



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis previa la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

TEMA:

Factores culturales, sociales y emocionales en el embarazo precoz en adolescentes,
Subcentro de Salud de la parroquia de San Antonio de Ibarra-Imbabura, Mayo Octubre
del 2015.

AUTORAS:

Muñoz Papa Melissa Dayana

Rosero Guaján Jéssica Alexandra

DIRECTORA DE TESIS:

Msc Ximena Tapia Paguay

Ibarra, Enero 2016

PAGINA DE APROBACIÓN
INFORME DE APROBACIÓN DE LOS PERFILES DE TESIS, TESINAS,
PROYECTOS

El consejo Académico de la Carrera de Enfermería


Sobre la temática de la Tesis, Tesina o Proyecto titulado/a:

“FACTORES CULTURALES, SOCIALES Y EMOCIONALES EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES, SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA-IMBABURA, MAYO OCTUBRE DEL 2015”.

Presentado por las Srtas: Melissa Dayana Muñoz Papa y Jéssica Alexandra Rosero Guaján.

Luego del estudio y análisis de los contenidos del proyecto del trabajo de titulación, de manera unánime consideramos emitir el INFORME FAVORABLE, para que el postulante continúe con el desarrollo correspondiente, previo a la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA


.....

Msc. Maritza Álvarez

DIRECTORA DE LA CARRERA

Visto el informe que antecede, se APRUEBA el Proyecto de Tesis, Tesina o

Proyecto.

.....
PRIMER VOCAL


.....
SEGUNDO VOCAL


.....
TERCER VOCAL
Ibarra/11-09-2015



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100360586-0
APELLIDOS Y NOMBRES:	MUÑOZ PAPA MELISSA DAYANA
DIRECCIÓN:	TANGUARÍN – SAN ANTONIO MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO Y MANUEL CABEZAS 118
EMAIL:	melydaya_20@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	062550545 0991943062

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100440888-4
APELLIDOS Y NOMBRES:	ROSERO GUAJÁN JÉSSICA ALEXANDRA
DIRECCIÓN:	DIAGONAL A LA GRUTA DEL JESÚS DEL GRAN PODER – CERCADO – ATUNTAQUI
EMAIL:	jssyrosero22@outlook.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0994759497

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	“FACTORES CULTURALES, SOCIALES Y EMOCIONALES EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES, SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA-IMBABURA, MAYO OCTUBRE DEL 2015”.
AUTORAS:	DAYANA MUÑOZ Y ROSERO JÉSSICA
FECHA:	2016/01/26
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
DIRECTOR DE TESIS:	Msc. Ximena Tapia

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, MUÑOZ PAPA MELISSA DAYANA, con cédula de identidad Nro. 100360586-0; ROSERO GUAJÁN JÉSSICA ALEXANDRA, con cédula de identidad Nro. 100440888-4, en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

2. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 26 días del mes de Enero de 2016.

LAS AUTORAS:

Firma 
Muñoz Papa Melissa Dayana
C.C: 100360586-0

Firma 
Rosero Guaján Jéssica Alexandra
C.C. 100440888-4

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, MUÑOZ PAPA MELISSA DAYANA, con cédula de identidad Nro. 100360586-0; ROSERO GUAJÁN JÉSSICA ALEXANDRA, con cédula de identidad Nro. 100440888-4, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado: **“FACTORES CULTURALES, SOCIALES Y EMOCIONALES EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES, SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA-IMBABURA, MAYO OCTUBRE DEL 2015”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciadas en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 26 días del mes de Enero del 2016.

LAS AUTORAS:

Firma 

Muñoz Papa Melissa Dayana
C.C: 100360586-0

Firma 

Rosero Guaján Jéssica Alexandra
C.C. 100440888-4

DEDICATORIA

Dedico esta tesis fruto del esfuerzo y perseverancia diaria, primero a Dios por guiarme y acompañarme día a día en mi caminar, en segundo lugar a mis Padres pilar fundamental en mi vida, que con eterno sacrificio y abnegación me permitieron estudiar y superarme, velando por mi bienestar, siendo mi apoyo incondicional, mi motivación y ejemplo a seguir a lo largo de mi formación académica; finalmente a mis hermanos, quienes con sus consejos fraternos contribuyeron muchísimo para culminar con mi objetivo.

Dayana

La presente tesis se la dedico de manera especial a mi Dios, que siempre me dio la fortaleza y guío mi caminar, a mi padre por su amor, trabajo y sacrificio, a mi madre por su apoyo moral y confianza, a mi hermana y a mi pequeña sobrina quienes estuvieron apoyándome y fomentando en mí, el deseo de superación y triunfo, en fin, a mi pequeña familia quienes han creído en mí, siempre dándome ejemplo de humildad y sacrificio, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que ahora soy, ha sido un privilegio ser su hija y ser parte de su familia, la mejor del mundo.

Jéssica

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos desarrollarnos como seres humanos integrales, tanto en lo personal como en lo profesional, por ser la base de nuestra vida, ya que sin la fé no hubiésemos logrado todas las metas que nos hemos propuesto.

A nuestros padres: por enseñarnos día a día que el éxito se logra con valores éticos y morales, sin importar las circunstancias en las que uno se pueda encontrar, además por demostrarnos que la vida y los logros que en ella se alcancen son frutos del constante esfuerzo y sacrificio diarios, agradecemos por ser las personas que todos los días de su vida se esfuerzan para que no nos falte nada y logremos nuestros anhelos. Por su apoyo incondicional porque sin su ayuda no hubiésemos podido alcanzar nuestro logro profesional.

A las autoridades de la Universidad Técnica del Norte por permitirnos ser parte de tan noble institución, en donde nos llenamos de gran parte de los conocimientos que ahora poseemos. A nuestros profesores por ser las personas que se preocuparon y creyeron en nosotras, brindándonos sin ningún interés sus conocimientos, por ser los pilares fundamentales, los mismos que nos ayudaron a culminar con éxito nuestra carrera, por eso y mucho más, gracias.

A la Msc Ximena Tapia por ser la persona que se preocupó por nuestra formación académica, quien nos brindó su valioso tiempo, ayuda y quien permitió la elaboración de esta tesis, compartiendo sus conocimientos y experiencias.

Al Director del Distrito Nro. 1 y al Doctor Narciso Cadena, director del Subcentro de Salud de San Antonio, quienes nos proporcionaron la ayuda necesaria para ejecutar dicha investigación, y a las adolescentes quienes nos colaboraron e hicieron posible y realizable el estudio.

Dayana y Jéssica

ÍNDICE

INFORME DE APROBACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5 Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1 Marco referencial.....	7
2.2 Marco contextual.....	12
2.2.1 Generalidades.....	12
2.2.2 Economía de la población.....	13
2.2.3 Educación.....	14
2.2.4 Datos poblacionales	14

2.3 Marco conceptual	18
2.3.1 La Adolescencia.....	18
2.3.2 La condición Biopsicosocial.....	21
2.3.3 Cambios en el Desarrollo Físico y Biológico	21
2.3.4 Cambios en el Desarrollo Psicológico	22
2.3.5 Cambios en el desarrollo familiar	24
2.3.6 La Sexualidad del Adolescente.....	24
2.3.7 Embarazo en la Adolescencia	28
2.3.8 Consecuencias para la salud	28
2.3.9 Factores Asociados al Embarazo en la Adolescencia.....	31
2.4 Marco Legal - Ético.....	41
2.4.1 Marco Legal.....	41
2.4.2 Marco Ético.....	47
CAPÍTULO III.....	55
3. Metodología de la Investigación	55
3.1 Diseño.....	55
3.2 Tipo de investigación	55
3.3 Localización y Ubicación del Estudio.....	56
3.4 Población y Muestra.....	56
3.5 Criterios de Inclusión	56
3.6 Criterios de Exclusión	56
3.7 Procedimiento de Investigación	57
3.7.1 Etapas del proyecto.....	57
3.8 Técnicas e Instrumentos	57
3.9 Tabulación y Análisis de Datos.....	58
CAPÍTULO IV.....	65
4. Resultado de la Investigación.....	65
CAPÍTULO V	87
5. Conclusiones y Recomendaciones	87
5.1 Conclusiones	87
5.2 Recomendaciones	88
BIBLIOGRAFÍA.....	89

ANEXO.....	97
Anexo 1: Propuesta de Capacitación de Sexualidad dirigida a los Adolescentes ..	97
Anexo 2: Proyecto de Vida.....	109
Anexo 3: Formulación de metas para mi Proyecto de Vida.....	112
Anexo 4: Charla encaminado a Padres de familia.....	118
Anexo 5: Encuesta realizada a las Adolescentes	141
Anexo 6: Fotografías del Taller con los Adolescentes	145
Anexo 7: Fotografías de la charla brindada a los padres de familia.....	146

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Ubicación Geográfica de San Antonio de Ibarra	13
Gráfico 2 Nivel de Instrucción de la población de San Antonio de Ibarra	14
Gráfico 3 Distribución poblacional por grupos etarios	15

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Unidades de Salud de la parroquia San Antonio de Ibarra	16
Tabla 2 Personal de Salud de la parroquia de San Antonio de Ibarra.....	17
Tabla 3 Estado civil.....	65
Tabla 4 Convivencia	66
Tabla 5 Constitución familiar.....	67
Tabla 6 Nivel de educación.....	68
Tabla 7 Nivel de dificultad para hablar de sexualidad.....	69
Tabla 8 Origen de la información	71
Tabla 9 Pareja sexual	72
Tabla 10 Motivo para la práctica de relaciones sexuales.....	73
Tabla 11 Percepción del conocimiento de los padres a cerca de la práctica sexual...	74
Tabla 12 Uso de métodos de anticoncepción.....	75
Tabla 13 Consumo de sustancias	76
Tabla 14 Nivel de promiscuidad	77
Tabla 15 Consideración de proyecto de vida	78
Tabla 16 Edad- Etnia- Escolaridad	79
Tabla 17 Dialogo con los padres sobre sexualidad	81
Tabla 18 Abuso físico, sexual, relación padres e hija	82
Tabla 19 reacción ante el embarazo	84

RESUMEN

TEMA: “Factores Culturales, Sociales y Emocionales en el Embarazo Precoz en Adolescentes, Subcentro De Salud de la Parroquia de San Antonio de Ibarra-Imbabura, Mayo Octubre del 2015”.

AUTORAS: Muñoz Papa Melissa Dayana, Rosero Guaján Jéssica Alexandra.

CORREOS

ELECTRÓNICOS:melydaya_20@hotmail.com,jssyrosero22@outlook.es.

América del Norte, países Latinoamericanos y el Caribe tienen un mayor índice de reproducción, “cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre 13 y 19 años de edad, en todo el mundo” según la Organización Mundial de la Salud; por lo cual se considera un problema de salud, que afecta a la región latinoamericana de forma preocupante. Este estudio tiene como objetivo general determinar los factores asociados al embarazo precoz en la vida de las adolescentes, para la generación de una propuesta que aporte a la solución del problema; de tipo descriptivo, documental, analítico, transversal y propositivo; el mismo que profundiza en los contextos familiares, relaciones del adolescente, desarrollo de una sexualidad responsable, determinación de los factores de riesgo y manejo del proyecto de vida. La investigación fue realizada en el Subcentro de Salud de San Antonio a 50 adolescentes embarazadas, información obtenida del censo obstétrico. Los instrumentos utilizados fueron la observación directa y la encuesta, los mismos que arrojaron los siguientes resultados: la problemática del embarazo temprano en adolescentes constituye un riesgo que se asocia con la edad, escolaridad, falta de comunicación, información, educación, ausencia de valores, irresponsabilidad en la sexualidad y carencia de un plan de vida. Se aconseja mantener una estructura familiar apropiada, puesto que es núcleo y base fundamental de principios y valores que acarrea el adolescente a lo largo de su vida.

Palabras Clave: Adolescencia, desarrollo, sexualidad, salud, precoz, riesgo.

SUMMARY

North America, Latin American and Caribbean countries have a higher rate of reproduction “each year 15 million of teenagers about 13 and 19 years old give birth around the world” according to the World Health Organization so it is considered a health problem that is affecting to the Latin American region. This study has as general objective to determine the factors associated with early pregnancy in the teenagers in order to generate a proposal as a contribution to the solution of the problem. It is descriptive, documentary, analytical, transversal and purposeful study which deeper into family contexts, teenagers relationships, developed of responsible sexuality, identification of risk factors and management of the life project. The research was developed in the Health care center in San Antonio to 50 pregnant teenagers, information obtained from obstetric census. The instruments were the direct observation and survey, which give us the following results: the problem of early in the pregnancy teenagers are risk associated with age, educational level, poor communication, information, education, without values, sexual irresponsibility and lack of a life plan. It is advisable to maintain a proper family structure, since it is the core and foundation of principles and values that brings the teenagers throughout their life.

Key words: Adolescence, development, sexuality, health, early pregnancy, risk.

TEMA:

Factores culturales, sociales y emocionales en el embarazo precoz en adolescentes,
Subcentro de Salud de la Parroquia de San Antonio de Ibarra-Imbabura, Mayo Octubre
del 2015.

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del Problema

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad, son actos que deberían ser siempre deseados y planificados. El embarazo debe ser una experiencia agradable para la mujer y su pareja. Según (Stoppard, 2013), “No existe el momento perfecto para tener un hijo, sin embargo tampoco existe el momento equivocado y es de vital importancia que el hijo sea deseado” (p. 34). El ideal social de la mujer está inclinado hacia la planificación y desarrollo del proyecto de vida, sin embargo, en la actualidad la realidad se ha desarrollado de otra manera.

Según (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica ANDES. , 2015). “A nivel mundial, cada año más de 15 millones de mujeres adolescentes dan a luz de forma temprana” (p. 4), considerando que el aumento natural de la población mundial, se encuentra designado por la tasa de crecimiento demográfico del 4% anual, el pronóstico para el año en curso de la investigación es un dato desalentador, frente a los propósitos ideales de la planificación familiar. En Latinoamérica la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años, según la (CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011), “ha crecido del 9.2% al 25,7 % en los años 2000 a 2013” (p. 18), cuya incidencia se da con mayor acentuación en el área rural.

Según (Burgos & Carreño Rimaudo, 2007) “Cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán un embarazo precoz” (p. 3), las autoras consideran que la prevalencia del embarazo temprano ha aumentado en el mundo entero en las últimas décadas. Según (León, 2008) “En América Latina entre un 12% y 15% de los recién nacidos vivos, son hijos de madres menores de 20 años” (p. 43).

En Ecuador según el documento (INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2010), se registraron 100.193 egresos hospitalarios de mujeres entre 12 y 19 años de edad, a causa de embarazo, parto o puerperio. Considerando que actualmente en el país existen cerca de 3.645.167 millones de mujeres adolescentes, por cada 100 mujeres, 24 tendrían un embarazo a temprana edad. La Agencia (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica ANDES. , 2015), en su artículo a cerca del embarazo adolescente menciona que “tres de cada diez mujeres se convierten en madres antes de cumplir 20 años, y entre el 40 y 60% de los embarazos entre las jóvenes, no son deseados”.

Existen circunstancias que se destacan en la Provincia de Imbabura, como las que se manifiestan en el estudio del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, donde se determina en el área de Ginecobstetricia del año 2017, manifestando que los mayores factores de incidencia para el embarazo precoz, son el nivel de educación, el medio social, económico, cultura, familiar y el estado civil. (Ortega, 2015)

Esta realidad se repite en el Subcentro de Salud de San Antonio, donde el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consulta, así como en otras unidades de salud y por ende se convierte en un problema de salud pública, debido a que existe la percepción que los factores de riesgo, culturales, sociales y emocionales, que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

A esto se asocian consecuencias somáticas como la mortalidad materna, desnutrición materna que resulta de un neonato de bajo peso, anemia, síndrome hipertensivo del embarazo; complicaciones psicosociales, como la baja escolaridad, falencias en la reinserción al sistema escolar, efectos negativos a nivel social y económico, asumir la multiplicidad del rol adulto y complicaciones en la formación de la estructura familiar del adolescente.

Problemática que se considera puede ser disminuida mediante la prevención y formación de una cultura del manejo responsable y adecuado de la sexualidad en el adolescente. Siendo la influencia de la preparación la que fortalece la estima propia, brindándole un fundamento claro para la toma adecuada de decisiones, en el tópico psicoafectivo, la importancia del proyecto de vida y que esto permita valorar el desarrollo biológico y su sexualidad, percibiendo a esta preparación como necesaria e innovadora para la incidencia positiva sobre el problema planteado.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores culturales, sociales y emocionales en el embarazo precoz en adolescentes del Subcentro de salud de la parroquia de San Antonio?

1.3 Justificación

La investigación permitió identificar la realidad de los adolescentes que se encuentran embarazadas, determinando los factores culturales, sociales y emocionales que incidieron en el embarazo a temprana edad. Siendo este un problema biopsicosocial, se aborda un enfoque del problema de manera integral, puesto que además de la identificación de los aspectos inherentes al problema, brinda de forma propositiva un aporte a la solución, con el fin de generar en el adolescente un impacto positivo sobre el autoconcepto y el proyecto de vida.

Además, cuando una adolescente queda embarazada y siendo en la mayoría de casos, inesperados, obliga a la reestructuración de las funciones de los miembros de la familia, esto acarrea la movilización del sistema familiar para encontrar nuevamente su equilibrio, en muchas ocasiones genera vulnerabilidad en la economía del hogar.

La maternidad temprana tiene efectos económicos más serios cuando las madres son de bajos recursos, incidiendo el tamaño de la familia, pues cuan más numerosa es, la aparición de un nuevo miembro arraiga la pobreza con mayor rapidez.

Cuando la madre es adolescente dificulta las posibilidades de la conformación de una nueva familia, es decir que viva con el padre de su hijo, o que este provea de apoyo financiero de forma constante o esporádica, por tanto, una educación previa acerca de estas dificultades impactara sobre la madurez que un adolescente necesita adquirir, sin tomar a la ligera la decisión de ser madre, o el manejo responsable de su sexualidad.

El estudio trascenderá sobre los factores que benefician a la sociedad tales como el nivel de escolaridad, crianza adecuada de los niños, salud de la población adolescente, formación de una cultura y valores. La información propositiva se usará para brindar talleres adecuados para los adolescentes del sector y al tratarse de un estudio dirigido a una población con similares características a los lugares colindantes, podrá utilizarse como una herramienta para otros Subcentros y localidades donde recaiga la responsabilidad de los problemas de salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores culturales, sociales y emocionales en el embarazo precoz en adolescentes, Subcentro de Salud de la parroquia de San Antonio, para la generación de una propuesta que aporte a la solución del problema.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

- Diagnosticar los aspectos culturales, sociales y emocionales de los adolescentes registrados en el Subcentro San Antonio de la ciudad de Ibarra, para analizarlos, evidenciando el problema.

- Diseñar una propuesta fundamentada en el estudio realizado con la finalidad de generar un impacto positivo sobre el autoconcepto, responsabilidad de la sexualidad e importancia del proyecto de vida del adolescente.

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son los aspectos culturales, sociales y emocionales diagnosticados en las adolescentes registradas en el Subcentro de Salud de San Antonio de la ciudad de Ibarra, para analizarlos, evidenciando el problema?
- ¿Cuál es la importancia de diseñar un estudio propositivo fundamentado en el estudio realizado con la finalidad de generar un impacto positivo sobre el autoconcepto, responsabilidad de la sexualidad e importancia del proyecto de vida del adolescente?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco referencial

2.1.1 Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes.

En una investigación llevada a cabo en España, con una muestra de adolescentes en un rango de edades de entre los 13 y 19 años, se determinó que la actividad sexual entre adolescentes, además de ser igualitaria, se da con mayor liberalización, dicho estudio fue parte de miembros de la Universidad de Oviedo en España, participaron 815 estudiantes, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años; en la actualidad los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en adolescentes tanto varones como mujeres se mantiene en una tendencia igualitaria, llevando a cabo por una androgenización de comportamiento (López Sánchez, 2006); también se ha demostrado que el inicio de relaciones sexuales coitales se mantiene en un rango de edad de entre 15 a 19 años, tomando en cuenta que en Europa suelen ser más precoces y que en Asia, puesto que son más tardías con una media de 19 años (Durex, 2007); lo más preocupante es que se ha descubierto una nueva cifra, en la cual describe que las relaciones sexuales tienen un inicio desde los 13 años de edad sin importar quién sea el que tome la iniciativa, se describe que hoy en día son las adolescentes quienes tienden a tomar primero la iniciativa para mantener relaciones sexuales de forma precoz (Ceballos Ospino & Campo Arias, 2005).

En la actualidad, los estudios previos a los años 2000 refieren que los adolescentes, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo (Navarro, Pertusa, Barbera, & Reig, 2006).

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los seis primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales (Bradley Stevenson & Mumford, 2007). La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección.

Por otra parte, los resultados muestran la necesidad de incidir en dos importantes aspectos, posiblemente de manera diferencial entre chicos y chicas. Por una parte el consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales son conductas de riesgo ejercidas en mayor medida por los chicos (García Vega, Menéndez Robledo, Fernández García, & Cuesta Izquierdo , 2012).

Por otra parte, las chicas se protegen de enfermedades de transmisión sexual, pero hay incremento de abortos, por lo que sería necesario incidir en una mejor protección (preservativos femeninos, tratamientos conjuntos de barrera y hormonales). En ambos casos, se ha observado una falta de información sobre estos temas. Parece por tanto que hay necesidad de una acción más amplia, especialmente junto a las familias y centros educativos (García Vega, Menéndez Robledo, Fernández García, & Cuesta Izquierdo , 2012).

2.1.2 Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre Maternidad temprana, Pobreza y Logros económicos.

Segundo estudio e informe realizado el cual investiga los factores que influyen en las decisiones de fecundidad en general, así como en su relación con la pobreza, las condiciones de empleo y el contexto social, y este no pretende establecer causalidad, sino identificar el conjunto de factores de riesgo sobre los cuales las políticas podrían influir para un cambio.

Los índices de embarazo en adolescentes han incrementado significativamente en América Latina y el Caribe es así que se ubicaron entre la tercera mayor tasa de fecundidad a nivel mundial (Azevedo, y otros, 2012).

Existen varias circunstancias de vida que ponen en riesgo a una adolescente para contraer un embarazo a temprana edad, pero además se destacan 3 elementos interrelacionados en la toma de decisiones de una adolescente con el fin de definir su propio plan de vida, estos son:

- El elemento de racionalidad involucrado en las decisiones de fecundidad.
- Las cuestiones asociadas a la conducta que restringen una toma de decisiones estrictamente racional (incluyendo baja autoestima, barreras a información suficiente y el autocontrol).
- Las interacciones y normas sociales (el efecto que causa sobre la adolescente el que una de sus compañeras quede embarazada; estigmas sociales, entre otras) (Azevedo, y otros, 2012).

La fecundidad adolescente en los países de América Latina se correlaciona positivamente con la pobreza y la desigualdad. Se ha comprobado que las adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y provienen de familias con un nivel económico medio o alto, tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas

La evidencia tanto de países desarrollados como de países en desarrollo revela una asociación negativa entre educación y fecundidad. Esto sugiere dos proposiciones: que las adolescentes planean quedar embarazadas posterior a la fase de estudios, (período académico); o permanecer en la escuela reduce el riesgo de quedar embarazada.

La educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos son cruciales en la adolescencia, para evitar la maternidad entre las más jóvenes. Además, su uso podría ser un indicador de empoderamiento dentro de la relación. Otros resultados sugieren

también que el matrimonio tiene efectos disuasorios en la edad de la madre. En otras palabras, estar casada se correlaciona positivamente con la edad de maternidad.

En el pasado, la mayoría de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente se concentraron en mejorar la calidad de la educación y de los servicios de salud. Estos Programas han buscado proporcionar servicios de salud reproductiva orientados a los jóvenes y mejorar el conocimiento sexual y de salud reproductiva de las y los adolescentes, en cambio los programas más recientes, alternativamente, buscan elevar el costo de oportunidad del embarazo, ayudando a los jóvenes a permanecer en la escuela y/o incrementando su acceso a un empleo (Azevedo, y otros, 2012).

2.1.3 “Perfil Socio-Demográfico y Psicosocial de las Adolescentes Embarazadas en una maternidad de Guayaquil, Ecuador”

Estudio realizado en el año 2012, denominado con el fin de determinar los factores sociales económicos y culturales que influyen en los embarazos en adolescentes (Muñoz, 2014).

Se conoce que en Ecuador existe un incremento considerable de embarazos adolescentes en los últimos años, según datos del INEC, para el 2010 se reportaron aproximadamente 122.301 casos. Otro dato del INEC indica que los embarazos adolescentes se dan en un 55.3% en la Costa vs., el 38.4% en la Sierra y el 6.3% en la Amazonía (Villacís & Carrillo, 2012).

Por otra parte, dicho estudio se enfocó en destacar los factores determinantes para un embarazo precoz teniendo como resultado que existen varios aspectos que influyen en una adolescente como son la familia, la escolaridad, situación económica, trabajo, aspecto emocional social psicológico, así como el inicio de la vida sexual activa.

Los resultados determinan que los modelos familiares se transmiten de una generación a otra, por lo que ser hija de una madre que tuvo su primer embarazo en la adolescencia,

presenta mayores probabilidades de que su hija sea madre adolescente (Buvinic , 2012), además influye de sobremanera la comunicación que se desarrolle dentro del hogar, pues una escasa comunicación es directamente proporcional a la posibilidad de que exista un embarazo (Uzcátegi, 2009).

Otro dato muestra que el promedio de años de estudio de la mujer ecuatoriana entre 25 a 29 años para el 2010 era de 8.5 años, situación que pone en claro que una baja escolaridad está asociada con el inicio temprano de la vida sexual (CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011). El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia económicamente, y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005).

En cuanto a trabajo las adolescentes que están en situación de embarazo tienen menos posibilidades de tener un trabajo digno y, en muchas ocasiones no es contratada de manera formal por su bajo nivel de estudios, lo que hace que se profundice su situación de pobreza y la problemática continúe (Zárate Lezama, 2005).

Un escaso interés por los planes de vida, entre ellos las metas y proyectos personales, incrementan los números de casos de embarazo adolescente. De no poseer planes a mediano y largo plazo en temas relacionados a la vida de pareja e hijos, estudios o trabajo tiende a tener una percepción de sí misma pobre, y en varias ocasiones distorsiona su imagen propia (Schwartz T, 2011); el entorno psicosocial de la adolescente se ve afectado por el apoyo familiar inadecuado, lo que agudiza aún más los síntomas depresivos, y repercute en el cuidado de su hijo, el mismo que suele tener dificultades comportamentales y retardo en el desarrollo cognitivo (Calvo & Varas, 2007).

Un dato de interés en el estudio es el considerable porcentaje de las adolescentes que empezaron su vida sexual entre los 11 y 13 años, llegando al 9% de la población

reportada, es decir, mucho antes de la edad que arrojan las estadísticas ya conocidas. En cuanto a los hábitos de salud se sabe que las adolescentes en sus primeras relaciones sexuales comúnmente no usan métodos anticonceptivos ya sea por las bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza, por tanto el embarazo adolescente no se distribuye igual entre los diferentes estratos sociales (Muñoz, 2014).

Los resultados de este estudio arrojan datos que son similares en cuanto a los potenciales determinantes sociodemográfico y psicosociales del embarazo adolescente que han sido encontrados en otros estudios, como son: la escasa escolaridad de los padres, el poco uso de métodos anticonceptivos y/o condón, el inicio temprano de la vida sexual y la deserción escolar (Muñoz, 2014).

2.2 Marco contextual

2.2.1 Generalidades

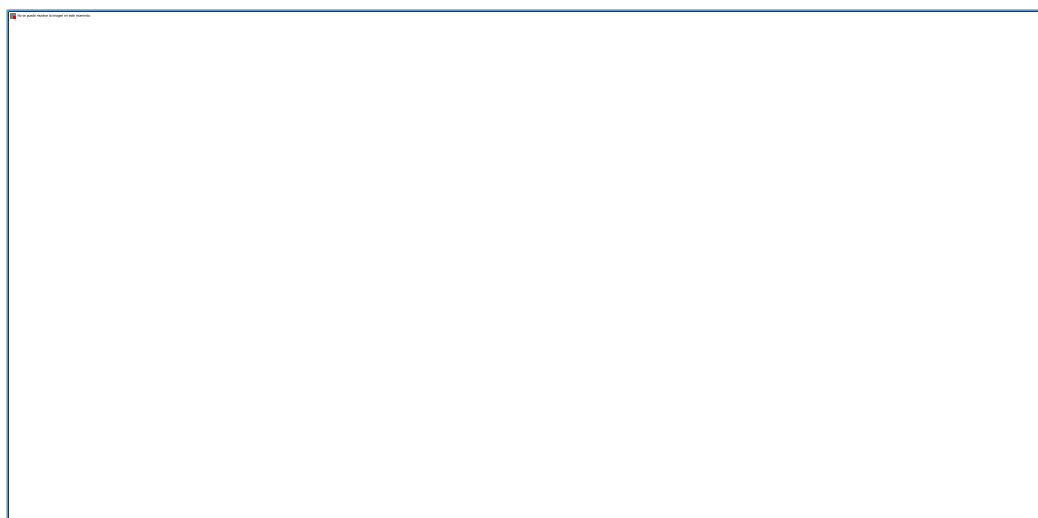
San Antonio es una parroquia rural de la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura, su ubicación geográfica es en el centro de la hoya de Ibarra, extendiéndose en la planicie de Natabuela y el páramo del volcán Imbabura (Avilés, 2015); sus límites parroquiales son: al norte: Parroquia de Imbaya y Parroquia de Chaltura. Al sur: Parroquia de la Esperanza y San Pablo de Otavalo. Al este: Ciudad de Ibarra. Al oeste: San Francisco de Natabuela (Municipio de Ibarra, 2012).

Posee 27 comunidades, entre estas tenemos: Chorlaví, Moras, Huaitaviro, Crizpamba, Chichabal, Santa Clara, Tanguarín, Chilcabamba, Santo Domingo, Santa Marianita, San Vicente, Mojaspamba, San Agustín, Pucahuayco, La Cruz, Bellavista Bajo y Alto, La loma de los Soles, Las Orquídeas y Guayllabamba (Avilés, 2015).

Su clima es frío por la parte alta del páramo del cerro Imbabura, el cual se encuentra desde los 2.800 hasta los 4.620 metros sobre el nivel del mar. Alcanzando una temperatura de 17°C

Gráfico 1 Ubicación Geográfica de San Antonio de Ibarra

1



Fuente. Registro Municipio de Ibarra, (2014).

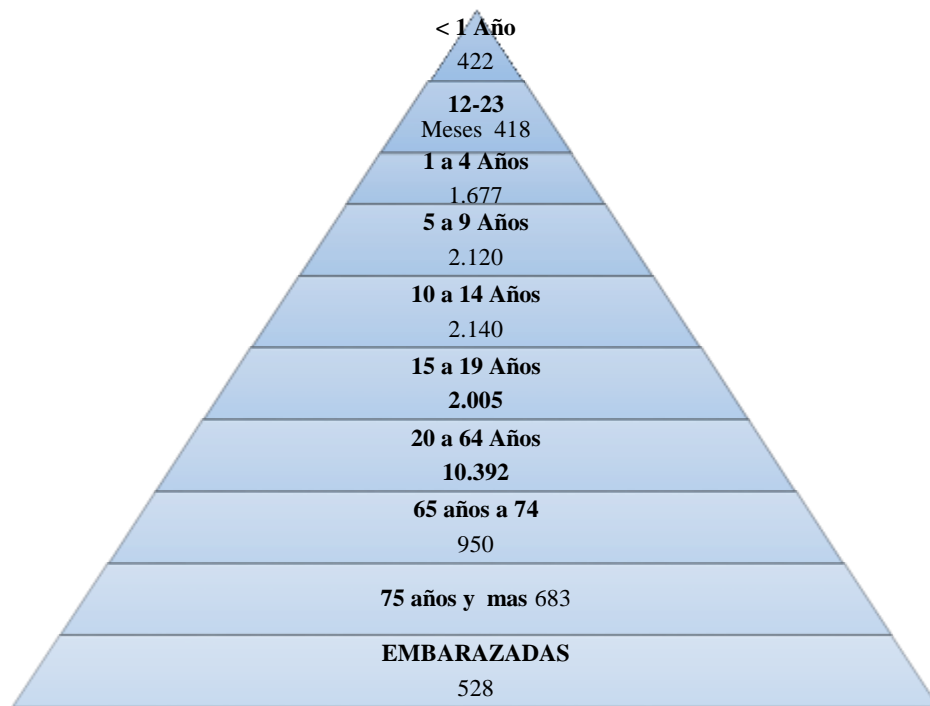
2.2.2 Economía de la población

Está basada directamente bajo influencia del turismo, mismo que es atraído por las actividades artesanales que brindan el sustento económico a su población, el tallado y esculturas en madera, cerámicas, tallados en piedra y tejidos. Según (Viteri, 2005), menciona “su economía se ha polarizado alrededor de su producción y no dispone del total servicio complementario que requiere toda población económica y turísticamente activa y continúa de esta manera dificultando su desarrollo integral” (p. 86).

La producción agrícola no se encuentra tecnificada, y es mínima. Según (Viteri, 2005). “Su actual agricultura es minifundista, satisface la economía familiar, pero carece de proyección hacia la colectividad” (p. 97). Evidenciando que su economía es tradicional y prevalece la pobreza como un factor general entre las familias del sector, en especial del perteneciente a las comunidades.

va del año 2015, es de 20.390 habitantes, siendo mayor el número de mujeres que de hombres.

Gráfico 3 Distribución poblacional por grupos etarios



Fuente: Subcentro de Salud San Antonio (2015).

Adicional cabe recalcar que es la parroquia que cuenta con un Subcentro de Salud creado desde el año de 1976, siendo al momento una unidad operativa de segundo nivel con una capacidad resolutive media, se encuentra interrelacionado con varios servicios y entes de salud tanto de mayor como menor complejidad; busca asegurar la gestión de autoridades, equipo de profesionales, usuarios y comunidad en general para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes que demandan de servicios de salud en el mismo (Narváez, 2005). Actualmente el lugar en el que funciona el Subcentro se encuentra en las calles Bolívar y Francisco Terán.

El objetivo primordial a nivel de Subcentro es el de analizar el estado de salud de la población pertenecientes al Subcentro de Salud de San Antonio mediante acciones dirigidas al individuo, familia y comunidad haciendo énfasis en los indicadores de

salud y considerando los determinantes para proponer mejoras en el alcance de los productos y servicios ofertados y fomentar la complementariedad de los recursos mediante un trabajo interministerial coordinado, en periodo de enero a diciembre del 2014. Al momento la dirección del Subcentro está a cargo del Doctor Narciso Cadena. La atención de salud se encuentra organizada por zonas territoriales geográficas, con el fin de que cada uno de los habitantes de todas las comunidades, se beneficien de los servicios de atención de primer nivel, a través de la libre elección regulada por el prestador de salud. La oferta de equipamiento de salud se reduce a la existencia del centro de salud, el cual no abastece a toda la parroquia; existe déficit de la cobertura de salud en los barrios periféricos al área de transición.

Tabla 1 Unidades de Salud de la parroquia San Antonio de Ibarra

Unidades Prestadoras de Salud Pública y Privados en la Parroquia de San Antonio, Año 2015.			
Unidad Operativa	Tipo Atención	Horario	Servicios Que Ofrece
S.C.S. San Antonio	Pública	Lunes a Viernes 8 Am – 5 Pm	Medicina General Medicina Familiar Obstetricia Psicología Nutrición Odontología Vacunación Curaciones
Seguro Social Campesino Santo Domingo	Pública	Lunes a Viernes 8 Am – 4:30pm	Medicina General Obstetricia Psicología Odontología Curaciones
Consultorios Médicos	Privada	Lunes a Sábado 8am – 5:30 Pm	Medicina General Pediatría Gineco-Obstetricia

Fuente: Subcentro de Salud San Antonio (2015).

Odontólogos	Privada	Lunes a Sábado 8am – 5:30pm	Endodoncia Cirugía Maxilofacial Restauraciones Prótesis Ortodoncia
Laboratorio	Privada	Lunes a Sábado 8am – 8pm	Elemental Microscópico De Orina Coproparasitario Examen Hematológico

El Subcentro de Salud de San Antonio cuenta con personal Médico, Psicología, Enfermería, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Técnicos que laboran bajo distintas modalidades de contrato.

Tabla 2 Personal de Salud de la parroquia de San Antonio de Ibarra.

PERSONAL DEL S.C.S. DE SAN ANTONIO AÑO 2015	
PERSONAL	NÚMERO
Médicos de Contrato	5
Médicos Rurales	2
Médicos Postgradistas	2
Psicólogo	1
Obstetras	1
Odontólogos	3
Enfermeras de Contrato	3
Enfermeras Rurales	1
Auxiliar de Enfermería	1
Auxiliar de Odontología	1
Agendadora	1
Internos de Medicina	1
Internas de Enfermería	3

Interna de Nutrición	1
Inspector Sanitario	1
Personal de Farmacia	1
Personal de Limpieza	1

Fuente: Subcentro de Salud San Antonio (2015).

Las áreas se encuentran distribuidas de la siguiente manera; 5 Consultorios, Estadística, Preparación, Odontología, Farmacia, Post consulta, Vacunas, Curaciones y Sala de espera. En dicho Subcentro se trabaja en políticas públicas y programas destinados a fomentar la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Entre la problemática a nivel de barrios y a nivel parroquial encontramos afectado el aspecto relacionado con los y las adolescentes evidenciándose el aumento de embarazos precoces, debido al grado de vulnerabilidad en el que se encuentran, es así que se desea llevar a cabo una estrategia que aborde temas orientados a la prevención de embarazos de manera holística e ir en busca de un cambio evidente.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 La Adolescencia

La adolescencia está considerada como un período de transición, definido desde la niñez a la edad adulta, dentro de ciclo vital de la familia, este es un periodo crítico y de cambios tanto internos como de los familiares del adolescente, principalmente cuando es el hijo mayor quien entra en la adolescencia (Alonso, 2005).

Esta etapa de la vida se caracteriza porque empieza a cuestionarse el estilo familiar, el grupo de iguales se convierte en un poderoso referente para los hijos que puede llegar a desorganizar las pautas establecidas por la familia y los cambios evolutivos y necesidades del adolescente, son percibidos por la familia como disruptores de su funcionamiento, requiriendo una reorganización de sus reglas de interacción (Alonso,

2005). Además, dentro del proceso de conformación de la estructura familiar, el ingreso de los abuelos y la necesidad de emancipación de los hijos, definida como una búsqueda de autonomía, afecta a su característica dentro de esta etapa.

Se ha señalado este periodo como un proceso de desarrollo, definido tradicional y culturalmente como lleno de problemas y tensiones, sin embargo, su definición ha ido evolucionando, acercándose más a las características como una vida emotiva, fluctuante, contradictoria, actividades desmedidas, alternante, actitudes indiferentes y desgastadas a pesar de la presencia de energía, tal incididas por la depresión, vanidad y timidez, el autor la ubica entre el egoísmo al altruismo idealista (Hall, 2009).

Sin embargo, en contraste a Stanley la adolescencia ha sido considerada bajo un criterio más positivo, dentro del desarrollo del individuo, sin desmentir que enfrenta conflictos, sin embargo, posee oportunidades, como una especie de equilibrio natural. Basado en este punto la posición del autor mencionado se convierte en un mito, pudiendo el tormentoso episodio de desorientación en el área sexual, convertirse en un nivel alto de desorientación (Marina, 2014). El autor añade que el paradigma debe cambiarse, se ha creado una imagen negativa de los jóvenes, como problemáticos y enfermos.

Hay padres que se pregunta ¿qué hemos hecho mal?; el ambiente, educativo, social, afectivo, familiar, son las vías que afectan al adolescente, Marina, expresa, cuántos de estos elementos influyen positivamente en su comportamiento, la realidad es otra, “nos hemos convertido en destructores del adolescente”, de forma indirecta, la imagen del adolescente es modificada para ser vista como negativa, mala, inadecuada.

Las adolescencia, constituye un lapso de 8 años que habitualmente se divide en tres etapas: primera adolescencia (12-14 años), etapa en la cual se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; adolescencia media (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes; y adolescencia tardía (18-20 años), donde, según (Arnett, 2008),

se incrementa la implicación en conductas de riesgo tales como el consumo de sustancias, la conducción temeraria o la conducta sexual de riesgo.

A partir de lo fundamentado, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el individuo debe hacer frente a numerosos cambios, en la conducta a nivel emocional, sexual y social, no necesariamente negativos, todo ello supone un trabajo mental, gradual, lento y lleno de dificultades a las cuales el adolescente debe enfrentar con brevedad y rapidez (Marina, 2014).

Los fenómenos que afectan al adolescente de manera externa, no son los mismos que hace años, la sociedad ha evolucionado y los problemas que aquejan al ser humano, junto con ella. En los años cuarenta y cincuenta los efectos de la guerra, excedentes de riqueza, incremento de la escolaridad y la expansión urbanística, despertaron en el adolescente el ocio. En los años setenta y ochenta. Los años setenta y ochenta, iniciar una época donde se considera al sistema como negativo. Encarece el trabajo, los jóvenes son marginados y se reduce el nivel académico y formativo, debido a la perspectiva que el adolescente no sirve para producir, sienten que no tienen futuro.

En los años noventa y dos mil, la familia está considerada como un eje crucial de la sociedad, los adolescentes se sienten parte del sistema, se los consulta, considera, deciden su alimentación, acceso a la tecnología, está definida como la época del consumismo; del dos mil al dos mil diez, es la era de la tecnología, pasan más tiempo con el computador que con sus padres, los niveles de ocio aumentan, pero no es el mismo ocio que en épocas pasadas, este afecta principalmente en sus áreas comportamentales y actitudinales, reciben mucha información, pero no la adecuada. Previsión del dos mil diez al dos mil veinte, ya no necesitan relacionarse, tienen todos los espacios dentro de la red, tiendas, sociedad, relaciones. No tiene interés por el trabajo, dependen de su familia, aunque su relación con ella se encuentre deteriorada, la tecnología es gratuita, pero el precio que pagan es alto. El desarrollo económico del adolescente está ligado a sus intereses, los negocios son a través de internet (Marina, 2014).

2.3.2 La condición Biopsicosocial

El desarrollo y el comportamiento humano se dan simultáneamente en múltiples niveles. La maduración física y biológica, incluyendo el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central, continúa también en el período de la adolescencia. Los procesos de pensamiento, tales como los procesos sociocognitivos, la habilidad de solución de problemas, la capacidad lingüística y las habilidades espacio-visuales, también se desarrollan durante la adolescencia. Estos cambios evolutivos van acompañados por cambios en la naturaleza de los contextos sociales en los que el adolescente se desenvuelve, así como en los roles socialmente definidos que el adolescente debe desempeñar en estos contextos (Alonso, 2005).

Uno de los principales ejemplos de los modelos biopsicosociales puede encontrarse en la conceptualización de la relación entre pubertad y conducta, cognición, emoción y relaciones sociales. El enfoque actual ha adoptado una perspectiva biopsicosocial al tratar de definir la relación entre el desarrollo hormonal y los cambios en el estado afectivo (como la depresión y la agresión) (Alonso, 2005).

2.3.3 Cambios en el Desarrollo Físico y Biológico

En la pubertad se producen cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales, así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo. Mientras que, generalmente, se piensa que los cambios biológicos se dan por completo en el período de la pubertad, existe un desarrollo continuo a lo largo de la adolescencia en cuanto a madurez y crecimiento físico (Perdomo & Herrera, 2012).

La gran cantidad de cambios que comienzan con la pubertad continúan influyendo al individuo más allá de su inicio. Estos cambios corporales y hormonales están consistentemente relacionados con procesos psicológicos y sociales. En este sentido, la relación entre pubertad, estado de ánimo y conducta es un área muy activa de investigación (Perdomo & Herrera, 2012). La evidencia empírica investigada sugiere

que los cambios hormonales se encuentran relacionados con los estados de ánimo y el comportamiento, aunque estas relaciones son complejas. Estas relaciones parecen diferir en función del género, la edad, los tipos de hormonas y su interacción entre ellas y el estatus puberal (Perdomo & Herrera, 2012).

El desarrollo biológico, además, tiene unas importantes implicaciones sociales. Así, el impacto evolutivo de los cambios hormonales en la conducta y la emoción está en parte mediado por las respuestas que los cambios puberales elicitán de los otros en el contexto social. Específicamente, parece que el comienzo temprano o tardío de la pubertad en relación con el momento en que se produce este evento para el grupo de iguales es un importante predictor del ajuste conductual y emocional. En cuanto a las relaciones familiares, la pubertad parece tener un impacto predecible, aunque esta asociación está modulada por una variedad de factores entre los que se incluyen el género del niño, edad en que se alcanzó la pubertad y la estructura familiar (Perdomo & Herrera, 2012).

2.3.4 Cambios en el Desarrollo Psicológico

- Desarrollo Cognitivo

El desarrollo cognitivo es otra área de importantes cambios durante la adolescencia. Durante esta fase se desarrolla el pensamiento abstracto. Sin embargo, aunque esta forma de pensamiento aparece típicamente durante la primera adolescencia, muchos adolescentes y adultos nunca manifiestan la capacidad de pensar de forma abstracta (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

Las preocupaciones que los adolescentes expresan y el uso que hacen de sus estrategias de afrontamiento incluyen un rango de estilos cognitivos y habilidades que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. En cuanto a la adquisición del pensamiento formal, Piaget y sus seguidores consideran que en la adolescencia se

culmina el desarrollo cognitivo que se inicia con el nacimiento y cuyos estadios se pueden observar en el curso del desarrollo infantil (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

En este estadio el individuo desarrolla la capacidad de razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en posibilidades puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad.

Es capaz de emplear la lógica formal, independientemente de todo contenido. Lo posible prevalece sobre lo real, el pensamiento está en condiciones de combinar las operaciones entre sí: una capacidad que permite integrar lo real en el ámbito de lo posible. Estrechamente asociado a la capacidad cognitiva de elaborar operaciones formales, aparece el desarrollo de la conciencia moral (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

El desarrollo cognitivo representa en la adolescencia un rasgo a ser desarrollado que se vincula al embarazo debido al equilibrio mental que logra un individuo en esta etapa, respondiendo a los cuestionamientos que le guiarán en su propósito de vida (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

- **Razonamiento Moral**

El razonamiento moral se desarrolla durante la adolescencia de manera que aparece una creciente preocupación por cuestiones de orden social. Se ha considerado que este desarrollo es más pronunciado en hombres que en mujeres. El desarrollo moral de las mujeres se caracteriza por un mayor énfasis en las relaciones interpersonales (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

De acuerdo con, lo que distingue el razonamiento moral post convencional -el esfuerzo de los adolescentes por definir sus propias reglas morales en lugar de acatar simplemente las normas del grupo o de un individuo en particular- del razonamiento preadolescente que se encuentra en el nivel concreto, es que cada individuo reconoce

que existe un contrato recíproco implícito entre el individuo y la sociedad. Además, durante esta fase existe un desarrollo posterior de principios, conciencia y juicios morales (Carbonero, Antón, & Feijó, 2010).

2.3.5 Cambios en el desarrollo familiar

Durante la adolescencia, los individuos se desplazan desde la primordial influencia de la familia, que es clara y evidente en la infancia, a la influencia creciente de los iguales. Sin embargo, no tiene por qué haber necesariamente conflictos de influencia entre familia y grupo de iguales. En una primera fase, el adolescente encuentra apoyo en grupos de pertenencia del mismo género, donde el resto de miembros comparten desarrollos fisiológicos similares (Pérez & Aguilar, 2009).

Durante la adolescencia media existe con frecuencia un acercamiento a los iguales del otro género, manteniéndose la unión con grupos del mismo género. Sin embargo, a medida que la adolescencia avanza, existe un acercamiento creciente hacia las relaciones de intimidad con el género opuesto, lo cual implica a su vez un cambio en los modelos de las relaciones con el mismo género (Pérez & Aguilar, 2009).

2.3.6 La Sexualidad del Adolescente

Es considerada como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa, 2014).

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Avellaneda, 2013).

La sexualidad se compone de cuatro características: erotismo, vinculación afectiva, reproductividad y sexo genético (genotipo) y físico (fenotípico). Erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual; vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas; reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de maternaje y paternaje, además de actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres (Alvarado, 2013).

La característica del sexo desarrollado comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dismórficas (masculino o femenino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, a partir de la estructura sexual basada en el sexo, ya que incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que se conozca cuáles son nuestras las actitudes más personales e íntimas del adolescente hacia la sexualidad (Alvarado, 2013).

Uno de los productos de la interacción de estos factores es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo, la vinculación afectiva y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos), se obtiene alguna de las orientaciones sexuales: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

Dichas orientaciones sexuales han sido reconocidas como derechos humanos inalienables. Al respecto, cuando se realiza la referencia a los derechos sexuales y reproductivos, se alude a aquellos que buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién. Los derechos reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva. Estos derechos, al igual que los derechos humanos, son inalienables y no están sujetos a discriminación por género, edad o raza (Alvarado, 2013).

En lo que respecta a familia y sexualidad adolescente, es posible señalar que la familia, como el núcleo que protege a sus miembros en lo físico, emocional y psicológico,

regula el comportamiento sexual de sus hijos mediante pautas establecidas, así como los otros comportamientos. Evidentemente los padres son los primeros modelos de niñas y niños desde el nacimiento, ellos y ellas aprenden a desarrollar diferentes roles, que serán determinantes de su identidad como adultos (Alvarado, 2013).

Muy temprano los niños comienzan a interesarse por el mundo que los rodea, la curiosidad sobre temas sexuales aparece como parte de las interrogantes propias del mundo en que el niño está inmerso. Muchos padres se incomodan frente a las preguntas relacionadas con la sexualidad y muestran su inseguridad para enfrentar la situación, los niños perciben que es necesario llevar estas interrogantes al grupo de amigos, comenzando así el pacto de silencio implícito entre padres e hijos ante estos temas. Sin embargo, otros informantes están muy a la mano de los niños y adolescentes (Alvarado, 2013).

La publicidad y los medios de comunicación de masas están entregando constantemente este tipo de mensajes (eróticos) y son potentes agentes socializadores, el problema es que no se asume como tales, pues esto implica reconocer las consecuencias de sus mensajes. La tarea de formar a los niños es cada vez más difícil, porque los padres deben competir con estos agentes (Barros Lezaeta, 2006).

En cuanto al embarazo adolescente y familia, las reacciones de los padres y las madres ante el embarazo de una niña que hace evidente ya su inicio en la vida sexual, son en general poco positivas para enfrentar la situación. Cuando la niña o el joven inician su vida sexual, sería el mejor momento para conversar todo lo relativo a la sexualidad, pero ahí ya están las barreras que impiden generar las confianzas necesarias para conversar (Alvarado, 2013).

Los adultos piensan que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y con eso, se cierra la puerta a hablar de esos temas. No hay realismo para enfrentar las situaciones que se producen de todas formas, al margen de los deseos y voluntades. Si la familia (padres, fundamentalmente) no están en condiciones de proporcionar la debida formación en sexualidad a los jóvenes, se espera que lo haga el colegio. Sin

embargo, las jóvenes presentan reparos importantes a la hora de hablar de los programas educativos en educación sexual (Alonso, 2005).

No obstante, los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo, los programas de educación sexual escolares, no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianidad de la vida (Alvarado, 2013).

Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado. En cambio, aquellos programas en que se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad (Alvarado, 2013).

Si se revisa a través de la historia de la educación sexual y su instalación en los diferentes países, es la historia de las fuerzas políticas, desde conservadoras a progresistas, la que ha tratado de frenar, prohibir, limitar la enseñanza de la sexualidad a través de los sistemas educativos formales; mientras que, por otro lado, las tendencias progresistas han pugnado por poner los conocimientos científicos producidos en este campo, a disposición de los jóvenes desde los primeros años de escolaridad, reconociendo que así se complementa la tarea de la familia en este aspecto (Navarro & Ubillos, 2009).

Se puede considerar que todas estas posiciones son legítimas y se relacionan con el esfuerzo por construir un determinado modelo de sociedad, así, es posible señalar que lo sexual, en este sentido, no es neutro ni ajeno al quehacer mismo de la política. El resultado de tales pugnas de tipo ideológico, ha conducido a la generación de programas de estudios diversos, heterogéneos, en cuanto a los contenidos teóricos y a

los objetivos, todos ellos normados por diferentes instrumentos legales en cada país (Navarro & Ubillos, 2009).

2.3.7 Embarazo en la Adolescencia

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad (Noguera & Alvarado, 2012).

El embarazo en la adolescencia es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres de 19 años independientemente de la edad ginecológica (Alvarado, 2013). El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física ni mental y a veces en circunstancias adversas como son carencias nutricionales u otras enfermedades.

El embarazo no planeado en la adolescencia puede causarle varios trastornos sobre todo si es menor de 15 años además de repercutir sobre su esfera social se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo generalmente mal remunerado, adicional desencadena matrimonios apresurados que generalmente no duran con repercusiones sociales, económicas, personales y salud de sus hijos (Alvarado, 2013).

2.3.8 Consecuencias para la salud

El mayor riesgo observado en el embarazo precoz depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas, si bien se condicionan entre sí. Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuitos u ocasionales, determinados así una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos, maestros y otros (Cutiño, Álvarez, Maestre, León, & Pérez, 2006). Evidenciando que la salud tanto fisiológica y mental se ve afectada.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa, 2014).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa, 2014).

- **Consecuencias Biológicas**

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. La adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes. Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las adolescentes son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo (Estrella, Pérez, & Nuñez, 2014).

Por estas y otras razones, el embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas: Preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigestas de bajo nivel socioeconómico. Insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, lo cual permite la estrecha relación entre el organismo materno y el feto, que tiene 50 % de estructura antigénica de origen paterno y puede ser a su vez causa de hipertensión y otras graves alteraciones inmunológicas, capaces de provocar abortos (Sandoval, Mondragón, & Ortiz, 2007).

Describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)
- Desprendimiento prematuro de la placenta (Vallejo, 2013).

En la primera mitad del embarazo son comunes la anemia, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda: la hipertensión arterial, las hemorragias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas y otros (Vallejo, 2013).

Durante el período del parto predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y de la pelvis (Vallejo, 2013).

En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que

la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años (Vallejo, 2013).

- **Consecuencias Económicas y Sociales**

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (OMS Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa, 2014).

- **Morbilidad en el Embarazo Adolescente**

Es un hecho ampliamente reconocido en el campo de la salud, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social. De forma global se describe mayor morbilidad en el embarazo adolescente: abortos, anemia, infección de vías urinarias, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, escasa ganancia de peso, mal nutrición materna, hemorragias relacionadas con afecciones placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica, cesárea o partos prolongados y difíciles (Huanco, Ticona, & Ticona, 2012).

2.3.9 Factores Asociados al Embarazo en la Adolescencia

- **Factores Culturales**

Algunos factores para el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes incluyen un temprano desarrollo de la pubertad, la historia de abuso sexual, pobreza, daño por parte de alguno de los padres, curiosidad sobre la sexualidad e información en la escuela. Los factores que influyen de manera significativa en la postergación de la vida sexual son un ambiente familiar estable, la asistencia regular a ritos religiosos y el incremento del ingreso familiar (Navarro & Ubillos, 2009).

El incremento de la población sexualmente activa no ha estado acompañado de un incremento proporcional en el uso de métodos anticonceptivos adecuados. Las razones que los jóvenes aducen para no protegerse del embarazo no deseado son las siguientes: La idea de que no pueden quedar embarazadas, que no anticiparon el momento de la relación sexual, que no sabían cómo obtener el anticonceptivo, y que tenían miedo a ser criticadas, o temor de que los padres se enteraran de que deseaban obtener anticonceptivos (UNICEF, 2014).

En América Latina, el porcentaje de adolescentes con vida sexual activa se ha incrementado significativamente en los últimos años. Probablemente en respuesta a los siguientes factores: características cambiantes de la adolescencia, bajos niveles de escolaridad, expectativas de educación, recursos económicos, efectos de la relación familiar y de otras relaciones significativas para los adolescentes, urbanización, anonimía de las grandes ciudades, exceso de tiempo libre, trabajo de ambos padres, abundancia de información y de incitaciones sexuales en los medios de comunicación. Actualmente el 56.6% de las mujeres y el 73% de los hombres, inician su vida sexual antes de los 18 años de edad, y se estima que el grupo de población de 15 a 24 años, considerado de alto riesgo en cuanto al embarazo, ascendió a 100 millones en el año 2000 (UNICEF, 2014).

El embarazo en adolescentes se acompaña entre otras características de la incapacidad materna para cuidar a un hijo y formar una familia (Steen, 2008), se asocia con factores socioeconómicos bajos, inestabilidad en la familia e influencia en los compañeros en la edad de inicio de la vida sexual activa (UNICEF, 2014).

Diferentes autores coinciden en que la adolescente soltera que se embaraza, experimentó eventos sociales y psicológicos que promovieron una mayor receptividad para el contacto sexual y que además tiende a presentar ausencia del deseo de embarazarse. Según el mismo autor el incremento de embarazos tempranos ha sido significativo y la preocupación de diversos sectores sociales por el fenómeno del embarazo en adolescentes, lo cual se ha reflejado en muchos países la implementación de políticas y programas tanto en el ámbito de la salud, como en el educativo y social, en los que se ha invertido en recursos humanos y económicos crecientes (Climent G. , 2008).

El acceso a la educación sexual y reproductiva en contextos previos estudiados son un tabú, se ha llegado a confirmar que en las y los adultos se habla poco de sexualidad y menos aún de sexualidad adolescente al punto de llegar a la creencia que el solo hecho de hablar del tema puede ser un detonante que puede desencadenar actos sexuales, logrando que el tabú y el miedo se transfiera de generación en generación. Por otro lado, algunas madres no se sienten seguras ni cómodas para hablar sobre sexualidad con sus hijas debido a que lo ven como un tema íntimo “o algo malo” además porque “confían” que sus hijas “no lo van hacer”, al contrario, las hijas no consideran conveniente hablar sobre el tema con sus madres ya sea por las valoraciones negativas que se le asigna o por la autoridad que representa su madre (Climent G. , 2006).

En otros casos denota que las madres no hablan sobre el tema porque no se sienten preparadas o no les han enseñado y no saben cómo abordar dichos temas en la familia. Como consecuencia de esto tenemos que la gran mayoría de adolescentes hoy en día buscan información accesible en internet, redes sociales, que no requieren comunicación interpersonal pero que sin duda implica serios riesgos respecto a la calidad de información, a la fiabilidad y pertinencia de la misma (Canela, López, Calatrava, Osorio, & Irala, 2012).

La ambivalencia cultural derivada del choque entre una creciente liberación sexual es visible en adolescentes de toda edad y se ve expresada tanto en códigos de conducta y comportamientos efectivos como en los mensajes, símbolos y una persistente negación

de autonomía en materia sexual impulsando una intervención moral por parte de padres e instituciones estableciendo barreras de información, educación sexual integral, acceso a servicios de salud (Alonso, 2005).

Es así que las adolescentes prefieren mantener en secreto sus actividades afectivas y sexuales por miedo y represalias de sus padres o personas adultas. Esta aprensión parece llegar a ser más grande que el temor al embarazo, abandono de la escuela o el contagio de una infección de transmisión sexual. Esta ambivalencia resulta influir de manera directa en el incremento de posibilidades de un embarazo adolescente (Alonso, 2005).

Los distintos métodos de planificación familiar son también un factor condicionante para un embarazo en la adolescencia, aspectos como la ambivalencia respecto al rol y responsabilidad de los adultos con relación a los derechos sexuales de las y los adolescentes, se ha visto en tela de duda, en varios países donde se han realizado estudios se muestra que el propio personal de salud tienen dudas al momento de desempeñarse profesionalmente pues persiste la visión de que la libre oferta y el acceso a métodos de planificación familiar representan una incitación a la práctica sexual de las y los adolescentes (Canela, López, Calatrava, Osorio, & Irala, 2012).

Otro factor influyente es el control por parte de los hombres sobre la planificación familiar sobre todo si es una relación estable, logrando así inhibir el uso de estos métodos. Las adolescentes delegan al hombre la decisión y control de la fecundidad, independientemente del grado de conocimiento y acceso a información (Alonso, 2005).

La población adolescente necesita información y acceso a los servicios, de modo que, buena parte de la solución está en la forma en como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones religiosas y sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente. El objetivo es, acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos (Alonso, 2005).

- Factores Emocionales

Considerando desde la perspectiva de las adolescentes la complejidad de los fenómenos emocionales y psicoafectivo relevantes relacionados con el embarazo no planificado. Las investigaciones más relevantes hablan de la dimensión individual especialmente en el área afectiva, y en la familia. En el área afectiva individual, el "amor romántico" se constituye como un elemento determinante para el inicio de la actividad sexual que se asocia al no uso de anticoncepción, dado que en ese contexto la introducción de los métodos anticonceptivos se interpreta por las adolescentes como falta de confianza en la pareja (Rubio, Carrasco, Amor, & López, 2015).

Este tipo de amor es considerado particular de algunas culturas, donde los sentimientos de apego tienden a predominar sobre los impulsos sexuales, y donde se incorpora la sexualidad para construir intimidad. La percepción de invulnerabilidad, el egocentrismo y las fantasías propias de esta etapa del desarrollo, aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes. De los factores identificados como emocionales, aparecen con fuerza la capacidad reflexiva y el proyecto de vida, lo cual genera conductas resilientes frente a contextos adversos (Rubio, Carrasco, Amor, & López, 2015).

Surge en el discurso un elemento no descrito que se constituye como factor emocional importante, la polaridad de los límites establecidos por los padres, que se manifiesta en aquellas familias que establecen "límites estrechos" como también en aquellas en las que predomina la "negligencia paterna". Al analizar el modelo familiar se observa que este "límite estrecho familiar" podría actuar como factor de riesgo para embarazo temprano, ante el temor de la adolescente que se embaraza de enfrentar a sus padres cuando han expresado la frase "te caso o te echo". La "negligencia paterna" sería descrita como aquella que se demuestra totalmente desinteresada de la adolescente. En contraposición, un hallazgo considerado como un factor emocional, es la familia involucrada que cuida a sus miembros, estableciendo límites claros, la que se ha denominado "familia cuidadora" (Rubio, Carrasco, Amor, & López, 2015).

Se describen como efectos emocionales la falta de conocimiento en sexualidad, asociado a escasa escolaridad de los padres, en este estudio este factor se ha considerado una norma endoculturada, dado que si bien existen políticas educacionales que permiten el acceso a la información en sexualidad, ésta llega finalmente a los adolescentes moderada por la familia y por la escuela (Alonso, 2005).

A pesar de la declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad causados por la erotización de los medios de comunicación continúa siendo relevante la "sanción social" como factor emocional al situar en un grupo discriminado a la adolescente que transgrede las normas (Baeza, 2007).

Por último, en los mencionados estudios no se confirma información respecto de la asociación de consumo de sustancias y embarazo, puesto que en el discurso las adolescentes plantean que aquellas jóvenes que atribuyen al consumo de alcohol y/ o droga como causales del no uso de los métodos anticonceptivos, sólo estarían excusándose de su decisión de no utilizarlos (Baeza, 2007).

- **Factores sociales**

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macro social, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macro social se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente (Climent G. , 2006).

El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos (Climent G. , 2006).

Las características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana (Climent G. , 2008).

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector (Gómez, y otros, 2012).

Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja. Estudios realizados en Estados Unidos demuestran la existencia de ese tipo de relación entre estructura familiar y conductas reproductivas. La evidencia en América Latina es escasa (Gómez, y otros, 2012).

En una investigación con adolescentes de 15-18 años se determinó que: las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores.

Si bien las jóvenes que viven con un solo progenitor en la inmensa mayoría de los casos, con la madre, exhiben una mayor frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más baja que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos (Gómez, y otros, 2012).

En la misma investigación se muestra que el 83,3% de las jóvenes encuestadas que no viven con ninguno de sus progenitores ya se había iniciado sexualmente, en comparación con 55,2% de las que viven con uno de los padres y 40% de las que viven con ambos. La importancia de la presencia de los padres en el hogar; en su estudio se afirma que “las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas” (Alonso, 2005).

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano. En testimonios aislados se menciona el deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres, o para ser tratada como adulta por los padres. Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres. La madre parece ser la figura clave en este sentido, aún para los adolescentes varones. De todos modos, varones y mujeres prefieren a la figura paterna del mismo sexo y las mujeres recurren al padre con poca frecuencia. (Valenzuela, Ibarra, Zubarew, & Correa).

En una investigación con mujeres de 12 a 19 años residentes en la ciudad de México se encontró que aquellas que habían dialogado con sus madres sobre temas sexuales era más probable que no se hubieran iniciado sexualmente respecto a aquellas que no lo habían hecho (Philippe, 2009).

La madre, sin embargo, suele brindar mensajes parciales. “Al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso, que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género. Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada” (Valenzuela, Ibarra, Zubarew, & Correa).

En la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, la situación de fines de los años ochenta se resumía así: “existe una tendencia creciente hacia la creación de programas de salud para los adolescentes, que incluyen la atención a aspectos de la reproducción” (CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011).

Pero se señalaba que, en la mayoría de los casos, la iniciativa había sido de las organizaciones no gubernamentales o de “profesionales altamente motivados, ajenos a las políticas nacionales de salud” (Alonso, 2005). Esta situación aún prevalece en muchos de los países de la región, incluso en aquellos que cuentan con una política dirigida expresamente a ese segmento de la población.

Resulta fundamental que los servicios que se instalen sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico (localización) como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de éstos es crucial la actitud de los profesionales, que deben evitar la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso atención (Alonso, 2005)

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo con los principios del modelo de creencias sobre salud, la conducta individual, en este caso frente a un posible embarazo se ve determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que se enfrenta, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención y su eficacia y la disponibilidad y calidad de la información con la que se cuenta (Oliveira, Prado, Alves, Souza, & Matos, 2013).

Este modelo ha sido criticado, pues supone una conducta completamente racional. La investigación relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) ha confirmado lo que ya se sabía respecto de otros campos de la conducta sexual: la posesión de conocimientos y aun la conciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente conducen a una conducta de

prevención. Lo mismo sucede en el caso de los embarazos no planeados y con el comportamiento de los adolescentes (Oliveira, Prado, Alves, Souza, & Matos, 2013).

Aparte de la abstinencia, la única estrategia disponible de prevención de embarazos es el uso de anticonceptivos. El conocimiento sobre anticonceptivos es generalizado en la población adolescente de América latina. El problema de los embarazos no planeados, al menos en el caso de los adolescentes urbanos, parece no obedecer al conocimiento de los medios para evitarlos, sino en que dicho conocimiento no lleva necesariamente a una acción adecuada. Aun cuando la indagación se limita a los métodos modernos, en la segunda mitad de los años noventa y principios del 2000 se observa un alto nivel de conocimiento por parte de las adolescentes (Della, 2005).

Por el contrario, el uso de métodos anticonceptivos modernos oscila entre menos del 2% en Bolivia en 1998 y 12% en Colombia en el año 2000. Uno de los factores que conducirían a la adopción de conductas preventivas es la percepción del riesgo de embarazo. Pero múltiples barreras se interponen entre esta percepción de riesgo y la posibilidad de prevención. En relación con los anticonceptivos se ponen de manifiesto los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos químicos y el rechazo al condón, documentado en múltiples investigaciones por su interferencia con el placer y lo "natural" y, en la era del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), por su significado de desconfianza hacia el otro miembro de la pareja. A esto se suma la aceptación de creencias equivocadas respecto a los métodos, como revelaron, en su investigación en la ciudad de México. También se aprecia la influencia de los problemas de acceso, económicos o no, entre otros el trato expulsor de los proveedores o la vergüenza en el momento de la adquisición, especialmente en relación con el condón (Alonso, 2005).

En el plano de la relación con la pareja, la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos son producto de negociación, implícita o explícita. No se trata necesariamente de una negociación entre iguales en la que se tienen en cuenta los deseos de ambos miembros. En las sociedades latinoamericanas, el varón está todavía en mejores condiciones de imponer su voluntad, aun sin recurrir a la violencia. Las mujeres siguen siendo

socializadas de acuerdo con concepciones de los roles sexuales y sociales que otorgan el saber y la decisión sobre todo al varón. En ese contexto, actúan el deseo de complacer a la pareja y el temor a ser abandonada si se la contradice (Della, 2005).

En último término, las sociedades otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad como proyecto de vida. En ese marco, una maternidad temprana puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional, en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular, como se señaló, para las jóvenes de aquellos estratos de la sociedad en las que los proyectos de vida alternativos no tienen posibilidad de realización (Alonso, 2005).

2.4 Marco Legal - Ético

En el que se describe los artículos relacionados a nuestro tema de investigación contenidos en la Norma Suprema de la República del Ecuador, además se basó en el Plan Nacional del Buen Vivir y en los Objetivos del Milenio, destacando sus terceros objetivos. En aspecto ético se incluyó el Código de la Niñez y Adolescencia y finalmente la Ley de Ejercicio de Profesionales en Enfermería con sus respectivos principios.

2.4.1 Marco Legal

- *Constitución de la República del Ecuador. Vigente (2008).*

Art. 35 declara que los “Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria niñas, niños y adolescente recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.” Los Arts. 43, 47, 48, 49, 50, 51 y 52 señalan la responsabilidad y obligación estatal de emprender las acciones necesarias para impulsar el desarrollo, la protección integral y la vigencia de los derechos, principios y garantías a favor de los niños, niñas y

adolescentes, a través de la organización del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.

Art. 44.- *El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurará el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá el principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.*

Registro Oficial No. 37.

- El Art. 31 del Decreto Ejecutivo No. 179, expedido el 1 de Junio de 2005, dice:

Declárese la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes ecuatorianos, con la finalidad de lograr su desarrollo integral en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Con la finalidad de brindar una cobertura legal para el desarrollo de la investigación, se describe los principales artículos suscritos en el Código de la niñez y adolescencia, fragmentados.

- Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva. La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de información y educación sexual oportunas. Desde el año 2011 se implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. Además, se cuenta con el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) y con programas de prevención, promoción, atención y restitución; también se garantiza el acceso y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como los del Plan Andino, el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género.

Políticas y Lineamientos

- Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

c. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.

e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.

i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.

b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.

c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.

d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.

e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.

f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.

g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.

h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.

i. Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar.

Metas

- *Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%*
- *Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%*
- *Erradicar 66% la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años*
- *Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida*
- *Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos*

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

- *Meta 3.a eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015.*

Hoy se reconoce ampliamente que aumentar el poder de decisión de la mujer en el hogar contribuye a mejorar la nutrición, el nivel de supervivencia y el grado de alfabetización de los niños.

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna

- *Meta 5a Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.*

Si se quiere cumplir con la meta del Objetivo de Desarrollo, de reducir ese porcentaje un 75%, deberá intervenirse aceleradamente en mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, la asistencia de personal de salud capacitado y la administración del tratamiento antirretroviral a todas las mujeres y niñas embarazadas que la necesiten.

*- **Meta 5.b** Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva*

El cuidado durante el embarazo puede salvar vidas, pero solo la mitad de las mujeres de las regiones en desarrollo realiza el número de visitas prenatales recomendado.

Es esencial ampliar el acceso a la información, a la atención y a la disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos para cumplir con el objetivo de lograr un acceso universal a la salud reproductiva.

La maternidad en la adolescencia es riesgosa tanto para la madre como para el hijo, y sigue siendo muy alta en muchas regiones en desarrollo. Si bien se ha logrado avanzar en la reducción de la tasa de nacimientos entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones de niños nacidos vivos en todo el mundo son hijos de mujeres adolescentes.

2.4.2 Marco Ético

*- **Código de la Niñez y Adolescencia**
(Ley No. 2002-100)*

Art. 1. Finalidad. *Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.*

Art. 4. Definición de niño, niña y adolescente. *Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.*

Art. 9. Función básica de la familia. *La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.*

Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 10. Deber del Estado frente a la familia. *El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.*

Art. 12. Prioridad absoluta. *En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.*

Art. 20. Derecho a la vida. *Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo*

Art. 22. Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

Art. 23. Protección prenatal. *Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.*

Art. 25. Atención al embarazo y al parto. *El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.*

Art. 26. Derecho a una vida digna. *Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.*

Art. 27. Derecho a la salud. *Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.*

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. *Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:*

1. *Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior.*

6. *Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental.*

7. *Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.*

Art. 29. Obligaciones de los progenitores. *Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.*

Art. 30. Obligaciones de los establecimientos de salud. *Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:*

3. *Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre.*

5. *Informar oportunamente a los progenitores sobre los requisitos y procedimientos legales para la inscripción del niño o niña en el Registro Civil.*

9. *Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida.*

10. *Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente.*

Art. 39. Derechos y deberes de los progenitores con relación al derecho a la educación. Son derechos y deberes de los progenitores y demás responsables de los niños, niñas y adolescentes:

4. Medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa de una condición personal del estudiante, de sus progenitores, representantes legales o de quienes lo tengan bajo su cuidado. Se incluyen en esta prohibición las medidas discriminatorias por causa de embarazo o maternidad de una adolescente.

Capítulo Segundo de la Profesión - Tomado de la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador. Ley No. 57

Fundamentado en las responsabilidades que poseen las enfermeras, adicional a la conciencia preexistente del ser humano. La teoría básica para el desempeño ético que se requiere en la toma de decisiones y las buenas prácticas en su profesión.

Art. 7.- Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:

- Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional.
- Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería.
- Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local.

- *Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios.*
- *Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno.*
- *Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y, dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.*

Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

- *Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente.*
- *Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad.*
- *(Derogado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010)*
- *Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico.*
- e) *Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país; y,*
- *Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento.*

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

- *Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.*
- *Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.*
- *Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.*
- *Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.*
- *Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.*
- *Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.*
- *Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.*
- *Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.*
- *Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.*
- *Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.*

Principios

- **Beneficencia y no maleficencia.** *Hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.*

- **Valor fundamental de la vida humana.** *Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.*

- **El derecho a la vida.** *Aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir.*

- **Privacidad.** *El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.*

- **Confiabilidad.** *Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño

El diseño de la investigación es cualitativo, debido a su corte metodológico, basado en el principio teórico de la interacción social, que determina el problema, que genera una descripción holística de los factores que influyen en la población de estudio. Además, se considera no experimental, debido a que los hechos y el fenómeno de estudio que es el embarazo precoz, han sucedido antes de la investigación, lo cual permite observar e indagar de forma sistemática y sin control sobre las variables independientes, sin influir sobre sus efectos.

3.2 Tipo de investigación

La investigación es de tipo observacional, descriptiva, documental, analítica, transversal y propositiva. Desde el punto de vista del fundamento bibliográfico, el cual es relevante para la consecución de la discusión, el análisis cuantitativo permite la descripción de la realidad empírica, obtenida a través de los instrumentos de recolección de datos, para luego analizarlos a la luz de la competencia matemática formal.

La investigación inicialmente genera un estudio transversal, debido a las similitudes de las características sociales, emocionales y culturales de poblaciones estudiadas, con las de los adolescentes de San Antonio, que son objeto de estudio. Para coincidir en una propuesta transversal hacia la población descrita en las edades correspondientes a la adolescencia. Esto caracteriza a la investigación por cuanto su coyuntura entre lo documentado, la descripción de la información recolectada y su posterior análisis, forman el contexto para abordar la situación propositiva de la investigación.

3.3 Localización y Ubicación del Estudio

La investigación fue realizada en la Parroquia de San Antonio, perteneciente a la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura, bajo la debida autorización del Distrito de Salud Nro. 1 y del Subcentro de Salud de la localidad antes mencionada.

3.4 Población y Muestra

En la investigación se trabajó con dos grupos de poblaciones, siendo la primera las Adolescentes con embarazo precoz, a las cuales se aplicó las encuestas y el segundo Adolescentes sin dicha problemática para la aplicación de la propuesta.

La población estudiada fueron adolescentes en estado de gestación entre un rango de edad de 13 a 19 años, la información fue obtenida a partir de los registros del Subcentro de Salud de la parroquia de San Antonio, específicamente del Censo Obstétrico perteneciente a los meses Octubre-Noviembre 2015. Encontrando como muestra de objeto a estudio 50 adolescentes.

La aplicación de la propuesta fue dirigida a las Adolescentes de la parroquia que no se encontraban embarazadas y también a los adolescentes varones que tenían vínculos sentimentales con algunas de las antes mencionadas.

3.5 Criterios de Inclusión

Adolescentes embarazadas que pertenecen a la parroquia de San Antonio

3.6 Criterios de Exclusión

Adolescentes que no pertenecen al sector y adolescentes que no quisieron formar parte de la investigación.

3.7 Procedimiento de Investigación

3.7.1 Etapas del proyecto

El procedimiento de la investigación está basado en las siguientes etapas:

- **Fundamentación teórica.** Que permitió dar un sustento científico a la discusión de resultados, evidenciando las características similares y transversales del problema con poblaciones ya estudiadas anteriormente.
- **Diagnóstico de la realidad.** Mediante los instrumentos de recolección de datos se determinó los factores principales de incidencia sobre el embarazo temprano en adolescentes.
- **Análisis de la información.** Se realizó el pertinente análisis a partir de los datos recolectados para mostrarlos de forma esquemática en tablas, luego realizar la interpretación y discusión de los mismos.
- **En función de la información científica y empírica.** Se realizaron las conclusiones de la investigación dando lugar a los elementos más relevantes y tópicos considerados como sensibles, para ser tomados en cuenta en la propuesta.

3.8 Técnicas e Instrumentos

- **Observación Directa.** Se realizó la observación de las características sociales, emocionales y culturales de los adolescentes de San Antonio, con el fin de tener una percepción de la realidad del problema
- **Encuesta.** A partir de esta información obtenida mediante un cuestionario con preguntas de opciones de tipo cerradas, se comprobó la realidad percibida mediante la observación directa.

- **Aplicación de la propuesta.** Guía realizada para la capacitación de las y los Adolescentes de la parroquia, basada en talleres lúdicos, así como también la realización de una charla motivadora impartida a padres de familia, con la finalidad de transmitirles un modelo de prevención del embarazo en adolescentes y un manejo de una sexualidad responsable.

3.9 Tabulación y Análisis de Datos.

Subsecuente a la aplicación de las encuestas se procedió a realizar la tabulación y análisis, todo ello a partir del programa estadístico informático IMB SPSS 22.0, para luego mostrar sus resultados en sus respectivas tablas.

O

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.	Características Sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Factores sociodemográficos	-Edad -Etnia -Escolaridad -Estado Civil	Edad de 13 a 19 años. Etnias: Mestiza, Indígena, Afroecuatoriana. Primaria, Ciclo Básico, Bachillerato, Superior. Soltera, Casada, Unión libre.
Diagnosticar los aspectos culturales, sociales y emocionales de los adolescentes	Aspectos Culturales Sociales Emocionales	Son condicionantes de riesgo que influyen para el inicio de las tempranas relaciones	Salud Mental Accesibilidad cultural.	-Convivencia familiar	Sí (solo padres y hermanos) No (abuelos, tíos, Pareja).

<p>registrados en el Subcentro San Antonio de la ciudad de Ibarra, para analizarlos, evidenciando el problema.</p>		<p>sexuales de los jóvenes adolescentes.</p>		<p>-Constitución y tipo de familia.</p> <p>-Nivel de Educación</p> <p>-Nivel de dificultad para hablar de sexualidad con padres.</p> <p>-Origen de la información y conocimiento de sexualidad.</p>	<p>Completa o Nuclear e Incompleta Monoparental</p> <p>Rígida, Tolerante, Adecuada.</p> <p>Lograr su atención, vergüenza, abordaje del tema, decepción, restricción de libertades, no es difícil.</p> <p>Medios de comunicación, familia, amigos, médico, desconoce.</p>
--	--	--	--	---	--

				-Pareja Sexual	Si/No
				-Motivo para la práctica de relaciones sexuales.	Curiosidad, Influencia de amistades, Insistencia de la pareja, Propia decisión.
				-Edad de la primera relación sexual.	Menor de 13 años De 13 a 17 años Mayor a 18 años
				-Dialogo con padres de temas sexualidad.	Si/No Excelente, buena, regular, mala.
				-Consideración de la relación entre padres e hija.	Si/No

				-Percepción del conocimiento de prácticas sexuales por parte padres.	Si/No
				-Inicio de actividad sexual y planificación familiar.	Si/No
				-Consumo de sustancias, alcohol y drogas.	Si/No
				-Promiscuidad.	Si/No

				<p>-Consideración del proyecto de vida.</p> <p>-Violencia sexual y física.</p> <p>-Reacción ante el embarazo y madurez para sobrellevar el mismo.</p> <p>-Pobreza.</p> <p>-Hacinamiento</p>	<p>Si (por parte familia u otros)</p> <p>No (ninguna)</p> <p>Continuar con el proceso.</p> <p>Abortar</p> <p>Si/No</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Diseñar un estudio propositivo fundamentado en el estudio realizado con la finalidad de generar un impacto positivo sobre el autoconcepto, responsabilidad de la sexualidad e importancia del proyecto de vida del adolescente.</p>	<p>Propuesta de capacitación de sexualidad dirigido a los Adolescentes.</p>	<p>Una propuesta de investigación es producto de un proceso de trabajo que incluye varias actividades importantes, de las cuales depende su éxito o fracaso.</p>	<p>Aporte a la solución del problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Proyecto de vida -Establecimiento de metas -Autoestima -Toma de decisiones. 	<p>Esta guía fue un material útil para los adolescentes pues se logró fomentar el desarrollo de una sexualidad responsable de manera lúdica, reflexionando sobre emociones, valores y normas de vida.</p>
--	---	--	---	---	---

CAPÍTULO IV

4. Resultado de la Investigación

Pregunta: ¿Cuál es su estado civil?

Tabla 3 Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Soltera	30	60,0	60,0
Casada	7	14,0	14,0
Unión libre	13	26,0	26,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

En la tabla que antecede se evidencia un porcentaje alto de la muestra corresponde al estado civil Soltera, seguido de Unión Libre y finalmente con un bajo porcentaje las adolescentes casadas, haciendo referencia al estudio realizado en Bogotá – Colombia “Consecuencias del Embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven”, el cual describe los principales cambios que conlleva ser madre a temprana edad, siendo uno de estos el estado civil, anteriormente se sometía a la mujer embarazada a entablar una relación matrimonial prematura (Anrango, Murcia, Restrepo, & Camacho, 2008). En la actualidad la función social de la mujer cambió, ya no solamente a tener hijos y criarlos, sino de involucrarse a la vida laboral fomentando su desarrollo personal, dejando así de lado la necesidad de contraer matrimonio y ser aceptada como madre soltera por la sociedad.

Pregunta: ¿Convive usted con sus padres?

Tabla 4 Convivencia

CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Sí Solo Padres	34	68,0	68,0
No Abuelos, Pareja o otros.	16	32,0	32,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Al analizar la relación entre la convivencia de los adolescentes con sus padres y su embarazo precoz, se observa que el mayor porcentaje de los casos conviven con sus padres, la familia es el núcleo básico de la sociedad y constituye la esencia más primaria del ser humano, en ella, el adolescente inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida. La familia influye directamente en las actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes (Domínguez Domínguez, 2011). La mayoría de las adolescentes no tienen la madurez suficiente para sobrellevar un embarazo, peor aún asumir la responsabilidad que implica criar a un bebé, esto depende del apoyo de su padres, tanto económico como de cuidado al nuevo integrante de la familia, se sugiere nunca forzarlos a casarse o vivir juntos pues esto traería consecuencias negativas, así como también, no involucrarse, completamente en la crianza del niño/a, ya que las adolescentes pierden el sentido de responsabilidad que están aprendiendo a asumir.

Pregunta: ¿Cómo está constituida su familia?

Tabla 5 Constitución familiar

CONSTITUCIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Completa	27	54,0	54,0
Incompleta	23	46,0	46,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

La mayoría de las familias de los adolescentes son familias nucleares, cuentan con todos los miembros de una familia, por el contrario, en una menor cantidad tenemos las familias monoparentales. Al observar valores similares es un dato preocupante ya que dentro del ambiente familiar es donde se adquiere sentimientos de pertenencia, adaptación y seguridad, mientras que al haber una disfuncionalidad o una desintegración familiar repercute en el desarrollo del adolescente, volviéndolo más vulnerable ante situaciones de riesgo. En Lima-Perú en la investigación “Factores psicosociales, familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria. (Zárate Lezama, 2005) Se obtuvieron valores similares en donde de todos los adolescentes investigados el 42% corresponden a hogares monoparentales, esto repercute en la formación completa del adolescente, e influye en el desarrollo y en las relaciones que mantiene con su entorno.

Pregunta: ¿Qué tipo de educación recibió por parte de sus padres?

Tabla 6 Nivel de educación

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Rígida	12	24,0	24,0
Tolerante	20	40,0	40,0
Adecuada	18	36,0	36,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

La educación que predomina de parte de los padres es la tolerante, a continuación, a adecuada y la rígida, teniendo en cuenta que la primera institución educativa y socializadora del adolescente, ya que transmite valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria desde que nace comienza a vivir la influencia formativa del ambiente familiar, factor muy importante en el inicio de una actividad sexual precoz. Datos similares encontrados en el estudio realizado en Lima-Perú en la investigación “Factores psicosociales, familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria, en el que indica que no existe asociación entre los niveles de adaptabilidad familiar y la iniciación sexual.

Pregunta: ¿Qué es lo más difícil a la hora de hablar de sexualidad con sus padres?

Tabla 7 Nivel de dificultad para hablar de sexualidad

NIVEL DE DIFICULTAD PARA HABLAR DE SEXUALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Lograr su Atención	9	18,0	18,0
Vergüenza	11	22,0	22,0
Abordaje del tema	17	34,0	34,0
Decepción	3	6,0	6,0
Restricción de libertades	2	4,0	4,0
No es difícil	8	16,0	16,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

De acuerdo a la interrogante un mayor porcentaje responde que lo más difícil a la hora de hablar de sexualidad con sus padres es el abordaje del tema, la vergüenza como segunda opción, la atención, adolescentes que no tienen dificultad para hablar del tema y en un menor porcentaje encontramos el temor a decepcionarlos y la restricción de libertades, estos datos se relacionan con el estudio realizado en Buenos Aires – Argentina “Diálogo entre padres y adolescentes sobre sexualidad: Discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género” (Jones, 2010), en la actualidad los diálogos sobre sexualidad entre adolescentes y sus padres, se centran en los consejos sobre “cuidarse” de embarazos y “enfermedades”, y en menor medida dichas experiencias sexuales, ya que los padres establecen orientaciones normativas sobre la actividad sexual, para las mujeres: “en lo posible no tengas relaciones sexuales durante tu adolescencia y en caso sea, pero con tu novio, por amor y utilizando algún

método anticonceptivo para prevenir un embarazo y enfermedades”, y en cambio para los varones:” pueden tener relaciones sexuales durante la adolescencia siempre y cuando uses preservativos”. La falta de confianza ocasiona que una madre busque el control de la sexualidad de su hija mediante una regulación, sanciones, restricciones y recriminaciones, por tales motivos las adolescentes optan por no contar sobre sus inquietudes o experiencias sexuales, evitando así causarles una gran desilusión a sus padres.

Pregunta: ¿Dónde obtuvo información acerca de sexualidad?

Tabla 8 Origen de la información

ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Medios de comunicación	21	42,0	42,0
Familia	4	8,0	8,0
Amigos	17	34,0	34,0
Médico	5	10,0	10,0
Desconoce	3	6,0	6,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Se evidencia que las principales vías por las cuales las adolescentes consideran que reciben información sobre educación sexual y prevención de un embarazo, son las siguientes; liderando los porcentajes los medios de comunicación masiva, en segundo lugar mencionaron a los amigos, seguido de médicos y familia, y en último lugar corresponde adolescentes que desconocen el tema. Los adolescentes suelen recibir información sobre educación sexual a través de medios de comunicación masiva que se encuentran a la vanguardia, pero tienen doble efecto compensatorio con la erotización, los amigos constituyen otra fuente de información tomando en cuenta que dicha información no es de calidad, una elocuente contradicción se observa ya que médico y familia ocupa el cuarto y quinto lugar, debido a que los padres se limitan a la hora de brindar educación sexual haciéndola cada vez más deficiente, información tomada del documento (Barbón Pérez, 2010)

Pregunta: ¿Tiene pareja sexual?

Tabla 9 Pareja sexual

PAREJA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	31	62,0	62,0
No	19	38,0	38,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

En su mayoría las adolescentes encuestadas tienen pareja sexual, y por ende una vida sexual activa; el perfil sexual de una Adolescente se caracteriza por mantener relaciones sexuales esporádicas y por no tener una pareja fija. El ideal será que los jóvenes afronten la sexualidad como una parte integrante de sus vidas, encontrando una posición diferente de ella en relación con la reproducción, pues sólo así podrán ver la sexualidad como una fuente de placer, que fomenta la comunicación y la afectividad entre dos personas. (Baptista Oliverira & Días Malva, 2011) En las Adolescentes que tienen pareja sexual se considera la relación afectiva e íntima de manera continua e independiente de que la relación este o no legalizada, generalmente las adolescentes durante la etapa del embarazo visualizan a la pareja como su apoyo incondicional tanto físico, sexual, emocional, económico y como proyecto compartido en la crianza de su futuro hijo, a diferencia de aquellas que no cuentan con pareja o una relación estable, debido a que al momento de conocer del embarazo fueron abandonas, llegando así a convertirse en madres solteras.

Pregunta: ¿Por qué accediste a tener relaciones sexuales?

Tabla 10 Motivo para la práctica de relaciones sexuales

MOTIVO PARA LA PRÁCTICA DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Curiosidad	18	36,0	36,0
Influencia de amistades	7	14,0	14,0
Insistencia de pareja	10	20,0	20,0
Propia decisión	15	30,0	30,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Se puede observar en los resultados que la gran mayoría de adolescentes acceden a tener relaciones sexuales por varias razones destacándose entre estas; la curiosidad, la propia decisión, insistencia de pareja, culminando con la influencia por parte de amistades, esta realidad se ve reflejada en la revista cubana “Aspectos psicosociales en el embarazo en la adolescencia”, quien define que los adolescentes al no tener vivencia de sentimientos y emociones positivas, tienden a ser motivados por el despertar de una curiosidad, por los mensajes recibidos por los medios de difusión masiva y hasta en muchas ocasiones por la pornografía e influencia de amistades (López, Botell Lugones, Valdespino Pineda, & Martín, 2005), adicional en la mayoría de casos las adolescentes acceden a tener relaciones buscando la unión romántica idealizada basada en la promesa del amor romántico, promesas muchas de ellas incumplidas.

Pregunta: ¿Sus padres tienen conocimiento sobre su actividad sexual?

Tabla 11 Percepción del conocimiento de los padres a cerca de la práctica sexual

PERCEPCIÓN DEL CONOCIMIENTO PRÁCTICA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	24	48,0	48,0
No	26	52,0	52,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Nuestra muestra respondió a esta interrogante con similares porcentajes, encontrándose un predominio en el desconocimiento de los padres sobre la actividad sexual de sus hijas adolescentes, seguido del conocimiento del tema con una mínima diferencia del 4 %, resultado que tiene relación con el estudio “La sexualidad de los jóvenes desde la perspectiva de los padres”, de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo (CIMOP & Mujer, La Sexualidad de los Jóvenes desde la Perspectiva de los Padres, 2008), la sexualidad de los hijos muchas veces se obvia, elude, incluso se niega, prolongando así la creencia por parte de los padres acerca de que mi hija o mi hijo sigue viviendo su niñez, causando una cierta resistencia a que los mismos pierdan la “inocencia”, teniendo como consecuencia que los padres no profundicen en el plano general de la sexualidad obteniendo así la falta de confianza de los adolescentes hacia sus padres. Está comprobado que las adolescentes con una buena comunicación con sus padres acerca de sexualidad son más propensos a posponer la actividad sexual, a tener menos parejas, a usar preservativos y otros métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones sexuales.

Pregunta: ¿Usó algún tipo de método anticonceptivo?

Tabla 12 Uso de métodos de anticoncepción

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	11	22,0	22,0
No	39	78,0	78,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

El porcentaje predominante en la pregunta antes mencionada hace referencia a la falta de utilización de los métodos anticonceptivos y a la poca importancia que se le da a la planificación familiar, mientras que en un menor porcentaje tenemos a las adolescentes que si llevan su sexualidad de una forma responsable, utilizando como métodos anticonceptivos el preservativo y el implante. La mayoría de las mujeres en edad reproductiva de 13 a 19 años de edad con vida sexual activa no usan ningún método anticonceptivo, pero seis de cada diez adolescentes recurren a los métodos inseguros como es del ritmo y al coito interrumpido, información certificada en el documento de “Métodos anticonceptivos para adolescentes” Chile (Montero V, 2011) Teniendo en cuenta que la utilización de métodos anticonceptivos en la vida de una adolescente es de vital importancia, ya que previene un embarazo no planificado y reduce el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

Pregunta: ¿Ha consumido algún tipo de sustancia antes, durante o después de una relación sexual?

Tabla 13 Consumo de sustancias

CONSUMO DE SUSTANCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	20	40,0	40,0
No	30	60,0	60,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Dentro del análisis de esta tabla podemos darnos cuenta que la mayoría de las adolescentes no consumieron ninguna sustancia ni antes, durante ni después de una relación sexual, mientras que en un menor porcentaje tenemos a las adolescentes que si consumieron algún tipo de sustancia como son las drogas y alcohol. Así mismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada, aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad. El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, incluyendo éxtasis, información obtenida del trabajo de grado previo a la obtención a la tesis de grado, “Los embarazos en adolescentes y su impacto en el entorno familiar y social, Babahoyo – Ecuador (Coello Monserrate & Cotto Aguilar, 2012)”.

Pregunta: ¿Mantuvo usted relaciones sexuales simultánea o sucesivamente con más de un compañero?

Tabla 14 Nivel de promiscuidad

NIVEL DE PROMISCUIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	11	22,0	22,0
No	39	78,0	78,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Cómo respuesta de las adolescentes embarazadas a dicha pregunta, se puede observar un mayor porcentaje de las adolescentes que no han mantenido relaciones sexuales con más de un compañero, mientras que el sí, tiene un menor porcentaje, resultados que difieren con respecto a la investigación realizada en España acerca de “Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes” (García Vega, Menéndez Robledo, Fernández García, & Cuesta Izquierdo , 2012), en la actualidad, refieren que los adolescentes, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo. Esta diferencia puede darse debido a la cultura, desarrollo y a la influencia de países desarrollados.

Pregunta: ¿Ha pensado cuál va a ser su proyecto de vida en el futuro?

Tabla 15 Consideración de proyecto de vida

CONSIDERACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Si	28	56,0	56,0
No	22	44,0	44,0
Total	50	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

El resultado obtenido en esta interrogante, demuestra que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas, visualizan un proyecto de vida en el futuro, mientras que en un menor porcentaje encontramos a las que no cuentan con dicho proyecto, la mayoría de adolescentes no involucran en su futuro la maternidad como tal ni al bebé que viene en camino, según el estudio realizado en la Maternidad de Guayaquil – Ecuador “Perfil socio-demográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas” (Muñoz, 2014), informa que un escaso interés por los planes de vida, entre ellos las metas y proyectos personales incrementan los números de casos de embarazos adolescentes. Una adolescente que no tiene planes a mediano y largo plazo en temas relacionados a vida de pareja e hijos, estudios o trabajos, tiende a tener una percepción pobre de sí misma y en varias ocasiones distorsiona su imagen propia, repercutiendo en su futuro y en el cuidado de su hijo.

Preguntas ¿Qué edad tiene usted? *¿De qué etnia se considera usted?* ¿Qué grado de escolaridad tiene? Ta

Tabla 16 Edad- Etnia- Escolaridad

Tabulación Cruzada

¿Qué grado de escolaridad tiene?	¿De qué etnia se considera usted?		¿Qué edad tiene usted?	TOTAL
	Mestiza	Afro- descendiente		
Primaria	5	1	De 13 a 17 años	6
	1	1	Mayor a 18 años	2
	6	2	Total	8
Ciclo Básico	12	1	De 13 a 17 años	13
	4	0	Mayor a 18 años	4
	16	1	Total	17
Bachillerato	18	1	De 13 a 17 años	19
	5	0	Mayor a 18 años	5
	23	1	Total	24
Superior	1	0	Mayor a 18 años	1
	1	0	Total	1
Total	35	3	De 13 a 17 años	38
	11	1	Mayor a 18 años	12
	46	4	Total	50

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

La mayoría de adolescentes embarazadas se encuentran en un rango de edad entre 13 a 17 años, son de etnia mestiza y se encuentran cursando o han culminado el ciclo básico y el bachillerato, según la investigación sociodemográfica, de la “Guía de Educación para salud: Prevención de Embarazo en adolescentes” de la Universidad de Cuenca – Ecuador (Delgado , Jaramillo Quiroz, & Falcón, 2012) , demuestra que el sector donde predomina la maternidad temprana es en mujeres sin escolaridad, este dato no concuerda con los datos obtenidos en este estudio, ya que la muestra obtenida refleja que la mayoría de mujeres adolescentes embarazadas si tienen un ciclo de escolaridad, pero con la situación que viven al momento pocas son las que se arriesgan a seguir estudiando, dependiendo del apoyo obtenido y brindado por sus padres, en general tienen muy escasas oportunidades educativas.

**Pregunta: ¿Dialoga con sus padres sobre aspectos de sexualidad y embarazo?
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? tabulación cruzada**

Tabla 17 Dialogo con los padres sobre sexualidad

¿Dialoga con sus padres sobre aspectos de sexualidad y embarazo?	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?			Total
	Menor de 13 años	De 13 a 17 años	Mayor a 18 años	
Si	3	17	1	21
No	3	24	2	29
Total	6	41	3	50

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

Según la descripción anterior podemos observar que el mayor número de adolescentes encuestadas refieren haber tenido su primera relación sexual en el rango de 13 a 17 años y que de igual manera las mismas no dialogaron con su padres sobre aspectos de sexualidad y embarazo, según el documento “La iniciación sexual” estudio realizado en (Pérez Hernandez, 2008), destaca que los adolescentes con los que los padres dialogan más en esos temas retrasan la edad de inicio de las relaciones y que, en caso de mantenerlas, usan anticonceptivos y tienen menos parejas, Además las adolescentes necesitan información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción, siendo necesario que aclaren sus valores, que establezcan metas personales y fortalezcan la confianza en sí mismas.

Pregunta: ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico? * ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual? * ¿Cómo consideras que es la relación y comunicación con sus padres en el hogar? tabulación cruzada

Tabla 18 Abuso físico, sexual, relación padres e hija

Abuso físico - Abuso sexual - Relación padres e hija		¿Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual?		¿Cómo consideras que es la comunicación con sus padres en el hogar?	Total
		Si	No		
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?	Si	0	0	Excelente	4
	No	1	3		
Total		1	3		4
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?	Si	3	2	Buena	5
	No	1	23		24
Total		4	25		
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?	Si	3	0	Regular	3
	No	1	8		9
Total		4	8		
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?	Si	2	0	Mala	2
	No	0	3		3
Total		2	3		
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?	Si	8	2	Total	10
	No	3	37		40
Total		11	39		

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

En el análisis de la tabla se pudo determinar que las adolescentes embarazadas en su mayoría no sufrieron abusos físicos ni sexuales, pero en una minoría si se pudo establecer abuso físico y sexual, por parte de primos, amigos y otros, aspecto que tiene gran relación con la comunicación de las adolescentes con sus padres, donde encontramos un gran porcentaje con una buena relación, luego la regular, mala y finalmente; una excelente comunicación en un menor porcentaje. Según la Guía de Educación Sexual para Adolescentes realizada en la Universidad de Cuenca – Ecuador (Delgado , Jaramillo Quiroz, & Falcón, 2012), describe que la violencia y el abuso sexual son conductas socialmente aceptadas en nuestro medio por parte de los hombres, quienes dirigen a los demás en especial a las mujeres y niñas; este poder sobre las mujeres puede ejercerse negativamente y propiciar diversas formas de violencia, tanto física, emocional, control de recursos económicos, negligencia en el cuidado e incluso abuso sexual. Cualquier adolescente puede ser víctima de algún tipo de violencia, se toman en cuenta factores de mayor vulnerabilidad como la falta de información sobre sus derechos, situación de dependencia y obediencia, debilidad de las madres, concepto equivocado de que los hijos son propiedad de los padres, y la falta de comunicación de los adolescentes con su familia, las cuales se tornan difíciles, poco claro o no se la hace de mejor manera, reduciendo así la confianza por parte de los adolescentes. En la actualidad los adolescentes sienten mayor interés por convivir y compartir con sus amigas y amigos, y menor interés con las personas adultas, en especial con sus padres, teniendo como resultado una información inadecuada.

Pregunta: ¿Cuál fue su reacción al enterarse del embarazo?*:¿Usted cree que una adolescente tiene suficiente madurez como para asumir la responsabilidad que implica un embarazo? tabulación cruzada

Tabla 19 reacción ante el embarazo

¿Cuál fue su reacción al enterarse del embarazo?	¿Usted cree que una adolescente tiene suficiente madurez como para asumir la responsabilidad que implica un embarazo?		Total
	Si	No	
¿Continuar con el proceso?	9	30	39
Abortar	2	9	11
Total	11	39	50

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas de S.C.S. San Antonio, 2015.

Análisis y Discusión:

En la presente tabla se puede observar que la gran parte de las adolescentes al enterarse de su embarazo su decisión fue continuar con el proceso del mismo, y en una menor cantidad están las adolescentes que en su momento pensaron en tomar la decisión de abortar; sin llevar a cabo dicho pensar, además se pudo determinar que una gran parte de ellas piensan que una adolescente no tiene la suficiente madurez como asumir la responsabilidad que implica un embarazo, según el estudio denominado “Prevención de embarazo no planeado en adolescentes realizado en México” (Secretaría de Salud de MEXICO, 2002), determina que el nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. En el caso de las adolescentes debe enfrentar las posibles respuestas de la pareja, familia, amigos e instituciones; la posibilidad de abandono y deserción de la escuela, la ruptura

con el compañero, el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo. Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto, se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio. Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto, pero de decidirlo, enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos, (generalmente se hacen en condiciones insalubres), ilegales (está penado por la ley), a lo largo de su vida será una situación que desean ocultar.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Entre las características sociodemográficas que influyen en el embarazo en adolescentes se destaca la edad en un rango de 13 a 17 años, la etnia que prevalece es la mestiza, el nivel de escolaridad entre el ciclo básico y bachillerato, y el estado civil en su mayoría solteras.
- Se identificó al embarazo temprano en adolescentes como una realidad en la población de San Antonio siendo un riesgo que se agrava y está asociado con la falta de valores, y poca responsabilidad sobre el manejo de la sexualidad, familias monoparentales y disfuncionales, la dificultad para hablar sobre temas de sexualidad, práctica de relaciones sexuales a temprana edad, ausencia de responsabilidad en cuanto a la planificación familiar, finalmente la carencia de un proyecto de vida.
- Padres de familia permisivos, liberales y poco colaboradores en la educación acerca de sexualidad. Nuestra propuesta se encaminó como aporte a la solución del problema, capacitando a las/os adolescentes de forma motivadora y lúdica logrando fomentar en ellos el desarrollo personal, la confianza, autoestima y aceptación.

5.2 Recomendaciones

- **Al Ministerio de Educación:** Porque la educación en las jóvenes debería orientarse a incentivar el trabajo personal para desarrollar habilidades que les permita reflexionar y elaborar un proyecto de vida que les motive a realizar conductas consecuentes con éste, y que además les permita descubrir roles diferentes al de madre, ampliando las posibilidades de crecimiento y dándole sentido a la vida.
- **Al Ministerio de Salud Pública:** Debido a que se deben reorientar las actividades del programa de planificación familiar dirigidos a este grupo de edad.
- **A los Padres y Familia:** Cuyas características y estructura tienen mucha importancia, brindar apoyo a la adolescente en las decisiones que se tome y lo más importante que se siga brindando el calor y el apoyo familiar tan importante en esta etapa tan difícil para ellas.
- **A la Comunidad y Unidad de Salud:** Es menester de toda la sociedad aportar a la solución del problema mediante la conformación integral de una sociedad inicialmente comprensiva y rica en valores. Es responsabilidad de la Unidad de Salud capacitar a los adolescentes y padres de familia sobre temas de sexualidad, así como realizar el seguimiento a los adolescentes y la verificación del índice de incidencia del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica ANDES. . (06 de 04 de 2015). *En Ecuador cae índice de embarazo en jóvenes de 15 y 19 años aunque aumenta en edades menores*. Recuperado el 09 de 01 de 2016, de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-cae-indice-embarazo-jovenes-15-19-anos-aunque-aumenta-edades-menores.html>
- 2) Alonso, M. (2005). *Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia*. Obtenido de https://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf
- 3) Alvarado, J. (2013). *Educación Sexual Preventiva en Adolescentes*. Obtenido de http://www.umce.cl/joomlatools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N29_02.pdf
- 4) Anrango, S., Murcia, A., Restrepo, L., & Camacho, Q. (2008). Consecuencias del Embarazo Adolescente en el Estado Civil de la Madre Joven:Estudi piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética*.
- 5) Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente : un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- 6) Avellaneda, C. (Diciembre de 2013). <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6484>. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6484>
- 7) Avilés, E. (14 de 07 de 2015). *Enciclopedia del Ecuador*. Recuperado el 04 de 01 de 2016, de <http://www.encyclopediadelecuador.com/temasOpt.php?Ind=2054&Let=>
- 8) Azevedo, J., Favara, M., Haddock, S., López, L., Muller, M., & Perova, E. (2012). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Obtenido de <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>
- 9) Baeza, W. B.-P.-V.-M.-V. (2007). *Identification of the risk factors and preventive factors of adolescent pregnancies in the Novena Region* . Obtenido de <http://repositoriodigital.uct.cl/handle/10925/741>

- 10) Baptista Oliverira , A. M., & Días Malva, V. (2011). Actitudes y Comportamientos de los Adolescentes frente a la Sexualidad. *DIALNET*.
- 11) Barbón Pérez, O. (2010). Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. *SCIELO*.
- 12) Barros Lezaeta, L. (2006). *Los sentidos de la violencia en caso de robo con violencia e intimidación*. Santiago de Chile: Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana.
- 13) Bradley Stevenson, C., & Mumford, J. (08 de Septiembre de 2007). Adolescent sexual health. *17*(12), 474-479.
- 14) Burgos, L., & Carreño Rimaudo, S. (2007). Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas. *16*(3).
- 15) Buvinic , M. (2012). Costos de la maternidad Adolescente. *22*(2).
- 16) Calvo, P., & Varas, J. (2007). Entorno Psicosocial de la Adolescente. *Rev. Obstet. Ginecol*.
- 17) Canela, M., López, C., Calatrava, M., Osorio, A., & Irala, J. (2012). *Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n1/08.pdf>
- 18) Carbonero, M., Antón, L., & Feijó, M. (2010). *Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes*. Obtenido de <http://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/57/82>
- 19) Ceballos Ospino, G. A., & Campo Arias, A. (12 de Julio de 2005). Prevalencia del uso del condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia. *Med UNAB*, *8*(2), 59-64. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4276.pdf>
- 20) CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *América*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- 21) CIMOP. (2010). *La sexualidad de los jóvenes desde la perspectiva de los padres*. Observatorio de la salud de la mujer.
- 22) CIMOP, & Mujer, O. d. (2008). *La Sexualidad de los Jóvenes desde la Perspectiva de los Padres*.

- 23) Climent, G. (2006). *Representaciones sociales, valores y prácticas parentales educativas: Perspectiva de madres de adolescentes embarazadas*. Obtenido de <http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/801/775>
- 24) Climent, G. (2008). *Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos*”, *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPA/CEDES/CENEP.
- 25) Coello Monserrate, Y. L., & Cotto Aguilar, M. T. (2012). *Los embarazos en la adolescentes y su impacto en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al centro infantil de la ciudad de Babahoyo*. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/473/1/T-UTB-FCS-0024.pdf>
- 26) Compas, B. E. (2005). Processes of risk and. *R. M.Lerner y L. Steinberg*, 263-296.
- 27) Cutiño, B., Álvarez, E., Maestre, L., León, D., & Pérez, O. (2006). *Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm
- 28) Delgado, M. F., Jaramillo Quiroz, S., & Falcón, M. (2012). *Guía de Educación para la Salud: PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES*. Obtenido de Proyecto Tecnologías de la Información y Comunicación en la formación de los Profesionales de Salud de Cuenca: <http://repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/700/1/Guia%20de%20embarazo%20en%20adolescentes.pdf>
- 29) Della, M. (2005). *Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas*. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/818/1485>
- 30) Domínguez Domínguez, I. (2011). *Inluencia de la familia en la Sexualidad Adolescente. Gynecología y Salud Reproductiva*.
- 31) Durex. (2007). *Bienestar sexual*. Durex. España: Instituto de la juventud. Recuperado el 5 de 12 de 2015, de <http://www.habladesexo.com/docs/informe-durex.pdf>

- 32) Estrella, D., Pérez, S., & Nuñez, M. (2014). *Caracterización del embarazo en adolescentes del policlínico Mario Pozo*. Obtenido de <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/232>
- 33) García Vega, E., Menéndez Robledo, E., Fernández García, P., & Cuesta Izquierdo, M. (25 de Abril de 2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual y de Riesgo en Adolescentes. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH (EBSCO-dialnet-inbiomed)*, 5(1), 81-85.
- 34) Gervilla, Á. (2008). *Familia y Educación familiar*. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=OP6WBgAAQBAJ&pg=PA37&lpg=PA37&dq=De+esta+manera,+nuestras+relaciones+%C3%ADntimas+y+las+personas+m%C3%A1s+pr%C3%B3ximas+se+sit%C3%BAan+m%C3%A1s+cerca+de+nuestro+asiento+durante+el+viaje&source=bl&ots=_tu3rgTT4c&sig=nk6
- 35) Gómez, Á., Gutierrez, M., Izzedin, R., Sánchez, L., Nelson, H., & Ballesteros, M. (2012). *Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01.pdf/REPRESENTACIONES>
- 36) Gossart, M. (2012). *No hay lugar como el hogar para la educación sexual*. Recuperado el 09 de 01 de 2016
- 37) Hall, S. (6 de febrero de 2009). *La Adolescencia, según G. Stanley Hall*. Obtenido de <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>
- 38) Harter, S. (2009). *Issues in the assessment of the self-concept*. Boston: Ally & Bacon.
- 39) Huanco, D., Ticona, M., & Ticona, M. H. (2012). *Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200008
- 40) INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (02 de 12 de 2010). *Censo de Población y vivienda*. Recuperado el 09 de 01 de 2016, de

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf

- 41) Jones, D. E. (Enero - Marzo de 2010). Diálogo entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface - - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32). Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100014&lng=en&tlng=es
- 42) León, M. B. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 45-48.
- 43) López Sánchez, F. (2006). Conducta sexual de mujeres y varones, iguales y diferentes. *Dialnet*, 145-170.
- 44) López, J., Botell Lugones, M., Valdespino Pineda, L., & Martín, A. S. (2005). Aspectos Psicosociales en el Embarazo en la Adolescencia. *SCIELO*.
- 45) Marina, J. (2014). Obtenido de http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29121_El_talento_de_los_adolescentes.pdf
- 46) Montero V, A. (2011). Anticoncepcion en la Adolescencia. *revista Medica Clinica*.
- 47) Municipio de Ibarra. (2012). *Registro Nro. 0096527, del registro limítrofe parroquial*. Ibarra: Imprenta Municipal.
- 48) Muñoz, S. (julio de 2014). Perfil Socio-Demográfico Y Psicosocial de las Adolescentes Embarazadas en una Maternidad. *Tesis para optar al grado de magister en salud publica*. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- 49) Narváez, J. (2005). *Estudio poblacional de San Antonio de Ibarra*. Ibarra: UTN.
- 50) Navarro, E., & Ubillos, S. (5 de 10 de 2009). *Adolescencia y Educación Sexual*. Recuperado el 04 de 01 de 2016, de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Cap%C2%B0tulo+VIII.pdf>
- 51) Navarro, Pertusa, E., Barbera, E., & Reig, A. (2006). Grupo de Iguales e iniciación sexual adolescente; Diferencias de Género. (A. E. Conductual, Ed.)

- International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(001), 79-96.
Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de <http://hdl.handle.net/10045/9202>
- 52) Noguera, N., & Alvarado, H. (2012). *Embarazo en adolescentes*. Recuperado el 04 de 01 de 2016, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201>
- 53) Oliveira, C., Prado, M., Alves, M., Souza, M., & Matos, M. (2013). *La masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de ETS/VIH/SIDA entre los adolescentes varones: las representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/es_0104-1169-rlae-0104-1169-3059-2363.pdf
- 54) Olivia, A., Pertegal, M., Antolín, L., Reina, C., Ríos, M., Hernando, Á., . . . Estévez, R. (2011). *EL Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Obtenido de http://personal.us.es/oliva/DES_POS_ACTIVOS_PROMUEVEN.pdf
- 55) OMS Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa. (09 de 2014). *El embarazo en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- 56) Ortega, A. (07 de 09 de 2015). *Plan de Desarrollo Turístico Comunitario para la Parroquia San Antonio de Ibarra*. Recuperado el 04 de 01 de 2016, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2250/1/T-UCE-0005-371.pdf>
- 57) Perdomo, A., & Herrera, M. D. (2012). *Alteraciones emocionales en adolescentes de diferentes pueblos indígenas y criollos*. Obtenido de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/talleres/article/download/4201/3992>
- 58) Pérez Hernandez, F. (2008). *Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes*. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)
- 59) Pérez, M., & Aguilar, J. (2009). *Relaciones del conflicto padres - adolescents con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital*. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/651/1140>
- 60) Philippe, A. (2009). *REFLEXIONES EN TORNO A LA HISTORIA DE LA HOMOSEXUALIDAD*. Recuperado el 04 de 01 de 2015, de

http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v1/PDFS_1/POLIETICAS4_REFLEXIONSENTORNOALAHIS.pdf

- 61) Polith, C. (2014). *Familias Disfuncionales como predictoras de conducta asociales en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato*. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10497/1/Polit_Cadena_Carmen_Virginia.pdf
- 62) Ramírez, L. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes*. Obtenido de El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes
- 63) Rodríguez, G. (2012). *Adolescentes. Guía para padres y madres*. Recuperado el 9 de 01 de 2019, de <https://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>
- 64) Rubio, F., Carrasco, M., Amor, J., & López, M. (Enero de 2015). *Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074015000082>
- 65) Sandoval, J., Mondragón, F., & Ortiz, M. (2007). *Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control*. Obtenido de <http://108.163.168.203/web/revista/index.php/RPGO/article/view/597>
- 66) Schwartz T, V. R. (2011). *Apoyo social a gestantes*. Rio de Janeiro.
- 67) Secretaría de Salud de MEXICO. (2002). *Prevención de Embarazo no deseado en Adolescentes*.
- 68) Steen, C. (2008). *Prevención del Consumo de Tabaco en Niños y Adolescentes*. Recuperado el 04 de 01 de 2016, de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1995/art02.3.03.pdf>
- 69) Stoppard, M. (2013). *Nuevo libro del Embarazo y Nacimiento* (Original en Inglés revisada y actualizada ed., Vol. N° 1). Santiago de Chile: Norma S.A. Recuperado el 17 de 11 de 2015, de https://books.google.com.ec/books?id=v3vxwPx_jO0C&pg=PA178&lpg=PA178&dq=nuevo+libro+del+embarazo+y+nacimiento+otras+personas+tambi

%C3%A9n+buscan&source=bl&ots=QB_ahourwn&sig=FB6IVw8GvTiFpH
SHXaVoeomqbi4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjF07fC-
bTLAhWENiYKHYt9DhMQ6AEIK

- 70) UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005). *Prevención del Embarazo Adolescente, Una mirada completa Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador*. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela.
- 71) UNICEF. (Junio de 2014). *Vivencias y relatos sobre adolescentes*. Obtenido de [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
- 72) Uzcátegi, O. (2009). *Embarazo en la Adolescente*. Caracas: Ateproca.
- 73) Valenzuela, M., Ibarra, A., Zubarew, T., & Correa, L. (s.f.). *Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100011&script=sci_arttext&tlng=enDirectory
- 74) Vallejo, J. (2013). *Embarazo en Adolescente, complicaciones*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
- 75) Villacís , B., & Carrillo, D. (2012). Ecuador, País Atrevido: La nueva cara Sociodemográfica. En INEC (Ed.). Quito- Ecuador: Analítica. Recuperado el 4 de 10 de 2015, de Yumpu: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf
- 76) Viteri, B. V. (2005). *Monografía de San Antonio de Ibarra*. Ibarra: Ed. Flasco Andes.
- 77) Zárate Lezama, I. A. (2005). *Factores Psicosiales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de Educación Secundaria Lima - Cercado* .

ANEXO

Anexo 1: Propuesta de Capacitación de Sexualidad dirigida a los Adolescentes

Introducción

Esta guía se ha diseñado con el fin de apoyar el trabajo del Subcentro de Salud de San Antonio, para desarrollar en los adolescentes aprendizajes y nociones que permitan enriquecer una mejor formación en cuanto a la sexualidad de los adolescentes.

El material está estructurado por sesiones que se complementan y relacionan entre sí para posibilitar su integración entre los adolescentes. Es un documento abierto que permite generar otras actividades. Se espera que se convierta en un material útil para todos los adolescentes para el desarrollo de una sexualidad responsable.

La característica fundamental de esta guía es la interactividad y la invitación permanente a la acción de los adolescentes construyendo significados, elaborando conceptos, investigando y reflexionando sobre las emociones, valores y normas de vida, organizando la información, adecuada a su edad y a sus intereses.

Fundamentación de la Propuesta

Tanto el apoyo social como la autoestima son recursos amortiguadores de los efectos de las experiencias estresantes. La mayoría de estudios que incluyen estos factores protectores informan de correlaciones moderadas entre ellos. Esta covariación refleja, en parte, los procesos a través de los cuales relaciones tempranas de apego potencian el desarrollo de un autoconcepto positivo. Las relaciones de apoyo también pueden proteger contra un entorno que dañe el autoconcepto, indicando un importante mecanismo a través del cual múltiples factores protectores promueven la resistencia (Polith, 2014).

Objetivos

Objetivo General

Capacitar a los y las adolescentes de forma motivadora y lúdica, mediante talleres como intervención educativa para prevenir el embarazo precoz.

Objetivos Específicos

- Identificar las opiniones de los adolescentes con relación al embarazo precoz, riesgos y complicaciones.
- Cubrir las falencias de conocimientos acerca de la sexualidad responsable conjuntamente con la participación del adolescente.
- Motivar a cerca de la necesidad de un proyecto de vida
- Fomentar en los y las adolescentes la autoestima como parte de la salud mental favoreciendo el desarrollo personal, la confianza, la autoimagen, y aceptación.

Autoestima

La adolescencia representa un periodo de transición fascinante, marcada por la aparición de nuevas capacidades cognitivas y expectativas sociales cambiantes que, conjuntamente, cambian y alteran profundamente la naturaleza del autoconcepto. Los cambios físicos, la expansión del horizonte cognitivo, las responsabilidades que le vienen impuestas al adolescente por el mismo hecho de considerarlo un individuo que se ha hecho mayor, que ha crecido y las preocupaciones que le invaden por miedo a no satisfacer las expectativas de los otros, son elementos que imponen una reorganización de su autoconcepto. Los adolescentes que viven con éxito el proceso de desarrollo del “sí mismo” adquirirán un claro y consolidado sentimiento de “sí

mismo” verdadero, realista e internalizado y que proporcionará las bases para el posterior desarrollo de la identidad (Harter, 2009).

Los factores protectores de que el adolescente desarrolle un autoconcepto no realista son la comparación con otros, el ser consciente de los estándares normativos y la sensibilidad a la opinión de otros; todas estas variables son poderosos socializadores en el proceso de formación del autoconcepto (Alonso, 2005). El “sí mismo” es una construcción social; esto es, el autoconcepto representa, en gran medida, la incorporación de las actitudes que los otros significativos mantienen acerca del “sí mismo”. Los padres, compañeros y amigos íntimos representan, en particular, la principal fuente de tal feedback (lo que definió como “looking-glass self”. Así, en la medida en que el adolescente es consciente de las opiniones de los otros significativos, este feedback puede evitar las tendencias introspectivas hacia la distorsión. Pero en la medida en que la opinión de los otros significativos esté distorsionada o se halle en conflicto unos con otros, se hace difícil la construcción de un “otro generalizado” y el adolescente puede tener dificultades en establecer un autoconcepto realista.

Además de los cambios evolutivos en la naturaleza de los atributos del “sí mismo”, éste también tiende hacia la diferenciación. Las categorías de autodescripción proliferan con el desarrollo, de forma que se hacen accesibles más etiquetas de rasgo y abstracciones.

Esto ha sido subrayado por los autores que adoptan un acercamiento multidimensional. Se identifican 8 áreas: competencia escolar, competencia laboral, competencia atlética, apariencia física, aceptación social, amistad íntima, atractivo y conducta. Un apoyo adicional para la creciente diferenciación del autoconcepto en la adolescencia se obtiene de los hallazgos que revelan que las auto-descripciones varían a través de diferentes roles o contextos -por ejemplo, el self con el padre, madre, amigos, entre otros. Así como el “sí mismo” en el rol de estudiante, en el trabajo, en el deporte. Las presiones de socialización requieren que los adolescentes desarrollen diferentes sí mismo” en diferentes roles. (Alonso, 2005).

En relación con la autoestima del adolescente, o valoración que el adolescente realiza de sí mismo, la literatura científica revela que puede ser un elemento protector ante el estrés y se asocia con un amplio rango de estrategias de afrontamiento productivas. Además, está claramente relacionada con el incremento de la motivación y los estados emocionales positivos. Por el contrario, los individuos con baja autoestima tienen un riesgo mayor de sufrir desórdenes emocionales y conductuales tales como ansiedad, depresión y falta de motivación. Las manifestaciones conductuales pueden llegar a tendencias suicidas, delincuencia, problemas de conducta y desórdenes alimenticios (Alonso, 2005).

Apoyo Social

Las relaciones íntimas y las personas más próximas se sitúan más cerca de nuestro asiento durante el viaje; aquellos que, aun siendo importantes, poseen una menor relevancia para nosotros se sitúan más alejados. El tipo de personas que haya en el vagón o la proximidad de esas personas a nuestro asiento no permanece invariable durante el ciclo vital, sino que depende de la fase o estadio de la vida en que nos encontremos (Gervilla, 2008).

Apoyo Social en adolescentes. Una de las principales necesidades que se presentan durante la adolescencia es el desarrollo de la autoestima. “el adolescente busca una imagen que no conoce en un mundo que apenas comprende, con un cuerpo que está descubriendo”. Durante esta etapa de la vida, la red social se amplía y posibilita que la persona obtenga estima y aceptación de otras relaciones sociales ajenas a su círculo familiar. Sin embargo, además de una fuente de apoyo importante, el grupo de pares durante la adolescencia constituye también una fuente de estrés (Gervilla, 2008).

En este sentido, es importante mostrar conformidad con el grupo social, lo cual constituye una poderosa fuente de presión del grupo de pares. Así, la imagen personal, la forma atlética o el nivel económico pueden ejercer una fuerte presión durante la adolescencia, sirviendo de baremos con los que medir el "valor" de los otros (Gervilla, 2008).

La nueva composición de la red social del adolescente provoca que la comunicación padres-adolescentes decrezca y, como consecuencia, que se experimente con nuevos patrones de interacción con el objeto de lograr un mejor funcionamiento familiar. En este sentido, las deficiencias comunicativas padres-hijos se han relacionado con baja autoestima, pobre ajuste escolar o menores niveles de bienestar (Ramírez, 2007). De acuerdo con este planteamiento, la adaptación del adolescente durante el ciclo vital conlleva, por una parte, un grado determinado de conflicto con su ámbito familiar -del cual obtenía tradicionalmente el apoyo social y, por otra parte, un notable incremento de la presión grupal. Ambas circunstancias generan tensión y estrés en los jóvenes.

Esta presencia de situaciones estresantes puede llevar a problemas psicológicos si el adolescente no es capaz de mantener el apoyo social procedente de su familia. Una situación difícil si consideramos que durante esta etapa se suceden constantes ensayos sobre nuevas fuentes de apoyo social ensayos no siempre exitosos-, así como nuevas formas de afrontar las situaciones tanto con las fuentes "naturales" de apoyo como sin ellas. No obstante, como recuerda, la evolución de la red social del adolescente no se produce de un día para otro y por tanto la creación de los grupos de amigos y pandillas es consecuencia de un proceso continuo que supone transacciones constantes y selección mutua entre los individuos y grupos.

Tanto los atributos personales como los intereses y necesidades constituyen los ejes en función de los cuales se genera la pertenencia a uno u otro grupo. Obviamente, la pertenencia a esos grupos constituye una fuente de apoyo muy importante durante esta etapa. Muy característico de este período evolutivo es la aparición de las "grandes amistades", del "mejor amigo/a", entre otros (Ramírez, 2007).

Posteriormente, conforme el joven atraviesa los años de adolescencia, otro tipo de contacto social va ganando preeminencia: el deseo de una relación íntima que implique contacto sexual. Generalmente, el adolescente posee escasa información fiable sobre sexualidad y a menudo se comporta como si de sus actos no se pudiera derivar ninguna consecuencia negativa. Prueba de ello son los matrimonios entre adolescentes o las madres solteras (Alonso, 2005).

La manutención de un bebé siendo aún adolescente supone una fuente de tensión para todos los implicados. Para la madre, que a menudo adopta un nuevo rol para el que aún no está preparada; para el bebé, cuya madre es también una niña; y para el padre - cuando permanece con la madre-, que debe abandonar su educación para encontrar un trabajo para asegurar el sustento de su nueva familia. Esto no implica que sea imposible que el padre y la madre adolescente establezcan un clima cohesivo y de apoyo tanto entre ellos, como con el bebé y la comunidad. Sin embargo, a menudo no se dispone de las habilidades sociales y de afrontamientos suficientes para asumir los roles de cónyuge y padre/madre. Además, las redes sociales habituales se muestran insuficientes, ya que sus componentes están implicados en otro tipo de tareas (universidad, entrada al mundo laboral, entre otros) (Ramírez, 2007).

Autonomía y comunicación con los padres

Una de las tareas del desarrollo más importante para el adolescente en el proceso de adquisición de una identidad positiva y estable de adulto puede ser definida como la adquisición de autonomía. El principal elemento de esta tarea consiste en una separación o distanciamiento gradual de los adolescentes en relación con sus padres, que ya no está caracterizada, como sucedía tiempo atrás, por la salida de casa de las jóvenes generaciones: de hecho, la conquista de la autonomía tiene lugar en la familia, ámbito en el que los hijos permanecen cada vez más tiempo (Olivia, y otros, 2011).

En este sentido, los cambios sociales han transformado el escenario de desarrollo tanto para los adolescentes como para los padres: basta con pensar en las fuerzas contradictorias que vienen dadas por un lado por la reducción de la mayoría de edad a los 18 años, que comporta la adquisición de la autonomía y de la responsabilidad en el ámbito de los derechos civiles y políticos, y por otro lado, el incremento de la edad de efectiva adquisición de autonomía en el plano económico, ligada al alargamiento de la escolaridad, a la falta de oportunidades laborales y a la dificultad de encontrar vivienda. De esta forma, existen circunstancias específicas para los adolescentes. Tal y como señalan (Compas, 2005), el final del siglo XX representa tanto el mejor de los tiempos como el peor de los tiempos para los adolescentes.

Como hemos indicado al principio de este capítulo, la adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo positivo, pero a la vez en estos tiempos, tal y como plantea, los adolescentes se encuentran limitados con frecuencia por su situación económica, constreñidos por los cambios legales y las políticas juveniles, influenciados por una industria consumista multimedia, relegados a áreas limitadas de trabajo y restringidos en su grado de participación política (Olivia, y otros, 2011).

El adolescente abandona las opiniones infantiles de que sus padres son infalibles y perfectos y se da cuenta de que puedan equivocarse: por ello, mientras que en el pasado aceptaba sus consejos, ahora comienza a discutirlo todo. Los padres que eran vistos como aquellos que lo sabían todo, ahora son considerados como aquellos que piensan que lo saben todo.

SESIONES DE CLASE

Sesión 1: Embarazo Precoz

Objetivos

- Brindar a los adolescentes una mayor información sobre las causas y consecuencias de lo que significa un embarazo precoz.
- Conocer los factores de riesgo y protección para evitar un embarazo precoz.

Esquema de la sesión

Actividades	Descripción	Tiempo
Actividad	<p>Plenaria: Reunir a los adolescentes en grupos de cuatro, luego se solicita que respondan en un paleógrafo las siguientes preguntas:</p> <p>¿Conoces algún caso de embarazo dentro de tu comunidad?</p> <p>¿Cómo crees tú que va influir en su vida futura?</p> <p>¿De qué manera crees tú que se pueda evitar el embarazo precoz?</p> <p>¿Qué responsabilidades crees que se debería asumir?</p> <p>Al final, se escoge un representante para que exponga las conclusiones del taller ante el plenario.</p>	15 min

Ideas a Transmitir

¿Qué entienden por embarazo precoz?

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en adolescentes a una edad cuando aún no son adultas (13 a 19 años de edad) y cuando desde el punto de vista biológico, psíquico y social todavía no están aptas para dedicarse a la maternidad, debido a que la adolescente mantiene total dependencia social y económica de la familia.

Causas:

Disfunción familiar

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar disfuncional, donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito: el

embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Psicológicos y Culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar".

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen a la problemática.

Sociales

Las zonas de pobreza, hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales; los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Consecuencias:

En la Adolescente

Entre los aspectos biológicos destaca mayor riesgo: anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, riesgos-complicaciones del aborto, y mortalidad materna. Cabe destacar, sin embargo, que cuando la adolescente embarazada recibe atención

oportuna, suficiente y de calidad apropiada a sus particulares necesidades, estos riesgos disminuyen notoriamente.

En cuanto a los aspectos psicosociales, destaca el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad definitiva; ello se acompaña, a futuro, de desempleo más frecuente, e ingreso económico reducido de por vida. Asimismo, hay mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. A todo ello se agrega un mayor número de hijos, haciendo que el embarazo de la adolescente afecte su proyecto de vida en todos sus aspectos.

En el hijo de la madre Adolescente

El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos: bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, desnutrición, retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia, mayor riesgo de negligencia y maltrato.

En el padre Adolescente

En el padre adolescente se ha descrito aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales. En ocasiones, estos problemas se desencadenan por una reacción negativa del medio que lo rodea o por la exclusión de la vida del hijo a que la madre adolescente y su familia pudieran someterlo. En los aspectos sociales, se observa mayor frecuencia de deserción escolar que a futuro condiciona trabajos e ingresos de menor nivel que sus padres. También presentan mayor probabilidad de separación y divorcio.

Sesión 2: Proyecto de Vida

Objetivos

- Ayudar a los adolescentes a ser conscientes y conocerse a sí mismos, de lo que les gusta y lo que les disgusta, de sus cualidades.

- Ayudar a los adolescentes a clarificar algunas de las metas en su vida a corto plazo.

Esquema de la sesión

Actividades	Descripción	Tiempo
Actividad	<p>Taller: ESTE SOY YO ... ESTE ES MI FUTURO</p> <p>A cada adolescente se le entrega una hoja papel bond, junto con láminas de profesiones, tijeras y goma. Se solicita a los adolescentes que doblen las hojas a la mitad, en una parte pondrán !ESTE SOY YO; (recorte de la profesión seleccionada) y en la otra ¡ESTE ES MI FUTURO; (con una breve descripción). Ver anexo.</p> <p>Se alienta a que algunos trabajos representativos se expongan frente al resto de compañeros</p>	20 minutos

Ideas a Transmitir

Proyecto de Vida - Construyendo mi futuro

La realidad es como la vive cada individuo; puede ser ordenada o caótica. Los adultos principalmente, estamos familiarizados con realizar proyectos de trabajo, los adolescentes proyectos escolares, pero casi nunca se nos enseña la importancia de desarrollar un proyecto de vida personal.

Hablar de crear un proyecto de vida puede resultar un tanto difícil, ya que existen individuos que creen que su futuro ya está, determinado por su familia, su lugar de origen, su nivel socioeconómico, alguna carencia afectiva, la suerte, y todo lo anterior limita la posibilidad de planificar.

Independientemente de que los adolescentes se caracterizan por vivir el aquí y el ahora, y tener poca percepción del riesgo, es la etapa en la que tendrán que planificar y llevar a cabo acciones que influirán en su futuro económico, familiar y social. De ahí que orientarlos en la importancia de su toma de decisiones como un elemento vital en la formación de sus proyectos, apoyará la determinación de tomar las riendas de su vida personal y asumir las consecuencias de dichas decisiones. En términos generales, un proyecto de vida le da un por qué y un para qué a la existencia humana.

El ser humano, en cualquier período de su vida, necesita construir las posibilidades de su futuro: "¿Qué estudiaré?; ¿a qué me quiero dedicar profesionalmente?; ¿dónde estudiaré?; ¿quiero tener pareja?; ¿cómo quiero que sea?; ¿qué estoy dispuesto a vivir?; ¿cuáles son las obligaciones y responsabilidades que adquiero si...?; ¿debo iniciar mi vida sexual o aún no es tiempo?; ¿quiero experimentar lo que es estar borracho?; ¿quiero consumir otras drogas?" son algunas de las interrogantes que deberían plantearse los adolescentes.

Ante la ausencia de un Proyecto de Vida en los adolescentes su desarrollo se ve muy afectado, convirtiéndose en una población vulnerable para las adicciones, violencia, delincuencia, embarazo precoz, prostitución entre otros. Mediante la planificación de sus acciones pueden llegar a concretizarse muchas de sus metas y valorarlas más porque esto implica su propio esfuerzo. Estos logros conllevaran a que posteriormente se planteen otros más, y ejerciten la toma de decisiones y su autonomía.

Anexo 2: Proyecto de Vida

ESTE SOY YO	ESTE ES MI FUTURO

Puntos de discusión

- ¿Es difícil o fácil imaginarse como será el futuro? ¿Qué enfatizan más profesiones, vida personal? ¿Porque?
- ¿Cómo llegarás a tu futuro? ¿Será posible o no? ¿Cuáles son los obstáculos? ¿Cuáles serán tus aliados?
- ¿Qué papel juega la realidad social en el cumplimiento de nuestras metas?

Sesión 3: Establecimiento de Metas

Objetivos

- Ayudar a los participantes a establecerse metas a corto y largo plazo.
- Reconocer la importancia de definir metas y plantarse acciones para el logro de las mismas

Esquema de la sesión

Actividades	Descripción	Tiempo
Actividad 1	Se hará una breve exposición de lo que significa y de la importancia de tener o plantearse un proyecto de vida.	10 minutos
Actividad 2	Se explica al grupo que esta actividad les dará la oportunidad de practicar el establecimiento de METAS, se divide el grupo en pares, para que los adolescentes puedan trabajar, se distribuye una Hoja de Trabajo "Metas de mi proyecto de vida" para cada adolescente. (Ver Anexo). Se solicita que piensen, como mínimo una meta a corto plazo que les gustaría realizar. Esta ficha debe ser elaborada individualmente con cada adolescente, el objetivo es que cada adolescente tenga una pauta de su Proyecto de Vida.	10 minutos

Ideas a Transmitir

Pasos generales para crear metas:

Retírate a un lugar tranquilo

- Retírate a un lugar solitario donde nadie te vaya a molestar (puede ser tu recámara, el parque, el patio, la playa, un templo, la biblioteca, entre otros).
- Asegúrate de contar con un largo tiempo disponible, puedes llevar fruta, agua, golosinas y no olvides llevar un cuaderno, un lápiz o una pluma para anotar tus descubrimientos y experiencias.

Viaja al futuro

- Visualízate como te gustaría estar o ser dentro de 3, 5, 10 años. Imagínate físicamente, como te gustaría vestir, a que te gustaría estar dedicado, tipo de personas a las que te gustaría tratar, que pasatiempos te gustaría tener.
- Deja volar tu imaginación y describe lo más ampliamente posible.

Ubícate

- Empieza anotando en el cuaderno la descripción de tu propia persona (Incluye tu edad, actividades cotidianas, personas importantes en tu vida, cosas que no te gusta hacer, lo que consideras más importante en la vida, lista tus virtudes y tus defectos.) Escribe con letras grandes lo que más quisieras hacer o ser.

Identifica

- Ahora debes hacer una comparación entre lo que eres o haces actualmente y lo que quieres llegar a ser o hacer en el futuro (escribe con pocas palabras los aspectos en que consideras debes trabajar para convertirte en la persona que deseas ser).

Revisa

- El establecimiento de metas, no es un plan rígido que tienes que seguir "al pie de la letra" por el contrario, debe ser una guía que te permita ir sacando el mayor provecho de las situaciones que se te van presentando. No te detengas ante nada, pero ten cuidado y no te desvíes.

Anexo 3: Formulación de metas para mi Proyecto de Vida

Aspectos a trabajar: Familiar, Educativo, Trabajo, personal

Yo	Qué quiere lograr	Quienes te ayudarán	Qué dificultades tendrás	Como lo vas a conseguir	En cuanto tiempo lo harás
Personal					
Familiar					
Estudios					
Laboral					

Sesión 4: Toma de Decisiones

Objetivos

- Que los participantes apliquen la toma de decisiones con la finalidad de que se familiaricen con él y reconozcan sus ventajas, y puedan elegir metas adecuadas.

Esquema de la sesión

Actividades	Descripción	Tiempo
Actividad 1	Se inicia la sesión explicando lo siguiente: En la vida cotidiana continuamente estamos tomando decisiones, algunos de menos importancia y otras trascendentales. La toma de decisiones es	5 minutos

	un método racional que permite elecciones responsables y acertadas implica considerar las alternativas, ventajas y desventajas, así como las consecuencias de una elección.	
Actividad 2	<p>TALLER: ANÁLISIS DE CASOS</p> <p>Se trabaja con pequeños grupos de cuatro, a cada grupo, se les entrega un caso para que discutan una situación en la que tienen que utilizar el método de toma de decisiones. Los casos son los siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una adolescente es invitada a salir por el chico que le gusta, pero sabe que a sus papas este no les agrada. -Su hijo adolescente le pide permiso para irse de campamento con su enamorada y otras parejas sin la presencia de un adulto. -Una pareja de jóvenes ha decidido tener relaciones sexuales pero no desean tener hijos. -En una familia el hijo de 18 años les cuenta a sus padres que su enamorada está embarazada. 	10 minutos
Actividad 3	<p>PLENARIA FINAL</p> <p>Finalmente se solicita a cada grupo se reúnan y expongan su caso, explicando la situación, el proceso de toma de decisiones y el fundamento de la elección optada.</p>	15 minutos

Ideas a Transmitir

Las ideas impulsivas o poco pensadas usualmente son poco acertadas, mientras que las decisiones realizadas en base a un método racional tienden a ser más acertadas.

Pasos a seguir para tomar una decisión acertada:

- Identificar el Problema: En que consiste y si este es relevante para aplicar la técnica de toma de decisiones.
- Analizar las alternativas: para esto debe buscarse información, sin información uno tiene una visión muy limitada del problema y de sus alternativas lo cual puede llevar a tomar una decisión incorrecta.
- Valorar las alternativas: una vez que uno cuenta con información objetiva sobre el problema y las opciones evaluar las ventajas y desventajas de cada una de estas.
- El cuarto paso implica un plan de acción y adaptar la decisión a las circunstancias

Sesión 5: Autoestima

Objetivos

- Precisar los conocimientos que los participantes tienen acerca de la autoestima
- Lograr que los adolescentes amplíen sus conocimientos sobre la autoestima, comprendan como han formado su autoestima y valoren la necesidad de desarrollarla para su crecimiento personal

Esquema de la sesión

Actividades	Descripción	Tiempo
Actividad 1	TÉCNICA DE ANIMACIÓN: PARTES DEL CUERPO Se solicita a los adolescentes que caminen en diferentes direcciones, y que cuando se diga el número con una parte del cuerpo, ellos deben agruparse de acuerdo al número y uniéndose por la parte del cuerpo que se indique.	7 minutos

	<p>Ejemplo: Se dice 5 rodillas, los participantes se reúnen en grupo de cinco unidos por las rodillas y todos vuelven a caminar.</p> <p>Aquellos que no logran incluirse en los grupos, van saliendo a realizar una penitencia.</p>	
Actividad 2	<p>TALLER PLENARIO "IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA"</p> <p>Realizar preguntas abiertas a los adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es para usted la autoestima? - ¿Por qué es importante la autoestima? <p>Finalmente se destacan las conclusiones del grupo y se transmiten los mensajes centrales del tema.</p>	5 minutos

Ideas a Transmitir

La autoestima es un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es una actitud básica que determina el comportamiento y la eficacia del individuo en todos los aspectos de su vida. El desarrollo de la autoestima está estrechamente relacionado con la consideración, valorización y crítica recibida de los adultos y de sí mismos.

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El adolescente, compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo' por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

Las opiniones de los adolescentes acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de su personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual.

Importancia de la autoestima

La autoestima influye de modo determinante en todos los aspectos del desempeño de las personas, especialmente en los primeros años de la vida donde se estructura el desarrollo de la personalidad.

Condiciona el aprendizaje

La autoestima influye en el rendimiento académico, ya que bajas calificaciones, comentarios de los padres profesores y compañeros graban el autoconcepto.

Supera las dificultades personales

Cuando una persona goza de autoestima es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas. Dispone dentro de sí de la fuerza necesaria para buscar superar los obstáculos, no cae fácilmente en el desaliento prolongado y muchas veces consigue las respuestas que le dan su madurez y competencia personal.

Fundamenta la responsabilidad

La confianza en sí mismo es lo que permite a las personas ser capaces, responsables y dispuestas a comprometerse, ya que solo se comprometen los que creen en su aptitud.

Apoya la creatividad

Una persona creativa únicamente puede surgir desde una fe en sí mismo, en su originalidad, en sus capacidades.

Determina la autonomía personal

Entre los objetivos de toda formación, se sitúa en lugar importante el desarrollo de personas autónomas, autosuficientes, seguras de sí mismas, capaces de tomar

decisiones, que se acepten a sí mismo, que se sientan a gusto consigo mismo, que sepan auto-orientarse.

Garantiza la proyección futura de la persona

Desde el sentimiento de las cualidades propias la persona se proyecta hacia su futuro, se auto-impone unas aspiraciones y unas expectativas de realización, se siente capaz de escoger unas metas superiores, le nace la esperanza de la meta para buscar unos bienes difíciles.

Posibilita una relación social saludable

El respeto y aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con el resto de las personas.

La autoestima constituye el núcleo de la personalidad. La persona es un ser que busca de su identidad, la fuerza más profunda del hombre es su tendencia a llegar a ser él mismo. El dinamismo básico del hombre es su autorrealización.

Es muy importante la participación de los padres en la concepción de la imagen personal del adolescente, ya que nosotros no nacemos con un sentido de valor propio, esto lo aprendemos en el núcleo familiar; los mensajes que ellos le comunican respecto a su valor como persona. Durante los primeros años el adolescente aprende la autovaloración en la familia. Si crecemos sintiéndonos amados y seguros son mayores las probabilidades de que poseamos un alto sentido de la autoestima y desarrollemos un verdadero sentido de identidad personal.

Anexo 4: Charla encaminado a Padres de familia

OBJETIVOS

Objetivo General:

Brindar a los padres de familia, una charla motivacional, que permita conocer la forma de comunicación con sus hijos, para transmitirles un modelo de prevención adecuado.

Objetivos Específicos

- Involucra a los padres de familia en el cuidado y prevención de embarazo temprano
- Describir los tópicos de información necesarios para tratar la sexualidad de forma libre y abierta con los adolescentes.
- Socializar a los padres de familia los conocimientos y el método necesarios para dialogar con sus hijos acerca de sexualidad

Método

La charla con los padres de familia debe ser abierta y clara, poniendo en consideración todos los temas planteados a continuación:

Introducción con los padres:

“Desean para sus hijos una educación sexual ciertamente más liberal, pero no desean tomar parte activa en ese proceso de formación” (Jones, 2010). Valoran la educación que puedan brindarle en el sistema escolar, aunque esto está más relacionado con los métodos anticonceptivos y la parte biológica de la sexualidad y prefieren estar más relajados respecto al tema, basándolo en la confianza que puedan tener en sus hijos, generando una postura de distanciamiento respecto al tema. “La demora en el inicio de las relaciones sexuales, no está ligada a un ejercicio virtuoso de castidad o muestra

de dominio” (CIMOP, La sexualidad de los jóvenes desde la perspectiva de los padres, 2010). Esto está considerado desde el punto de vista personal y social.

Es decir, la iniciación en la sexualidad coital es producto de una decisión razonada, fruto del ejercicio de la libertad y el asedio de los cambios que la sociedad les enseña respecto a las relaciones de enamoramiento, las posibilidades de evitar que se equivoquen está más ligadas al afecto en la familia, la confianza de hablar de sexo con los padres y el conocimiento, normas y valores que estos puedan brindarles respecto a sus responsabilidades como entes independientes y libres de tomar decisiones.

Sin embargo todos los padres tienen las mismas preocupaciones, “Los padres, todos, temen que ocurra un embarazo en un momento inoportuno y temen también que sus hijos puedan padecer alguna enfermedad de transmisión sexual.” (Rodríguez, 2012). El embarazo prematuro es un problema social que debe ser atendido inicialmente desde el hogar. “Una educación sexual familiar puede ayudar a reducir las consecuencias de la ignorancia sexual: la actividad sexual precoz, los embarazos de adolescentes no planeados, las infecciones transmitidas sexualmente, la transmisión del VIH, el abuso y la explotación sexual” (Gossart, 2012).

Conociendo a los Adolescentes

“La llegada de la pubertad ofrece una oportunidad ideal para la discusión, pero no se limite al crecimiento y desarrollo físicos” (Gossart, 2012). En realidad, los adolescentes, quieren y necesitan escuchar a sus padres, a cerca de sus sentimientos, opiniones y valores sobre las cuestiones de sexualidad. Y ellos quieren y necesitan oír los hechos que los guíen por el proceso, que no siempre es comfortable. Y para esto primero debemos conocerlos y entender la forma de pensar del adolescente, en la actualidad.

La pubertad no es el único tema sexual que hay que discutir con su hijo, pero es probablemente él que le preocupa más a él. Este es un período de cambios rápidos y aún en las mejores circunstancias puede ser lleno de confusión y de ansias. Así que, hay que prepararse de antemano para los eventos de la pubertad es la manera de

asegurar un resultado positivo de este proceso. Tal vez se acuerde de esas ansias de su propia pubertad. Quizás aún pensó, algunos años más tarde: “Si tan solo alguien me hubiera dicho lo que me estaba pasando, hubiera dejado de preocuparme tanto.” Pues, Ud. puede ser este “alguien” para su propio hijo o hija. ¿Qué es lo que ellos necesitan saber? Porque siempre pensamos que los niños saben más de sus cuerpos que lo que saben en realidad, una buena precaución es explicarlo todo aun lo que parece completamente obvio. Así se asegurará que ha cubierto aún las preguntas e inquietudes que no fueron expresadas.

En la temprana pubertad para la mayor parte de niños, una de las informaciones más útiles que le pueda dar al suyo es contarles la “cadena de los eventos de la pubertad”. Aunque cada quien se esté desarrollando a su propio ritmo, las cosas acontecen en un orden bastante previsible. Para un adolescente, es mucho más útil aprender eso que oír a sus padres diciendo: “No te preocupes, mi hijo. Vas a crecer.”

Para una niña, el orden es:

- Crecen los pechos (entre los ocho y trece años en general)
- Se le ensanchan las caderas
- Le crece vello púbico derecho
- Ella misma crece de repente
- El vello púbico se le vuelve rizado
- Le viene la regla (unos dos años después del crecimiento de los pechos)
- Le crece pelo en las axilas

Para un niño:

- Le crecen los testículos y el escroto (entre los diez y trece años y medio, en general)
- Le crece vello púbico derecho
- Le cambia la voz por primera vez
- La primera eyaculación (un año después del crecimiento de los testículos)
- El vello púbico se le vuelve rizado
- Él mismo crece

- Le crece pelo en las axilas
- Le cambia aún más la voz
- Le crece pelo en la cara

Claro que la pubertad es mucho más que los cambios físicos, emociones nuevas, impulsos sexuales, relaciones, el estrés, todo eso es parte de la metamorfosis. Los niños se sienten muy despistados en esta época de su vida, y hay que asegurarles que son bien normales. El proceso de la pubertad jamás es fácil. Pero los padres pueden hacer mucho para aliviar las inquietudes si se comunican con su hijo.

En la actualidad los jóvenes consideran que lo limpio y puro está relacionado con la veracidad de sus sentimientos, no con la castidad. Y en general la entrega incondicional es ampliamente considerada como amor puro. Eso quiere decir que los adolescentes son muy propensos a tener relaciones sexuales y considerar que esto es lo correcto y necesario dentro de una relación de enamoramiento. Es decir que no ven a tener sexo de forma temprana, como algo malo; más bien es malo cuando la pareja no siente lo mismo. Y que el dolor que genera una ruptura puede ser menguado con el sexo sin involucrar sentimientos.

“Los jóvenes no desean procrear, tampoco buscan vivir juntos, observan estas posibilidades como inciertas o tan lejanas que no son tomadas en cuenta” (Rodríguez, 2012). Dentro de su realidad o propósitos no se encuentra el compromiso, la conformación de una familia, su espectro de realidades está prácticamente muy lejos de estas ideas.

Esto también genera una forma de pensar que incide sobre el compromiso en el enamoramiento, las relaciones duraderas no poseen un fuerte sentido. Las relaciones puramente sexuales, sin connotaciones negativas son reconocidas como aceptables o normales. “no hace falta que sea tu novia, sino que lleve dos o tres días o un rato” (Gossart, 2012).

La categoría de novio tampoco está dentro de la realidad a alcanzar por los adolescentes. “la palabra novio es muy pesada y remite a un periodo de transición cuya culminación sería el matrimonio” (Gossart, 2012), lo cual no es visto como una aspiración de los adolescentes. De ahí que han adecuado el significado de la palabra novio o novia por la palabra “amigo”, vinculándola con la apertura afectiva que tiene un noviazgo, de ahí que las relaciones sexuales con “amigos” es cada día más común. Es decir la sociedad actual genera la tendencia de que cualquier vínculo afectivo entre un hombre y una mujer ya es un modelo de pareja. Y dicho vínculo está basado en el intercambio de sentimientos y sexual.

El afecto a los Adolescentes

“Si los jovencitos no preguntan a sus padres sobre el sexo, no es porque no son curiosos” (Gossart, 2012). Con el tiempo, los hijos han aprendido que no les pueden preguntar, por qué les causa molestia o es incómoda la sensación de hablar de sexo con sus padres. Si tal sentimiento persiste, “ellos tratan de satisfacer su curiosidad en otras partes: sus amigos, la televisión, experimentando” (Gossart, 2012). Desafortunadamente el resultado son adolescentes mal informados y vulnerables.

El consumismo del afecto. “achacan la frecuencia en el cambio de novias y de novios a que el consumismo ha alcanzado la esfera de las relaciones personales, de modo que el proceder de los jóvenes a este respecto no indicaría sino “otro consumismo”.” La apatía de la familia respecto a las necesidades de los adolescentes, ha generado un obstáculo para que puedan acceder a un vínculo de confianza. “que puedan acceder prácticamente a cualquier cosa que deseen los ha tornado en cierto modo indolentes de esta actitud indiferente se culpan a veces los padres, por haberles dado “demasiadas facilidades”

Sugerencias para los padres del manejo de la sexualidad con los hijos

Padres Eficaces: Al entrar en la enseñanza Secundaria hay una cierta relajación en la atención que los padres prestan a sus adolescentes. Nada más equivocado pues

necesitan la misma cantidad de atención y cariño que cuando era más pequeño, o incluso algo más. El desarrollo mental y emocional del adolescente puede resultar muy agradable y beneficioso para toda la familia: Nuevas formas de enfocar problemas, conocer por dónde van los intereses de la juventud, distintas opiniones sobre temas sociales, entre otros. Cada familia tiene sus formas de pensar y sus prioridades, no obstante, las investigaciones han demostrado algunas cualidades comunes en los padres eficaces:

Demuestran Amor. Los adolescentes necesitan poder contar con sus padres, que se comuniquen con ellos, que les dediquen tiempo y que demuestren que se preocupan por su bienestar. Los padres pueden querer a sus hijos al tiempo que rechazar lo que hacen, y los chicos deben estar seguros de que esto es cierto.

Apoyan. A pesar de considerar poco importantes algunos problemas del adolescente, este necesita el apoyo de sus padres. Necesitan elogio y reconocimiento cuando se esfuerzan y aliento para desarrollar sus intereses.

Ponen Normas. Fijar límites en el comportamiento hace sentirse emocionalmente seguros a niños y adolescentes. Poner normas y supervisar que se cumplen de forma consistente y adecuada a la edad y la etapa de desarrollo facilita un desarrollo equilibrado y un mayor ajuste psicológico en la edad adulta. Huir de extremos autoritarios o indulgentes fijando límites y normas claras, razonables y bien explicadas es la mejor estrategia posible.

Dan Ejemplo. Mientras exploran distintas posibilidades de quien quieren ser los adolescentes buscarán ejemplos en sus padres, familiares, amigos, personalidades u otras personas, pero sobre todo en sus padres.

Enseñan Responsabilidad. El sentido de la responsabilidad se adquiere con el tiempo. Según crecen aprenden a responsabilizarse de: sus tareas escolares, ordenar su habitación, colaborar en faenas domésticas, participar en actividades sociales, y aceptar las consecuencias de sus buenas o malas decisiones.

Facilitan Experiencias. Según los recursos de cada familia conviene facilitarle que conozca nuevas cosas. La curiosidad le hará probar nuevos deportes, o nuevos intereses académicos, experimentar expresiones artísticas, o probar en actividades sociales o religiosas diversas. No le desalienten ni pierdan ustedes la paciencia, la exploración es parte fundamental de la adolescencia.

Respetan. Es falso que todos los adolescentes sean rebeldes y difíciles, pero es cierto que necesitan ser tratados con respeto, que se reconozca y aprecien sus diferencias y se les trate como personas.

No existen los padres perfectos. Una mala contestación o decisión dada un “mal día” no tiene por qué afectar a su hijo de por vida. Lo importante es lo que usted haga de forma habitual, el día a día.

Comunicarse con un adolescente. Muchos padres piensan que su adolescente se comunica mejor con cualquiera que con sus propios padres, aunque sean unos padres maravillosos. La clave parece estar en ser curioso (interesarse por sus cosas) pero sin interferir demasiado.

Esforzarse por respetar la necesidad de privacidad del adolescente (“son mis cosas”) al tiempo que se establece confianza y cercanía emocional. Si se establecieron hábitos de comunicación durante la infancia con el adolescente será más fácil, no obstante, siempre es posible mejorar la comunicación con un hijo o hija adolescente.

Reconozca que no hay receta mágica. Lo que funciona con unos no funciona con otros. Averigüe cuales son los intereses de su adolescente, infórmese del asunto e intente entrar por ese tema.

Escuche. No hable usted. Límitese a escuchar, no interrumpa y ponga atención a lo que él o ella dice. Elija un lugar tranquilo y sin interrupciones (apague la televisión).

Cuanto menos consejos de, más consejos le pedirá. No sermonee.

Busque ocasiones. Los adolescentes no cuentan cuando se les ordena, sino cuando ellos quieren. Usted debe estar disponible, unos prefieren hablar al llegar de clase, otros después de cenar, otros antes de irse a la cama. En general las mejores conversaciones se dan cuando se hacen cosas compartidas (lavar el coche, cocinar, mover muebles, pintar una habitación).

Hable de las diferencias. Si su hijo no tiene claro que se respeta su derecho a opinar diferente será difícil que se abra con usted. El desacuerdo civilizado y razonado no impide la comunicación. Conocer en qué no están de acuerdo puede ser muy útil para saber el nivel de madurez de su adolescente y permitirá renegociar normas.

No exagere. Si ante un error o incumplimiento de su hijo usted reacciona desproporcionadamente es muy posible que acaben en gritos e insultos. Controle su rabia sin dejar de expresar su preocupación. Una buena forma es preguntar, lo más calmado posible, su opinión al respecto y a partir de ahí hablar de las diferencias. Si su hijo de 14 años le cuenta que el pasado viernes probó una cerveza y usted pierde los estribos, lo más probable es que no vuelva a contarle nada en mucho tiempo.

Sus preocupaciones e intereses. Algunas de las cosas de las que ellos quieren hablar quizás a usted le aburran, póngase en su lugar y en su época. No finja interés, lo notan. Preguntar y escuchar es signo de respeto hacia los sentimientos y opiniones.

Algunos de los temas que interesan o preocupan en estas edades son:

Los estudios. ¿Qué tal en clase hoy? Bien. Ante una pregunta general una respuesta general. Revise sus libros o cuadernos y pregunte cosas más concretas: ¿Cómo te va con las ecuaciones de 2º grado?, ¿Hay algún compañero nuevo en el equipo de baloncesto?, ¿Cómo es un profesor?

Aficiones. Si es aficionado al deporte o seguidor de un equipo pregúntele por cosas concretas de ese tema. La música es algo que atrae durante algún tiempo a casi todos

los adolescentes y usted debe saber, como mínimo, los nombres de los cantantes favoritos de su hijo.

Emociones. Antes apuntamos que los adolescentes se preocupan bastante por varias razones (sus amigos, su sexualidad, su aspecto físico, su futuro laboral, el divorcio de sus padres, las guerras en el mundo, entre otros.). Cuando no esté seguro de la importancia de un tema para su hijo. Pregúntele: ¿Qué importancia tiene para ti?, ¿Con qué frecuencia te preocupa?, ¿Te parece un problema pequeño, mediano o grande? Conocer la magnitud y la importancia de sus preocupaciones le permitirá decidir mejor como afrontarlo.

Familia. A los adolescentes les gusta hablar y participar en las decisiones familiares, igual que le gusta ser tenidos en cuenta en las normas que les afectan individualmente. Tomando parte en las conversaciones familiares se sentirá más seguro y más vinculado emocionalmente a la familia.

Temas delicados. Si usted evita hablar de temas delicados lo más probable es que su adolescente busque información y opiniones en otro lado. Los adolescentes dicen saber mucho acerca de algunos temas delicados pero la realidad es que saben más bien poco. Afrontar un asunto delicado por primera vez y de frente funciona pocas veces. No puede uno sentarse frente a su hijo de trece años y sin haber tocado antes el asunto decir: “Hoy vamos a hablar de las relaciones sexuales”. Esta es la forma más rápida de acabar una conversación antes de empezarla.

Los Padres. ¿Cuál fue tu primer novio?, ¿Qué tal se te daban las matemáticas?, ¿Qué paga te daban a los 12 años?, ¿Cómo es tu jefe en el trabajo? Sin tener que responder necesariamente a preguntas indiscretas los adolescentes se interesan por sus padres, su pasado y su presente, y esto les puede ser muy útil para empezar a definir su propia vida.

El Futuro. Con la maduración mental el futuro será algo que les empezando a preocupar. El hábito de comunicación con los padres facilitará preguntas del tipo:

¿Cómo será la vida después de la Secundaria?, ¿Encontraré trabajo?, ¿A qué edad puede uno casarse? Estas preguntas merecen su atención y respuesta. Cuando no sepa contestar: un “no se” honesto es la mejor respuesta y continúe pidiendo sus opiniones, ilusiones, aspiraciones o sentimientos.

Cultura – Acontecimientos. La saturación de medios de comunicación hace que su hijo tenga un montón de ventanas al mundo. Compartir opiniones sobre películas o espectáculos es un excelente medio de conocer sus gustos y opiniones.

Comuníquese con respeto. A veces los adolescentes provocan diciendo o haciendo cosas inapropiadas. No caiga en la provocación. El auto-control que usted demuestre dará fruto en mejores relaciones y conversaciones en el futuro. A veces dan más importancia a cómo se dicen las cosas que a las cosas que se dicen.

Autonomía, Independencia, Libertad. Los adolescentes piden libertad. Sin embargo los padres deben sopesar entre el fomento de la confianza en sí mismos para valerse autónomamente, y el conocimiento de que en el mundo hay peligros y amenazas para la salud y seguridad de sus hijos. Algunos padres dan demasiada libertad antes de tiempo, mientras que otros niegan cualquier oportunidad de madurar, aprender a decidir y aceptar las consecuencias.

Las investigaciones indican que los adolescentes se desarrollan mejor cuando mantienen fuertes vínculos familiares al tiempo que se les permite tener opiniones propias e incluso estar en desacuerdo con sus padres.

Algunos consejos útiles para manejar el asunto de la libertad y la autonomía son los siguientes:

Fije límites. Los adolescentes se resisten a los límites impuestos, pero los necesitan e incluso los desean. En un mundo cada vez más complicado los límites dan seguridad y sentimientos de estar atendidos. Es más fácil empezar a poner límites durante la infancia, pero no es imposible empezar cuando son adolescentes.

Hable claro. La mayoría de adolescentes responden mejor a instrucciones concretas: “En casa antes de las 9:30h” es mucho más fácil de entender y cumplir que “vuelve temprano”.

Opciones razonables. Cuando se da más de una opción se facilita que acepten la norma. “Antes de irse a la cama hay que acabar los deberes, antes o después de cenar, ¿qué prefieres?”.

Libertad por etapas. Según maduran y se hacen más responsables hay que concederles mayores privilegios. Corrigiendo los errores, aprendiendo de las consecuencias, dándoles un cierto margen a la equivocación, y transmitiéndoles claramente nuestras opiniones facilitamos el camino hacia la independencia que supone llegar a la edad adulta. Sin prisa pero sin pausa.

Salud y seguridad primero. Los adolescentes suelen sentir que son invulnerables, que son especiales y que lo que les ha ocurrido a otros no puede ocurrirles a ellos. Es necesario transmitirles que el amor que se les tiene exige prohibir ciertas actividades o comportamientos que ponen en serio peligro su salud, su seguridad o su bienestar futuro. La adolescencia es un periodo en que las enfermedades graves son poco habituales y las patologías mortales muy raras. A pesar de su estado de salud la violencia y los accidentes son causa de muerte y lesiones habituales en adolescentes. Otros comportamientos como el abandono escolar, el consumo de drogas, o las prácticas sexuales de riesgo pueden comprometer su bienestar futuro.

Rechace limitaciones para el futuro. Aunque quizás no nos guste su forma de vestir a los catorce años, la moda no suele ser algo que limite su futuro. Aunque se preocupen por el futuro la falta de experiencia les puede impedir comprender en profundidad que algunas decisiones de hoy puede afectarles seriamente a medio o largo plazo. Hágale saber que usted es “el guardián de las opciones” y que decidirá usted hasta que sea suficientemente maduro y responsable sobre cuestiones de profundidad. Recuerde que no merece la pena luchar por todo y que a los catorce años quiera teñirse el pelo de un

color llamativo no tiene casi ninguna importancia frente a la pretensión de abandonar los estudios, por poner un ejemplo.

Guiar sin controlar. Los adolescentes necesitan explorar en su camino hacia la construcción de su identidad, con lo cual cometerán errores y deberán aprender a aceptar los resultados. Ello no significa que los padres deban renunciar a guiarlos para evitar que cometan demasiadas equivocaciones o errores irreparables. Una buena forma de guiar consiste en preguntar sobre posibles consecuencias de sus acciones y escuchar atentamente: “¿Qué podría ocurrir si?”. Cada adolescente necesitará ser guiado de forma individual pues incluso entre hermanos adolescentes pueden entender cosas distintas ante la misma norma: “A las doce en casa” significa para uno que antes de las 12’00h hay que estar físicamente de la puerta para adentro, mientras que su hermano puede entender que llamando a las 11’55 para decir que llegará después de comer la pizza que han pedido y tras acompañar a dos amigas a su casa, habrá cumplido.

Permita ciertos errores. Para aprender a resolver problemas y tomar decisiones es necesario equivocarse alguna vez. Permita que cometan algún error siempre y cuando la salud y la seguridad no peligren, pues equivocarse enseña algo tan importante como es recuperarse tras un mal paso. Es difícil que un chico o chica aprenda a recuperarse y continuar si sus padres le resuelven todas las dificultades de la vida.

Las acciones tienen consecuencias. Si la norma es llegar antes de las 10h no debe ignorarse que llegó dos horas tarde. Usted perdería credibilidad si no le hace afrontar las consecuencias de tal retraso. No olvide que el castigo ha de ser proporcionado a la ofensa, y que el resto de la familia y usted mismo no tienen por qué sufrir las consecuencias del incumplimiento de uno de sus hijos.

A pesar de todo lo que se diga, la mayoría de adolescentes confían en sus padres más que en ninguna otra persona. Como padre o madre busque más allá de lo superficial que los comportamientos puedan sugerir y descubrir a la persona que su hijo o hija adolescente está a punto de llegar a ser. Es necesario que hable con su adolescente y le transmita que los riesgos para la salud, la seguridad y el bienestar no ocurren por

casualidad sino porque se ha decidido ir en esa dirección. Las investigaciones revelan que la inmensa mayoría de los que practican un comportamiento de riesgo practican alguno más. Los padres deber ser directos y claros al hablar a sus hijos de las graves consecuencias de algunos comportamientos.

Confianza en sí mismo. Los continuos cambios suelen provocar en la mayoría de adolescentes cierta incomodidad. A medida que la identidad se fortalece la confianza en sí mismos va mejorando.

La falta de autoestima provoca que algunos dejen de participar en actividades del aula, otros actúan escandalosamente para llamar la atención. En el peor de los casos llegan a comportamientos autodestructivos.

Las chicas suelen dudar más de sí mismas que los chicos (hay excepciones) y por varias razones: presiones sociales para ser más agradables o hacia la belleza; maduración física anterior a los chicos que puede ponerlas en situaciones impropias de su edad sin estar preparadas emocionalmente; presiones sobre el rendimiento escolar contradictorias con las presiones para agradar.

Si su adolescente sufre una crisis de confianza durante mucho tiempo no dude en consultar con un orientador escolar o un profesional, sobre si esa falta de confianza va unida a indicios de consumos de drogas o alcohol, problemas de aprendizaje, desórdenes alimenticios, o depresión clínica.

La mayoría de adolescentes superan los periodos de inestabilidad con el tiempo y, sobre todo, con el apoyo de sus padres.

Algunas formas de ayudar a su hijo o hija a desarrollar confianza en sí mismo son las siguientes:

De oportunidades de hacerlo bien. La mejor forma de fomentar la confianza personal es alentarle a participar o desarrollar actividades que le gusten o para las que tenga

talento y elogiarlo por ello. Si es bueno en cualquier deporte, o si se esfuerza en aprender un idioma, o cocina bien algún plato, o redacta bonitas historias: díglele lo orgulloso que se siente de él o ella. No obstante, intente equilibrar entre las cosas que hace bien y nuevas actividades en las que todavía no consigue destacar. Conviene iniciarlos poco a poco en tareas útiles para toda la familia que pueda realizar eficazmente: ordenar recibos y facturas, calcular precios para la compra, poner la lavadora, entre otras.

Ayúdelo a sentirse seguro. Buena parte de la seguridad en sí mismo del adolescente proviene del amor incondicional de sus padres como respaldo para desarrollar la capacidad de enfrentarse y resolver los problemas. Es muy distinto enseñarle a resolver problemas que dárselos resueltos.

Hable sobre la violencia o el terrorismo. La exposición a imágenes o noticias violentas es cada vez más frecuente y provoca ansiedad en muchos adolescentes. Usted puede reducir esa ansiedad ayudándole a comprender que incluso en situaciones tan terribles las personas se ayudan unas a otras y consiguen salir adelante; favoreciendo un ambiente calmado en su hogar; ayudándole a distinguir entre ficción y realidad hablando sobre hechos reales, evitando exagerar y reaccionar excesivamente. Supervise el uso de televisión e Internet para evitar que su hijo vea demasiadas imágenes violentas.

Elogios y halagos. El elogio de los seres queridos es uno de los pilares de la confianza en uno mismo, pero no deje de ser sincero pues se darán cuenta si no lo es.

Paciencia. La mayoría de adultos han conseguido confiar en sí mismos tras años de experiencia en explotar sus puntos fuertes, y serían muy infelices si solo pudieran hacer las cosas que peor hacen. Para un adolescente es muy difícil quitar importancia a las cosas en las que no se siente seguro por mucho que sus padres le digan que no tiene tanta importancia.

Los amigos y las influencias. Niños, adolescentes y jóvenes necesitan sentir que encajan socialmente. En la adolescencia la necesidad de “ser parte del grupo” es particularmente importante. Los chicos y chicas con dificultades para formar amistades suelen tener problemas de autoestima, de rendimiento escolar y corren riesgo de padecer desajustes psicológicos al llegar a adultos. A muchos padres les preocupa que los amigos ejerzan demasiada influencia al tiempo que la suya vaya disminuyendo. Esa preocupación es mayor si los amigos animan a sus hijos a participar en actividades peligrosas o dañinas.

Es bastante habitual que entre los 10 y los 12 años se cambie con frecuencia de amigos pues necesitan explorar y encontrar con quién compartir ideas gustos y aficiones. La mayor influencia de los amigos se produce entre los 12 y los 14 años. Especialmente en cuestiones de moda (gustos musicales, formas de vestir) y actividades en las que participar. Sin embargo, los amigos no reemplazan a los padres cuando se trate de cuestiones importantes, salvo que los padres se desinteresen por la vida de sus hijos. Los padres pueden, y deben, influir en el tipo de amigos que sus hijos eligen.

A continuación, se le ofrecen algunas estrategias para hacerlo:

Reconozca que la presión de los amigos puede ser buena o mala. Si su hijo escoge amigos con poco interés por lo escolar y que sacan malas notas muy probablemente esté menos dispuesto a estudiar y sacar buenas notas. Este ejemplo es aplicable a casi todas las áreas de la vida: la salud, los hábitos, el comportamiento, entre otros.

Conozca a los amigos de su hijo. Si usted conoce personalmente a los amigos de su hijo podrá tener una información útil para saber por dónde anda su hijo.

Llévelos a fiestas partidos, conciertos, ofrézcase a recogerlos si van a volver tarde, invítelos a su casa y aproveche para escuchar. Conociendo a los amigos conocerá mejor a su propio hijo.

Conozca a los padres de los amigos. Sin necesidad de ser íntimos, conocer a los padres de los amigos le ayudará a saber si las actitudes y preferencias como padres

coinciden o no con las suyas. Conociéndose entre sí los padres se puede llegar a acuerdos que eviten comparaciones del tipo: “es que a ellos les dejan”.

De tiempo y espacio para los amigos. Si participar en actividades es importante tenga en cuenta que demasiadas actividades extra pueden provocar agotamiento. Además de satisfacer la necesidad de “ser parte de”, pasar tiempo con los amigos en sitios seguros y de confianza es una excelente manera de aprender habilidades de relación social. Hable con su hijo sobre la amistad. Para los adolescentes es importante lo que otras personas piensan de ellos, sobre todo los amigos. Pero los padres deben saber que buena parte de los comportamientos de riesgo se deciden en los grupos de amigos. Por ello es muy importante que hable con su hijo sobre cómo resistir las presiones del grupo para desobedecer las normas familiares o ir contra los valores que les están inculcando.

Enseñe a evitar situaciones comprometidas. Hablando con su hijo sobre posibles situaciones de riesgo puede ayudarle a no meterse en líos. Pregunte a su hija adolescente qué haría ella si el sábado por la tarde una de la pandilla llegase con una botella de licor.

Pregunte a su hijo de 13 años cómo reaccionaría si un amigo le propusiera saltarse una clase para ir a comprar un disco. Idealmente podrán decir “NO”, pero no es tan fácil para una adolescente resistir la presión de un amigo y menos de un grupo. Hablando con su hijo de posibles situaciones y alternativas para salir de ellas le ayudará a sentirse más seguro para afrontarlas.

Supervise lo que hace y a dónde va con los amigos. Los adolescentes que saben que sus padres saben dónde está, con quien, y lo que están haciendo, son menos propensos a dedicarse a actividades de riesgo para su salud y seguridad. No dude en llamar a otra casa para asegurarse que su hijo está allí, y no tema decir “NO” cuando considere que ni las personas, ni el lugar, ni la actividad son adecuadas para su hijo o hija.

Sea usted un buen amigo. Los adolescentes que ven a sus padres tratarse con respeto y amabilidad entre sí y hacia sus propios amigos tienen gran ventaja. El ejemplo que

usted dé a sus hijos tiene mayor impacto que cualquier charla o sermón que pueda darle.

¿Prohibir ciertos amigos? Algunos adolescentes pueden rebelarse si sus padres les prohíben tajantemente relacionarse con ciertos amigos, depende de la vinculación y confianza entre padres e hijo. En cualquier caso, una estrategia útil (a medio plazo) es aclararle que usted no se siente cómodo con ese o esos amigos y explicarle las razones. Al mismo tiempo conviene, sin negar totalmente la posibilidad de ver a ese amigo, limitar el tiempo y las actividades que se le permite realizar con ese o esos amigos de los que se desconfía.

Los medios de comunicación. Guste o no los medios de comunicación tienen una gran influencia en la vida de los adolescentes pues la inmensa mayoría ve televisión y películas, utilizan Internet, intercambian correos electrónicos, utilizan video-juegos, escuchan discos y emisoras de radio, leen cómics y revistas para jóvenes, y entre ellos comentan todo esto.

Toda esta tecnología puede ser divertida, emocionante e incluso educativa, y la sociedad avanza en la dirección de utilizar cada vez más este tipo de instrumentos.

El problema reside en que muchos adolescentes no tienen a nadie que les oriente sobre cómo utilizar todo este arsenal informativo pues son muchos los casos de niños y adolescentes enganchados pasivamente al televisor, los auriculares, la video-consola, el teléfono móvil, o las salas de chat en Internet.

A continuación, le ofrecemos algunas sugerencias para que ayude a su hijo a desenvolverse con buen criterio por esta jungla de medios de comunicación:

Limite el tiempo. No solo es imposible, sino que quizás fuese perjudicial, intentar aislar a su hijo de los medios de comunicación. Sin embargo, conviene que le aclare que tiene intención de supervisar lo que su hijo ve o escucha y el tiempo que va a

dedicar a ello. Cada vez más padres limitan la televisión y otros medios al fin de semana y algunas cosas concretas durante la semana.

Supervise lo que ve y escucha. Infórmese sobre los programas de televisión que interesan a su hijo, los video-juegos que utiliza, las películas que quiere ver y la música que escucha. Cuanta más información tengan los padres más fáciles les será entrar en el mundo de sus hijos y mayor poder de convicción para orientales. Si además está con su hijo podrá charlar con él o ella sobre lo que están viendo o escuchando.

Sugíerale cosas. Además de lo que a él o ella le interese proponga usted programas de televisión variados (viajes, historia, naturaleza, ciencias, noticias), con ello puede fomentar conversaciones sobre acontecimientos mundiales, hechos históricos, problemas sociales, distintas culturas, la salud, entre otros.

Aclare la diferencia entre hechos y opiniones. Los medios de comunicación son empresas que promueven ideas o creencias que pueden no coincidir con los valores familiares. Además, los adolescentes deben aprender que no todo lo que aparece en los medios de comunicación es necesariamente cierto. Si su hijo quiere ver, leer o escuchar algo que usted considera inadecuado dígame claramente las razones de por qué no está de acuerdo.

Aclárele qué es la publicidad. Explíquelo con claridad el propósito de los anuncios (vender productos), pues los adolescentes son muy manipulables en este sentido. Sea crítico y esté atento a la publicidad dirigida a los jóvenes, pues suele ser engañosa. Utilice los filtros de los aparatos. Tanto en Internet como en las plataformas de televisión digital o por cable existen formas de bloquear el acceso a determinados programas y contenidos. Infórmese de estas posibilidades y utilícelas hasta donde considere conveniente.

En Internet no todo son ventajas. El potencial de la red Internet es grandísimo y en ella hay de todo: desde información valiosísima para la educación hasta pornografía infantil o instrucciones para fabricar explosivos. Las salas de conversación (los

“chats”) pueden ser muy entretenidos, pero también encierran peligros ante los que hay que estar atentos: No permita que su hijo o hija adolescente de información que pueda comprometer la seguridad individual, o que se vea con alguien conocido por este medio sin estar usted presente.

Hable con otros padres. Si usted habla con otros padres sobre los programas de televisión, los video-juegos, o la música que sus hijos consumen, usted tendrá más información y autoridad para negar determinadas cosas. Además, descubrirá que no todos los amigos tienen permiso para determinadas cosas.

Ofrezca alternativas. Muchos chicos prefieren “hacer”, si se les da la oportunidad, que simplemente “ver”. Una excursión, una tarde jugando a los bolos, o visitar a un amigo puede resultar más interesante que otra tarde viendo la televisión.

De ejemplo. Si usted se pasa las tardes frente al televisor o navegando por Internet su hijo recibirá un mensaje claro. Sin embargo, si usted pasea, conversa con otras personas, lee, participa en juegos, asiste a charlas, cursillos, u otras actividades, está demostrando que hay otras formas de divertirse. No es extraño que muchos adolescentes actuales se pregunten ¿Qué se hacía antes de que existiese la tele (el ordenador, o las consolas)? ¡Demuéstrelo!

La Motivación. Algunos psicólogos definen la motivación como “las ganas de aprender, el gusto por los desafíos”. En muchos casos una motivación adecuada es más útil que la habilidad inicial para determinar el éxito. Con la entrada en la adolescencia y el paso a Secundaria la motivación de algunos adolescentes parece esfumarse como por arte de magia y comienzan a: quejarse por la cantidad de trabajo; Los profesores; los compañeros; quieren abandonar alguna actividad; decir que se aburren; O mostrarse perdidos en el sistema de enseñanza.

Algunas causas de esta pérdida de motivación pueden encontrarse en: los cambios físicos y las diferencias en el desarrollo entre compañeros; un ambiente escolar menos controlador; presiones de los amigos despreciando a los “empollones”; o creencias en

su falta de capacidad por lo que no le merece la pena esforzarse. Usted como padre o madre puede fomentar la motivación de su adolescente, aquí le ofrecemos algunas posibilidades.

Valore el esfuerzo. Los adolescentes se motivan viendo que sus padres se esfuerzan cumpliendo en su trabajo y sus obligaciones. Transmita a su hijo que la clave para conseguir las cosas no radica en la suerte sino en el esfuerzo continuado a largo plazo. Los grandes científicos se pasan la vida estudiando, los deportistas de elite entrenan duro cada día, los buenos profesionales se mantienen al día mediante el esfuerzo diario.

Apóyelo. Un elogio honesto y moderado sobre aquellas cosas que mejor hace aumenta la motivación general de un adolescente. Quizás su adolescente necesita probar nuevas cosas, nuevos aprendizajes, nuevas aficiones. Ayúdelo a buscar nuevos intereses.

Sea realista. No pida a su hijo cosas imposibles de conseguir, se frustrará y dejará de intentarlo. Si ya le han dicho que su hijo no tiene aptitudes musicales no se empeñe en que sea un virtuoso del piano, o si su hijo es más alto de lo normal y disfruta con el tenis de mesa no se esfuerce en que se apunte al equipo de baloncesto. Asegúrese que su hijo sabe que usted le quiere por quién es y no por lo que hace.

Paciencia. La mayoría de chicos aumentan su motivación cuando los padres aplican alguna de estas estrategias y le dan un poco de tiempo para madurar y ubicarse en el mundo. Si usted lo atosiga y no le permite ese tiempo muy probablemente volverá la apatía y la desgana ante las cosas.

Los valores familiares. Por favor, deténgase un momento, cierre los ojos y respóndase a esta pregunta:

¿Cómo le gustaría que fuese su hijo cuando tenga 30 años?

Seguramente por su cabeza hayan pasado ideas como: Honrado, trabajador, tolerante, honesto, respetuoso, responsable, decente. Estas palabras reflejan los que se denominan valores morales. Los chicos que crecen en familias que inculcan valores

morales suelen ser más felices, obtienen buenos resultados académicos y están más dispuestos a contribuir positivamente a la vida familiar y social.

Por suerte la mayoría de chicos comparten los valores familiares, no obstante, las influencias externas pueden complicar el proceso y por ello le ofrecemos algunas pautas útiles para fomentar esos valores.

- Si usted se esfuerza en terminar una tarea difícil favorecerá que su hijo termine sus tareas y deberes.
- Si usted acepta perder en un juego con buen humor su hijo aprenderá que ganar no lo es todo.
Si usted trata a su pareja con respeto él tratará a los demás con respeto.
- Si usted no desprecia a nadie por su raza o religión es más probable que su hijo sea tolerante.
- Cuando los padres toman decisiones difíciles de forma conjunta y razonada, su hijo se da cuenta.
- Si usted acepta los fracasos como parte de la vida, pero sigue adelante con voluntad, su hijo aprende a superar los problemas.
- Si usted acepta con humor sus propios errores su hijo será más capaz de aceptar sus propias imperfecciones.

La actitud de la familia ante el dinero es algo que influye mucho en los chicos.

Si usted valora a los demás por lo que tienen y no por lo que son (coche, casa, ropa) es muy probable que su hijo quiera tiranizarle con la ropa de marca y las cosas caras y superfluas. Los padres deben cubrir las necesidades de sus hijos, pero también deben enseñarles a diferenciar entre lo que quiere y lo que necesita.

La paga que se da a los chicos puede ayudarles a ahorrar y a gastar con sensatez. La cantidad y frecuencia (semanal, mensual) dependerá de sus recursos y de los gastos que se supone cubrirá esa paga (ropa, libros, entretenimiento, meriendas, entre otros.).

La información sobre la sexualidad que tanto preocupa a muchos padres no debe limitarse a la información biológico-reproductiva, sino que debe enmarcarse dentro de

los valores familiares. Una pauta quizás muy general pero aceptable desde muchos puntos de vista es orientar la educación sexual desde la perspectiva de los sentimientos y del respeto a la privacidad, intimidad y los derechos de los demás.

Muchos padres se sentirán ocasionalmente frustrados durante la adolescencia de sus hijos (“no puedo creer que haya hecho eso”, “en casa no le enseñamos así”, “¿qué hicimos mal?”). No se deje dominar por el pánico cuando su hijo contradiga sus normas y enseñanzas, siempre y cuando no sea con regularidad. No olvide que la adolescencia es un periodo de exploración y pruebas, y que todos comenten errores durante esta etapa. Recuerde cuando usted era adolescente.

Problemas serios. La mayoría de chicos y chicas entre los 10 y 14 años no tienen tantos problemas como se sospecha o se divulga en secciones para padres de los medios de comunicación. La inmensa mayoría supera la adolescencia con éxito. Es cierto que un amplio porcentaje de jóvenes prueba el alcohol y otras drogas entre los 14 y 16 años, pero solo un pequeño porcentaje desarrolla problemas serios con estas sustancias.

Hay que distinguir entre “riesgo” y problema. Jóvenes expuestos a muchos riesgos no desarrollan serios problemas mientras que otros con muchos menos riesgos si acaban complicándose la vida. La investigación demuestra que ciertas características aumentan la posibilidad de que los chicos no desarrollen problemas graves, son los denominados factores de protección:

- Padres afectuosos que apoyan a sus hijos, que les dan normas claras y supervisan su comportamiento.
- Chicos educados, con habilidades sociales y buen sentido del humor logran superar mejor las dificultades.
- Asistencia regular a la escuela y un entramado social positivo (familiares, amigos, profesores, vecindario) facilitan una mejor recuperación tras los errores cometidos.

Actividad para concluir la charla

- Entregar a cada padre de familia un caramelo.
- Mientras ellos lo prueban, el moderador deberá decir que: este dulce representa cuanto nacen nuestros hijos, los padres tenemos mucha emoción amor e ilusión, les brindamos el cuidado necesario y frente a esto, ellos nos entregan su una respuesta tan dulce como este postre.
- Ahora con la misma paleta brindar una pasta mentolada (puede ser pasta dental) a cada padre, para que la prueba y decir que: esta pasta es diferente, representa a la vida cuando nuestros hijos son adolescentes, sus aflicciones sin solución, preguntas no contestadas, abandono emocional de los padres, desinterés por su vida.
- Ahora vuelva a dar el mismo dulce que inicialmente dio a cada padre y diga.
- A pesar de ser el mismo dulce este ya no sabe igual. Nuestros hijos pueden seguir siéndolo, pero ya no son lo mismo, ni van a tener la misma respuesta dulce como era antes.

Reflexión: No permitamos que nuestros hijos dejen de ser dulces, a pesar de que van creciendo.

Anexo 5: Encuesta realizada a las Adolescentes



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ENCUESTADORAS: DAYANA MUÑOZ Y JÉSSICA ROSERO

TEMA DE INVESTIGACIÓN: FACTORES SOCIALES CULTURALES Y EMOCIONALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

De ante mano muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta, su opinión es de gran importancia para nosotras. Sus respuestas serán totalmente anónimas. Dicha encuesta requiere tan sólo de unos 10 minutos de su tiempo.

POR FAVOR MARQUE UNA SOLA RESPUESTA EN EL ITEM QUE USTED CONSIDERE CORRECTO.

EDAD: _____ años

ETNIA: Mestiza _____ Indígena _____ Afrodescendiente _____

Blanco _____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Secundaria: Ciclo Básico _____ Bachillerato _____

Otros _____

ESTADO CIVIL: Soltera _____ Casada _____ Unión Libre _____

ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR:

1) ¿Convive usted con sus padres?

Sí _____ No _____

2) ¿Cómo consideras que es la relación y comunicación con sus padres en el hogar?

Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

3) Su hogar está constituido por:

Padre, madre y hermanos _____ Solo padre o solo madre _____ Abuelos _____ Tíos _____

Otros _____

4) Tipo de educación recibida por sus padres:

Rígida ___ Tolerante ___ Adecuada ___

5) ¿Conversa con sus padres sobre aspectos de sexualidad y de la posibilidad de un embarazo?

Sí ___ No ___

6) ¿Qué es lo más difícil a la hora de hablar de sexualidad con sus padres?

Lograr su atención ___ Su propia vergüenza ___ No saber cómo abordar el tema ___

El temor a decepcionarlos ___ El temor a que los reten y restrinjan sus libertades ___

No es difícil ___ Otros ___

ASPECTOS DE LA VIDA PERSONAL:

7) ¿Dónde obtuvo información acerca de sexualidad?

Medios de comunicación ___ Familia ___ Amigos ___ Médico ___ Revistas ___

Desconoce ___

8) ¿Tiene pareja sexual?

Sí ___ No ___

9) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Menor de 13 años ___ De 13 a 17 años ___ Mayor a 18 ___

10) ¿Por qué accediste a tener relaciones sexuales por primera vez?

Curiosidad ___ Influencia de sus amigas ___ Insistencia de la pareja ___ Mi propia decisión ___

11) ¿Sus padres conocen sobre de su actividad sexual?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí defina:

¿Usted se lo dijo? ___ ¿Se enteró por otra forma? ___ ¿Cree que su madre sabe? ___

12) ¿Usa algún tipo de método anticonceptivo para mantener una relación sexual?

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Si la respuesta es no, defina porque no usa métodos anticonceptivos:

No quiero ___ No me gusta ___ Por temor ___ Se le olvida ___ No tiene vida sexual y no lo cree necesario ___

13) ¿Mantiene usted relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez?

Sí ___ No ___

14) ¿Ha estado embarazada alguna vez?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la reacción al enterarse del embarazo?:

Continuar con el proceso del embarazo ___ Tomar la decisión de Abortar ___ Otros ___

15) ¿Ha pensado cuál va a ser su proyecto de vida en los próximos 4 años?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, describa su proyecto de vida:

ASPECTO SOCIAL:

16) ¿Ha consumido algún tipo de sustancia antes, durante o después de una relación sexual?

Sí ___ No ___ ¿Cuál?: Alcohol ___ Tabaco ___ Drogas ___

17) ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico?

Sí ___ No ___

El abuso fue por parte de: Padres ___ Tíos ___ Primos ___ Abuelos ___ Pareja ___

Otros ___

18) ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual?

Sí ___ No ___

El abuso fue por parte de: Padres ___ Tíos ___ Primos ___ Abuelos ___ Pareja ___

Otros ___

19) ¿Usted cree que una adolescente tiene suficiente madurez como para asumir la responsabilidad que implica un embarazo?

Sí ___ No ___

¿Por qué?:

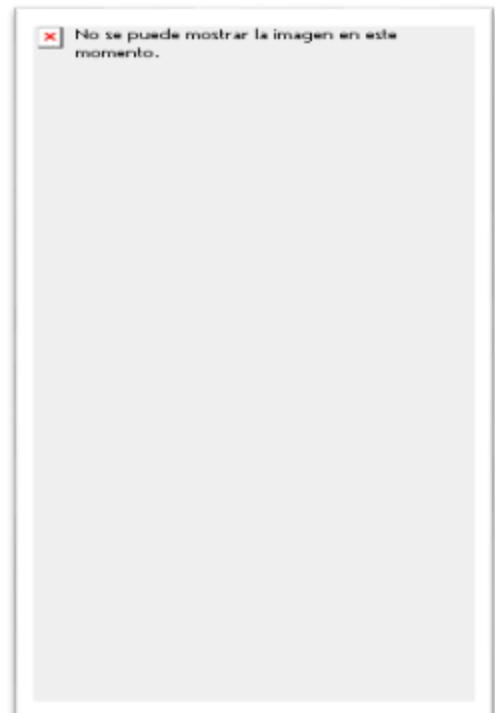
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y SIEMPRE RECUERDE QUE
“LA VIDA ES LA REALIZACIÓN DE UN SUEÑO DE JUVENTUD” Juan Pablo

II

Anexo 6: Fotografías del Taller con los Adolescentes



Anexo 7: Fotografías de la charla brindada a los padres de familia



PAGINA DE APROBACIÓN
INFORME DE APROBACIÓN DE LOS PERFILES DE TESIS, TESINAS,
PROYECTOS

El consejo Académico de la Carrera de Enfermería

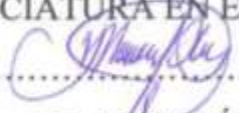
Sobre la temática de la Tesis, Tesina o Proyecto titulado/a:

“FACTORES CULTURALES, SOCIALES Y EMOCIONALES EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES, SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA-IMBABURA, MAYO OCTUBRE DEL 2015”.

Presentado por las Srtas: Melissa Dayana Muñoz Papa y Jéssica Alexandra Rosero Guaján.

Luego del estudio y análisis de los contenidos del proyecto del trabajo de titulación, de manera unánime consideramos emitir el INFORME FAVORABLE, para que el postulante continúe con el desarrollo correspondiente, previo a la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA


.....

Msc. Maritza Álvarez


DIRECTORA DE LA CARRERA

Visto el informe que antecede, se APRUEBA el Proyecto de Tesis, Tesina o

Proyecto.


.....

PRIMER VOCAL


.....

SEGUNDO VOCAL


.....

TERCER VOCAL

Ibarra/11-09-2015