de

modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTICULO 7° – La definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral será asesorada por una comisión interdisciplinaria de especialistas en la temática, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de elaborar documentos orientadores preliminares, incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del programa.

ARTICULO 8° – Cada jurisdicción implementará el programa a través de:

- a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo;
- b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios;
- c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomiende, utilizar a nivel institucional;
- d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas;
- e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua;
- f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

ARTICULO 9º – Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados.

Los objetivos de estos espacios son:

- a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;
- b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;
- c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.

ARTICULO 10. – Disposición transitoria:

La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente.

La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio.

El presente trabajo investigativo es básicamente un estudio descriptivo, encaminado a determinar el conocimiento, actitudes y prácticas que tienen las estudiantes de 14 a 18 años del colegio fiscal: Nacional Ibarra, sobre las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes, durante el periodo 2009 – 2010.

El estudio es: Transversal: en nuestra investigación tomaremos en cuenta tanto la causa como el efecto simultáneamente para determinar los factores que la inciden.

3.2 Diseño de estudio

El siguiente estudio tiene un diseño no experimental porque las variables no van a ser manipuladas por el investigador.

El estudio es: Transversal: en nuestra investigación tomaremos en cuenta tanto la causa como el efecto simultáneamente para determinar los factores que la inciden.

Analítico: Basándose en lo anterior tenemos que realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de nuestra población a investigar.

Por ser un estudio descriptivo prospectivo (no experimental) no está sujeto a la especificación de hipótesis.

3.3 Técnicas e instrumentos

3.3.1. Encuesta.

Nos permite la recopilación de información, de opiniones, por medio de cuestionarios en un universo con muestra específica, con el propósito de aclarar y establecer una visión general de los niveles de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) que tienen las estudiantes sobre el embarazo en adolescentes.

Esta encuesta consta de un formulario, el cual se aplicará a las estudiantes de 14 a 18 años del colegio fiscal: Nacional Ibarra, por las señoritas investigadoras. Lo realizaremos en los terceros, cuartos, quintos y sextos cursos del mencionado colegio, en forma aleatoria.

3.3.2. Cuestionario.

Mediante este instrumento de investigación podremos estar al corriente de los conocimientos sobre el embarazo a temprana edad, el cuestionario previamente elaborado por las Investigadoras, se basa en preguntas fáciles y claras que orienten a dar una respuesta precisa por parte de los encuestados.

3.3.3 Muestreo

Posteriormente las respuestas obtenidas en las encuestas serán tabuladas por el grupo de investigadores, estableciendo que niveles de conocimiento tienen los estudiantes para luego elaborar las diferentes estrategias que ayuden a mejorar los conocimientos sobre un embarazo no planificado.

3.4 Validez y confiabilidad de la investigación

Previo a la aplicación definitiva se realizó la respectiva tabulación del instrumento mediante la aplicación de la prueba piloto en el mes de octubre de 2010 a 50 adolescentes del colegio fiscal República del Ecuador, lo que lo que nos ayudó a realizar ajustes necesarios para la obtención de respuestas precisas por parte de los encuestados.

3.5 Análisis e interpretación de datos

Se procesará y tabulará la información en el programa computacional EXCEL con el análisis respectivo.

3.6 Aspectos Éticos

Al no ser experimental, las consideraciones éticas a tomarse en cuenta serán, la petición del consentimiento de las Autoridades y las estudiantes de la Institución para realizar nuestro estudio.

3.7 Población.

Según las autoridades del colegio fiscal: Nacional Ibarra a ser investigado tenemos una población total de 1475 alumnas.

Colegio Nacional Ibarra

Curso	Alumnos
Terceros A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K	440
Cuartos QB, FM, Sociales, Comunes	345
Quintos QB, FM, Sociales, Comunes	345
Sextos QB, FM, Sociales, Comunes	345
Total	1475

3.8 Muestra

$$n = \frac{(PQ) \cdot (N)}{(N-1) (E)^2 / (K)^2 + (PQ)}$$

n = tamaño de la muestra

PQ = varianza de la población, valor constante 0,25

N = población universo

(N-1) = corrección geométrica, para muestras grandes > 30

E = margen de error estadísticamente aceptable (0,05)

0,02 = 2% (mínimo)

0,03 = 30%(máximo)

K = coeficiente de corrección de error, valor constante 2

Para esta muestra de población escogeremos a las alumnas del colegio Fiscal: Nacional Ibarra de la sección diurna, que son alrededor de 1475 estudiantes, aplicaremos un porcentaje de error estadístico del 0,05.

$$n = \frac{(0,25) \cdot (1475)}{(1475-1) ((0,05)^2 / (2)^2) + (0,25)}$$

$$n = \frac{(0,25) \cdot (1475)}{(1474) ((0,0025) / (4)) + (0,25)}$$

$$n = \frac{(368.75)}{(1474) (0.000625) + (0,25)}$$

$$n = \frac{(368.75)}{(1.17125) + (0,25)}$$

$$n = \frac{(368.75)}{(1.42125)}$$

$$n = 259.45$$

Aplicaremos los cuestionarios por redondeo a una muestra de 260 estudiantes.

3.9 Variables de estudio: definición y operacionalización

3.9.1 Variables dependientes

Conocimientos, actitudes y prácticas

3.9.2 Variables independientes

Causas

Consecuencias

Edad

Etnia

Religión

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	ÍNDICE
Conocimientos	Entender en un asunto con facultad legítima para ello.	¿Qué entiende por embarazo precoz?	<ul style="list-style-type: none"> a) Embarazo planificado b) Embarazo a temprana edad (adolescentes) c) Desconoce 	Porcentaje
		¿Cuáles son las causas de un embarazo precoz?	<ul style="list-style-type: none"> a) Relaciones sexuales a temprana edad b) Falta o distorsión de la información c) Relaciones sexuales sin anticonceptivos d) Familia disfuncional 	Porcentaje
		¿Cuáles son las consecuencias de un embarazo a temprana edad?	<ul style="list-style-type: none"> a) Abandono de los estudios b) Aborto c) Discriminación d) Problemas de salud en el recién nacido 	Porcentaje

Actitudes	Forma de reaccionar de una persona frente diversas situaciones.	¿Qué haría si se queda embarazada?	<ul style="list-style-type: none"> a) Tener a su hijo y vivir con sus padres b) Tener a su hijo y casarse c) Tener a su hijo e irse de su casa d) No tener a su hijo (abortar) 	Porcentaje
Prácticas	Manera de realizar las cosas.	¿Qué método anticonceptivo utiliza en su práctica sexual?	<ul style="list-style-type: none"> a) Preservativo o Condón b) Píldoras c) Inyecciones d)Coito Interrumpido e)Método del ritmo f)Ninguno 	Porcentaje

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Presentación y análisis de los resultados obtenidos en la investigación realizada a 260 estudiantes del Colegio Nacional Ibarra sobre los conocimientos actitudes y prácticas de la causas y consecuencias del embarazo en adolescentes, en la ciudad de Ibarra en el periodo 2009 – 2010.

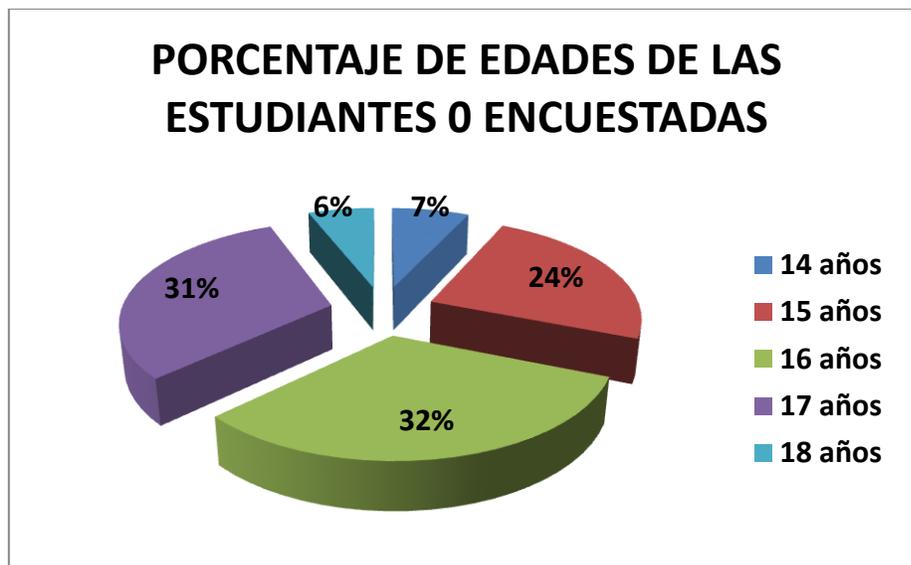
TABLA # 1

1.- EDAD

EDAD	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
14 años	18	7%
15 años	63	24%
16 años	82	32%
17 años	80	31%
18 años	17	6%
TOTAL	260	100

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 1



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se determina que el 32% y 31% siendo los porcentajes más relevantes corresponden a las edades de 16 y 17 años respectivamente, un 24% corresponde a la edad de 15 años y el 6 y 7% siendo los más bajos porcentajes corresponden a las edades de 18 y 14 años respectivamente.

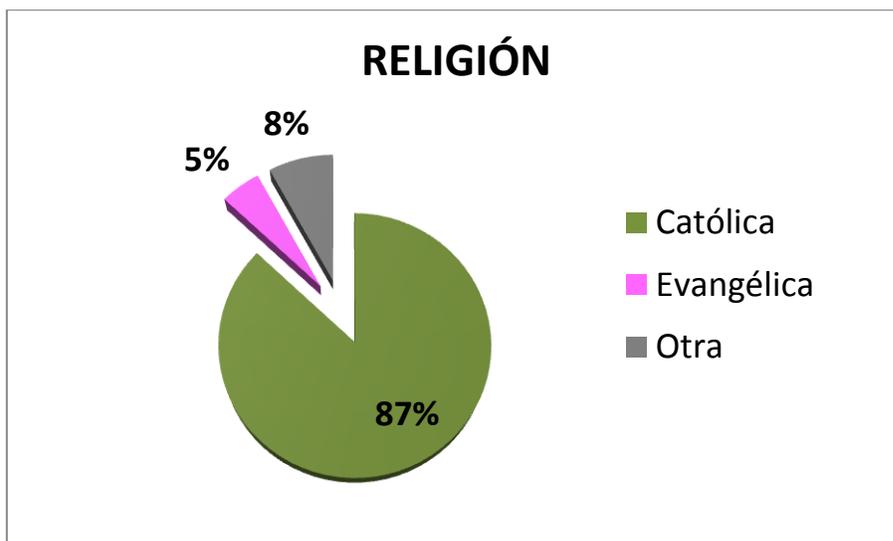
TABLA # 2

2.- ¿A qué religión pertenece?

RELIGIÓN	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Católica	225	87%
Evangélica	13	5%
Otra	22	8%
Total	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 2



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se observa que el 87% siendo el mayor porcentaje corresponden a la religión católica, en una minoría con el 5% son evangélicas y el 8% restante pertenecen a otras religiones entre las cuales se encuentran: mormones, protestantes, cristianos y ateos.

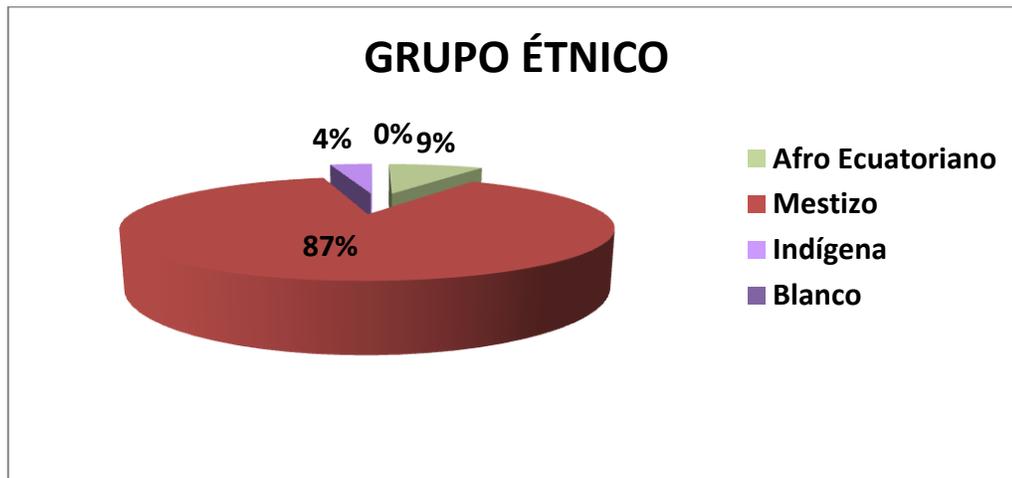
TABLA # 3

3.- ¿De qué grupo étnico se considera?

GRUPO ÉTNICO	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Afro Ecuatoriano	23	9%
Mestizo	226	87%
Indígena	11	4%
Blanco	0	0%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 3



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se determina que el 87% es el porcentaje más relevante y corresponde a la etnia mestiza, el 9% son afro ecuatorianas y el 4% restante corresponden a la etnia indígena, determinando que aunque en mínima cantidad observamos variedad étnica.

TABLA # 4

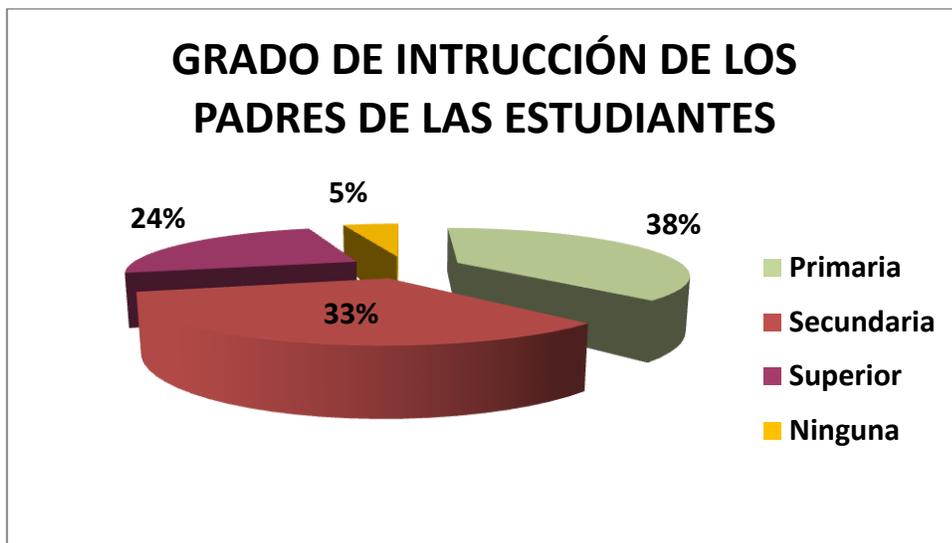
4.- ¿Qué grado de instrucción tienen sus padres?

Papá:

INSTRUCCIÓN	Nº PADRES	PORCENTAJE
Primaria	99	38%
Secundaria	87	33%
Superior	62	24%
Ninguna	12	5%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 4



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se establece que la mayoría de padres, que suman el 38% tienen una instrucción primaria, seguido del 33% que terminaron la secundaria, un 24% obtuvo la educación superior y el 5% restante no tuvo acceso a la educación.

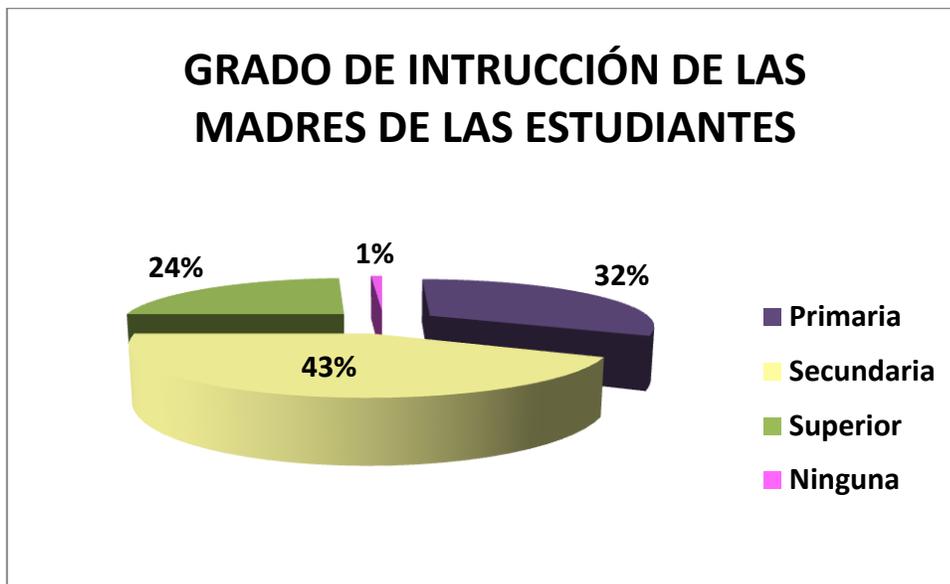
TABLA # 5

Mamá:

INSTRUCCIÓN	Nº MADRES	PORCENTAJE
Primaria	84	32%
Secundaria	110	43%
Superior	63	24%
Ninguna	3	1%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 5



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se establece que la mayoría de madres, que suman el 43% tienen una instrucción secundaria, seguido del 32% que terminaron la primaria, un 24% obtuvo la educación superior y el 1% restante no tuvo acceso a la educación.

TABLA # 6

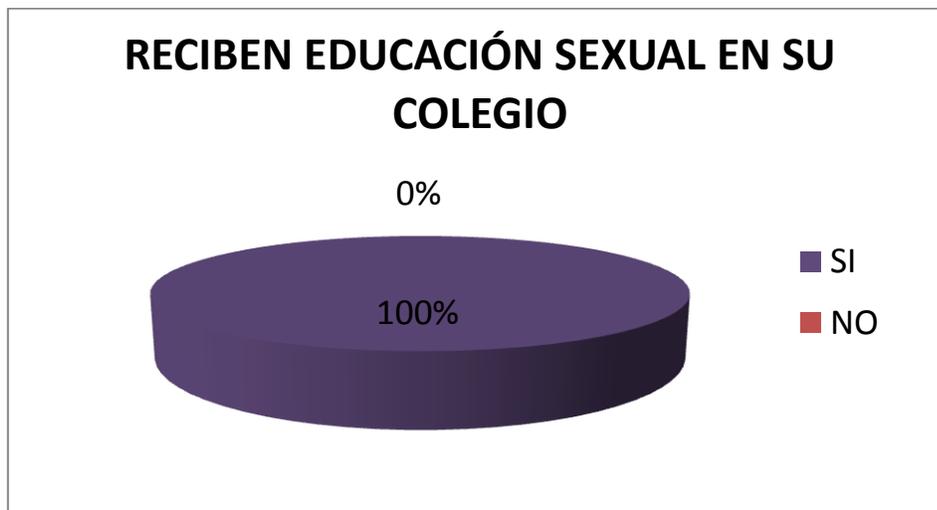
6.- ¿Recibe educación sexual en su colegio?

EDUCACIÓN SEXUAL	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	260	100%
NO	0	0%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas

Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 6



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se comprueba que en esta institución si reciben educación sexual proporcionando el 100% una respuesta afirmativa.

Incrementar la asignatura de educación sexual ha sido una buena alternativa por parte del colegio para ampliar los conocimientos de las estudiantes de esta institución brindándoles una información adecuada y sin tabúes.

TABLA # 7

7.- ¿Hay suficiente apertura para hablar de educación sexual con sus padres?

APERTURA	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	158	61%
NO	102	39%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 7



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se estipula que el 61% si tienen apertura para hablar de sexualidad con sus padres y el 39% restante no la tienen, este porcentaje corresponde a las hijas de padres solo con instrucción primaria o sin instrucción alguna.

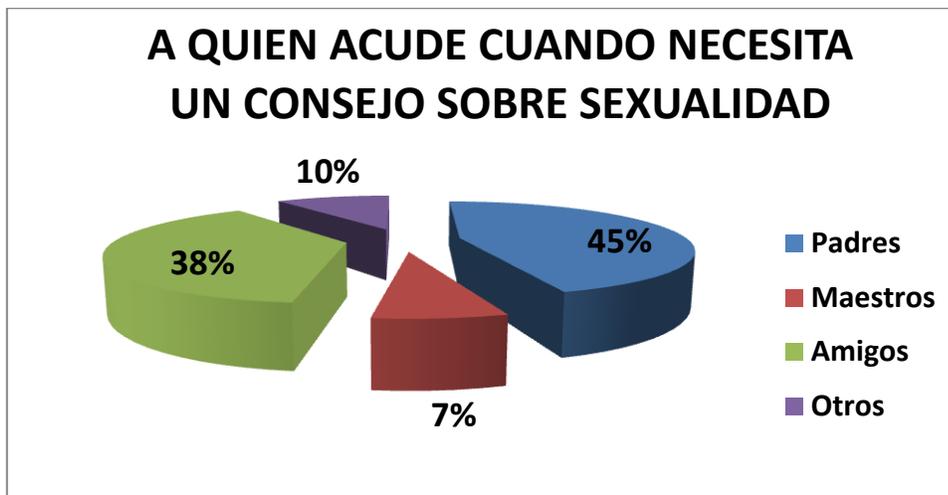
TABLA # 8

8.- ¿Cuándo necesita un consejo sobre sexualidad a quién acude?

A QUIEN ACUDE	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Padres	118	45%
Maestros	19	7%
Amigos	98	38%
Otros	25	10%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 8



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 45% acuden a sus padres, el 38% a sus amigos, el 10% a otros (novio, primos, hermana, tía, libros e internet) y solo un 7% a sus maestros.

Aunque muchas adolescentes acuden a sus padres todavía existe un gran porcentaje que tiene más confianza con sus amigos/as, es por eso que adquieren información distorsionada sobre la sexualidad.

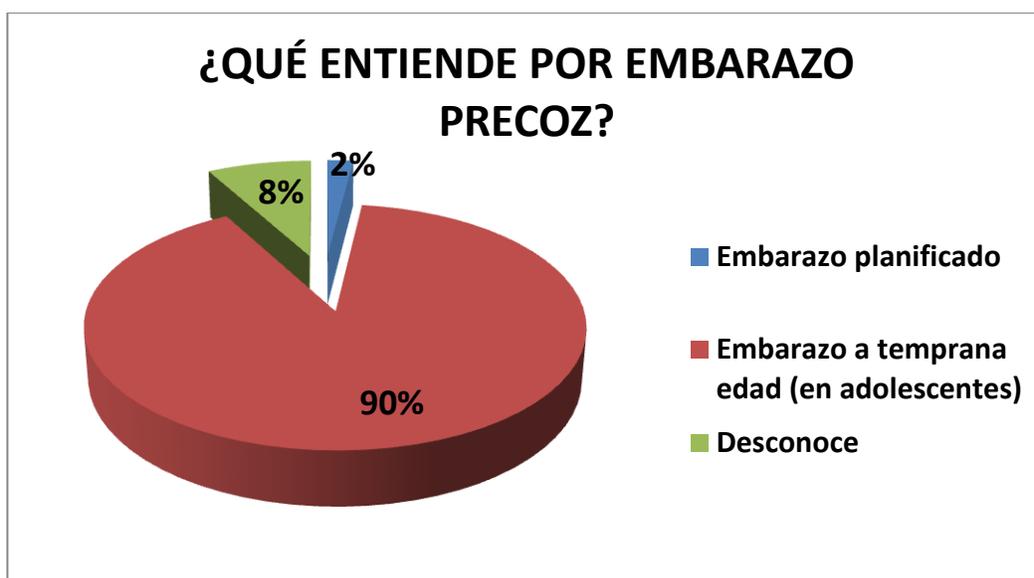
TABLA # 9

9.- ¿Qué entiende por embarazo precoz?

¿QUÉ ENTIENDE POR EMBARAZO PRECOZ?	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Embarazo planificado	5	2%
Embarazo a temprana edad (en adolescentes)	235	90%
Desconoce	20	8%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 9



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas se observa que el 90 % siendo el mayor porcentaje corresponde a estudiantes que tienen claro el concepto de embarazo precoz, 8% desconocen sobre el tema y en mínima cantidad siendo el 2% tienen una idea errada.

10.- ¿Cuáles cree usted son las principales causas de un embarazo precoz?

TABLA # 10.1

10.1 Relaciones sexuales a temprana edad:

RELACIONES SEXUALES A TEMPRANA EDAD	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	244	94%
NO	16	6%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 10.1



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 94% tienen claro que una de las principales causas de un embarazo precoz se da por relaciones sexuales a temprana edad, ya que aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

TABLA # 10.2

10.2 Falta o distorsión de la información:

FALTA O DISTORSIÓN DE LA INFOMACIÓN	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	156	60%
NO	104	40%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 10.2



ANÁLISIS

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 60% está al tanto que esta es una de las principales causas de un embarazo precoz, y el 40% restante no consideran que la falta de información sea una causa.

La información distorsionada es común entre adolescentes, ya que circulan mitos como: “la primera vez, no te quedas embarazada” lo cual provoca que las adolescentes cometan errores.

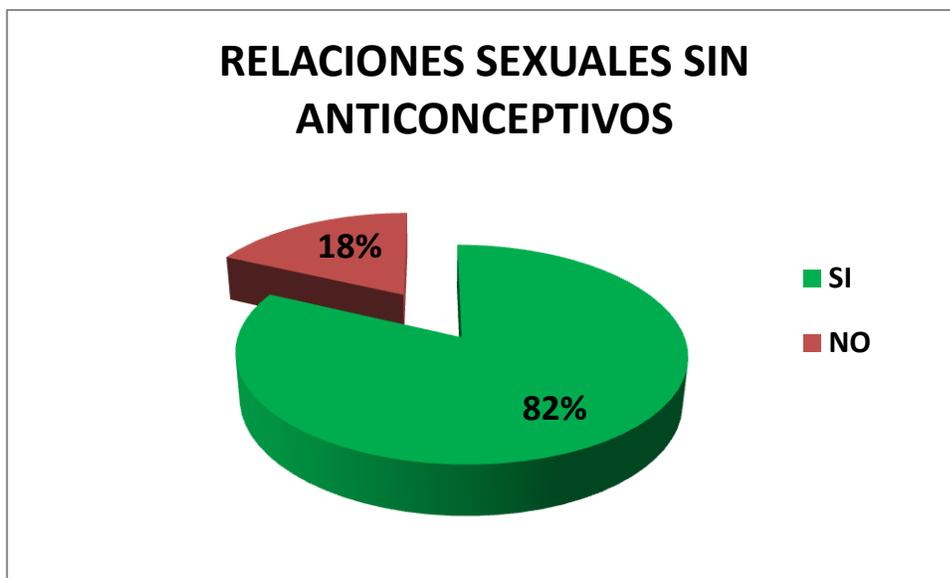
TABLA # 10.3

10.3 Relaciones sexuales sin anticonceptivos:

RELACIONES SEXUALES SIN ANTICONCEPTIVOS	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	214	82%
NO	46	18%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 10.3



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 82% saben que las relaciones sexuales sin anticonceptivos pueden producir un embarazo. Es más común que las relaciones sexuales sin anticonceptivos se lleven a cabo en los adolescentes debido a la inmadurez e irresponsabilidad.

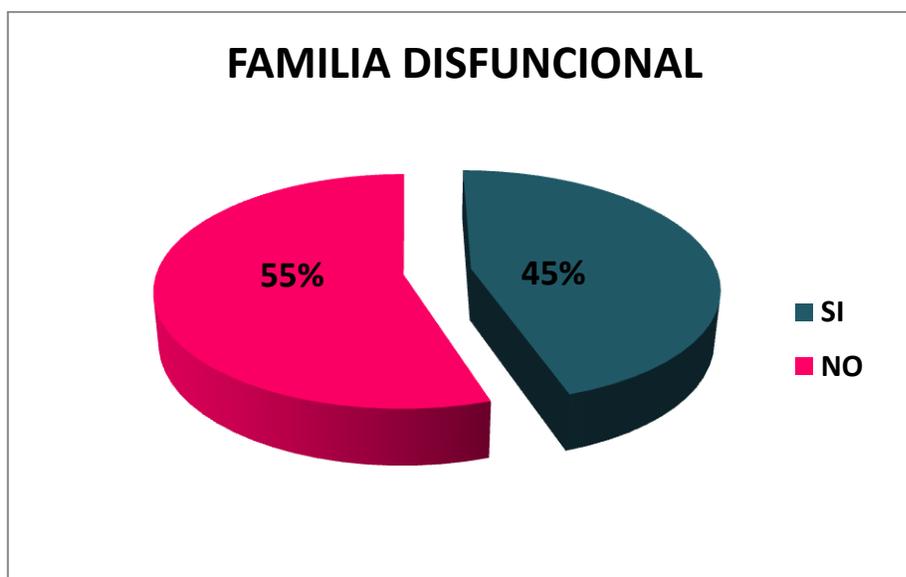
TABLA # 10.4

10.4 Familia disfuncional:

FAMILIA DISFUNCIONAL	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	116	45%
NO	144	55%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 10.4



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas determinamos que el 55% opinan que una familia disfuncional puede ser causa de un embarazo a temprana edad

La carencia afectiva dentro del hogar impulsa a las adolescentes a tener relaciones sexuales, que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

11.- ¿Cuáles cree usted son las consecuencias de un embarazo a temprana edad?

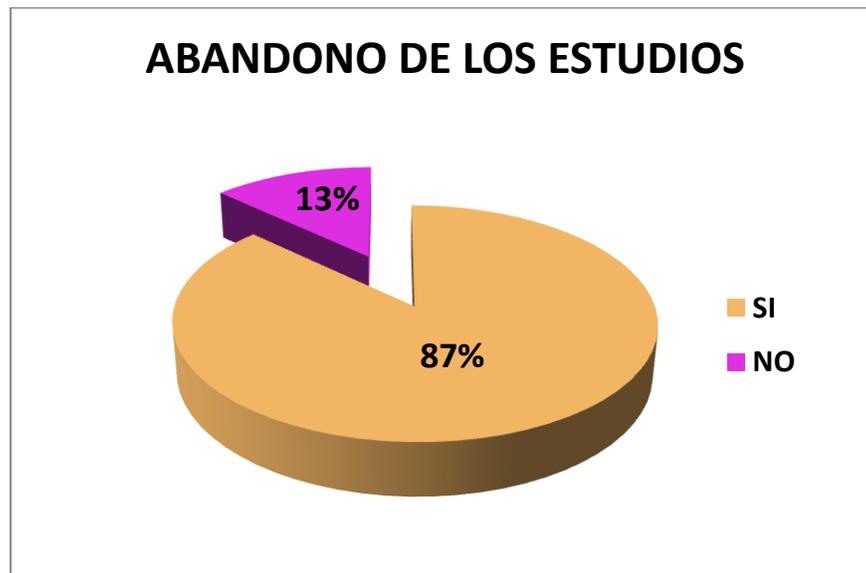
TABLA # 11.1

11.1 Abandono de los estudios:

ABANDONO DE LOS ESTUDIOS	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	226	87%
NO	34	13%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 11.1



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas determinamos que el 87% siendo el porcentaje más relevante están conscientes de que el abandono de sus estudios sería una de las principales consecuencias del un embarazo a temprana edad debido a la gran responsabilidad que representa tener un hijo.

TABLA # 11.2

11.2 Aborto:

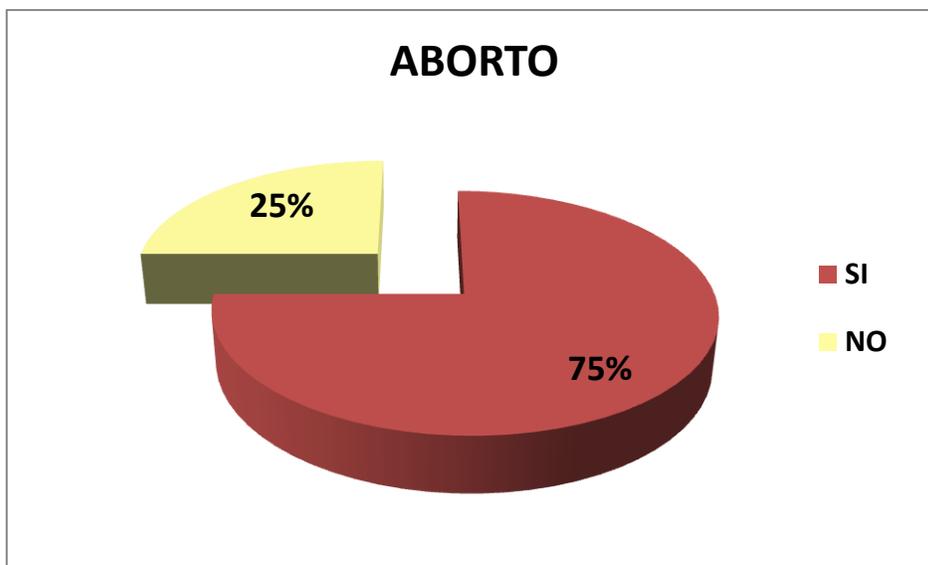
ABORTO	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	196	75%
NO	64	25%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas

Investigadoras: Herrera Karla

Ruiz Verónica

GRÁFICO # 11.2



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el 75% piensan que el aborto es una consecuencia de un embarazo a temprana edad o no planificado y el 25% opina que no.

Frente a un embarazo no deseado en la adolescencia, es común que se piense en la posibilidad de un aborto, las razones pueden ser variadas y pueden ir desde la inmadurez de la madre para criar un hijo hasta el temor de los cambios físicos que se puedan presentar.

TABLA # 11.3

11.3 Discriminación:

DISCRIMINACIÓN	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	202	78%
NO	58	22%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 11.3



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el 78% piensan que la discriminación es un efecto de un embarazo a temprana edad y el 22 % restante no lo consideran así.

Hemos podido observar que en nuestra sociedad la discriminación muchas veces empieza en el hogar por parte de sus propios padres, que tienen miedo al “qué dirán”, autoridades escolares que la separan de la institución y empleadores que la despiden.

TABLA # 11.4

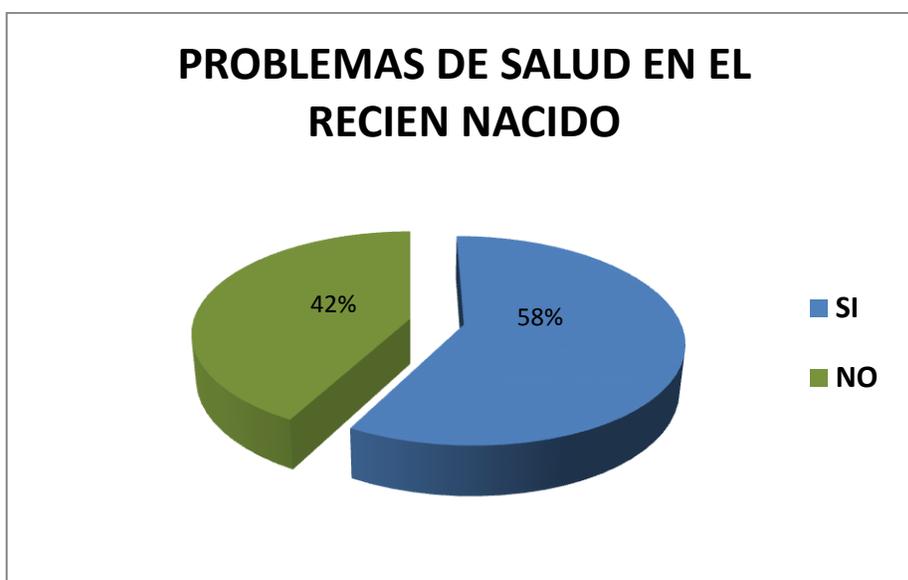
11.4 Problemas de salud en el recién nacido

PROBLEMAS DE SALUD EN EL RN	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	152	58%
NO	108	42%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas

Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 11.4



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el 58% opinan que sí y el 42% que no.

Los hijos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, alta incidencia de "muerte súbita", un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

TABLA # 12

12.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

CONOCE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
TODOS	50	19%
ALGUNOS	180	69%
NINGUNO	20	8%
OTROS	10	4%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 12



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el 69% siendo el porcentaje más relevante tiene conocimiento sobre algunos de los métodos anticonceptivos, el 19% está al tanto de todos los métodos que existen, el 8% no conoce ningún método y el 4% restante tiene conocimiento sobre otros métodos.

TABLA # 13

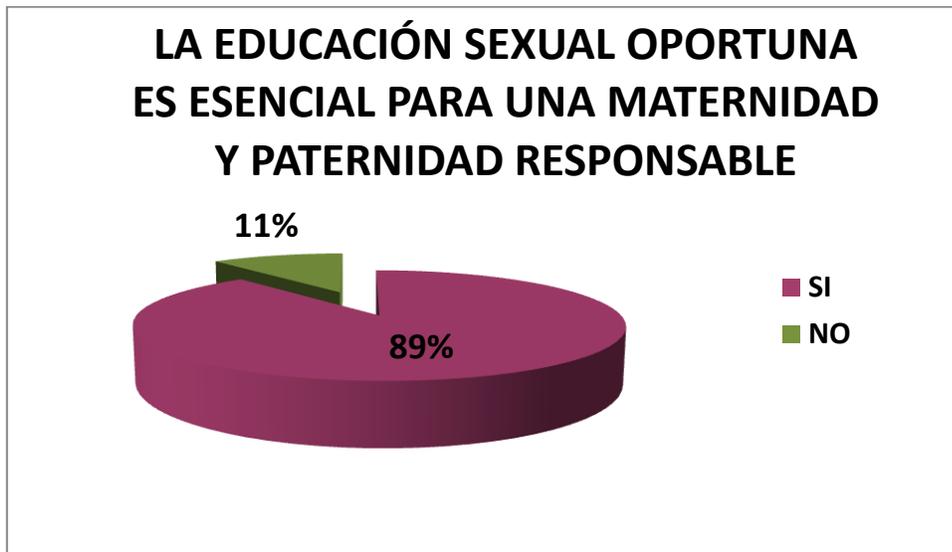
13.- ¿Cree usted que la educación sexual oportuna es esencial para una paternidad y maternidad responsable?

ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN SEXUAL OPORTUNA	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	231	89%
NO	29	11%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas

Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRÁFICO # 13



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que pertenece al 89% aprecia la importancia de la educación sexual oportuna, ya que opinan que la libertad sexual implica una gran responsabilidad personal ante las consecuencias de sus actos. El 11% restante piensa que la paternidad y maternidad responsable llega con el tiempo y la experiencia.

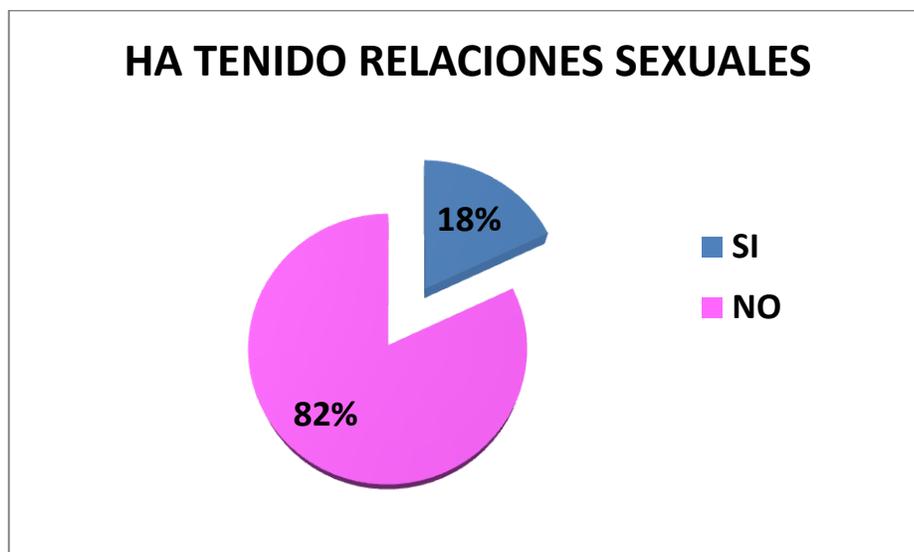
TABLA # 14

14.- ¿Ha tenido relaciones sexuales?

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	47	18%
NO	213	82%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 14



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos el mayor porcentaje que corresponde al 82% aun no ha tenido relaciones sexuales y solo el 18% ya inició su vida sexual.

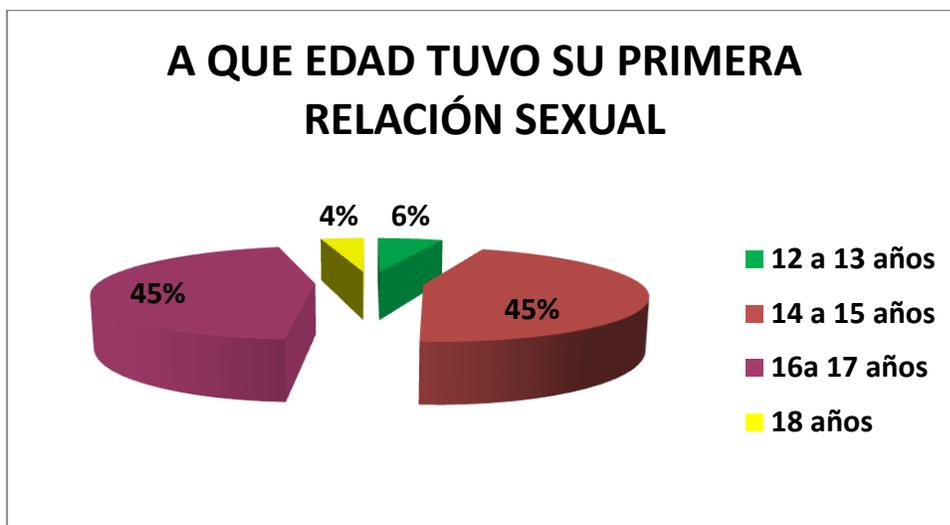
TABLA # 15

15.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

A QUE EDAD	Nº EATUDIANTES	PORCENTAJE
12 a 13 años	3	6%
14 a 15 años	21	45%
16a 17 años	21	45%
18 años	2	4%
TOTAL	47	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 15



ANÁLISIS:

Según la OMS las adolescentes empiezan una vida sexual activa a partir de los 12 a 13 años, en las encuestas aplicadas observamos que el mayor índice se encuentra entre los 14 a 17 años de edad que corresponden al 90%.

Esta divergencia se debe a que en los países desarrollados inician su vida sexual a más temprana edad que los subdesarrollados debido a la gran diferencia que existe entre sus estilos de vida.

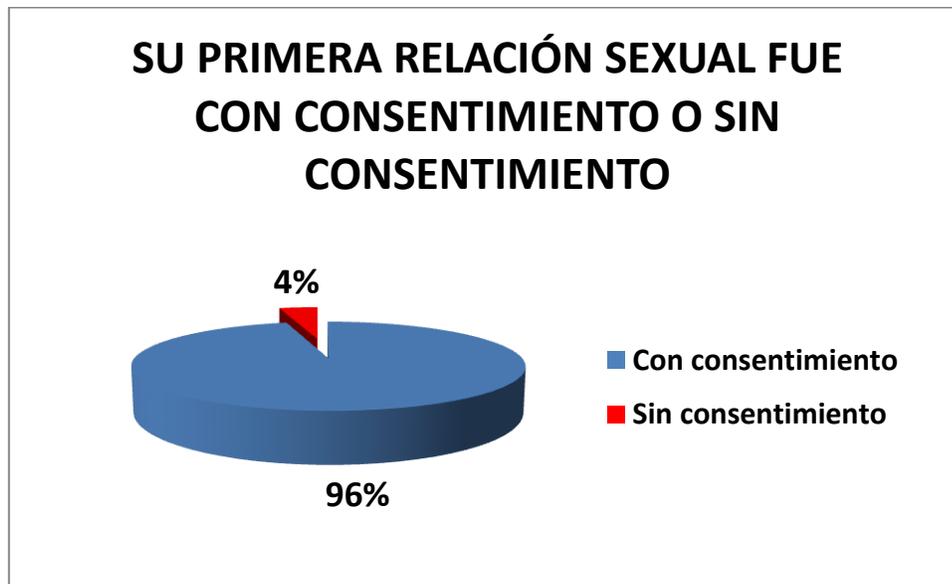
TABLA # 16

16.- Su primera relación sexual fue:

CONSENTIMIENTO	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Con consentimiento	45	96%
Sin consentimiento	2	4%
TOTAL	47	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 16



ANÁLISIS:

De las 47 adolescentes que han tenido relaciones sexuales observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 96% fueron con consentimiento y el 4% restante fueron víctimas de una violación.

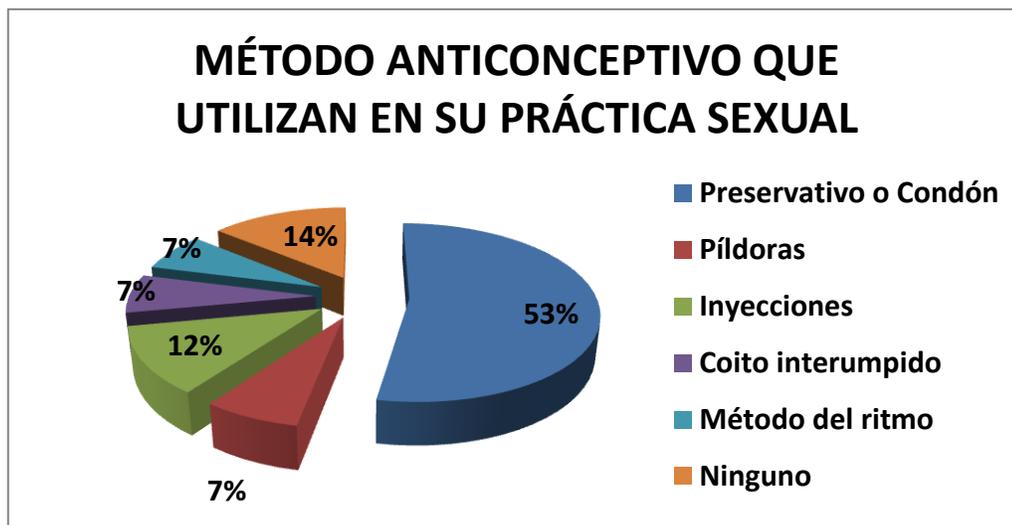
TABLA # 17

17.- ¿Qué método anticonceptivo utiliza en su práctica sexual?

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Preservativo o Condón	25	53%
Píldoras	3	7%
Inyecciones	6	12%
Coito interrumpido	3	7%
Método del ritmo	3	7%
Ninguno	7	14%
TOTAL	47	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 17



ANÁLISIS:

De las 47 adolescentes que han tenido relaciones sexuales observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 53% utilizan el preservativo como método anticonceptivo, el 14% no utilizan anticonceptivos. Aunque existe una gran variedad de anticonceptivos, el preservativo es el más utilizado por los adolescentes porque es un método de fácil acceso.

TABLA # 18

18.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

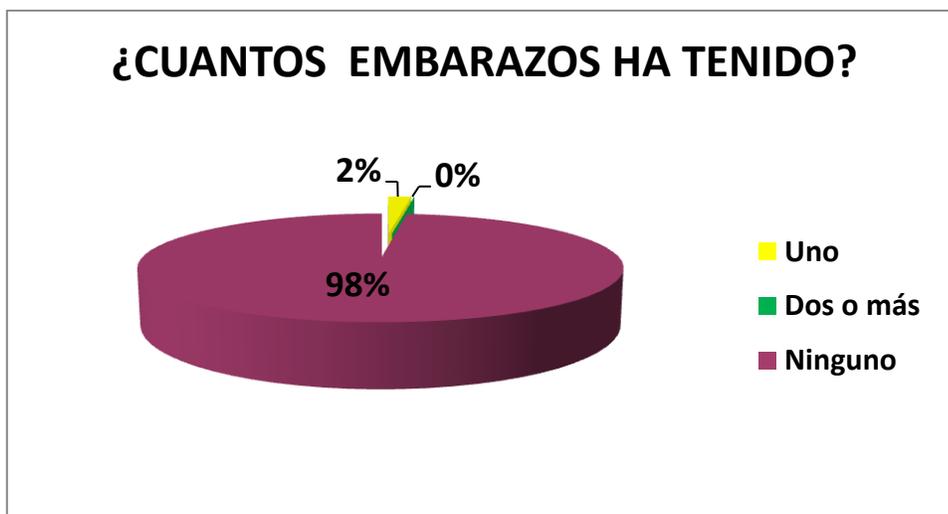
EMBARAZOS	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Uno	6	2%
Dos o más	0	0%
Ninguno	254	98%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas

Investigadoras: Herrera Karla

Ruiz Verónica

GRAFICO # 18



ANÁLISIS:

De las 47 adolescentes que han tenido relaciones sexuales observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 87% no ha tenido ningún embarazo y el 13% restante tuvo un embarazo.

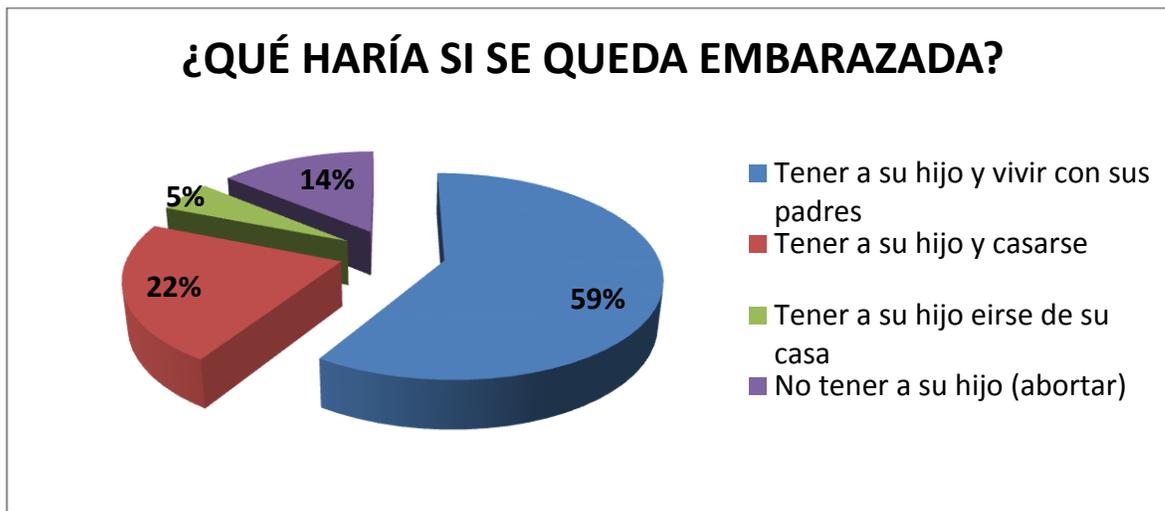
TABLA # 19

19.- ¿Qué actitud tomaría si se queda embarazada?

¿QUÉ ACTITUD TOMARÍA SI SE QUEDA EMBARAZADA?	Nº ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Tener a su hijo y vivir con sus padres	153	59%
Tener a su hijo y casarse	59	22%
Tener a su hijo e irse de su casa	12	5%
No tener a su hijo (abortar)	36	14%
TOTAL	260	100%

Fuente: Encuestas
Investigadoras: Herrera Karla
Ruiz Verónica

GRAFICO # 19



ANÁLISIS:

De las 260 encuestas realizadas observamos que el 59% siendo el mayor porcentaje piensan en tener a su hijo y vivir con sus padres, un 14% aunque no siendo un porcentaje relevante piensa en que abortar sería la mejor opción. Lo que sigue siendo preocupante ya que en caso de presentarse un embarazo en las adolescentes, tomarían decisiones equivocadas que pondrían en riesgo su vida.

4.2 Discusión

En las encuestas realizadas se determina que el 32% y 31% siendo los porcentajes más relevantes corresponden a las edades de 16 y 17 años respectivamente, un 24% corresponde a la edad de 15 años y el 6 y 7% siendo los más bajos porcentajes corresponden a las edades de 18 y 14 años respectivamente.

Se comprueba que en esta institución si reciben educación sexual proporcionando el 100% una respuesta afirmativa.

Incrementar la asignatura de educación sexual ha sido una buena alternativa por parte del colegio para ampliar los conocimientos de las estudiantes de esta institución brindándoles una información adecuada y sin tabúes.

Se estipula que el 61% si tienen apertura para hablar de sexualidad con sus padres y el 39% restante no la tienen, este porcentaje corresponde a las hijas de padres solo con instrucción primaria o sin instrucción alguna.

Al momento de necesitar un consejo sobre sexualidad observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 45% acuden a sus padres, el 38% a sus amigos, el 10% a otros (novio, primos, hermana, tía, libros e internet) y solo un 7% a sus maestros.

Aunque muchas adolescentes acuden a sus padres todavía existe un gran porcentaje que tiene más confianza con sus amigos/as, es por eso que adquieren información distorsionada sobre la sexualidad.

En las encuestas realizadas se observa que el 90 % siendo el mayor porcentaje corresponde a estudiantes que tienen claro el concepto de embarazo precoz, 8% desconocen sobre el tema y en mínima cantidad siendo el 2% tienen una idea errada.

La mayoría de las estudiantes si conocen que las relaciones sexuales a temprana edad, la falta de información, familia disfuncional, relaciones sexuales sin anticonceptivos pueden ser causas de un embarazo precoz.

Un alto porcentaje en las respuestas de las estudiantes nos indica que si conocen que el abandono de los estudios, aborto, discriminación y problemas de salud en el recién nacido pueden ser las consecuencias de un embarazo a temprana edad.

De las 260 encuestas realizadas observamos que el mayor porcentaje que pertenece al 89% aprecia la importancia de la educación sexual oportuna, ya que opinan que la libertad sexual implica una gran responsabilidad personal ante las consecuencias de sus actos. El 11% restante piensa que la paternidad y maternidad responsable llega con el tiempo y la experiencia

El mayor porcentaje que corresponde al 82% aun no ha tenido relaciones sexuales y solo el 18% ya inició su vida sexual.

Según la OMS las adolescentes empiezan una vida sexual activa a partir de los 12 a 13 años,³³ en las encuestas aplicadas observamos que el mayor índice se encuentra entre los 14 a 17 años de edad que corresponden al 90%.

Esta divergencia se debe a que en los países desarrollados inician su vida sexual a más temprana edad que los subdesarrollados debido a la gran diferencia que existe entre sus estilos de vida.

De las 47 adolescentes que han tenido relaciones sexuales observamos que el mayor porcentaje que corresponde al 53% utilizan el preservativo como método anticonceptivo, el 14% no utilizan anticonceptivos. Aunque existe una gran variedad de anticonceptivos, el preservativo es el más utilizado por los adolescentes porque es un método de fácil acceso.

³³ Organización mundial de la salud fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opiniones. Washington; (2002).

4.3 Propuesta

Se elaboró una Guía Educativa sobre causas y consecuencias del embarazo en adolescentes, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante el instrumento de investigación la misma que contiene los siguientes temas:

- ↳ Introducción

- ↳ Adolescencia

- ↳ Embarazo en adolescencia

- ↳ Causas y consecuencias

- ↳ Métodos anticonceptivos

La guía se socializó a las estudiantes del colegio nacional Ibarra

CAPÍTULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Recursos humanos:

- Dos investigadora: Herrera Karla

Ruiz Verónica

- Un director de tesis: Dr. Darwin Jaramillo
- Estudiantes del colegio Nacional “Ibarra”

5.2 Recursos materiales:

TIPO	DETALLES
Equipos	Computadora, enfocus, mémory flash, impresora.
Materiales	Todos los materiales de oficina (hojas de papel bond, cartuchos, esferos, CD)

5.3 Presupuesto

ITEMS	MONTO (USD)
RECURSOS MATERIALES <ul style="list-style-type: none">- Movilización- Material de escritorio- Impresión y empastado- Internet- Copias- Imprevistos- Guía	90 120 250 110 100 100 200
TOTAL	970

5.4 Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Selección del tema	X									
Diseño del anteproyecto		X	X	X						
Presentación del anteproyecto					X					
Aprobación del anteproyecto por el directivo						X				
Revisión de bibliografía	X									
Diseño de los instrumentos a validación			X							
Ejecución de la encuesta							X			
Procesamiento y análisis de la información								X	X	
Presentación del documento final										X
Defensa de tesis										X

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1. Conclusiones

- La mayoría de las estudiantes si conocen que las relaciones sexuales a temprana edad, la falta de información, familia disfuncional, relaciones sexuales sin anticonceptivos pueden ser causas de un embarazo precoz.
- Un alto porcentaje en las respuestas de las estudiantes nos indica que si conocen que el abandono de los estudios, aborto, discriminación y problemas de salud en el recién nacido pueden ser las consecuencias de un embarazo a temprana edad.
- Gracias al estudio realizado hemos concluido que el implementar la educación sexual como asignatura en esta institución ha favorecido a las adolescentes ya que amplían sus conocimientos y les permite tener una mejor visión sobre la responsabilidad que implica el inicio de las relaciones sexuales.
- Se pudo evidenciar que en la actualidad a pesar de existir tantas fuentes de información, todavía hay aunque en mínima cantidad mitos o tabúes entre los adolescentes como por ejemplo que la adolescente se queda embarazada por usar baños de hombres o entrar a una piscina con ellos.

- La fecundidad de adolescentes conlleva riesgos e implicancias, no sólo desde la perspectiva de salud pública, sino también de tipo económico y social, para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general.
- La fecundidad de las adolescentes constituye así un aspecto de vital importancia y de preferente atención para los programas de salud reproductiva, de una parte por lo específico de sus demandas bio-psico-sociales, relacionadas con la identidad sexual y los cambios anatómo-fisiológicos vividos en esta etapa de la vida y, por otra, porque estas demandas se viven en un contexto de escasa información y educación y poca accesibilidad a servicios de consejería y salud especializados.

6.2. Recomendaciones.

- Como ya hemos visto, el embarazo en las adolescentes no es únicamente un problema biológico, si no un problema social, educacional y de estructura familiar, por eso recomendamos abordar este problema desde la familia ya que constituye el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes.
- Sería importante que en nuestro medio se realicen estudios prospectivos de seguimiento de los hijos de madres adolescentes en lo que se refiere a complicaciones perinatales, manejo materno y seguimiento integral para valorar su desarrollo y crecimiento considerando el contexto social en que se desenvuelven.
- Se recomienda a los docentes que imparten la asignatura de educación sexual que se brinde una enseñanza más dinámica e ilustrada sobre métodos anticonceptivos acudiendo a la ayuda de profesionales de la salud.
- Que por parte del colegio se organicen charlas enfatizando las causa y consecuencias del embarazo en adolescentes dirigidas no solo a las estudiante si no también a los padres de familia.

GLOSARIO

AMBIVALENCIA: Condición de lo que se presta a dos interpretaciones opuestas. Estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos, como el amor y el odio.

CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.

COHERSIÓN: La coerción es la amenaza de utilizar la violencia (no solo física sino de cualquier otro tipo) con el objetivo de condicionar el comportamiento de los individuos.

COWPER: Las glándulas de Cowper, también conocidas como glándulas bulbo-uretrales, son dos glándulas del tamaño de un guisante, que forman parte de los genitales internos masculinos y que se localizan bajo la próstata.

DIU: dispositivo intra uterino

END: Embarazo no deseado

ESTEREOTIPOS: Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

INTERGENÉSICO: Espacio de tiempo entre un embarazo y el siguiente.

MATIZADO: Rasgo poco perceptible que da a algo un carácter determinado.

MÉTODO DE BILLINGS: Método del moco cervical (anticonceptivo natural)

MÉTODO OGINO: Método del ritmo (anticonceptivo natural)

MITOS: Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico. Con frecuencia interpreta el origen del mundo o grandes acontecimientos de la humanidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PARAFILIAS: desórdenes sexuales.

PETTING: Relaciones sexuales sin penetración (coito).

PSICOSOCIAL: Estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implicada de otras personas.

SALPINGOSTOMÍA: Consiste en la incisión lineal de la trompa y la extracción del huevo fecundado, luego se sutura conservando la integridad de la trompa.

SCIENTIA ET VOLUNTAS AD ASTRA: El saber y la voluntad conducen a la cumbre.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SOPESADOS: Examinar con atención las ventajas y los problemas de un asunto.

TABÚES: Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar

TFA: Tasa de fecundidad adolescente

VIH: Virus de inmunodeficiencia adquirida

VOYEURISMO: Desorden sexual. Persona que disfruta contemplando actitudes íntimas o eróticas de otras personas.

BIBLIOGRAFÍA

Bermúdez M. Ortiz F “Adolescencia - Actividad sexual” América Latina y el Caribe (1998)

Betmea, D.C. Enfermería materno infantil”. México. 4° Edición. Editorial Interamericana (2000)

Castelo G. “Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes”. Maternidad Isidro Ayora Quito (2000)

Castro Cano. Crecer en la adolescencia. En identidad del adolescente. Editorial Pueblo y Educación (2001)

CedricPorter, “Mecanismos anticonceptivos” Edición 1° EEUU (2005)

Cepar Carlo “Prácticas sobre planificación familiar” Ed. Culturales UNP S.A Quito Ecuador (1999)

Coll G. Salud reproductiva. Métodos anticonceptivos. La Habana. Editorial pueblo y educación (2002)

Delgado Edmundo, Echeverría R. “Embarazo en adolescentes – Factores predisponentes” Editorial ENDEMAIN (2004)

García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. yGinec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio (2000), pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

Guijarro, Samuel. “Factores de riesgo psicosociales del embarazo en adolescentes”. Editorial Flacso (2006)

Medellin Gladys, Atención primaria en salud. “Crecimiento y desarrollo del ser humano”. Ed. 1° Editorial. OPS – OMS (1997)

Mejía E. Embarazo en la adolescencia un dilema en la sociedad, (2003)

Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic.(2001) – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO Chile. Revista Cincuentenario, Colegio Nacional Ibarra (2001) página 3 - 6

Molina R., Sandoval J. "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, (2000) – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

Munista Mabel, Maddaleno Matilde “Consecuencias del Embarazo Precoz” Madrid – España. Edición 10°. Editorial. Harcourt S.A (1999)

Organización mundial de la salud fecundidad en la adolescencia, causas, riegos y opiniones. Washington; (2002).

Papalas Diana, “Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia” Quito. Edición 1°. Editorial Interamericana S.A. (2005)

Peña M. López C. Adolescencia: Actitud frente al embarazo. Revista Cubana (2001)

PopulationReports “Nuevos métodos de acción prolongada” Edición 3° USA (2002)

Ruoti M, Ruoti A, Sexualidad Vs Valores en la Adolescencia. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Ciencias de Salud, Universidad de Asunción. (1992)

Soto Martínez. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev. Cubana (2003) Volumen 19

LINCOGRAFÍA

El embarazo en la Adolescencia – extraído el 12 de Septiembre del 2010, desde (http://www.lavida.cl/junio_01/embarzoadols.htm)

Enciclopedia multimedia Salvat año (2008). Extraído el 16 agosto 2010, desde <http://html.rincondelvago.com/embarazo-en-la-adolescencia.html>

Sexualidad. Comunicación familiar. De Wikipedia, la enciclopedia libre. Extraído el 22 de Octubre del 2010, desde <http://www.contusalud.com/sexualidadyfamilia.htm>

<http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>

<http://html.rincondelvago.com/embarazo-en-la-adolescencia.html>

<http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>

http://www.lavida.cl/junio_01/embarzoadols.htm

<http://www.monografias.com/trabajos42/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>

<http://www.bebesangelitos.com/embarazo/embarazoprecoz.php>

<http://cpm12a.wordpress.com/category/embarazo-precoz/>

http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_3.shtml

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teenagepregnancy.html>

<http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/hispanic/hisptip.asp>

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/pregnancy_esp.html

ANEXOS