



Universidad Nacional de Loja

Modalidad Presencial Carrera de Trabajo Social

TÍTULO

LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES Y LA ACCION DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN LA PREVENCION

TESIS PREVIO A OPTAR EL GRADO
DE Lic. EN TRABAJO SOCIAL

AUTORES:

Lorena María Fierro Pineda
Enrique Geovani Lapo Villamagua

DIRECTORA:

Mgs. Mercy Margot Mora Merino.

2014



Mgs. Mercy Margot Mora Merino, DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA, CARRERA DE TRABAJO SOCIAL, Y DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación intitulado LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y LA ACCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCIÓN, autoría de los Egresados. Lorena María Fierro Pineda y Enrique Geovani Lapo Villamagua, previo a optar el Grado de Licenciatura en Trabajo Social, ha sido realizado bajo mi dirección tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de haber sido revisado prolijamente autorizo su presentación y posterior defensa.

Loja, Abril del 2014



Mgs. Mercy Margot Mora Merino
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Lorena María Fierro Pineda y Enrique Geovani Lapo Villamagua, declaramos autores del presente trabajo de tesis y eximimos expresamente a la universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.


Autor: Lorena María Fierro Pineda

Firma: 

Cedula: 1103308381

Fecha: Abril del 2014

Autor: Enrique Geovani Lapo Villamagua

Firma: 

Cedula: 0702721788

Fecha: Abril del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Lorena María Fierro Pineda y Enrique Geovani Lapo Villamagua declaramos ser autora de la tesis titulada: **LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS MADRES ADOLESCENTES Y LA ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCIÓN**, como requisito para optar al grado de: Lic. En Trabajo Social: autorizo al Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de Febrero del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:



Autor: Enrique Geovani Lapo Villamagua

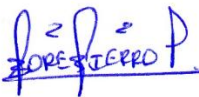
Cedula: 0702721788

Dirección: Calle: Av. Chuquiribamba y Lago Salado; Barrio: Pucacocha; Cantón Loja

Correo Electrónico: geo.1971-e@hotmail.com

Teléfono: Celular: 0991173606

Firma:



Autor: Lorena María Fierro Pineda

Cedula: 1103308381

Dirección: Calle: Salvador Dali y Francisco de la Golla; Barrio: Sauces Norte; Cantón Loja

Correo Electrónico: lorenajdi@hotmail.com

Teléfono: Celular: 0993871252

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Mgs. Mercy Margot Mora Merino

Tribunal de Grado:

Presidenta del Tribunal: Dra. Rina del Cisne Narváez Espinosa. Mg.Sc.
Primer Vocal: Dra. Graciela del Cisne Namicela. Mg.Sc.
Segundo Vocal: Dr. Marco Vinicio Muñoz Mg.Sc.

DEDICATORIA

*É*ste trabajo lo dedico primeramente a Dios por guiarme y extenderme su mano generosa, luego a mis queridos padres y hermanos por su apoyo incondicional durante todo el tiempo de mi formación académica que gracias a ellos he podido cumplir con mis objetivos, y por quienes voy a luchar y seguir superándome en la vida.

Enrique Geovaní Lapo Villamagua

*É*l presente trabajo va dedicado a Dios por guiarme siempre por el buen camino, a mi esposo, mis padres con todo cariño y gratitud que día a día me ofrecieron su apoyo incondicional, a mis pequeños hijos lo cual son la razón de mi existir y la fuerza que me ha permitido seguir adelante y culminar con mis estudios universitarios, con el anhelo de servir a la sociedad.

Lorena María Fierro Pineda

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento va dirigido a la Universidad Nacional de Loja, al Área Jurídica, Social y Administrativa, y a la Carrera de Trabajo Social, por habernos brindado la oportunidad de culminar con nuestros estudios superiores.

A todos los Docentes y personal administrativo que laboran en ella, en especial a la **Mgs. Mercy Margot Mora Merino**, por haber dedicado su tiempo, compartir sus conocimientos y brindarnos su apoyo incondicional durante el proceso de enseñanza y elaboración del proyecto de tesis, durante el desarrollo del presente trabajo.

De manera especial al Hospital General Provincial Isidro Ayora, a las adolescentes por brindarnos su colaboración para poder culminar nuestra investigación y así poder alcanzar nuestros ideales.

LOS AUTORES

a. TÍTULO:

LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y LA ACCIÓN
DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCIÓN.

b. RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y LA ACCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCIÓN” pretende explicar de qué manera interviene el Trabajador Social frente a esta problemática, que se presenta en los Establecimientos Educativos, considerando que la educación sexual es muy importante ya que permite el desarrollo integral de las adolescentes que se encuentran instruyéndose actualmente.

Los objetivos específicos de la investigación, facilitaron conocer las concepciones relacionadas a los tipos de educación sexual que propiciaron en las adolescentes el inicio de su vida sexual temprana, permitiéndoles reconocer las nuevas responsabilidades que como adolescentes embarazadas tienen que asumir.

Los principales hallazgos obtenidos en la investigación de campo que estuvo dirigida a las adolescentes embarazadas en el Hospital General Provincial Isidro Ayora, determinan que la juventud no tiene un apoyo con un programa o un proyecto sobre educación sexual que sea dirigido a las adolescentes de los diferentes establecimientos educativos en general, a esto se suma que el nivel de participación de los Departamentos de Orientación y Bienestar Estudiantil no aporta en su totalidad con las necesidades sentidas y requeridas por las adolescentes especialmente las adolescentes que se encuentran en estado de gestación.

Cabe mencionar que las temáticas sobre educación sexual que se brinda a las estudiantes a través de los/las docentes no son los adecuados ya que se debería propiciar conocimientos de acuerdo a cada edad y los mismos deberían ser reflexivamente analizados y no tratados de manera superficial y de esta manera poder disminuir el índice de embarazos precoces.

Es por ello que es indispensable que las adolescentes reciban charlas sobre prevención y planificación familiar ya que muchas de ellas no están bien informadas y aún desconocen los riesgos y consecuencias que podría ocasionar un embarazo precoz.

Finalmente se encuentra la propuesta planteada que consiste en un programa de capacitación sobre sexualidad responsable.

SUMMARY.

This research work entitled " THE PROBLEM OF ADOLESCENT PREGNANCY AND ACTION SOCIAL WORKER IN THE PREVENTION " is intended to explain how the Social Worker involved deal with this problem , presented in Educational Establishments , whereas education sex is very important as it allows the comprehensive development of adolescents who are currently instructing .

The specific objectives of the research, provided to identify the concepts related to the types of sex education that led to the initiation of adolescent early sexual life , allowing them to recognize the new responsibilities as pregnant teens have to assume.

The main findings from field research that was aimed at pregnant teenagers in the Provincial General Hospital Isidro Ayora, determine that the youth do not have a support program or project on sexual education that is aimed at teenagers of different educational institutions in general, this is that the level of participation of the Departments of Guidance and Student Welfare does not provide in its entirety with the felt needs and required by teenagers especially girls who are in a state of gestation.

It is noteworthy that the thematic on sex education is provided to students through / teachers are not adequate as it should facilitate knowledge according to their age and the same should be thoughtfully analyzed and treated superficially and thus able to decrease the rate of early pregnancies.

That is why it is essential that adolescents receive lectures on prevention and family planning as many of them are not well informed and still unaware of the risks and consequences that could result in early pregnancy.

Finally, the proposal raised consisting of a training program on responsible sexuality is.

c. INTRODUCCIÓN.

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. La mayoría de parejas (por decisión propia o exigencias de sus familias) optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios para mantener su familia. Las mujeres de igual forma son discriminadas por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven frustrados.

Durante todo este proceso investigativo pudimos darnos cuenta que desde sus hogares no existe una adecuada información o dialogo con los adolescentes sobre temas de sexualidad, los cuales conllevan a tener una vida sexual irresponsable sin medir sus consecuencias, donde la reproducción se ha transformado, pasando a ser tan solo un componente de la sexualidad pero no como fin en sí misma.

A más de esto la sociedad contribuye a que se irradie esta problemática conjuntamente con la tecnología, y medios televisivos e internet.

En este contexto la investigación titulada “LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y LA ACCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCIÓN”

Para mayor comprensión del presente trabajo investigativo se lo ha resumido en los siguientes apartados:

PRIMER APARTADO: Revisión de la literatura; donde se analiza de manera científica cada una de las categorías objeto de estudio, como **La problemática del embarazo en las adolescentes y la acción del trabajador social en la prevención**, permitiendo fundamentar teóricamente cada una de ellas para su total comprensión.

SEGUNDO APARTADO: Metodología; utilizadas en el proceso investigativo como la encuesta, la entrevista y la observación.

TERCER APARTADO: Discusión de Resultados; mediante la encuesta aplicada a las adolescentes embarazadas en el Hospital General Isidro Ayora permitió realizar un análisis cuantitativo y cualitativo, lo que facilitó el análisis e interpretación de porcentajes, presentados en cuadros y gráficas representativas, en el cual se visualiza los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

CUARTO APARTADO: Conclusiones, Recomendaciones y propuesta; se plantea conclusiones y recomendaciones producto del trabajo realizado en la investigación de campo, y se enfoca finalmente una propuesta que permita

mejorar la problemática del embarazo en las adolescentes y la acción del trabajador social en la prevención.

d. REVISION DE LA LITERATURA

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

“La adolescencia es un tiempo de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Estos cambios no ocurren simultáneamente y el primer evento que se produce es el logro de la capacidad reproductiva.

La maternidad y la paternidad son funciones de la edad adulta, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. Pero por esa asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las “tareas del adolescente” para llegar a la adultez.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema por los diferentes autores que han abordado su estudio desde diversas disciplinas. De hecho, al preguntar ¿cuál es el problema?, estamos dando por sentado que lo hay. Sin embargo, no es fácil hallar las respuestas. El embarazo en esta etapa de la vida obedece a una multiplicidad de factores, que serán diferentes en las distintas culturas y grupos humanos, además de los factores individuales de cada caso en particular. Tiene una frecuencia muy variable, pudiendo alcanzar proporciones aún más altas cuando se analizan áreas rurales. Además, genera cambios tan importantes en la joven, el joven y quienes los rodean, que lo que comenzó como

un drama familiar puede variar por la adaptación a la nueva situación, transformando en forma sustancial el panorama”¹.

Frente a esta y otras circunstancias lo convierten en un hecho sumamente dinámico y complejo, que trataremos de conocer, sabiendo que vamos a obtener muchas más preguntas que respuestas, para facilitar nuestra comprensión, analizamos por separado, sin embargo desde ya sabemos que cada uno de ellos tiene estrecha relación entre sí, y no es tan fácil determinar cuál es el que tiene preponderancia.

“El tema de los embarazos adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo. Es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo atinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad. La tasa de fecundidad adolescente (TFA) ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general (TFG), condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender, sin embargo EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas

¹ Álvarez, Lajonchere Celestino. “El Embarazo en la adolescencia. Editorial científica táctica”. La Habana 2009.

adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 80. En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de las adolescentes entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995, al 30,81 en 1996 y al 29,45 en el año 2000. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo”².

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

En el año 2000; el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas).

En los Estados Unidos, el grupo etario de jóvenes de entre 18 a 19 años presentan las mayores tasas de embarazos adolescentes, seguido por el grupo etario de jóvenes de entre 15 y 17 años. “En Chile, nacen cada año alrededor de

² MOLINA, Sandoval J: "Salud sexual y reproductiva del adolescente". Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

40.355 recién nacidos cuyas adolescentes tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en nuestro país la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16%, siendo mayor en la octava región (25%). Venezuela es el país de Sudamérica con mayor tasa de embarazo adolescente. Y el tercero de todo el continente solo por detrás de Nicaragua y República Dominicana”³.

“Según datos de la Organización de Naciones Unidas, 91 de cada 1.000 gestantes tiene menos de 18 años. Un problema asociado principalmente a familias disgregadas y de bajos recursos que se repite generación tras generación y que el Gobierno venezolano asume como el segundo gran problema de salud sexual. Conceptos generales: El embarazo es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero. La palabra adolescencia proviene de "adolesce" que significa "carencia o de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

La organización panamericana de la salud (OPS) define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. Este período incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. El embarazo adolescente se lo defina como aquel embarazo que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera

³ COLL, A.: "Embarazo en la adolescencia", Asociación Argentina de Perinatología. 2ª Edición. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

menstruación (entre los 10-13 años aproximadamente), y/o aun cuando la adolescente mantiene dependencia social y económica de sus padres”⁴.

“Según datos de la OMS y OPS, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, mientras que en la región andina la población de 10 a 19 años constituye el 20% del total. Así por ejemplo, en Ecuador, la tercera parte del total del país está conformada por jóvenes de hogares pobres, lo que influye en el acceso a la salud, la educación, otros servicios, y al ejercicio de sus derechos. Además, la calidad de la educación e información sobre orientación sexual y reproductiva impartidas a las/os adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que eleva sensiblemente el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida.

En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010.

En el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años). Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de

⁴ MOLINA, Pérez R. Embarazo en la adolescencia. *Rev. Ciencia y Salud* 1997; Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.

Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son adolescentes o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales”⁵.

“La educación también juega un papel preponderante: según la Encuesta Condiciones de Vida 2005, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

Existen estudios que muestran que las mujeres que presentan embarazos tempranos tienen la tendencia a tener partos muy seguidos y además a tener familias numerosas.

También se ha encontrado que la maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de ser pobre de 16 a 28%. Por otro lado los niños y niñas nacidos de una madre adolescente tienen significativamente menos probabilidades de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza (Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005. Disponible en: www.ops.org.bo.

Las consecuencias de embarazos no deseados y de abortos inseguros son extremadamente preocupantes. Según algunos investigadores, este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas que no planeaban / deseaban sus embarazos. En Ecuador el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que este terminó en aborto. Además el inicio temprano de relaciones sexuales y el poco conocimiento sobre salud sexual por parte de los adolescentes contribuyen a un incremento en la frecuencia de ITS que pueden llevar a efectos negativos sobre la fertilidad y la salud en general”⁶.

Clasificación: “Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: Adolescencia temprana, media y tardía. Se considera adolescencia temprana cuando una persona tiene entre 10 a 13 años de edad. Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como el monarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La adolescencia media (14 a 16 años), es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo

⁶ Contraception. Issues in Adolescent Health and Development. World Health Organization. 2004. Disponible en www.ops.org.bo.

valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda”⁷.

“En la adolescencia tardía (17 a 19 años), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que:

Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

⁷ TORO, Merlo J.O.: "Embarazo en la adolescente". Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. 2000 ATEPROCA, Caracas, Venezuela. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/embarazo en adolescentes](http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo%20en%20adolescentes).

Factores determinantes en el embarazo adolescente: Existen diversos factores que influyen directa o indirectamente en la incidencia del embarazo adolescente entre los cuales mencionamos a continuación:

Salud infantil y salud materna: Existen evidencias claras que indican que la mortalidad infantil se asocia a la maternidad temprana. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes. En el caso de la mortalidad pos neonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido. La incidencia de tener un hijo de bajo peso es mayor que para los adultos. La mortalidad para la madre, aunque baja es del doble que para una mujer adulta. Se ha asociado al embarazo adolescente con otros problemas médicos como: pobre aumento de peso materno, prematuridad, hipertensión inducida por el embarazo, anemia e ITS. Existe consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Muchos de las/os adolescentes son sexualmente activos. Algunos están casados o tienen una pareja estable, otros están solteros. En otras palabras existen varios grupos de adolescentes con necesidades diversas. A esto hay que sumar el ámbito diverso en que puede desenvolverse cada uno en el plano social, psicológico, emocional, étnico y cultural. Por ejemplo, los grupos de adolescentes de áreas urbanas y rurales diferirán entre sí en cuanto a sus necesidades, actitudes, recursos, conocimientos, etc. Anticoncepción: En relación al tema de anticoncepción (ENDEMAIN 2004) en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la

mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos”⁸.

“La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. En Ecuador la tasa es mayor al promedio regional, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años.

Determinantes de la salud y el embarazo en adolescentes: Respecto a las determinantes de la salud y el embarazo en adolescentes.

El 43% de adolescentes sin educación versus 11% con secundaria completa es madre o está embarazada por primera vez.

Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre, en contraste con sólo una de cada diez de las del mayor nivel de ingresos El total de partos institucionales en adolescentes de 10-19 años fue de 50.350, que representan el

⁸ TORO, Merlo J.O.: "Embarazo en la adolescente". Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. 2000 ATEPROCA, Caracas, Venezuela. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/embarazo en adolescentes](http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo%20en%20adolescentes).

15% del total de partos del país. Del total de niños inscritos, el 12% de recién nacidos fue hijo de adolescentes de 10- 19 años”⁹.

“El embarazo causa 1.15 años de adolescencia perdida en cada mujer”¹⁰.

En el año 2007 el MSP reportó, a través del sistema de información y vigilancia epidemiológica de la muerte materna SIVEMM-MSP , 168 casos de muertes maternas; 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10-19 años (20.8%) y la mayoría se debieron a causas evitables.

Según los datos de la encuesta ENDEMAIN del 2004, el 24% de mujeres en edad fértil sufrió violencia física y 22% psicológica antes de los 15 años, y 3% de jóvenes ha vivido algún tipo de experiencia de abuso sexual.

Hábitos y estilos de vida: Con relación a los hábitos y estilos de vida poco saludables, 62% de adolescentes reconoce haber tomado bebidas alcohólicas por lo menos una vez; la primera vez que se embriagaron tenían como edad promedio 13 años. El 61% fumó por lo menos una vez en su vida y el primer cigarrillo lo encendió a los 13 años. La cuarta parte declaró haber fumado durante el último mes y 5% consumió más de 20 cigarrillos en los 30 días anteriores a la encuesta.

Estudios realizados por el Consejo Nacional de Sustancias Sicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) en el año 2002 demuestran que el 12% de adolescentes consume drogas, y su uso empieza cada vez a edades más tempranas. La edad del primer contacto es precoz: entre los 13 y 15 años, cuando hace una década estaba entre los 16 y 17 años. En los consumidores la droga de

⁹ Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005

preferencia es la marihuana, seguida de los inhalantes y el éxtasis, pero hay quienes optan por mezclar varias sustancias”¹⁰.

“Adolescentes en situaciones de callejización y/o explotación sexual: Desde hace más de una década el problema de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es considerado un tema emergente en la agenda de las Américas, pero sólo en los últimos años ha cobrado relevancia en la consideración político-estratégica de los estados. Investigaciones de organismos no gubernamentales han apuntado que cerca de un 65% de los niños que se encuentra en situación de calle en las capitales de los países de América Latina se envuelven, de un modo u otro, en la explotación sexual. De éstos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución, aunque no de manera sistemática.

La violencia y explotación sexual de niños y adolescentes son problemas de naturaleza compleja y multicausal, en los que intervienen factores económicos, sociales, culturales y políticos, que se reflejan en los procesos educacionales, salud, disciplina y de organización familiar, entre otros.

“Dos de cada tres adolescentes ecuatorianas de 15 a 19 años sin educación están embarazadas por primera vez. En algunos países el número de adolescentes es hasta siete veces más alto que la de aquellas con niveles educativos mayores”¹⁵. Los factores de riesgo siguientes son procesos que se

¹⁰ Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Bogotá D.C. Colombia. Diciembre de 2007. Disponible en www.ops.org.bo.

articulan como estructurales y estructurantes en la construcción de relaciones de violencia, que amenazan o producen efectivamente niños/as y adolescentes víctimas del abuso y explotación sexual: desigualdad, inequidad, desintegración familiar, consumismo, migración rural-urbana, discriminación, abuso sexual intrafamiliar, tráfico de drogas y de seres humanos”¹¹.

“Algunos factores constituyen elementos fundamentales en el fenómeno de la violencia sexual; por ejemplo, la mayor parte de niños/as y adolescentes de la calle que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas del silencio que envuelve la violencia sexual intrafamiliar. Por otro lado, la sociedad adopta una postura de indiferencia o tolerancia, culpa a las propias víctimas, limita el problema al ámbito privado y no lo asume como fenómeno contradictorio en el proceso de formación, civilización y evolución de la sociedad. A la sombra de este muro de silencio e impunidad se crean y fortalecen las redes de explotación sexual comercial.

La pobreza no puede ser considerada un factor de riesgo en sí misma, ya que las víctimas de la violencia sexual no pertenecen únicamente a los estratos pobres, pero genera situaciones de privación y vulnerabilidad que favorecen la explotación sexual de menores. Las investigaciones sobre educación y desarrollo intelectual de las víctimas de la violencia sexual informan que una gran mayoría está fuera del sistema regular de enseñanza o en situación de atraso escolar. Aquellos que van a la escuela tienen bajo rendimiento, más de la mitad repite más de una vez

¹¹ HARTIGAN, P. Gender, environment and health: Incorporating a gender perspective in environmental health. Washington, DC. OPS. 1997

el mismo grado y uno de cada dos abandona la escuela antes de completar el primer ciclo escolar.

Son comunes en este grupo las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, embarazo precoz no deseado, abortos provocados y no asistidos, mortalidad materna, lesiones físicas, deficiencia en el crecimiento (mala alimentación, pérdida del sueño y peso), enfermedades alérgicas y respiratorias y dependencia química, entre otras.

En el aspecto psicológico hay alta prevalencia de depresión y agresividad, muertes violentas y suicidios. Estos factores pueden comprometer el desarrollo de una sexualidad normal y sana y perpetuar la explotación sexual como forma de vida”¹².

“Aunque otras modalidades de violencia (como el abuso sexual intrafamiliar) tienen la misma gravedad y riesgos que la explotación sexual comercial, esta última suma factores adicionales de extrema importancia, en virtud de que se establece mediante relaciones de mercado y trabajo y opera a través de redes mundiales. Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto:

Otras poblaciones vulnerables que merecen atención especial son los refugiados (entre los que hay casi dos millones entre 10 a 14 años); muchos han perdido a uno de sus padres o a ambos, no asisten a la escuela, se inician en la actividad sexual a muy temprana edad con poca o nula protección, y pueden comenzar a

¹² CAMACHO G. Secretos Bien Guardados, jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual. Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer, CEPAM. 2003. Tomados del Manual de Normas de atención integral para los/las adolescentes. 2009.

abusar de sustancias y drogas. Los niños/as y adolescentes son más fáciles de condicionar para ejecutar órdenes que los adultos; en situaciones de tensión son menos capaces de soportar presiones y pueden estar dispuestos a disparar sus armas por cualquier motivo.

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes: La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las adolescentes pertenecen generalmente a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad”¹³.

EL RIESGO BIOLÓGICO

Mucho es lo que se ha escrito en torno al riesgo biológico. Las opiniones son controvertidas y han atravesado por cambios importantes a lo largo de las décadas.

El conocimiento existente dice que la maternidad en la adolescencia conlleva un mayor riesgo biológico para la madre y el hijo: mayor riesgo de padecer hipertensión durante el embarazo, con su máxima expresión: la eclampsia (ataque de convulsiones y coma que puede poner en peligro la vida de la joven). Mayor

¹³ SUAZO, M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Tomado de: Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes Ecuador 2009.

incidencia de anemia, de infecciones, partos anticipados y cesáreas. El recién nacido de madre adolescente tiene menor peso al nacer y mayores dificultades para crecer sano”¹⁴

Pero también es cierto que, desde los clásicos trabajos de Perkins y colaboradores en 1988, se pudo comprobar que las **adolescentes** atendidas en programas especiales, con un buen control prenatal desde el comienzo del embarazo, presentaban resultados perinatales iguales o mejores que los de mujeres de más edad. Pero para ello, la adolescente tiene que iniciar temprano ese control, mediante esta atención es posible corregir oportunamente todos aquellos factores que pueden causar problemas tanto en la madre como en el niño: desnutrición, infecciones, aumento de la presión arterial a causa del embarazo, partos de pre término, retardo de crecimiento intrauterino, enfermedades preexistentes, además de factores sociales y culturales que inciden sobre la adolescente y que no se deben a la adolescencia de la embarazada, incluyendo la accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

Por ende el problema es que la mayoría de las adolescentes embarazadas llega al primer control ya entrada la segunda mitad de su embarazo. El riesgo biológico no provendría de su físico, sino de su comportamiento, propio de una adolescente. El embarazo sorprende a la mayoría de las adolescentes. Es algo que ni ellas ni sus parejas esperaban, aunque

¹⁴ Becher, R. y M.J. Cameiro (1995). Aspectos psicopatológicos y psicodinámicos en la delincuencia juvenil. Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 25, pp.194-203.

tuvieron relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos o por causas coercitivas.

“El descubrir que están embarazadas, el temor a las reacciones que esto generará en muchas de sus familias, el aceptar la idea y pensar en diferentes estrategias para enfrentar la situación; las lleva a preocuparse mucho más por todo esto, sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios tampoco tienen muy claros.

En ocasiones quedan como paralizadas y esperan una especie de solución mágica que llegue desde afuera, sin su intervención. Muchas, temiendo que su familia les imponga abortar, o perder su precario trabajo o su lugar en el Colegio, esperan a que el embarazo sea lo suficientemente avanzado para comunicarlo. Todo lo cual constituye importantes razones para no concurrir tempranamente al centro de salud para su control prenatal.

Hay otra situación que aumenta sin duda los riesgos biológicos del embarazo en la adolescencia: el aborto inducido. Lo primero que se les ocurre a las **adolescentes**, cuando sospechan o confirman que están embarazadas, es “sacarse el embarazo”. Han escuchado que “existe una inyección” que les permite lograrlo. En realidad, se trata de la hemorragia que produce la administración de una determinada dosis de hormonas femeninas cuando una mujer no está embarazada, y eso es interpretado como un aborto. Cuando se enteran de que el aborto solo se puede lograr mediante una intervención quirúrgica, algunas

desisten de la idea. Pero no todas. Y muchas son obligadas por sus padres o su pareja a hacerlo. De acuerdo con el medio donde viven, sus posibilidades económicas, el apoyo que tengan, será la calidad de aborto que se puedan practicar”¹⁵.

La consecuencia directa es que la mortalidad materna por complicaciones del aborto es altísima en la mayoría de los países, aunque las cifras presentan un sub-registro importante. Y en esas estadísticas, no se contabilizan todas aquellas **adolescentes** que tuvieron complicaciones más o menos graves, pero sobrevivieron (Aller Atucha, 1997). Mucho menos es posible conocer los alcances del daño psicológico que esta práctica puede acarrear, aunque haya sido segura desde un punto de vista físico.

LOS ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES

Muchos padres y educadores intentan ayudar y se preguntan qué pueden hacer para ayudar a sus hijos a vivir esta etapa de la vida y prevenir este tipo de situaciones. No podemos olvidar que los adolescentes muchas veces están confundidos y necesitan de alguien que les dirija y oriente, que les ayude y enseñe a tomar decisiones, pero por otro lado debemos considerar el impacto que la noticia del embarazo produce a las adolescentes, las implicaciones económicas, su futuro y el del bebé.

¹⁵ HAMEL P. Embarazo en adolescentes y salud mental. En. Montenegro H y Guajardo H (eds.) Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, 2000.

ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA

La actitud que las **adolescentes** adopten frente a esta circunstancia que les toca vivir, va a depender en gran parte de varios factores, entre ellos: La etapa de la adolescencia que están atravesando; El significado que ese/a hijo/a tenga para ella; El origen del embarazo; Cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse. La etapa de la adolescencia que está atravesando.

No es lo mismo ser madre cuando se tienen 13 años que a los 18. Esto por supuesto varía en las diferentes culturas y sociedades: en aquellas en que las mujeres comienzan a tener hijos muy temprano y la adolescencia no existe tal como se la concibe en la cultura occidental

“En la actualidad, el 80% aproximadamente de los **adolescentes** latinoamericanos viven en áreas urbanas densamente pobladas, y la mayoría de las jóvenes embarazadas de las estadísticas pertenecen a ese sector. Con lo cual se puede asumir que pasarán a comportarse como las **adolescentes** que las rodean en su nueva inserción.

Las posibilidades de aceptar el embarazo y criar al niño, cumpliendo un papel de madre a edades tempranas, serán menor cuanto menor edad tengan. Es fundamental tener en cuenta que una adolescente no madura a la adultez por el

simple hecho de estar embarazada. Seguirá siendo una adolescente, que tendrá que hacerse cargo de un hijo.

Las que están atravesando la primera etapa de la adolescencia (10 a 13 años) suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos. Es a veces muy difícil la atención del parto, pues se descontrolan con facilidad. (Cabe destacar que este grupo es muy pequeño en el total de **embarazos** en la adolescencia y que un porcentaje no bien conocido es fruto de abuso sexual). Como no logran entender lo que les pasa ni lo que les hacen, lo ideal es que participe, en la atención de estos partos, personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda contenerlas y acompañarlas, explicándoles con mucha simpleza cada cosa que se va a hacer. Se debe tener también en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene un parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permite ayudarlas.

A estas edades, en general tienen dificultades para asumir plenamente el cuidado de sus hijos, siendo necesario que estén siempre respaldadas para esta tarea. Muchas veces el niño es criado por la abuela como si fuera hijo de ella y hermano de su madre biológica.

Muy pocas plantean el aborto como opción, y no como idea de ellas sino por presión de los adultos. También les cuesta mucho pensar en entregar al bebé en adopción, propuesta que suele surgir cuando el embarazo es producto de un

incesto. Por supuesto, estarán mejor preparadas aquellas que hayan criado a varios hermanos menores que ellas, situación que es frecuente en familias numerosas de bajos recursos”¹⁶.

Las **adolescentes** de la etapa media (14 a 16 años), suelen sentirse omnipotentes y no le temen a nada. Están mucho más preocupadas por lo que está cambiando su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es bastante común verlas haciendo casi un exhibicionismo de sus vientres, con ropas muy escasas. El clásico “a mí no me va a pasar”, también funciona en estos casos, lo que dificulta su preparación para la maternidad, y cuando comienzan las primeras contracciones suelen asustarse bastante. Pero en general tienen buenos partos, los toleran bien y toman a la crianza inmediata como un juego. Los problemas aparecen después, cuando deben hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo.

El soporte familiar (que incluye al embarazador) con el que puedan contar y el trabajo de los equipos de salud que las acompañen serán los factores protectores que les permitirán llevar adelante la empresa con mejores logros.

“Las adolescentes de 17 años o más-adolescencia tardía-tienen comportamientos muy similares a los de mujeres más grandes. En primer lugar porque muchas de

¹⁶ Frud, A. P.A. Osterrieth y otros (1977). El desarrollo del adolescente. Buenos Aires: Editorial Paidós.
Grupo para el progreso de la psiquiatría (1968). Adolescencia Normal. Editorial Paidós.
http://laborate.usc.es/files/LaboraTe_CINFA_IDEGA.pdf

ellas buscaban tener ese hijo como parte de su proyecto de vida. O aunque no lo buscaran, tampoco les preocupaba demasiado si quedaban embarazadas. Están en general en parejas bastante estables (casadas o no) y si pertenecen a un entorno social en el cual hay una mejor aceptación del embarazo en la adolescencia no se presentan mayores inconvenientes. Las dificultades que pueden tener están relacionadas con sus problemas económicos, pero establecen un buen vínculo con su hijo, lo crían adecuadamente y pueden desenvolverse bastante bien, aun contando con redes de apoyo bastante pobres.

Cuando tienen aspiraciones de seguir estudiando o conseguir trabajos de mejor calidad que les permitan ascender en la escala social o logros personales, recurren a la interrupción del embarazo, generalmente como una iniciativa propia o aceptan tenerlo y criarlo, con una considerable dosis de frustración por la postergación o renuncia a su proyecto personal.

En esta etapa, y sobre todo las que están asistiendo a la escuela, colegio o liceo, o pertenecen a sectores sociales medios y altos, piensan en el aborto como opción (a veces por ellas mismas o presionadas por sus padres y/o el embarazador) y de hecho lo concretan. De acuerdo con su situación económica y el apoyo que tengan de los adultos, podrán acceder a intervenciones (quirúrgicas o con drogas como las prostaglandinas) con menor riesgo para su salud o sus vidas.

EL SIGNIFICADO DEL HIJO

Un hijo puede tener diferentes significados para una mujer, independientemente de su edad y estos pueden ser analizados desde el plano social y el individual.

Desde el ámbito social, en función del significado que el embarazo tiene en los diferentes sectores poblacionales. Desde el individual, de acuerdo con su historia personal, sus fantasías, sus necesidades y deseos.

El embarazo en la adolescencia y los problemas que se vinculan con él tienen características distintas según el sector social donde se manifieste. Es importante conocer estas particularidades, ya que las acciones que se puedan emprender, tanto para la prevención como para la asistencia, deberán tenerlas en cuenta para ser exitosas¹⁷.

Corresponde a las grandes ciudades, en contextos familiares y socioculturales conflictivos en los que se encuentran la inseguridad laboral, la violencia familiar, el abuso sexual y la deserción escolar temprana. En muchos casos se trata de familias o **adolescentes** que han migrado recientemente de sectores rurales, con las consecuencias del desarraigo familiar y social.

El contexto de estas **adolescentes** son sectores sociales populares o medio-bajos, que incorporan la aspiración de que sus hijos completen la escuela

¹⁷ Moragas, Ricardo. Gerontología Social.1991 Editorial Herder, Barcelona.

secundaria y pospongan el embarazo o la unión hasta después de los 20 años. En muchos casos predominan normas contradictorias en los padres respecto al ejercicio de la sexualidad en sus hijos, que obstaculizan la educación sexual y el uso de anticonceptivos, y los exponen al embarazo no deseado.”¹⁸

El significado que se puede atribuir al embarazo en estos sectores es “un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social de la familia”. Las implicaciones que este tipo de evento tiene sobre las jóvenes pueden ser: serios conflictos emocionales como resultado de **embarazos** no **deseados** en medios con fuertes contradicciones normativas; en algunos casos pueden terminar en abortos inducidos, realizados por las jóvenes sin apoyo familiar, en condiciones insalubres; pueden darse uniones tempranas insatisfactorias para ambos miembros de la pareja.¹⁹

En estos casos, la concurrencia al control prenatal comienza cuando la situación del entorno familiar comienza a estabilizarse, en general, de la mitad del embarazo hacia adelante. Hay una mayor conciencia de la importancia del cuidado materno y del niño, lo que, una vez que los **adolescentes** inician los controles, las lleva a realizarlos adecuadamente, salvo que la situación familiar vuelva a desbordarse.

Las familias de sector medio-medio y medio alto aspiran a que sus hijos terminen la universidad, la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por distintos factores que tienen que ver con los

¹⁸ Polletier, Kenneth. Longevidad. Editorial Hispano Europea, Barcelona 1986. Psicoanalítico. Tesis UniValle.

¹⁹ Psicología Gerontológica (1989) Elisa Dulcey Sonia Meluk. Editores Cuadernos de Psicología Vol. 10.

nuevos modos de vida urbana, suelen ser estructuras familiares poco continentales para atravesar la adolescencia de sus hijos. Puede haber también contradicciones normativas entre padres e hijos respecto a la sexualidad o a la anticoncepción, que en algunos casos se manifiestan en presiones inadecuadas de parte de los adultos hacia el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. A pesar de esto, tienen acceso a una educación ya la prevención del embarazo, con lo cual, cuando éste ocurre, tiene un significado de “accidente”.

En general estos **embarazos** terminan en abortos inducidos, muchas veces sin claro consentimiento de la adolescente, o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia.²⁰.

Como se puede ver, no es lo mismo criar un hijo que “es natural que llegue”, que a otro que significa para la madre la posibilidad de salir de un medio familiar violento, al que la compensará de las carencias afectivas sufridas a lo largo de toda la vida, al que venga a “avergonzar” a la familia, o al que condiciona que deba postergar sus estudios o casarse de apuro.

Desde el ámbito individual, el hijo puede significar para la madre varias cosas; Puede necesitarlo para comprobar su fertilidad. Por razones psicológicas profundas puede tener fantasías de esterilidad. Todas las mujeres las tienen en mayor o menor grado, solo que algunas, por diversos motivos, necesitan probar

²⁰ Sánchez Antonio (1982). Imagen y estereotipos acerca de los ancianos en Venezuela. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 14, No. 3, pg. 363-383.

su fertilidad y buscan consciente o inconscientemente un embarazo, aunque no necesariamente implique que también buscan un hijo (Méndez Ribas, 1989).

En **adolescentes** con carencias afectivas desde su niñez temprana, el hijo puede significar “alguien que me quiera como a mí no me quisieron”, “o tener algo mío como nunca tuve”. Esperan que ese bebé sea una fuente inagotable de cariño para ellas y fantasean con un amor incondicional de su parte. Son **adolescentes** que no comunican al padre del bebé que están embarazadas, negándole a los niños su derecho a tener un padre y, a ese padre, el conocer a su hijo. Llegan a negarse que reconozcan al niño o niña legalmente aunque el padre del bebé no esté ya en relación con ellas por temor a que el padre del bebé lo reclame y se lo lleve. Suelen ser **embarazos** producto de una relación más o menos ocasional, que buscaron adrede, eligiendo inclusive características físicas del padre que las satisfaga para que sean heredadas por su hijo.²¹

El hijo como salida de una situación intolerable para ellas. En el marco de hogares violentos, con antecedentes de abuso sexual, o con normas muy estrictas y represivas, el quedar embarazada puede ser el pasaporte para alejarse de una situación que las sobrepasa. El hijo es pensado como un “salvador” que les permitirá librarse de aquello de lo que no pueden salir con una actitud adulta.

El hijo como expresión de un conflicto no resuelto; en ocasiones de pérdidas importantes para ellas (fallecimiento del padre o madre, enfermedad grave, separaciones de los padres, traslado de ellas para estudiar en las grandes

²¹ Dila, Noe (1980). La Adolescencia factores críticas Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 12, No. 3 pp. 441-454.

ciudades) pueden quedar embarazadas, a pesar de tener adecuado conocimiento de medidas preventivas y aun habiendo sido exitosas en su uso previo. El embarazo viene a llenar un vacío que les resulta muy doloroso, y no pueden discriminar entre lo que les ocurre y el alcance de sus actos.

El hijo como salida hacia la vida; en muchas **adolescentes** con enfermedades crónicas graves, que han sufrido durante su vida internamientos, tratamientos complicados o intervenciones y han percibido haber estado cerca de la muerte, el hijo puede significar una esperanza de vida. Lo han expresado con estas palabras: “Si yo me muero, va a quedar algo de mí”. Quizás esto explique lo difícil que es la anticoncepción en estas jóvenes quienes, a pesar de estar sometidas a controles médicos periódicos por su enfermedad y tener la información necesaria, no implementan medidas anticonceptivas, buscando conscientemente un embarazo, aunque sepan lo que esto puede significar para su salud y la evolución de su enfermedad.

EL ORIGEN DEL EMBARAZO

Un embarazo puede ser el fruto del amor de una pareja, el producto de un accidente anticonceptivo, una relación sexual ocasional, en oportunidades, bajo los efectos de la droga o el alcohol o de un abuso sexual o violación. Es obvio que en cada una de estas situaciones, el hijo va a tener un significado muy diferente para la madre, desde el punto de vista emocional y social. Pero desde el punto de vista biológico, será un embarazo que cumplirá con las etapas de rigor: embarazo,

parto y puerperio. Y si la adolescente decide continuar con el embarazo y tener el hijo, es muy probable que su actitud difiera según las circunstancias en que ese hijo fue concebido. La actitud que asuma puede tener influencia sobre los resultados perinatales y sobre el futuro del niño: es muy diferente criar a un hijo que se buscó (consciente o inconscientemente) que a un hijo impuesto por otro (con el agravante de que la mayoría de las veces se trata de un incesto).

El abuso sexual tiene una alta incidencia entre niños y **adolescentes**, sobre todo del sexo femenino: se calcula que, independientemente del estrato social, uno de cada 5 niños ha sido abusado alguna vez en su vida (Intebi, 1997). La experiencia nos muestra que muchos **embarazos** en menores de 13 años son producto de un abuso sexual, perpetrado la mayoría de las veces por el propio padre biológico.²²

El abuso sexual es un secreto celosamente guardado por la víctima y su entorno más cercano. Hace falta a veces un paciente trabajo de equipo interdisciplinario para que la joven pueda confiar y revelar su agobiante secreto. Y es necesario tener la capacitación adecuada para poder brindar algún tipo de respuesta una vez que esto ha ocurrido.

LAS POSIBILIDADES FUTURAS DE LA ADOLESCENTE MADRE

Existe una multiplicidad de factores que inciden en el futuro de una adolescente que se embaraza. Uno de los acontecimientos frecuentemente discutidos es que el embarazo es causa de abandono escolar. En realidad, de acuerdo con el conocimiento disponible y a nuestra propia experiencia,

²² Lechter, Rubén (1984). Aspectos psicológicos de la persona de edad avanzada, Cuadernos de psicología

la adolescente que se embaraza y sigue adelante con el embarazo, ya había abandonado la escuela o colegio antes de embarazarse Sin embargo, estamos asistiendo a un número creciente de adolescentes que se embarazan y están concurriendo a la escuela. Estas jóvenes, que al menos hace unos años habrían sido “invitadas” a abandonar el establecimiento o concurrir a un horario nocturno, hoy en día son aceptadas y pueden continuar con su inserción escolar.

“En Chile hay una experiencia muy interesante al respecto (Molina, 1996): a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y el de Educación, se estableció un liceo en una comuna de muy bajos ingresos del área metropolitana de Santiago, Chile. Este liceo tiene una agenda que contempla el tiempo pre y postparto en el cual la adolescente toma su licencia por maternidad. Posee una guardería (cunero, jardín maternal) para que la joven pueda asistir a clases con su hijo y amamantarlo en los horarios que corresponda. El currículo le permite seguir los estudios de acuerdo con los programas nacionales, pero tiene énfasis en contenidos de educación para la salud, que incluyen la salud sexual y reproductiva. Pueden asistir también los varones **adolescentes** que han sido padres y aquellas mujeres de más de 35 años que tuvieron un hijo en la adolescencia y debieron abandonar sus estudios por ese motivo. En los cuatro años de ejecutado el programa, no se registraron nuevos **embarazos** no planificados entre los asistentes.”²³

Además, si las **adolescentes** se hacen cargo de la crianza del bebé (aun ayudadas por sus padres), difícilmente pueden participar de la vida de sus amigos

²³ Mohan, D. y Otros (1981). Riesgo relativo de uso indebido de drogas por los Money, John (1986) Amor, sexo y Pubertad. Revista Latinoamericana de sexología. Vol. 1, pp 9-15

y compañeros estudiantes, con salidas nocturnas, campamentos, reuniones y todo aquello que hace un estilo de vida adolescente, cualquiera que éste sea el de la cultura en la que viven. Es decir, que sus posibilidades de cumplir regularmente con el programa curricular estarán sujetas a un gran número de contingencias, y lo más probable es la deserción al no poder superar las dificultades.

Otro tanto ocurre con sus posibilidades laborales: de por sí pobres dada su edad y baja capacitación. Las jóvenes suelen estar en relaciones laborales no legales, por lo que fácilmente son despedidas. Si intentan conseguir trabajo, les cuesta mucho, no disponen en general de guarderías donde puedan dejar el niño para ir a trabajar, deben faltar con frecuencia, lo que aumenta las posibilidades de despido y están muchas veces a merced de explotadores inescrupulosos que les hacen trabajar por vivienda (de pésimas condiciones) y comida (de mala calidad).²⁴

En nuestro medio se ve **adolescentes** que van sorteando estas dificultades, retomando la escolarización muchos años después o buscando una capacitación que les permita acceder a mejores trabajos. Pero no es la regla. Si las jóvenes optan por criar el niño, deberán modificar su estilo de vida anterior al embarazo en mayor o menor medida, situación que podrá oscilar entre una aceptación gozosa por el hecho de ser madres, hasta una dosis de frustración muy grande, que repercutirá en el vínculo con su hijo.

²⁴ Morales Bedoya A. y J. A. Vergara (1977). Encuesta sobre Farmacodependencia en la población escolar de Barranquilla. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. VI. No. 3 pp 277-296

Pero, como se dijo al comienzo, la maternidad es una función de la edad adulta, y lo deseable sería que una adolescente no se embarace hasta el momento en que pueda llevar a cabo una crianza sin demasiadas dificultades, disfrutando plenamente de lo que significa para toda mujer ayudar a crecer a su hijo con amor.

ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

“La problemática de la madre adolescente como consecuencia del embarazo, es objeto de estudio y de intervención por parte de la profesión y de los profesionales en Trabajo Social, por cuanto promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y la mejora de la sociedad; para lo cual investiga en el campo de los acontecimientos, utilizando teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales; plantea alternativas de cambio que favorezca a las personas con problemas que limita su desarrollo, como en nuestro caso a las adolescentes, encontrar sentido a su vida; a las familias de ésta mejorar sus interacciones a favor de los que más necesitan de su protección y seguridad; a las instituciones de desarrollo y protección social actuar responsablemente en el cumplimiento de sus objetivos.

El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con entornos conflictivos y de carencias materiales y sociales.

La gestión de las y los Trabajadores Sociales siempre ha estado centrada en el tratamiento de problemas individuales, han sido bastante vulnerables frente a su quehacer profesional en la que se han definido como dadores de soluciones y las personas para las cuales trabajan como desvalidas y poco preparadas para resolver sus problemas y por ende deben recibir lo que les ofrezcan.

Pero hoy desde una nueva visión, las Trabajadoras y Trabajadores Sociales incorporan en su quehacer profesional herramientas metodológicas como la Gerencia, gestión social y el liderazgo como nuevas opciones de intervención que permitan abordar problemáticas de una manera integral con su participación efectiva, para lo cual es preciso que las y los Trabajadores Sociales estén preparados (as) para responder de manera apropiada desde cualquier instancia en que se encuentren cuando las personas revelen actos de violencia, el profesional debe abstenerse de emitir juicios, deben demostrar interés y ser perceptivos, es decir constituirse en actores claves para educar, prevenir, detectar, intervenir, en casos de violencia intra familiar”²⁵.

“Esto significa que no se ha de decir a la paciente que debe hacer, sino más bien se le debe preguntar que ha pensado hacer?, se la debe orientar acerca de cuáles son sus opciones y qué está dispuesta a hacer de inmediato, en caso de que esté dispuesta a hacer algo, ofrecer información rápida y confiable que asegure desde la aplicación del conocimiento y la tecnología más adecuada, la

²⁵ GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

calidad la que se reflejara en la relación humana con que se brindan los servicios, nuestra formación nos permite intervenir en la atención de estos casos, diagnosticando e implementando intervenciones promoviendo procesos de solución de problemas y actuando de mediador en relación al contexto familiar y social.

Otro aspecto fundamental de la intervención es el buen conocimiento, por parte del Profesional, de los servicios con que cuenta la comunidad; servicios que hacen parte integral de la consejería ofrecida en los programas como grupos de apoyo, intervención en crisis, asesoría legal, capacitación laboral, asistencia en refugio y hospedaje, para evaluar los riesgos a que puede estar sometida una vez que abandone la institución como las represalias y las retaliaciones por parte del agresor y los intentos de suicidios u homicidios, se deben preguntar si se siente en riesgo grave. Si esto es así, es necesario creerle y verificar que tiene un lugar seguro a donde ir después de abandonar la institución.

Son todas estas situaciones las que nos ayudado a las y los Trabajadores Sociales a interiorizar y tener más claridad sobre cuál es nuestro rol y responsabilidad frente al problema de la violencia intra familiar, para lo cual la Trabajadora Social o el Trabajador social debe tomar a cargo, la coordinación del tratamiento, la validación social, mediación, negociación y el seguimiento del caso. Si detecta que el maltrato al niño o la Violencia Intra familiar continua debe informar al equipo de trabajo el cual debe resolver que se lo retome o recomienda

otro procedimiento, debe tener presente que al llegar la paciente al departamento de Trabajo Social en busca de ayuda debe priorizar la atención y derivarla al profesional que amerite la primera intervención.

Luego retomar el caso para la respectiva intervención social, para lo cual debemos centrarnos primeramente en la prevención que nos obligan a implementar medidas que actúen sobre las causas que originan el problema.

El Trabajadora Social constituye un apoyo directo a las autoridades que administran justicia en materia de violencia intrafamiliar, son los encargados de elaborar los informes sociales”²⁶.

“El informe social es uno de los instrumentos que le permite al Trabajador Social tener más elementos sobre los hechos denunciados.

La intervención del Trabajador Social puede ser solicitada por cualquiera de los de las partes dentro del período de prueba de oficio, o cuando la autoridad así lo requiera se dispondrá mediante providencia la investigación social.

El Trabajador Social realizará una investigación exhaustiva del caso procurando abarcar todo el contexto familiar y social de las partes en conflicto, con el fíen de

²⁶GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

determinar las relaciones de poder que se dan en este entorno tomando en cuenta lo señalado por la legislación nacional sobre los derechos de las mujeres.

Por todo lo anterior correspondería al profesional Trabajador Social posibilitar y reforzar conductas preventivas y actitudes responsables teniendo como finalidad el desarrollo integral de las adolescentes, con miras a: Elaborar un proyecto de vida; Propiciar un marco de contención en el fortalecimiento del grupo de pares y con el entorno familiar de la madre y el padre del bebé, para una paternidad y maternidad responsable; Atención correcta del hijo; brindar a las adolescentes una posible salida laboral a través de la capacitación en algún oficio para incentivarlas hacia una autonomía propia. Para lo cual debemos:

- A) Fortalecer la integración a la comunidad de las adolescentes.
- B) Propiciar en la familia materna y paterna el desarrollo y refuerzo de los vínculos para que las adolescentes se sientan contenidas en su nuevo rol.
- C) Brindar y reforzar en los adolescentes conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado de su hijo.
- D) Lograr la Reinserción educativa.
- E) Fortalecer en forma integral la valoración y cuidados del cuerpo de la adolescente, redefiniendo e incorporando nuevas conductas en torno a su sexualidad.

- F) Brindar a las adolescentes información y asesoramiento sobre leyes referidas a la procreación como así también a otras problemáticas que afectan a las adolescentes.
- G) Capacitar a las adolescentes en habilidades y destrezas necesarias para ejercer un oficio.
- H) Realizar el seguimiento de las adolescentes en relación al entorno familiar y su inserción laboral.

Los beneficiarios finales de este proyecto serán los niños/as y las adolescentes extendiéndose sus beneficios a la familia, la comunidad y la sociedad en general. Las acciones en su totalidad serán llevadas a cabo en cada Localidad de acuerdo a su realidad”.²⁷

ADOLESCENCIA Y DERECHOS SEXUALES

“La falta de información en las adolescentes sobre sexualidad como derechos humanos; se debe a la poca información, la inadecuada formación humana: formal (aparatos ideológicos, o medios de comunicación formativos) e informal (religión sindicatos, el barrio o comunidad, la familia y los poderes políticos) que impide el desarrollo de actitudes y valores que impactan en el crecimiento personal y social del individuo llegando a ocasionar una gran confusión de conceptos en cuanto a sexo, sexualidad, derechos sexuales, ocasionada por las grandes mafias económicas, que no permiten una completa información, ya que esto perjudica a sus intereses, debido a que el cuerpo es visto como pecado y

²⁷ FERNÁNDEZ L, BUSTOS L, GONZÁLEZ L, PALMA D, VILLAGRAN J, MUÑOZ S. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev Méd Chile 2000; 128: 574-83

utilizado como mercancía ante la sociedad. De igual forma la sexualidad se encuentra manejada por un sin número de mitos y tabúes que impiden una información y comunicación fluida en la familia, donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente, provocando una confusión en las y los jóvenes adolescentes por lo que no hay instituciones que se preocupen por mejorar los roles familiares, dándose un incremento de embarazos no deseados en las adolescentes, causado por el poco interés en el cuidado de su cuerpo y la pérdida de valores.

Los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta y a la actividad sexual, por lo que llegan en muchos casos al tráfico de cuerpos y prostitución corriendo un riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cayendo en un aislamiento, ocasionado por la baja autoestima y depresión impidiendo la formación adecuada y el desarrollo humano de las adolescentes lo que podría además llevarlas incluso hasta la muerte. Por tal motivo es fundamental tener claro los conceptos referentes a la sexualidad humana”²⁸

²⁸ GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

SEXUALIDAD

“Todos somos seres sexuales. Nuestra sexualidad incluye

- nuestros cuerpos y el funcionamiento corporal
- nuestro sexo biológico
- nuestro género: nuestra condición biológica, social y legal como jóvenes, mujeres y hombres
- nuestra identidad de género: nuestros sentimientos sobre nuestro género
- nuestra orientación sexual: heterosexual, homosexual o bisexual
- nuestros valores sobre la vida, el amor y las personas que forman parte de nuestra vida

Nuestra sexualidad influye en cómo nos sentimos con respecto a todas estas cosas y en nuestra experiencia del mundo: influye en nuestros pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones”²⁹.

DERECHOS SEXUALES.

DECLARACIÓN DE DERECHOS SEXUALES

“La sexualidad es una parte integral de la personalidad de los seres humanos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, el cariño y el amor.

²⁹ Ibid

La sexualidad se fundamenta en la interacción de las estructuras individuales y sociales. El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual también debe ser un derecho humano básico.³⁰

1. **“EL derecho a la libertad sexual.** “La libertad sexual reconoce la posibilidad de que todos los individuos expresen plenamente su potencial sexual. No obstante, excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual, en cualquier momento y situación de la vida.

2. **El derecho a la autonomía sexual, la integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual.** Este derecho comprende la capacidad de tomar decisiones autónomas relacionadas con la vida sexual dentro del marco de la propia ética personal y social de la persona. Además, comprende el control y el goce de nuestros cuerpos sin ningún tipo de tortura, mutilación o violencia.

3. **EL derecho a la privacidad sexual.** Este derecho incluye las decisiones y conductas individuales con respecto a la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otras personas.

4. **EL derecho a la igualdad sexual.** Este derecho se refiere a la ausencia de cualquier tipo de discriminación, independientemente del sexo, el género, la

³⁰ UNDURRAGA G. Educación sexual: la polémica continúa. Salud y cambio 1992; 3: 41-3.

orientación sexual, la edad, la raza, la clase social, la religión y las incapacidades físicas y emocionales.

5. **EL derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. **EL derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Los individuos tienen derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. **EL derecho a relacionarse sexualmente con libertad.** Esto significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de relaciones sexuales responsables.

8. **El derecho a tomar decisiones libres y responsables relacionadas con la reproducción.** Esto comprende el derecho de decidir si uno quiere tener hijos o no, la cantidad de hijos y el lapso entre los nacimientos, y el derecho a tener acceso pleno a todo tipo de regulación de la fertilidad.

9. **El derecho a la información sexual basada en la investigación científica.** Este derecho significa que la información sexual debe ser generada a través del proceso de investigación científicamente ética y no comprometida con ningún interés y difundida en forma apropiada a todos los niveles sociales.

10. **El derecho a una educación sexual integral.** Esto es un proceso que dura toda la vida desde el momento del nacimiento y debe incluir a todas las instituciones sociales.

11. El derecho al cuidado de la salud sexual. El cuidado de la salud sexual debe ser accesible para disponer de prevención y tratamiento de toda inquietud, problema y trastorno sexual.”³¹

Para garantizar que los seres humanos y las sociedades desarrollen una sexualidad sana, todas las sociedades deben reconocer, promover, respetar y defender los siguientes derechos sexuales por todos los medios posibles. La salud sexual se logra en un entorno en el que se reconocen, respetan y ejercen estos derechos sexuales.

³¹ <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html> .

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Para brindar sustento científico a la investigación y aportar una mayor comprensión a los resultados de la investigación, se explica detalladamente la metodología de investigación cumplida durante el proceso.

MÉTODOS

Todo el proceso de investigación tuvo como base la aplicación del método científico, mismo que permitió conocer y manera de llegar al problema investigado, y así poder determinar la forma lógica de ordenar las actividades que se cumplieron para la culminación exitosa de todo el proceso investigativo.

Método inductivo - deductivo: Hizo posible elaborar el marco teórico, que comprende la revisión de literatura relacionada a los principales aspectos de la Educación Sexual y la gestión del Trabajador Social.

Método Analítico-sintético: Fue de utilidad para interpretar la información obtenida y de esta manera determinar la situación real de las causas y consecuencias del embarazo en las adolescentes, información que permitió establecer las conclusiones y sobre esta base diseñar la propuesta tomando en cuenta los objetivos planteados.

TÉCNICAS

Se utilizaron las siguientes técnicas:

Observación: Para evidenciar el comportamiento de quienes forman parte de los sujetos investigados (mujeres adolescentes).

Encuesta: Se aplicó a las adolescentes que acuden al Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, con la finalidad de obtener información confiable, misma que sirvió para definir la gestión que el Trabajador Social debe asumir frente a la prevención del embarazo adolescente en el área y segmento de estudio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Hay un Aproximado de 530 adolescentes que asisten a diario al Hospital General Isidro Ayora, de las cuales el 13% son adolescentes (entre 12 y 17 años con 11 meses), por lo tanto se consideró el 52.2% para realizar el trabajo investigativo dándonos un total de 36 adolescentes.

Muestra:

Sobre esta base, se procede a determinar la muestra. Siendo que la cantidad de adolescentes no es numerosa, se toma de decisión de trabajar con toda la población, esto es 36 adolescentes (sexo femenino entre 12 y 17 años con 11 meses) a los cuales se realizarán la encuesta respectiva.

PROCESO UTILIZADO EN LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En primer lugar se procedió a identificar a las mujeres de parto en las que existían mujeres adolescentes; una vez identificadas, se solicitó permiso al paciente para ejecutar la encuesta; una vez concedido dicho permiso, se procedió a aplicar una encuesta guiada (explicar la encuesta) con la finalidad de lograr consistencia en las respuestas y no permitir preguntas sin respuesta.

Tabuladas las encuestas e identificadas las puntuaciones correspondientes, se procedió a obtener totales, cuidando que no existan inconsistencias. La expresión en porcentajes, permite establecer un índice comparativo sobre cien puntos lo cual también posibilita hacer comparaciones entre diversos grupos.

La tabulación de la información se la organiza en tablas a través de frecuencias y porcentajes y luego se realizan representaciones graficas de las mismas.

e. RESULTADOS

ENCUESTA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.

1. HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL, ¿DÓNDE?

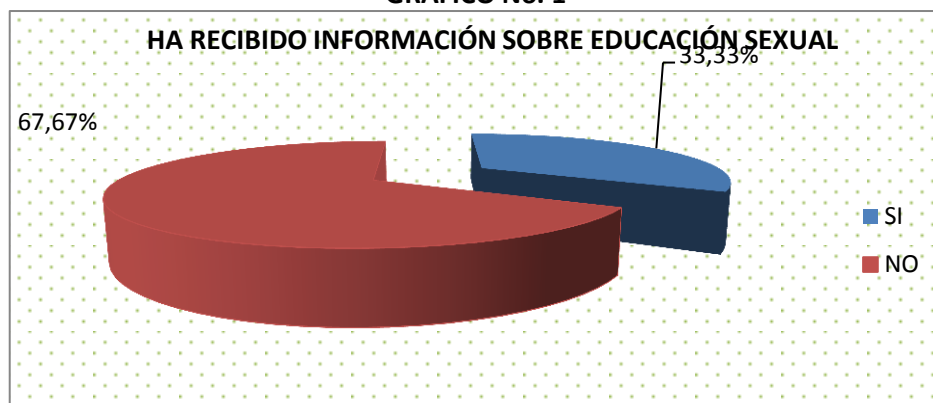
CUADRO No. 1

Variables	Frecuencia	%
NO	24	67.67%
SI	12	33.33 %
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores. 2014

GRÁFICO No. 1



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores. 2014

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

De las 36 adolescentes encuestadas, 67.67% no han recibido ningún tipo de información sobre educación sexual, mientras que el 33.33% si ha recibido información sobre sexualidad.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Según el grupo etario de las adolescentes atendidas en el Hospital General Isidro Ayora se puede comprobar que un alto porcentaje de las adolescentes no han recibido información sobre educación sexual en sus hogares ni en sus establecimientos educativos, la desinformación se convierte en una causa para que se produzca el embarazo no deseado en las adolescentes.

2. DENTRO DE SU HOGAR USTED DIALOGA CON SUS PADRES TEMAS SOBRE SEXUALIDAD.

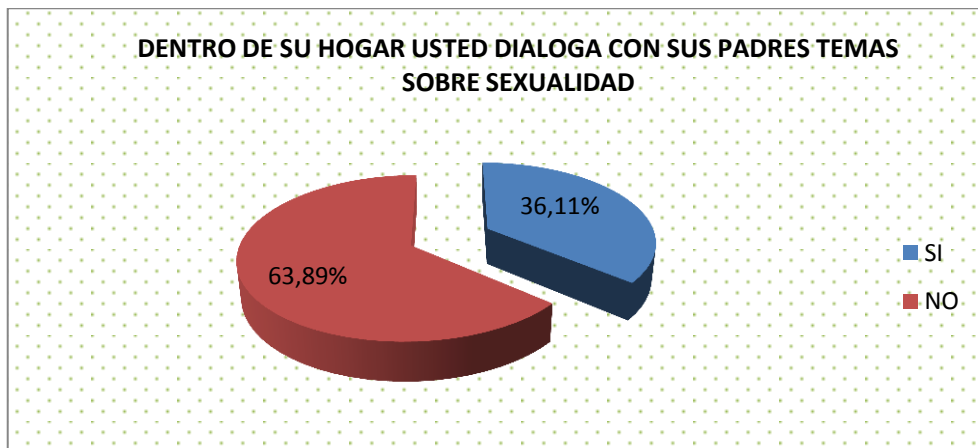
3. CUADRO No. 2

Variables	Frecuencia	%
NO	23	63.89%
SI	13	36.11%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

GRÁFICO No. 2



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores. 2014

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

De los resultados del cuadro dos se puede comprobar que un 63.89% manifiestan que no dialogan con sus padres sobre temas de sexualidad, mientras que el 36.11% tienen una orientación adecuada sobre la sexualidad, dentro de sus hogares.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Se puede evidenciar según los resultados que la mayoría de las adolescentes no dialoga con sus padres sobre temas de sexualidad, esto no lo hacen por temor a ser reprendidas por sus padres o por vergüenza ya que la mayoría de las adolescentes prefieren enterarse muchas de las veces por medios no permitidos y eso influye en gran parte a su educación sexual

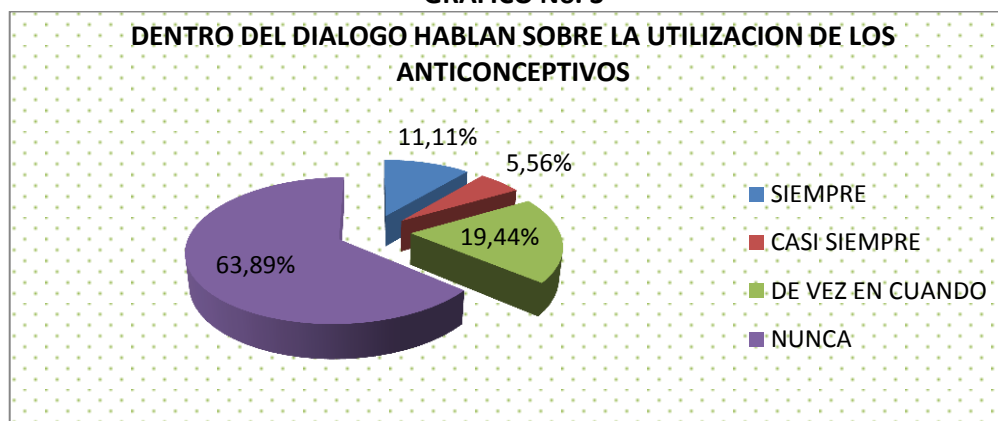
4. ¿DENTRO DEL DIALOGO HABLAN SOBRE LA UTILIZACION DE LOS ANTICONCEPTIVOS?

CUADRO No. 3

Variables	Frecuencia	%
Siempre	4	11.11%
Casi siempre	2	5.56%
De vez en cuando	7	19.44%
Nunca	23	63.89%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.
Elaborado por: Los autores 2014.

GRÁFICO No. 3



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.
Elaborado por: Los autores. 2014

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

Del cien por ciento de las adolescentes embarazadas encuestadas podemos conocer que el 63.89% nunca hablan sobre el tema de la utilización de anticonceptivos en el hogar, mientras que un 19.44% lo hacen de vez en cuando, así mismo un 11.11% siempre lo hacen del tema y tan solo un 5.56% lo hacen casi siempre.

ANÁLISIS CUALITATIVO

La mayoría de padres de familia al no poder llegar con una información clara para sus hijos e hijas no hablan sobre métodos anticonceptivos, limitándolos de esta manera a que ellos se prevengan de embarazos y enfermedades de transmisión sexual en pareja.

5. ¿CUAL CREE USTED QUE SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA?

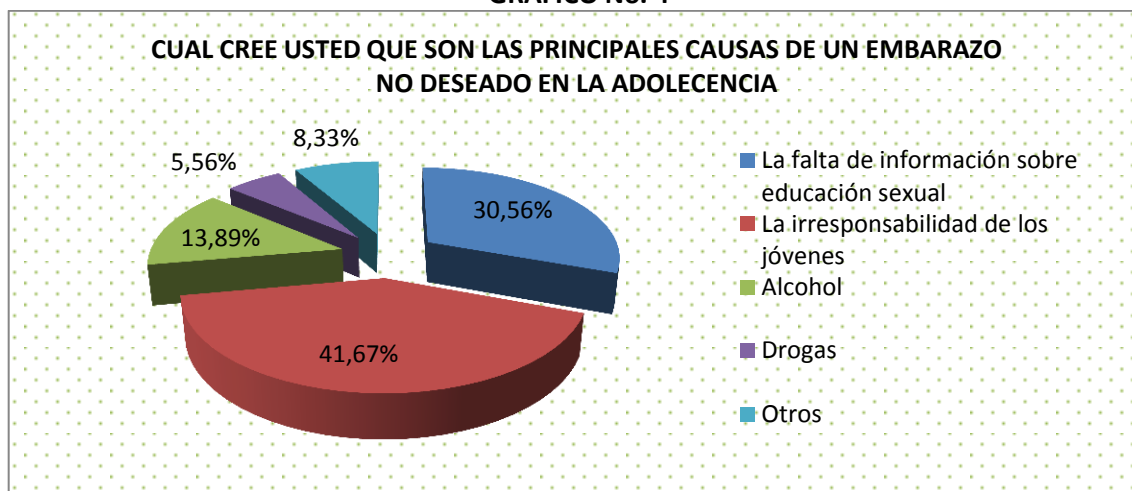
CUADRO No. 4

Variables	Frecuencia	%
La falta de información sobre educación sexual	11	30.56 %
La irresponsabilidad de los jóvenes	15	41.67 %
Alcohol	5	13.89 %
Drogas	2	5.56 %
Otros	3	8.33 %
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

GRÁFICO No. 4



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

Inmediatamente de investigar sobre las causas de su embarazo en las adolescentes el 41.67% manifiesta ser por su propia irresponsabilidad, el 30.56% afirma que es por la falta de información, el 13.89% se dan embarazos por encontrarse en estado etílico, el 8.33% se dan por otras causas como falta de afectividad, curiosidad, etc. Y un 5.56% se da por causas de uso de drogas.

ANÁLISIS CUALITATIVO

La situación de irresponsabilidad en la adolescencia es una de las características de esta etapa, al descubrir su propia sexualidad mantienen relaciones sexuales irresponsablemente sin medir las consecuencias, llevándoles esto a que se trunquen sus aspiraciones en su vida estudiantil y familiar.

6. ¿EN QUÉ ESTATUS SOCIAL PIENSA USTED QUE SON MÁS COMUNES LOS EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES?

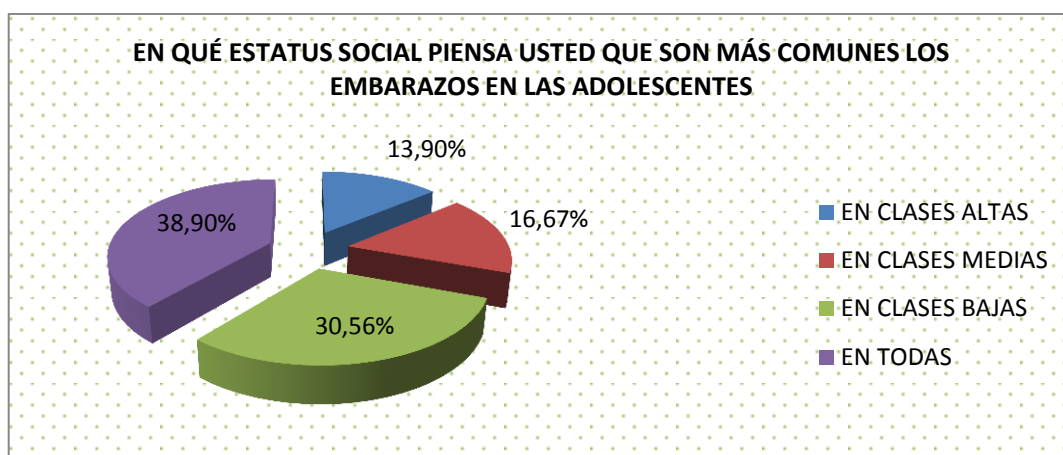
CUADRO No. 5

Variables	Frecuencia	%
Estatus Social Alto	5	13.90%
Estatus Social medio	6	16.67%
Estatus Social bajo	11	30.56%
En todos	14	38.90%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

GRÁFICO No. 5



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

En cuanto a la incidencia de embarazos en las adolescentes de acuerdo a su estatus social, un 38.90% responden que esto se da en todos, el 30.56% en las clases bajas, el 16.67% en las clases medias y un 13.90% en las clases altas.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Se demuestra claramente que los embarazos en las adolescentes se dan en todos los estatus sociales, poniendo en claro que esto no se debe a la situación social o económica de las familias.

7. AL DARSE CUENTA USTED DE SU EMBARAZO CUAL FUE SU PRIMERA REACCIÓN

CUADRO No. 6

Variable	Frecuencia	%
Se sintió incapaz y pensó en abortar	3	8.33 %
Comunicar a su familia de su embarazo	2	5.56 %
Dialogaría con su pareja sobre su embarazo	20	55.56 %
Pensó en escapar de su hogar al encontrarse embarazada	11	30.56 %
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores

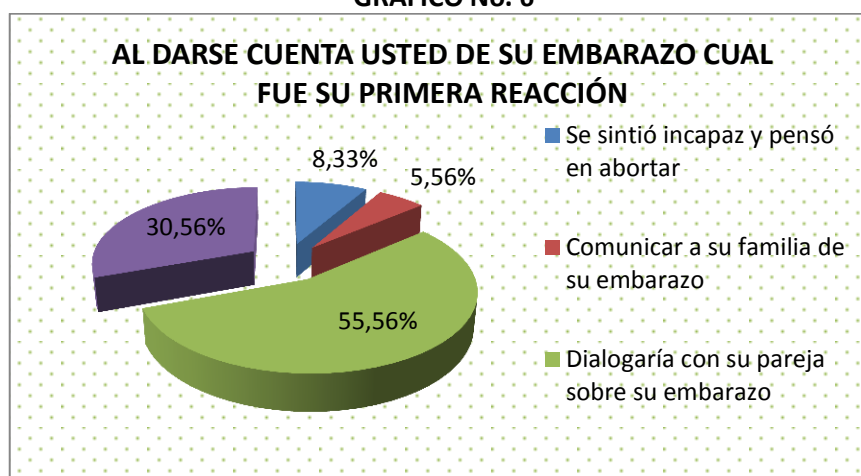
INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

En cuanto a la reacción que tuvieron las jovencitas al verse embarazadas, un 55.56% manifiestan haber dialogado con su pareja sobre su embarazo, el 30.56% han pensado en escaparse al encontrarse embarazadas, el 8.33% se sintieron incapaces y pensaron en abortar y el 5.56% han comunicado a su familia de su embarazo.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Según los resultados obtenidos, la mayoría de adolescentes al encontrarse embarazadas su primera reacción es acudir a su pareja con el fin de recibir un apoyo, buscar estabilidad o resolver “el problema” de su embarazo.

GRÁFICO No. 6



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

8. AL TENER UN HIJO SIENDO ADOLESCENTE CUALES CREE QUE SERÍAN LAS CONSECUENCIAS O LIMITACIONES PARA SU DESARROLLO.

CUADRO No.7

Variable	Frecuencia	%
Terminar siendo madre soltera	9	25.00 %
No culminar con sus estudios	11	30.56 %
Ser dependiente de los padres	10	27.79 %
Obligada a casarse	6	16.65%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores

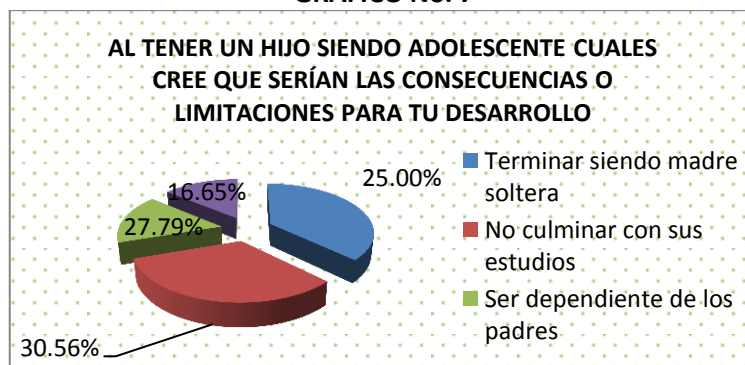
INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

El cuadro número 7 nos indica que once de las adolescentes por su embarazo no culminan sus estudios y están representados con el 30.56%, nueve adolescentes terminan siendo madres solteras que están representadas con el 25%, mientras que diez jovencitas pasan a ser dependientes de los padres representadas con el 27.79% y las seis restantes los padres las obligan a casarse representando un 16.65%.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Se puede notar de acuerdo a los datos obtenidos que la mayoría de encuestadas consideran que no culminan sus estudios por encontrarse en estado de gestación, renunciando al derecho de la educación, por temor a ser discriminadas o rechazadas por la comunidad educativa a la que pertenecen.

GRÁFICO No. 7



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014.

9. HA RECIBIDO RECHAZO O DISCRIMINACIÓN POR PARTE DE SU FAMILIA O SOCIEDAD FRENTE A SU EMBARAZO

CUADRO No. 8

Variable	Frecuencia	%
SI	20	55.56%
NO	16	44.44%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores

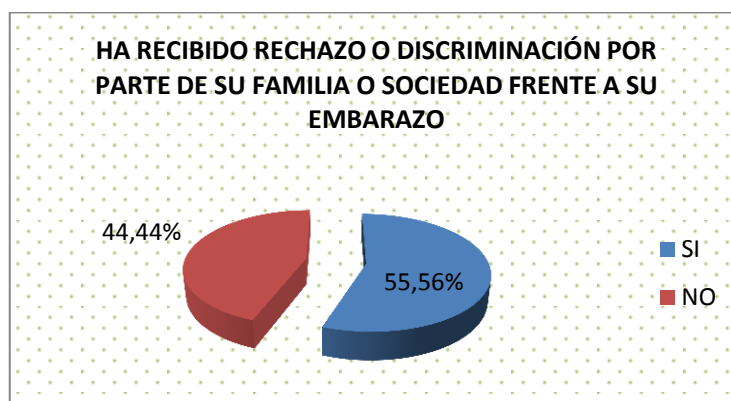
INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

Luego de haber aplicado la encuesta, con respecto a la interrogante del rechazo o discriminación por parte de sus familiares o sociedad frente a su embarazo el 55.56 % responden que si han tenido que pasar por esa aislamiento y el 44.44% responde que no han pasado por tal experiencia.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Se evidencia claramente de acuerdo a los resultados, que la mayoría de adolescentes al estar embarazadas han recibido muestras de rechazo o discriminación por parte de la sociedad, incluso de sus padres y familiares; esto influyendo es su situación emocional y de conducta.

GRÁFICO No. 8



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014

10. PIENSA USTED QUE EXISTEN DAÑOS PSICOLOGICOS Y DE SALUD EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

CUADRO No. 9

Variable	Frecuencia	%
NO	11	30.56 %
SI	25	69.44%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores

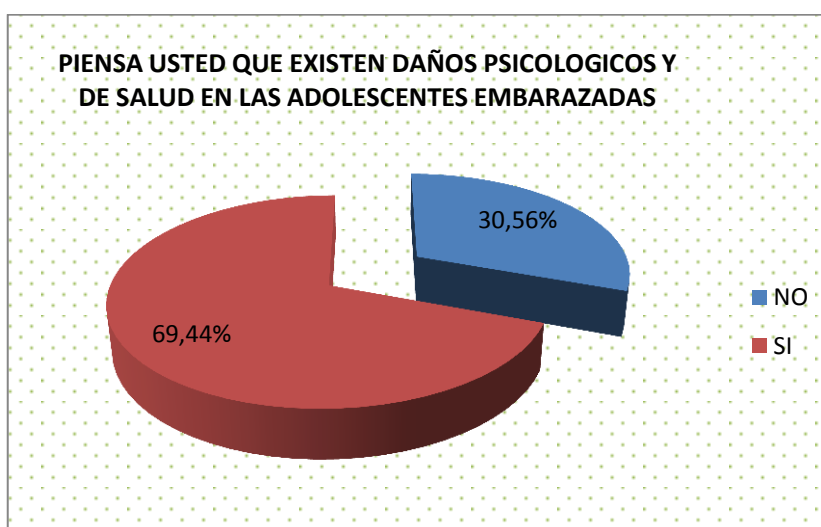
INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

Acerca de los daños psicológicos y de salud en las adolescentes embarazadas, podemos indicar que un 69.44% piensan que si existe daño alguno, mientras que el 30.56% dicen que no existen daños psicológicos y de salud

ANÁLISIS CUALITATIVO

Es evidente que la gran mayoría consideran que si existen daños en su salud y daños psicológicos debido al resultado de las presiones sociales, psicológicas y familiares que provoca el embarazo en la adolescencia, haciendo necesaria la intervención de los profesionales para brindarle una estabilidad emocional y de cuidados especiales en esta etapa.

GRÁFICO No. 9



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014

11. ¿CONOCE USTED LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDE TENER UN EMBARAZO PREMATURO EN LAS ADOLESCENTES?

CUADRO No. 10

Variable	Frecuencia	%
SI	15	30.56 %
No	21	69.44%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores

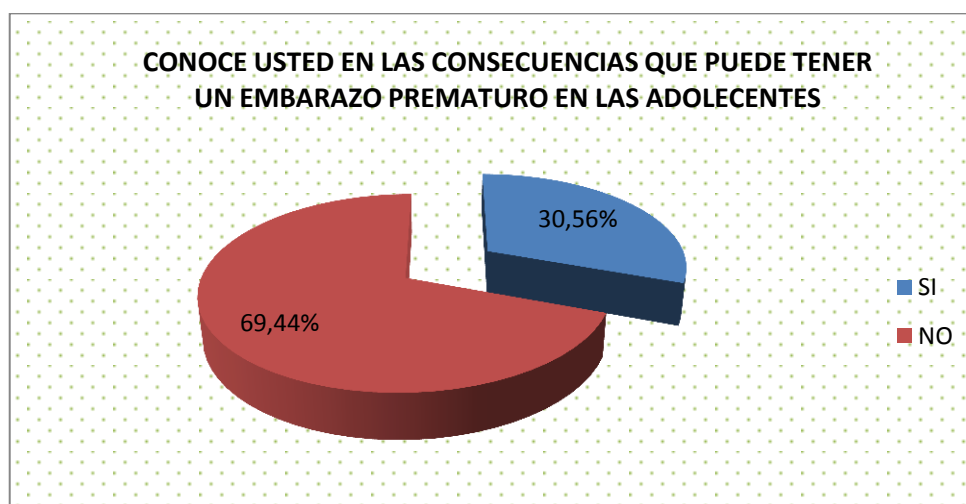
INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

En cuanto a las consecuencias que puede tener un embarazo prematuro en las adolescentes, el 69.44% responden que no, porque desconocen tales consecuencias y el 30.56 % responden que si existen muchas consecuencias.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Claramente se evidencia que las adolescentes embarazadas desconocen sobre las consecuencias que puede tener un embarazo prematuro, esta falta de información conlleva a que la mayoría de las adolescentes no lleven con responsabilidad y seriedad el proceso de gestación y cuidados especiales que debe tener, con el fin de evitar los trastornos de su salud y la del feto.

GRÁFICO No. 10



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.

Elaborado por: Los autores 2014

12. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE BRINDARLES CHARLAS DE EDUCACION SEXUAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES?

CUADRO No. 11

Variable	Frecuencia	%
Importante	33	91.67 %
Poco Importante	2	5.56 %
Nada importante	1	2.77%
Total	36	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.
Elaborado por: Los autores

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

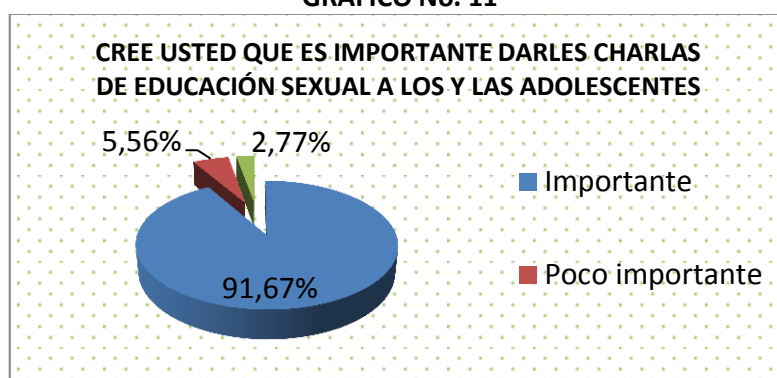
Del total de encuestadas, el 91.67% consideran que es de suma importancia que existan charlas de educación, un 5.56% lo consideran poco importante y el 2.77% que es un porcentaje mínimo aportan que no es importante.

ANÁLISIS CUALITATIVO

De acuerdo a los resultados claramente se demuestra que es muy importante brindar charlas de educación sexual a los y las adolescentes ya que los orientarían en cuanto a los tipos de relaciones como: familiares, de pareja y amigos.

Estas charlas les permitirán un desarrollo sexual sano y responsable, con resultados positivos, ayudándoles a tomar decisiones acertadas en cuanto a su vida sexual.

GRÁFICO No. 11



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes.
Elaborado por: Los autores 2014

g. DISCUSIÓN

Para evidenciar la existencia de la problemática del embarazo en adolescentes se realizó una investigación con el fin de conocer los factores que influyen en el problema planteado.

Con todos los resultados obtenidos en el Hospital General Isidro Ayora podemos visualizar que existe una alta incidencia de embarazos en adolescentes, situación que se presenta principalmente por la actitud irresponsable propia en la etapa de la adolescencia, sumada a la escasa información sobre sexualidad, tanto en los establecimientos educativos como en sus hogares. Así mismo pudimos evidenciar la falta de confianza de los hijos con sus padres por lo que existe un ausencia de diálogo en temas de educación sexual y la utilización de anticonceptivos para la prevención de un embarazo no deseado, así como también esta falta de información que carecen los adolescentes, no les permite conocer los riesgos que conllevan los embarazos prematuros, evidenciado que este problema no solo se presentan en una parte de la sociedad si no en todo estatus social.

Las adolescentes al encontrarse embarazadas acuden principalmente a su pareja buscando un apoyo para enfrentar su problema, con el fin de no quedar solas durante su gestación, además ellas se ven obligadas a abandonar sus estudios, llevando esto a la discriminación social y familiar; esto conlleva a que las adolescentes enfrenten problemas de salud y psicológicos poniendo en riesgo la salud propia y de su futuro bebe.

Situación que permite a los y las profesionales en las diferentes áreas y en especial a los trabajadores sociales brindar el apoyo y la información necesaria para evitar los embarazos en las adolescentes.

h. CONCLUSIONES

Luego de haber culminado el trabajo investigativo se obtuvo las siguientes conclusiones:

- Adolescentes que asisten al Hospital General Isidro Ayora no han recibido la información necesaria acerca de educación sexual tanto en sus hogares como establecimientos educativos, sumado a la falta de diálogo entre padres e hijos sobre el tema y el uso de anticonceptivos.

- La irresponsabilidad en las y los adolescentes les ha traído un sinnúmero de conflictos de salud y emociones, los mismos que los lleva al abandono de sus proyectos de vida y estudios, viéndose truncados por un embarazo no deseado.

- La acción del departamento de adolescentes del Hospital General Isidro Ayora es limitada ya que no cuenta con personal suficiente y material didáctico para brindar una información eficaz y eficiente a los y las adolescentes, como lo manifiesta el director de esta sección.

i. RECOMENDACIONES

A continuación sugerimos las siguientes recomendaciones que aporten a solventar la problemática analizada y garantizar una formación integral que a su vez sea para las adolescentes garantía de una vida plena.

- A los padres de familia, que vean a sus hijos como verdaderos amigos, con el fin de mantener un lazo de confianza que les permita dialogar sobre temas de educación sexual y así evitar que sus hijos se conviertan en padres adolescentes.

- A los y las jóvenes de hoy en día, que actúen con responsabilidad teniendo en cuenta que sus acciones traerán consecuencias que repercutirán en su vida de manera positiva o negativa.

- Que la propuesta planteada a los adolescentes y padres de familia del Hospital Provincial General Isidro Ayora sea ejecutada y sirva de punto de partida en la prevención de los embarazos en los y las adolescentes.

1. PROPUESTA

1.1. TITULO DEL PROYECTO

- LA GESTIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

1.2. GRUPO META

- Adolescentes y Padres de Familia.

1.3. LOCALIZACIÓN

- Hospital Provincial General Isidro Ayora

1.4. JUSTIFICACIÓN

Cotidianamente en nuestra práctica como Trabajadoras Sociales nos encontramos con la realidad de las adolescentes embarazadas, jóvenes entre 12 y 17 años, cuya problemática social, familiar y de pareja requieren de intervenciones planificadas, pensadas, comprometidas, que brinden posibles soluciones o respuestas a las necesidades que las jóvenes plantean; este es el caso de la problemática detectada en el lugar donde se desarrolla la presente investigación.

Se visualiza la necesidad de que las adolescentes sean reconocidas como sujetos de derechos y con responsabilidades, capacidad para opinar y participar activamente en los asuntos que les competen, tanto individuales como sociales. Ello supone reconocer la capacidad y el derecho de las personas adolescentes, para ejercer su sexualidad en forma autónoma y responsable.

El estudio previo, realizado en la presente investigación respecto del embarazo adolescente, nos permite destacar los siguientes hallazgos: a) no han recibido información sobre educación sexual. b) dentro de su hogar no hay diálogo con sus padres en temas sobre sexualidad y c) serían las consecuencias o limitaciones para su desarrollo, influidas por los mensajes distorsionados que se emiten a través de los medios de comunicación en especial la televisión.

De estos aspectos, destacamos la mala calidad de la información sobre sexualidad que obtienen las adolescentes, misma que está incidiendo para que las adolescentes se inicien en actividades sexuales a temprana edad, con las respectivas consecuencias sociales, físicas, psicológicas y económicas, surgiendo entonces la necesidad urgente de enfrentar esta circunstancia que está afectando a las familias y que tiene repercusiones en la sociedad en general, de ahí que por humanidad y responsabilidad, no es posible permanecer inmóviles.

1.5. OBJETIVOS

General

Aportar a la formación integral de las adolescentes, para que éstas vivan una sexualidad liberadora y responsable, siendo que la sexualidad es parte de la personalidad de los individuos.

Específicos

- Diseñar estrategias para informar y educar a las adolescentes en aspectos de salud sexual.
- Informar y educar a los padres en ámbitos de sexualidad
- Crear vínculos entre la comunidad y los organismos que tienen que ver con la salud sexual.

1.6. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Resulta útil describir en primer lugar lo que hace el Trabajador Social y cómo interviene en su práctica diaria. Si bien éstas intervenciones no son exclusivas del trabajo con adolescentes, la complejidad de la problemática abordada en la presente investigación hace que prioritariamente nos referirnos a ellas.

Las formas de intervención del Trabajador Social con adolescentes pueden ser numerosas y variadas, y tienen como finalidad modificar y/o abrir posibilidades de resolución en la situación de las adolescentes.

La selección de las intervenciones se realiza teniendo en cuenta:

- 1) La situación de la adolescente
- 2) Las posibilidades de la o las instituciones.

En el encuentro con la adolescente, el profesional deberá confeccionar la Historia Social, instrumento que permite conocer la situación en la que la adolescente se encuentra, su historia, sus vínculos familiares, aspectos socio-económicos de su entorno, etc. La misma permite arribar a un diagnóstico social, que orientará posteriormente las intervenciones del profesional. En la práctica cotidiana, ésta intervención puede abordarse de dos maneras:

- A. Intervenciones Directas
- B. Intervenciones Indirectas

A. Intervenciones Directas

Serán las que se dan entre la adolescente y el Trabajador Social en una relación cara a cara. Dentro de este grupo se incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Clarificación

Este tipo de intervención se empleará frecuentemente en las primeras entrevistas con las adolescentes, quienes muchas veces presentan sus situaciones en forma desordenada, confusa y cargadas de angustia. El Trabajador Social a través de la observación, la escucha y mediante un interrogatorio adecuado, posibilitará que la adolescente exprese su situación de una manera más clara y ordenada. Un interrogatorio pertinente permitirá abordar puntos que la adolescente no consideró importantes u omitió, permitirá abrir diferentes perspectivas de análisis de la situación explorando posibles soluciones.

La clarificación persigue dos objetivos: por un lado, que la adolescente explore por sí misma los diferentes aspectos de su situación, y por otro, permite al Trabajador Social comprenderla.

2. Apoyo

Este tipo de intervención persigue fortificar a la adolescente como persona, disminuyendo los efectos paralizantes de su ansiedad y movilizarla para modificar su situación. Se trata de aliviar a la adolescente, constatar con ella las dificultades que enfrenta y el sufrimiento que ellas experimentan, reconocer los esfuerzos que ha desplegado para encontrar soluciones y destacarlos en sus aspectos positivos y dinámicos, le ayuda a tener una mejor imagen de sí misma y le devuelve la seguridad en cuanto a su capacidad para resolver sus problemas..." (De Robertis C, 1981).

3. Informar-Educar

Frecuentes son las situaciones en las que se deberá brindar información a las adolescentes, quienes muchas veces están mal informadas o en algunos casos desconocen completamente ciertos temas. El Trabajador Social puede aportar conocimientos en distintos campos (legislación social, derechos del usuario, recursos, organismos existentes y su utilización, así como también lo

concerniente a temas relacionados con Educación para la Salud: lactancia materna, planificación familiar, etc.), intentando con ello orientarlas en la resolución de sus problemas.

4. Control

Las diversas circunstancias familiares, sociales, de pareja que vive la adolescente embarazada pueden en algunos casos, hacerla vulnerable y exponerla a situaciones de riesgo, poniendo en peligro su propia integridad y la de su hijo.

Las intervenciones de control abren la posibilidad de detectar y localizar precozmente la problemática que atañe a la adolescente, instrumentando acciones anticipatorias y preventivas que tiendan a evitar deterioros mayores. En este tipo de intervenciones, el Trabajador Social realizará un trabajo de seguimiento utilizando ciertas normas, pautas y límites, previamente acordados con la asistida.

B. Intervenciones Indirectas

Dentro de este grupo se incluyen todas las tareas previas, simultáneas y/o posteriores al encuentro con la adolescente, acciones que se realizan sin la participación activa de la misma.

Este tipo de intervenciones son numerosas y variadas y ocupan gran parte del tiempo del Trabajador Social, siendo las que le permiten, en última instancia, llevar a cabo intervenciones directas pensadas y eficaces.

Es de recalcar que algunas intervenciones directas, por ejemplo la asistencia material en sus distintas formas, dan también lugar a una serie de intervenciones indirectas: contactos y gestiones ante distintos organismos, redacción de informes

o historias sociales, o actividades que se desarrollan bajo la forma de reuniones de supervisión, trabajo en equipo con otros profesionales, planificación de las actividades a llevar a cabo, etc.

Entre estas intervenciones podemos destacar:

- **Programación y planificación de intervenciones directas**: esta forma de intervención agrupa todas las acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención con las adolescentes, y es empleado en el trabajo cotidiano con individuos, familias y grupos.

La planificación debe concebirse como una estrategia que guía todo proceso de intervención profesional. Ante una situación individual o familiar el Trabajador Social debe: identificar el/los problema/s que la adolescente plantea intentando superar el nivel de la demanda; jerarquizarlos basándose en determinados criterios (magnitud, urgencia, conciencia del problema, etc.); determinar cuál será el objeto de la intervención profesional; establecer los recursos institucionales con los que cuenta; relevar los recursos de otros organismos e instituciones; seleccionar diferentes alternativas de acción; evaluar resultados, etc.

- **Intervenciones en el entorno de la adolescente**: El entorno está constituido por las personas cuya relación es significativa para la adolescente. Puede tratarse de allegados (familia, amigos), vecinos e incluso personas que pertenecen a otras instituciones con las cuales la adolescente se relaciona (escuela, iglesia, etc.). Este entorno será empleado por los Trabajadores Sociales, muchas veces, para recabar mayor información respecto de la situación que vive la adolescente, completando y/o ampliando el diagnóstico de la misma. Otras veces será utilizado como estrategia de intervención ya que puede aportar su ayuda, apoyo, y prestar sus servicios en las dificultades que enfrenta la adolescente.

- **El trabajo en equipo:** La complejidad creciente de los problemas y de las demandas sociales hace que en oportunidades la respuesta de una sola disciplina no sea suficiente y que entonces se deberá recurrir al trabajo interdisciplinario como forma de abordar integralmente las situaciones de las adolescentes.
- **El trabajo en redes sociales:** Las diversas problemáticas sociales que presentan las adolescentes, muchas veces, no pueden ser respondidas por una persona o institución exclusivamente, requiriéndose un esfuerzo de coordinación con otras instituciones u organismos que puedan canalizar adecuadamente las mismas. La coordinación entre instituciones, a través del trabajo en redes sociales, posibilita un abordaje integral de los problemas.
- **Intervenciones ante los organismos sociales:** son aquellas intervenciones que se llevarán a cabo ante los organismos sociales con la finalidad de obtener un beneficio social para una adolescente y su pedido, principalmente para lograr el reconocimiento de un derecho o de una prestación, y que, en general, se concentra en gestiones de carácter administrativo.

1.7. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS

Las estrategias de intervención del Trabajador Social buscan vincular a las adolescentes, sus familias y organizaciones que tienen que ver con las adolescentes y su salud sexual (APROFE, Fundación Espacios) de tal forma que se enfrente el problema actual, pero sobre todo se generen actividades que enfoquen en la prevención del embarazo adolescente.

OBJETIVOS	ESTRATEGIA	POLÍTICAS	PROCEDIMIENTO	COSTOS en dolares
Informar y educar a las adolescentes en aspectos de salud sexual.	Diseñar y organizar charla sobre planificación familiar.	Seleccionar profesional especializado en el tema.	Convocar a adolescente por intermedio de la escuela del lugar.	20.00
	Incentivar la participación a través de un aperitivo.		Convocar a padres de familia por intermedio del párroco del lugar.	
Informar y educar los padres de familia en aspectos de sexualidad	Diseñar y organizar charla sobre violencia intrafamiliar.	Seleccionar profesional especializado en la temática a tratarse.	Convocar a padres de familia por intermedio del párroco del lugar.	20.00
	Incentivar la participación a través de un aperitivo.			
Crear vínculos entre los organismos que tienen que ver con la salud sexual.	Gestión ante directivos del centro médico APROFE de la ciudad de Loja.	Aprontar la problemática de manera participativa e interdisciplinaria	Remitir solicitud por escrito.	15.00

ESPECÍFICOS				
Involucrar comunidad de cada parroquia	Gestión ante el presidente de cada barrio.	Aprontar la problemática de manera participativa e interdisciplinaria	Remitir solicitud por escrito.	6.00
Involucrar a los padres de familia.	Gestión ante el presidente de padres de familia de la escuela	Aprontar la problemática de manera participativa.	Hacer llegar invitación por escrito	6.00

j. BIBLIOGRAFÍA

- Adolescentes, parte I y parte II Boletín de Estupefacientes. Vol. 33 No. 1 y 2 pp. 2-9 y pp. 33-41.
- Alberastury, Arminda y M. Knobel (1999). Adolescencia Normal Buenos Aires Editorial Paidós
- Álvarez, Lajonchere Celestino. El Embarazo en la adolescencia. Editorial científica táctica. La Habana 1995.
- Arias, Jhydee Ximena, Familia, drogadicción y Adolescencia. T 616.86 A. 696F. Tesis 1995
- Armada, M. (1995) Juventud, identidad y medios de comunicación. Comunicación. No. 48,00 4-11
- Becher, R. y M.J. Cameiro (1995). Aspectos psicopatológicos y psicodinámicos en la delincuencia juvenil. Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 25, pp.194-203.
- Bianchi Ariel (1999). El vuelo del pensamiento adolescente. Revista del Instituto de investigaciones educativas, No. 37,35-44.
- Cardinal de Martín Cecilia (1981). La Educación Sexual en Colombia. Memorias del primer Congreso Colombiano de Sexología.
- Ciencias Sociales de la U.R.S.S. Moscú, pp. 252-260.
- De Robertis C. Metodología de la intervención en Trabajo Social. Buenos Aires: El Ateneo, 1988.
- Deschamps, Jean Perre. Embarazo y maternidad en la adolescencia. 1976. Editorial Herder. Barcelona 1979.
- Dila, Noe (1980). La Adolescencia factores críticas Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 12, No. 3 pp. 441-454.
- Dolto Françoise (1984) Sexualidad Femenina. Paidós, Barcelona 1990.
- Dolto françoise. Et. a1. "Palabras para adolescentes o el complejo de la
- http://laborate.usc.es/files/LaboraTe_CINFA_IDEGA.pdf
- INEC. Censo de Población y Vivienda, 2001
- Omar, Alicia G. (1987). Percepción de la vejez en diferentes extractos cronológicos.

- OMS. (1975). el embarazo y el aborto en la Adolescencia. Documentos OMS. Serie 1 No. 583, pp 7-28.
- OMS: El embarazo adolescente. En: [http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas de la región/textos/e35 6- 8 Embarazo Adolescente.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas_de_la_región/textos/e35_6-8_Embarazo_Adolescente.htm)
- OMS-BRS Biblioteca de salud reproductiva de la OMS: Salud sexual y reproductiva adolescente. En <http://apps.who.int/rhl/adolescent/es/>. Agosto 2009
- Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington.1995.P
- Ossa, Fernando y Palau, Fernando. (1987). El hijo drogadicto. Un estudio
- Polletier, Kenneth. Longevidad. Editorial Hispano Europea, Barcelona 1986.
- Psicoanalítico. Tesis UniValle.
- Psicología Gerontológica (1989) Elisa Dulcey Sonia Meluk. Editores Cuadernos de Psicología Vol. 10.
- Ramírez Santiago. (1975). Infancia es destino. México Editorial Siglo XXI,
- UNDURRAGA G. Educación sexual: la polémica continúa. Salud y cambio 1992; 3: 41-3.
- UNL, Módulo dos del plan curricular modular de la carrera de Trabajo Social: “Historia y perspectivas del trabajo social en las políticas sociales del estado”, Loja, 2009



Universidad Nacional de Loja

Modalidad Presencial Carrera de Trabajo Social

TÍTULO

LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES Y LA ACCION DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN LA PREVENCION

PROYECTO DE TESIS PREVIO A
OPTAR EL GRADO DE Lic. EN
TRABAJO SOCIAL

AUTORES:

Lorena María Fierro Pineda
Enrique Geovani Lapo Villamagua

2010



TÍTULO:

LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y LA ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCION.

PROBLEMÁTICA:

Las adolescentes será siempre un tema para estudiarlo a lo largo de toda la historia, miles y miles de adolescentes dieron lo mejor de ellas para sacar adelante a sus hijos y que no pasen lo mismo que ellas pasaron, cualquiera fuera la causa u origen por el cual lo concibieron convirtiéndose en madres en su plena adolescencia.

Todos nosotros en algún momento nos hemos preguntado ¿Por qué en este tiempo hay tantas jóvenes que ya son madres? ¿Quién verdaderamente tiene la culpa? El propósito de escribir estas páginas es para dar más importancia a; ¿Dónde y con quién? andan nuestros hijos adolescentes.

Los adolescentes son consideradas personas de cambio, por ese motivo deberíamos darles más importancia para que ese cambio sea para bien, no olvidemos que de ellos depende el futuro de nuestro estado.

En Ecuador en los últimos 10 años, el embarazo adolescente se incrementó en 2,3% anual llama la atención la estadística que detalla que el 75% de las adolescentes son económicamente inactivas, Entre 16 y 19 años se ubica el rango de edad de las adolescentes, cuya cifra total en Ecuador es de 122.30

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes

factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

Esta problemática descrita de las adolescentes es motivo de nuestra preocupación y aún más si esta es producto de la violencia intrafamiliar que se constituye en causante de la maternidad no deseada en la adolescencia problema de salud personal, familiar y social, con consecuencias a largo plazo para la adolescente, los niños y la familia.

La violencia es uno de los fenómenos más extendidos de nuestra época y su impacto se advierte no solo en situaciones de abierto conflicto, sino que incluso, en la resolución de problemas, a veces muy simples de la vida cotidiana. En esa medida, se puede afirmar, con certeza. Que muchas personas, en alguna etapa de sus vidas, han sido víctimas de violencia. No obstante, la violencia asume características diferentes, y sus causas tampoco son las mismas, y en la gran mayoría de los casos no se reconoce. Generalmente se manifiesta de tres formas: Abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual. Hoy ha salido a la luz pública que la violencia existe en nuestro medio en todas sus manifestaciones posibles, Sin embargo los estudios realizados sobre la violencia familiar no han llegado a conocer las dimensiones del problema, a precisar las variables como edad y sexo, describir los tipos de maltrato y la relación parenteral con la víctima, así como identificar síntomas asociados al maltrato, y si la familia tiene conciencia de su violencia. Ha sido preocupación de nosotros por la frecuencia de estos actos, por las repercusiones que pueden ocasionar especialmente en las adolescentes

embarazadas o adolescentes para su futuro, el de sus hijos; para lo cual estudiaremos las variables descritas.

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema social y de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia debido a la falta de asistencia médica o precocidad de la primera visita de control de embarazo, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el parto atención hospitalaria adecuada; sino por la magnitud de sus consecuencias futuras y morbilidad que les acompaña. Sus principales consecuencias, pérdida de perspectiva de vida, abandono de sus estudios, limitaciones laborales, castigo social y moral que debe asumir sin la madurez emocional, abortos, matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones etc., Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo.

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja, a través del Sistema Académico Modular por Objeto de Transformación (SAMOT) tiene como propósito fundamental formar profesionales críticos, analíticos y reflexivos con carácter humanístico, que permite relacionar la teoría con la práctica, mediante el desarrollo del presente trabajo el mismo que ayudara a plantear posibles soluciones a los problemas que atraviesa la juventud en cuanto a las adolescentes por la que incluimos los contenidos teóricos que serán el referente de la aplicación práctica desarrollada en el presente trabajo investigativo.

El desarrollo de la investigación se realiza en base a la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos, las mismas que permitirán tener un acercamiento a las adolescentes, establecer un dialogo con la mayoría de jóvenes y de esta manera analizar la situación actual en que se encuentra y posteriormente determinar las deficiencias existentes en la misma.

Con la elaboración de la Problemática del Embarazo en las adolescentes se pretende proporcionar un mayor conocimiento a la Juventud mejorando su calidad de vida frente a la realidad que estamos viviendo.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Establecer la problemática del embarazo en las adolescentes y la acción del trabajador social en la prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los tipos de educación sexual que propiciaron en las adolescentes el inicio de su vida sexual temprana.
- Reconocer las nuevas responsabilidades que como adolescentes embarazadas tienen que asumir.
- Plantear recomendaciones del apoyo que deben brindar las entidades o instituciones para que las adolescentes embarazadas sean sujetos de responsabilidades y derechos así como entes activos en la sociedad.

MARCO TEORICO

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

“La adolescencia es un tiempo de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Estos cambios no ocurren simultáneamente y el primer evento que se produce es el logro de la capacidad reproductiva.

La maternidad y la paternidad son funciones de la edad adulta, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. Pero por esa asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las “tareas del adolescente” para llegar a la adultez.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema por los diferentes autores que han abordado su estudio desde diversas disciplinas. De hecho, al preguntar ¿cuál es el problema?, estamos dando por sentado que lo hay. Sin embargo, no es fácil hallar las respuestas. El embarazo en esta etapa de la vida obedece a una multiplicidad de factores, que serán diferentes en las distintas culturas y grupos humanos, además de los factores individuales de cada caso en particular. Tiene una frecuencia muy variable, pudiendo alcanzar proporciones aún más altas cuando se analizan áreas rurales. Además, genera cambios tan importantes en la joven, el joven y quienes los rodean, que lo que comenzó como un drama familiar puede variar por la adaptación a la nueva situación, transformando en forma sustancial el panorama”³².

“Esta y otras circunstancias lo convierten en un hecho sumamente dinámico y complejo, que trataremos de conocer, sabiendo que vamos a obtener muchas más preguntas que respuestas, para facilitar nuestra comprensión, analizamos por separado, sin embargo desde ya sabemos que cada uno de ellos tiene

³² Álvarez, Lajonchere Celestino. “El Embarazo en la adolescencia. Editorial científica táctica”. La Habana 2009.

estrecha relación entre sí, y no es tan fácil determinar cuál es el que tiene preponderancia

“El tema de los embarazos adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo. Es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo atinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad. La tasa de fecundidad adolescente (TFA) ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general (TFG), condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender, sin embargo EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 80. En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de las adolescentes entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995, al 30,81 en 1996 y al 29,45 en el año 2000. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo”³³.

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

³³ MOLINA, Sandoval J: "Salud sexual y reproductiva del adolescente". Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

En el año 2000; el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas).

En los Estados Unidos, el grupo etario de jóvenes de entre 18 a 19 años presentan las mayores tasas de embarazos adolescentes, seguido por el grupo etario de jóvenes de entre 15 y 17 años. "En Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas adolescentes tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en nuestro país la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16%, siendo mayor en la octava región (25%). Venezuela es el país de Sudamérica con mayor tasa de embarazo adolescente. Y el tercero de todo el continente solo por detrás de Nicaragua y República Dominicana"³⁴.

"Según datos de la Organización de Naciones Unidas, 91 de cada 1.000 gestantes tiene menos de 18 años. Un problema asociado principalmente a familias disgregadas y de bajos recursos que se repite generación tras generación y que el Gobierno venezolano asume como el segundo gran problema de salud sexual. Conceptos generales: El embarazo es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero. La palabra adolescencia proviene de "adolesce" que significa "carencia o de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

La organización panamericana de la salud (OPS) define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. Este período incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. El embarazo adolescente se lo defina como aquel embarazo que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera

³⁴ COLL, A.: "Embarazo en la adolescencia", Asociación Argentina de Perinatología. 2ª Edición. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

menstruación (entre los 10-13 años aproximadamente), y/o aun cuando la adolescente mantiene dependencia social y económica de sus padres”³⁵.

“Según datos de la OMS y OPS, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, mientras que en la región andina la población de 10 a 19 años constituye el 20% del total. Así por ejemplo, en Ecuador, la tercera parte del total del país está conformada por jóvenes de hogares pobres, lo que influye en el acceso a la salud, la educación, otros servicios, y al ejercicio de sus derechos. Además, la calidad de la educación e información sobre orientación sexual y reproductiva impartidas a las/os adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que eleva sensiblemente el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida.

En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010.

En el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2´783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1´423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1´359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años). Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son adolescentes o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales”³⁶.

³⁵ MOLINA, Pérez R. Embarazo en la adolescencia. *Rev. Ciencia y Salud* 1997; Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.

³⁶ Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005. Disponible en: www.ops.org.bo.

“La educación también juega un papel preponderante: según la Encuesta Condiciones de Vida 2005, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

Clasificación: “Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: Adolescencia temprana, media y tardía. Se considera adolescencia temprana cuando una persona tiene entre 10 a 13 años de edad. Biológicamente, es el *periodo peri puberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como el monarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La adolescencia media (14 a 16 años), es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda”³⁷.

“En la adolescencia tardía (17 a 19 años), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su

³⁷ TORO, Merlo J.O.: "Embarazo en la adolescente". Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. 2000 ATEPROCA, Caracas, Venezuela. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/embarazo en adolescentes](http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo%20en%20adolescentes).

propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que:

Factores determinantes en el embarazo adolescente: Existen diversos factores que influyen directa o indirectamente en la incidencia del embarazo adolescente entre los cuales mencionamos a continuación:

Salud infantil y salud materna: Existen evidencias claras que indican que la mortalidad infantil se asocia a la maternidad temprana. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes. En el caso de la mortalidad pos neonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido. La incidencia de tener un hijo de bajo peso es mayor que para los adultos. La mortalidad para la madre, aunque baja es del doble que para una mujer adulta. Se ha asociado al embarazo adolescente con otros problemas médicos como: pobre aumento de peso materno, prematuridad, hipertensión inducida por el embarazo, anemia e ITS. Existe consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Muchos de las/os adolescentes son sexualmente activos. Algunos están casados o tienen una pareja estable, otros están solteros. En otras palabras existen varios grupos de adolescentes con necesidades diversas. A esto hay que sumar el ámbito diverso en que puede desenvolverse cada uno en el plano social, psicológico, emocional, étnico y cultural. Por ejemplo, los grupos de adolescentes de áreas urbanas y rurales diferirán entre sí en cuanto a sus necesidades, actitudes, recursos, conocimientos, etc. Anticoncepción: En relación al tema de anticoncepción (ENDEMAIN 2004) en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la

mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos³⁸.

“La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. En Ecuador la tasa es mayor al promedio regional, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años.

Determinantes de la salud y el embarazo en adolescentes: Respecto a las determinantes de la salud y el embarazo en adolescentes.

El 43% de adolescentes sin educación versus 11% con secundaria completa es madre o está embarazada por primera vez.

Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre, en contraste con sólo una de cada diez de las del mayor nivel de ingresos. El total de partos institucionales en adolescentes de 10-19 años fue de 50.350, que representan el 15% del total de partos del país. Del total de niños inscritos, el 12% de recién nacidos fue hijo de adolescentes de 10- 19 años³⁹.

“El embarazo causa 1.15 años de adolescencia perdida en cada mujer”¹⁰.

En el año 2007 el MSP reportó, a través del sistema de información y vigilancia epidemiológica de la muerte materna SIVEMM-MSP , 168 casos de muertes maternas; 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10-19 años (20.8%) y la mayoría se debieron a causas evitables.

³⁸ TORO, Merlo J.O.: "Embarazo en la adolescente". Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. 2000 ATEPROCA, Caracas, Venezuela. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo en adolescentes.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005

Según los datos de la encuesta ENDEMAIN del 2004, el 24% de mujeres en edad fértil sufrió violencia física y 22% psicológica antes de los 15 años, y 3% de jóvenes ha vivido algún tipo de experiencia de abuso sexual.

Hábitos y estilos de vida: Con relación a los hábitos y estilos de vida poco saludables, 62% de adolescentes reconoce haber tomado bebidas alcohólicas por lo menos una vez; la primera vez que se embriagaron tenían como edad promedio 13 años. El 61% fumó por lo menos una vez en su vida y el primer cigarrillo lo encendió a los 13 años. La cuarta parte declaró haber fumado durante el último mes y 5% consumió más de 20 cigarrillos en los 30 días anteriores a la encuesta. Estudios realizados por el Consejo Nacional de Sustancias Sicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) en el año 2002 demuestran que el 12% de adolescentes consume drogas, y su uso empieza cada vez a edades más tempranas. La edad del primer contacto es precoz: entre los 13 y 15 años, cuando hace una década estaba entre los 16 y 17 años. En los consumidores la droga de preferencia es la marihuana, seguida de los inhalantes y el éxtasis, pero hay quienes optan por mezclar varias sustancias⁴⁰.

“Adolescentes en situaciones de callejización y/o explotación sexual: Desde hace más de una década el problema de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es considerado un tema emergente en la agenda de las Américas, pero sólo en los últimos años ha cobrado relevancia en la consideración político-estratégica de los estados.

Investigaciones de organismos no gubernamentales han apuntado que cerca de un 65% de los niños que se encuentra en situación de calle en las capitales de los países de América Latina se envuelven, de un modo u otro, en la explotación sexual. De éstos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución, aunque no de manera sistemática.

La violencia y explotación sexual de niños y adolescentes son problemas de naturaleza compleja y multicausal, en los que intervienen factores económicos,

⁴⁰ Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Bogotá D.C. Colombia. Diciembre de 2007. Disponible en www.ops.org.bo.

sociales, culturales y políticos, que se reflejan en los procesos educacionales, salud, disciplina y de organización familiar, entre otros.

“Dos de cada tres adolescentes ecuatorianas de 15 a 19 años sin educación están embarazadas por primera vez. En algunos países el número de adolescentes es hasta siete veces más alto que la de aquellas con niveles educativos mayores”¹⁵. Los factores de riesgo siguientes son procesos que se articulan como estructurales y estructurantes en la construcción de relaciones de violencia, que amenazan o producen efectivamente niños/as y adolescentes víctimas del abuso y explotación sexual: desigualdad, inequidad, desintegración familiar, consumismo, migración rural-urbana, discriminación, abuso sexual intrafamiliar, tráfico de drogas y de seres humanos”⁴¹.

“Algunos factores constituyen elementos fundamentales en el fenómeno de la violencia sexual; por ejemplo, la mayor parte de niños/as y adolescentes de la calle que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas del silencio que envuelve la violencia sexual intrafamiliar. Por otro lado, la sociedad adopta una postura de indiferencia o tolerancia, culpa a las propias víctimas, limita el problema al ámbito privado y no lo asume como fenómeno contradictorio en el proceso de formación, civilización y evolución de la sociedad. A la sombra de este muro de silencio e impunidad se crean y fortalecen las redes de explotación sexual comercial.

La pobreza no puede ser considerada un factor de riesgo en sí misma, ya que las víctimas de la violencia sexual no pertenecen únicamente a los estratos pobres, pero genera situaciones de privación y vulnerabilidad que favorecen la explotación sexual de menores. Las investigaciones sobre educación y desarrollo intelectual de las víctimas de la violencia sexual informan que una gran mayoría está fuera del sistema regular de enseñanza o en situación de atraso escolar. Aquellos que van a la escuela tienen bajo rendimiento, más de la mitad repite más de una vez

⁴¹ HARTIGAN, P. Gender, environment and health: Incorporating a gender perspective in environmental health. Washington, DC. OPS. 1997

el mismo grado y uno de cada dos abandona la escuela antes de completar el primer ciclo escolar.

Son comunes en este grupo las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, embarazo precoz no deseado, abortos provocados y no asistidos, mortalidad materna, lesiones físicas, deficiencia en el crecimiento (mala alimentación, pérdida del sueño y peso), enfermedades alérgicas y respiratorias y dependencia química, entre otras.

En el aspecto psicológico hay alta prevalencia de depresión y agresividad, muertes violentas y suicidios. Estos factores pueden comprometer el desarrollo de una sexualidad normal y sana y perpetuar la explotación sexual como forma de vida⁴².

“Aunque otras modalidades de violencia (como el abuso sexual intrafamiliar) tienen la misma gravedad y riesgos que la explotación sexual comercial, esta última suma factores adicionales de extrema importancia, en virtud de que se establece mediante relaciones de mercado y trabajo y opera a través de redes mundiales. Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto:

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes: La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las adolescentes pertenecen generalmente a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad⁴³.

⁴² CAMACHO G. Secretos Bien Guardados, jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual. Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer, CEPAM. 2003. Tomados del Manual de Normas de atención integral para los/las adolescentes. 2009.

⁴³ SUAZO, M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Tomado de: Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes Ecuador 2009.

EL RIESGO BIOLÓGICO

Mucho es lo que se ha escrito en torno al riesgo biológico. Las opiniones son controvertidas y han atravesado por cambios importantes a lo largo de las décadas.

El conocimiento existente dice que la maternidad en la adolescencia conlleva un mayor riesgo biológico para la madre y el hijo: mayor riesgo de padecer hipertensión durante el embarazo, con su máxima expresión: la eclampsia (ataque de convulsiones y coma que puede poner en peligro la vida de la joven). Mayor incidencia de anemia, de infecciones, partos anticipados y cesáreas. El recién nacido de madre adolescente tiene menor peso al nacer y mayores dificultades para crecer sano”⁴⁴

“El problema es que la mayoría de las **adolescentes** embarazadas llega al primer control ya entrada la segunda mitad de su embarazo. El riesgo biológico no provendría de su físico, sino de su comportamiento, propio de una adolescente. El embarazo sorprende a la mayoría de las **adolescentes**. Es algo que ni ellas ni sus parejas esperaban, aunque tuvieron relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos o por causas coercitivas.

El descubrir que están embarazadas, el temor a las reacciones que esto generará en muchas de sus familias, el aceptar la idea y pensar en diferentes estrategias para enfrentar la situación; las lleva a preocuparse mucho más por todo esto, sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios tampoco tienen muy claros.

En ocasiones quedan como paralizadas y esperan una especie de solución mágica que llegue desde afuera, sin su intervención. Muchas, temiendo que su familia les imponga abortar, o perder su precario trabajo o su lugar en el Colegio, esperan a que el embarazo sea lo suficientemente avanzado para comunicarlo. Todo lo cual constituye importantes razones para no concurrir tempranamente al centro de salud para su control prenatal.

⁴⁴ Becher, R. y M.J. Cameiro (1995). Aspectos psicopatológicos y psicodinámicos en la delincuencia juvenil. Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 25, pp.194-203.

Hay otra situación que aumenta sin duda los riesgos biológicos del embarazo en la adolescencia: el aborto inducido. Lo primero que se les ocurre a las **adolescentes**, cuando sospechan o confirman que están embarazadas, es “sacarse el embarazo”. Han escuchado que “existe una inyección” que les permite lograrlo. En realidad, se trata de la hemorragia que produce la administración de una determinada dosis de hormonas femeninas cuando una mujer no está embarazada, y eso es interpretado como un aborto. Cuando se enteran de que el aborto solo se puede lograr mediante una intervención quirúrgica, algunas desisten de la idea. Pero no todas. Y muchas son obligadas por sus padres o su pareja a hacerlo. De acuerdo con el medio donde viven, sus posibilidades económicas, el apoyo que tengan, será la calidad de aborto que se puedan practicar⁴⁵.

La consecuencia directa es que la mortalidad materna por complicaciones del aborto es altísima en la mayoría de los países, aunque las cifras presentan un sub-registro importante. Y en esas estadísticas, no se contabilizan todas aquellas **adolescentes** que tuvieron complicaciones más o menos graves, pero sobrevivieron (Aller Atucha, 1997). Mucho menos es posible conocer los alcances del daño psicológico que esta práctica puede acarrear, aunque haya sido segura desde un punto de vista físico.

LOS ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES

Por un lado, debemos considerar el impacto que la noticia del embarazo produce a las jóvenes. Las implicaciones económicas. Su futuro y el del bebé. Las características del vínculo que pueda establecer con él. La lista puede ser interminable. Vamos a analizar algunos de los aspectos mencionados, con pleno conocimiento de que aún queda mucho por saber y muchas preguntas sin responder.

⁴⁵ HAMEL P. Embarazo en adolescentes y salud mental. En. Montenegro H y Guajardo H (eds.) Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, 2000.

ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA

La actitud que las **adolescentes** adopten frente a esta circunstancia que les toca vivir, va a depender en gran parte de varios factores, entre ellos: La etapa de la adolescencia que están atravesando; El significado que ese/a hijo/a tenga para ella; El origen del embarazo; Cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse. La etapa de la adolescencia que está atravesando.

No es lo mismo ser madre cuando se tienen 13 años que a los 18. Esto por supuesto varía en las diferentes culturas y sociedades: en aquellas en que las mujeres comienzan a tener hijos muy temprano y la adolescencia no existe tal como se la concibe en la cultura occidental

“En la actualidad, el 80% aproximadamente de los **adolescentes** latinoamericanos viven en áreas urbanas densamente pobladas, y la mayoría de las jóvenes embarazadas de las estadísticas pertenecen a ese sector. Con lo cual se puede asumir que pasarán a comportarse como las **adolescentes** que las rodean en su nueva inserción.

Las que están atravesando la primera etapa de la adolescencia (10 a 13 años) suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos. Es a veces muy difícil la atención del parto, pues se descontrolan con facilidad. (Cabe destacar que este grupo es muy pequeño en el total de **embarazos** en la adolescencia y que un porcentaje no bien conocido es fruto de abuso sexual). Como no logran entender lo que les pasa ni lo que les hacen, lo ideal es que participe, en la atención de estos partos, personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda contenerlas y acompañarlas, explicándoles con mucha simpleza cada cosa que se va a hacer. Se debe tener también en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene un parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permite ayudarlas.

A estas edades, en general tienen dificultades para asumir plenamente el cuidado de sus hijos, siendo necesario que estén siempre respaldadas para esta tarea. Muchas veces el niño es criado por la abuela como si fuera hijo de ella y hermano de su madre biológica.

Muy pocas plantean el aborto como opción, y no como idea de ellas sino por presión de los adultos. También les cuesta mucho pensar en entregar al bebé en adopción, propuesta que suele surgir cuando el embarazo es producto de un incesto. Por supuesto, estarán mejor preparadas aquellas que hayan criado a varios hermanos menores que ellas, situación que es frecuente en familias numerosas de bajos recursos”⁴⁶.

Las **adolescentes** de la etapa media (14 a 16 años), suelen sentirse omnipotentes y no le temen a nada. Están mucho más preocupadas por lo que está cambiando su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es bastante común verlas haciendo casi un exhibicionismo de sus vientres, con ropas muy escasas. El clásico “a mí no me va a pasar”, también funciona en estos casos, lo que dificulta su preparación para la maternidad, y cuando comienzan las primeras contracciones suelen asustarse bastante. Pero en general tienen buenos partos, los toleran bien y toman a la crianza inmediata como un juego. Los problemas aparecen después, cuando deben hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo.

El soporte familiar (que incluye al embarazador) con el que puedan contar y el trabajo de los equipos de salud que las acompañen serán los factores protectores que les permitirán llevar adelante la empresa con mejores logros.

“Las adolescentes de 17 años o más-adolescencia tardía-tienen comportamientos muy similares a los de mujeres más grandes. En primer lugar porque muchas de ellas buscaban tener ese hijo como parte de su proyecto de vida. O aunque no lo buscaran, tampoco les preocupaba demasiado si quedaban embarazadas. Están en general en parejas bastante estables (casadas o no) y si pertenecen a un entorno social en el cual hay una mejor aceptación del embarazo en la adolescencia no se presentan mayores inconvenientes. Las dificultades que pueden tener están relacionadas con sus problemas económicos, pero establecen

⁴⁶ Frud, A. P.A. Osterrieth y otros (1977). El desarrollo del adolescente. Buenos Aires: Editorial Paidós.
Grupo para el progreso de la psiquiatría (1968). Adolescencia Normal. Editorial Paidós.
http://laborate.usc.es/files/LaboraTe_CINFA_IDEGA.pdf

un buen vínculo con su hijo, lo crían adecuadamente y pueden desenvolverse bastante bien, aun contando con redes de apoyo bastante pobres.

Cuando tienen aspiraciones de seguir estudiando o conseguir trabajos de mejor calidad que les permitan ascender en la escala social o logros personales, recurren a la interrupción del embarazo, generalmente como una iniciativa propia o aceptan tenerlo y criarlo, con una considerable dosis de frustración por la postergación o renuncia a su proyecto personal.

EL SIGNIFICADO DEL HIJO

Un hijo puede tener diferentes significados para una mujer, independientemente de su edad y estos pueden ser analizados desde el plano social y el individual. **Desde el ámbito social**, en función del significado que el embarazo tiene en los diferentes sectores poblacionales. Desde el individual, de acuerdo con su historia personal, sus fantasías, sus necesidades y deseos.

El embarazo en la adolescencia y los problemas que se vinculan con él tienen características distintas según el sector social donde se manifieste. Es importante conocer estas particularidades, ya que las acciones que se puedan emprender, tanto para la prevención como para la asistencia, deberán tenerlas en cuenta para ser exitosas⁴⁷.

Corresponde a las grandes ciudades, en contextos familiares y socioculturales conflictivos en los que se encuentran la inseguridad laboral, la violencia familiar, el abuso sexual y la deserción escolar temprana. En muchos casos se trata de familias o **adolescentes** que han migrado recientemente de sectores rurales, con las consecuencias del desarraigo familiar y social.

El contexto de estas **adolescentes** son sectores sociales populares o medio-bajos, que incorporan la aspiración de que sus hijos completen la escuela secundaria y pospongan el embarazo o la unión hasta después de los 20 años. En muchos casos predominan normas contradictorias en los padres respecto al

⁴⁷ Moragas, Ricardo. Gerontología Social.1991 Editorial Herder, Barcelona.

ejercicio de la sexualidad en sus hijos, que obstaculizan la educación sexual y el uso de anticonceptivos, y los exponen al embarazo no deseado.”⁴⁸

El significado que se puede atribuir al embarazo en estos sectores es “un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social de la familia”. Las implicaciones que este tipo de evento tiene sobre las jóvenes pueden ser: serios conflictos emocionales como resultado de **embarazos** no **deseados** en medios con fuertes contradicciones normativas; en algunos casos pueden terminar en abortos inducidos, realizados por las jóvenes sin apoyo familiar, en condiciones insalubres; pueden darse uniones tempranas insatisfactorias para ambos miembros de la pareja.⁴⁹

En estos casos, la concurrencia al control prenatal comienza cuando la situación del entorno familiar comienza a estabilizarse, en general, de la mitad del embarazo hacia adelante. Hay una mayor conciencia de la importancia del cuidado materno y del niño, lo que, una vez que los **adolescentes** inician los controles, las lleva a realizarlos adecuadamente, salvo que la situación familiar vuelva a desbordarse.

Las familias de sector medio-medio y medio alto aspiran a que sus hijos terminen la universidad, la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por distintos factores que tienen que ver con los nuevos modos de vida urbana, suelen ser estructuras familiares poco continentales para atravesar la adolescencia de sus hijos. Puede haber también contradicciones normativas entre padres e hijos respecto a la sexualidad o a la anticoncepción, que en algunos casos se manifiestan en presiones inadecuadas de parte de los adultos hacia el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. A pesar de esto, tienen acceso a una educación ya la prevención del embarazo, con lo cual, cuando éste ocurre, tiene un significado de “accidente”.

En general estos **embarazos** terminan en abortos inducidos, muchas veces sin claro consentimiento de la adolescente, o en uniones tempranas no siempre

⁴⁸ Polletier, Kenneth. Longevidad. Editorial Hispano Europea, Barcelona 1986.

Psicoanalítico. Tesis UniValle.

⁴⁹ Psicología Gerontológica (1989) Elisa Dulcey Sonia Meluk. Editores Cuadernos de Psicología Vol. 10.

satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia.

Como se puede ver, no es lo mismo criar un hijo que “es natural que llegue”, que a otro que significa para la madre la posibilidad de salir de un medio familiar violento, al que la compensará de las carencias afectivas sufridas a lo largo de toda la vida, al que venga a “avergonzar” a la familia, o al que condiciona que deba postergar sus estudios o casarse “de apuro”⁵⁰.

Desde el ámbito individual, el hijo puede significar para la madre varias cosas; Puede necesitarlo para comprobar su fertilidad. Por razones psicológicas profundas puede tener fantasías de esterilidad. Todas las mujeres las tienen en mayor o menor grado, solo que algunas, por diversos motivos, necesitan probar su fertilidad y buscan consciente o inconscientemente un embarazo, aunque no necesariamente implique que también buscan un hijo (Méndez Ribas, 1989).

En **adolescentes** con carencias afectivas desde su niñez temprana, el hijo puede significar “alguien que me quiera como a mí no me quisieron”, “o tener algo mío como nunca tuve”. Esperan que ese bebé sea una fuente inagotable de cariño para ellas y fantasean con un amor incondicional de su parte. Son **adolescentes** que no comunican al padre del bebé que están embarazadas, negándole a los niños su derecho a tener un padre y, a ese padre, el conocer a su hijo. Llegan a negarse que reconozcan al niño o niña legalmente aunque el padre del bebé no esté ya en relación con ellas por temor a que el padre del bebé lo reclame y se lo lleve. Suelen ser **embarazos** producto de una relación más o menos ocasional, que buscaron adrede, eligiendo inclusive características físicas del padre que las satisfaga para que sean heredadas por su hijo.⁵¹

El hijo como salida de una situación intolerable para ellas. En el marco de hogares violentos, con antecedentes de abuso sexual, o con normas muy estrictas y represivas, el quedar embarazada puede ser el pasaporte para alejarse de una

⁵⁰ Sánchez Antonio (1982). Imagen y estereotipos acerca de los ancianos en Venezuela. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 14, No. 3, pg. 363-383.

⁵¹ Dila, Noe (1980). La Adolescencia factores críticas Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 12, No. 3 pp. 441-454.

situación que las sobrepasa. El hijo es pensado como un “salvador” que les permitirá librarse de aquello de lo que no pueden salir con una actitud adulta.

El hijo como expresión de un conflicto no resuelto; en ocasiones de pérdidas importantes para ellas (fallecimiento del padre o madre, enfermedad grave, separaciones de los padres, traslado de ellas para estudiar en las grandes ciudades) pueden quedar embarazadas, a pesar de tener adecuado conocimiento de medidas preventivas y aun habiendo sido exitosas en su uso previo. El embarazo viene a llenar un vacío que les resulta muy doloroso, y no pueden discriminar entre lo que les ocurre y el alcance de sus actos.

EL ORIGEN DEL EMBARAZO

Un embarazo puede ser el fruto del amor de una pareja, el producto de un accidente anticonceptivo, una relación sexual ocasional, en oportunidades, bajo los efectos de la droga o el alcohol o de un abuso sexual o violación. Es obvio que en cada una de estas situaciones, el hijo va a tener un significado muy diferente para la madre, desde el punto de vista emocional y social. Pero desde el punto de vista biológico, será un embarazo que cumplirá con las etapas de rigor: embarazo, parto y puerperio. Y si la adolescente decide continuar con el embarazo y tener el hijo, es muy probable que su actitud difiera según las circunstancias en que ese hijo fue concebido. La actitud que asuma puede tener influencia sobre los resultados perinatales y sobre el futuro del niño: es muy diferente criar a un hijo que se buscó (consciente o inconscientemente) que a un hijo impuesto por otro (con el agravante de que la mayoría de las veces se trata de un incesto).

El abuso sexual tiene una alta incidencia entre niños y **adolescentes**, sobre todo del sexo femenino: se calcula que, independientemente del estrato social, uno de cada 5 niños ha sido abusado alguna vez en su vida (Intebi, 1997). La experiencia nos muestra que muchos **embarazos** en menores de 13 años son producto de un abuso sexual, perpetrado la mayoría de las veces por el propio padre biológico

El abuso sexual es un secreto celosamente guardado por la víctima y su entorno más cercano. Hace falta a veces un paciente trabajo de equipo interdisciplinario para que la joven pueda confiar y revelar su agobiante secreto. Y es necesario tener la capacitación adecuada para poder brindar algún tipo de respuesta una vez que esto ha ocurrido.⁵²

LAS POSIBILIDADES FUTURAS DE LA ADOLESCENTE MADRE

Existe una multiplicidad de factores que inciden en el futuro de una adolescente que se embaraza (deviene madre). Uno de los acontecimientos frecuentemente discutidos es que el embarazo es causa de abandono escolar. En realidad, de acuerdo con el conocimiento disponible y a nuestra propia experiencia, la adolescente que se embaraza y sigue adelante con el embarazo, ya había abandonado la escuela o colegio antes de embarazarse. Sin embargo, estamos asistiendo a un número creciente de **adolescentes** que se embarazan y están concurriendo a la escuela. Estas jóvenes, que al menos hace unos años habrían sido “invitadas” a abandonar el establecimiento o concurrir a un horario nocturno, hoy en día son aceptadas y pueden continuar con su inserción escolar.

Pero el currículo no está adaptado para alumnas que deben salir para amamantar a sus hijos, o tener un tiempo de reposo de unos tres meses, que solo pueden lograrlos si el parto ocurre al finalizar el ciclo escolar y coincide con las vacaciones.⁵³

En Chile hay una experiencia muy interesante al respecto (Molina, 1996): a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y el de Educación, se estableció un liceo en una comuna de muy bajos ingresos del área metropolitana de Santiago, Chile. Este liceo tiene una agenda que contempla el tiempo pre y postparto en el cual la adolescente toma su licencia por maternidad. Posee una guardería (cunero, jardín maternal) para que la joven pueda asistir a clases con su hijo y amamantarlo en los horarios que corresponda. El currículo le permite seguir los

⁵² Lechter, Rubén (1984). Aspectos psicológicos de la persona de edad avanzada, Cuadernos de psicología

⁵³ Mohan, D. y Otros (1981). Riesgo relativo de uso indebido de drogas por los Money, John (1986) Amor, sexo y Pubertad. Revista Latinoamericana de sexología. Vol. 1, pp 9-15

estudios de acuerdo con los programas nacionales, pero tiene énfasis en contenidos de educación para la salud, que incluyen la salud sexual y reproductiva. Pueden asistir también los varones **adolescentes** que han sido padres y aquellas mujeres de más de 35 años que tuvieron un hijo en la adolescencia y debieron abandonar sus estudios por ese motivo. En los cuatro años de ejecutado el programa, no se registraron nuevos **embarazos** no planificados entre los asistentes.

Además, si las **adolescentes** se hacen cargo de la crianza del bebé (aun ayudadas por sus padres), difícilmente pueden participar de la vida de sus amigos y compañeros estudiantes, con salidas nocturnas, campamentos, reuniones y todo aquello que hace un estilo de vida adolescente, cualquiera que éste sea el de la cultura en la que viven. Es decir, que sus posibilidades de cumplir regularmente con el programa curricular estarán sujetas a un gran número de contingencias, y lo más probable es la deserción al no poder superar las dificultades.

Otro tanto ocurre con sus posibilidades laborales: de por sí pobres dada su edad y baja capacitación. Las jóvenes suelen estar en relaciones laborales no legales, por lo que fácilmente son despedidas. Si intentan conseguir trabajo, les cuesta mucho, no disponen en general de guarderías donde puedan dejar el niño para ir a trabajar, deben faltar con frecuencia, lo que aumenta las posibilidades de despido y están muchas veces a merced de explotadores inescrupulosos que les hacen trabajar por vivienda (de pésimas condiciones) y comida (de mala calidad).⁵⁴

En nuestro medio se ve **adolescentes** que van sorteando estas dificultades, retomando la escolarización muchos años después o buscando una capacitación que les permita acceder a mejores trabajos. Pero no es la regla. Si las jóvenes optan por criar el niño, deberán modificar su estilo de vida anterior al embarazo en mayor o menor medida, situación que podrá oscilar entre una aceptación gozosa

⁵⁴ Morales Bedoya A. y J. A. Vergara (1977). Encuesta sobre Farmacodependencia en la población escolar de Barranquilla. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. VI. No. 3 pp 277-296

por el hecho de ser madres, hasta una dosis de frustración muy grande, que repercutirá en el vínculo con su hijo.

Pero, como se dijo al comienzo, la maternidad es una función de la edad adulta, y lo deseable sería que una adolescente no se embarace hasta el momento en que pueda llevar a cabo una crianza sin demasiadas dificultades, disfrutando plenamente de lo que significa para toda mujer ayudar a crecer a su hijo con amor.

ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

“La problemática de la madre adolescente como consecuencia del embarazo, es objeto de estudio y de intervención por parte de la profesión y de los profesionales en Trabajo Social, por cuanto promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y la mejora de la sociedad; para lo cual investiga en el campo de los acontecimientos, utilizando teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales; plantea alternativas de cambio que favorezca a las personas con problemas que limita su desarrollo, como en nuestro caso a las adolescentes, encontrar sentido a su vida; a las familias de ésta mejorar sus interacciones a favor de los que más necesitan de su protección y seguridad; a las instituciones de desarrollo y protección social actuar responsablemente en el cumplimiento de sus objetivos.

El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con entornos conflictivos y de carencias materiales y sociales.

La gestión de las y los Trabajadores Sociales siempre ha estado centrada en el tratamiento de problemas individuales, han sido bastante vulnerables frente a su quehacer profesional en la que se han definido como dadores de soluciones y las personas para las cuales trabajan como desvalidas y poco preparadas para resolver sus problemas y por ende deben recibir lo que les ofrezcan.

Pero hoy desde una nueva visión, las Trabajadoras y Trabajadores Sociales incorporan en su quehacer profesional herramientas metodológicas como la Gerencia, gestión social y el liderazgo como nuevas opciones de intervención que permitan abordar problemáticas de una manera integral con su participación efectiva, para lo cual es preciso que las y los Trabajadores Sociales estén preparados (as) para responder de manera apropiada desde cualquier instancia en que se encuentren cuando las personas revelen actos de violencia, el profesional debe abstenerse de emitir juicios, deben demostrar interés y ser perceptivos, es decir constituirse en actores claves para educar, prevenir, detectar, intervenir, en casos de violencia intra familiar”⁵⁵.

“Esto significa que no se ha de decir a la paciente que debe hacer, sino más bien se le debe preguntar que ha pensado hacer?, se la debe orientar acerca de cuáles son sus opciones y qué está dispuesta a hacer de inmediato, en caso de que esté dispuesta a hacer algo, ofrecer información rápida y confiable que asegure desde la aplicación del conocimiento y la tecnología más adecuada, la calidad la que se reflejara en la relación humana con que se brindan los servicios, nuestra formación nos permite intervenir en la atención de estos casos, diagnosticando e implementando intervenciones promoviendo procesos de solución de problemas y actuando de mediador en relación al contexto familiar y social.

Otro aspecto fundamental de la intervención es el buen conocimiento, por parte del Profesional, de los servicios con que cuenta la comunidad; servicios que hacen parte integral de la consejería ofrecida en los programas como grupos de apoyo, intervención en crisis, asesoría legal, capacitación laboral, asistencia en refugio y hospedaje, para evaluar los riesgos a que puede estar sometida una vez que abandone la institución como las represalias y las retaliaciones por parte del agresor y los intentos de suicidios u homicidios, se deben preguntar si se siente en riesgo grave. Si esto es así, es necesario creerle y verificar que tiene un lugar seguro a donde ir después de abandonar la institución.

⁵⁵ GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

Son todas estas situaciones las que nos ayudado a las y los Trabajadores Sociales a interiorizar y tener más claridad sobre cuál es nuestro rol y responsabilidad frente al problema de la violencia intra familiar, para lo cual la Trabajadora Social o el Trabajador social debe tomar a cargo, la coordinación del tratamiento, la validación social, mediación, negociación y el seguimiento del caso. Si detecta que el maltrato al niño o la Violencia Intra familiar continua debe informar al equipo de trabajo el cual debe resolver que se lo retome o recomienda otro procedimiento, debe tener presente que al llegar la paciente al departamento de Trabajo Social en busca de ayuda debe priorizar la atención y derivarla al profesional que amerite la primera intervención.

Luego retomar el caso para la respetiva intervención social, para lo cual debemos centrarnos primeramente en la prevención que nos obligan a implementar medidas que actúen sobre las causas que originan el problema.

El Trabajadora Social constituye un apoyo directo a las autoridades que administran justicia en materia de violencia intrafamiliar, son los encargados de elaborar los informes sociales”⁵⁶.

“El informe social es uno de los instrumentos que le permite al Trabajador Social tener más elementos sobre los hechos denunciados.

La intervención del Trabajador Social puede ser solicitada por cualquiera de los de las partes dentro del período de prueba de oficio, o cuando la autoridad así lo requiera se dispondrá mediante providencia la investigación social.

El Trabajador Social realizará una investigación exhaustiva del caso procurando abarcar todo el contexto familiar y social de las partes en conflicto, con el fíen de determinar las relaciones de poder que se dan en este entorno tomando en cuenta lo señalado por la legislación nacional sobre los derechos de las mujeres.

Por todo lo anterior correspondería al profesional Trabajador Social posibilitar y reforzar conductas preventivas y actitudes responsables teniendo como finalidad el desarrollo integral de las adolescentes, con miras a: Elaborar un proyecto de

⁵⁶GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

vida; Propiciar un marco de contención en el fortalecimiento del grupo de pares y con el entorno familiar de la madre y el padre del bebé, para una paternidad y maternidad responsable; Atención correcta del hijo; brindar a las adolescentes una posible salida laboral a través de la capacitación en algún oficio para incentivarlas hacia una autonomía propia. Para lo cual debemos:

- I) Fortalecer la integración a la comunidad de las adolescentes.
- J) Propiciar en la familia materna y paterna el desarrollo y refuerzo de los vínculos para que las adolescentes se sientan contenidas en su nuevo rol.
- K) Brindar y reforzar en los adolescentes conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado de su hijo.
- L) Lograr la Reinserción educativa.
- M) Fortalecer en forma integral la valoración y cuidados del cuerpo de la adolescente, redefiniendo e incorporando nuevas conductas en torno a su sexualidad.
- N) Brindar a las adolescentes información y asesoramiento sobre leyes referidas a la procreación como así también a otras problemáticas que afectan a las adolescentes.
- O) Capacitar a las adolescentes en habilidades y destrezas necesarias para ejercer un oficio.
- P) Realizar el seguimiento de las adolescentes en relación al entorno familiar y su inserción laboral.

Los beneficiarios finales de este proyecto serán los niños/as y las adolescentes extendiéndose sus beneficios a la familia, la comunidad y la sociedad en general. Las acciones en su totalidad serán llevadas a cabo en cada Localidad de acuerdo a su realidad”.⁵⁷

⁵⁷ FERNÁNDEZ L, BUSTOS L, GONZÁLEZ L, PALMA D, VILLAGRAN J, MUÑOZ S. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev Méd Chile 2000; 128: 574-83

ADOLESCENCIA Y DERECHOS SEXUALES

“La falta de información en las adolescentes sobre sexualidad como derechos humanos; se debe a la poca información, la inadecuada formación humana: formal (aparatos ideológicos, o medios de comunicación formativos) e informal (religión sindicatos, el barrio o comunidad, la familia y los poderes políticos) que impide el desarrollo de actitudes y valores que impactan en el crecimiento personal y social del individuo llegando a ocasionar una gran confusión de conceptos en cuanto a sexo, sexualidad, derechos sexuales, ocasionada por las grandes mafias económicas, que no permiten una completa información, ya que esto perjudica a sus intereses, debido a que el cuerpo es visto como pecado y utilizado como mercancía ante la sociedad

De igual forma la sexualidad se encuentra manejada por un sin número de mitos y tabúes que impiden una información y comunicación fluida en la familia, donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente, provocando una confusión en las y los jóvenes adolescentes por lo que no hay instituciones que se preocupen por mejorar los roles familiares, dándose un incremento de embarazos no deseados en las adolescentes, causado por el poco interés en el cuidado de su cuerpo y la pérdida de valores.

Los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta y a la actividad sexual, por lo que llegan en muchos casos al tráfico de cuerpos y prostitución corriendo un riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cayendo en un aislamiento, ocasionado por la baja autoestima y depresión impidiendo la formación adecuada y el desarrollo humano de las adolescentes lo que podría además llevarlas incluso hasta la muerte.

Por tal motivo es fundamental tener claro los conceptos referentes a la sexualidad humana⁵⁸.

SEXUALIDAD

“Todos somos seres sexuales. Nuestra sexualidad incluye

- nuestros cuerpos y el funcionamiento corporal
- nuestro sexo biológico
- nuestro género: nuestra condición biológica, social y legal como jóvenes, mujeres y hombres
- nuestra *identidad* de género: nuestros sentimientos sobre nuestro género
- nuestra orientación sexual: heterosexual, homosexual o bisexual
- nuestros valores sobre la vida, el amor y las personas que forman parte de nuestra vida

Nuestra sexualidad influye en cómo nos sentimos con respecto a todas estas cosas y en nuestra experiencia del mundo: influye en nuestros pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones⁵⁹.

DERECHOS SEXUALES.

DECLARACIÓN DE DERECHOS SEXUALES

“La sexualidad es una parte integral de la personalidad de los seres humanos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, el cariño y el amor.

⁵⁸ GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

⁵⁹ Ibid

La sexualidad se fundamenta en la interacción de las estructuras individuales y sociales. El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual también debe ser un derecho humano básico.⁶⁰

Para garantizar que los seres humanos y las sociedades desarrollen una sexualidad sana, todas las sociedades deben reconocer, promover, respetar y defender los siguientes derechos sexuales por todos los medios posibles. La salud sexual se logra en un entorno en el que se reconocen, respetan y ejercen estos derechos sexuales”⁶¹.

1. EL derecho a la libertad sexual. “La libertad sexual reconoce la posibilidad de que todos los individuos expresen plenamente su potencial sexual. No obstante, excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual, en cualquier momento y situación de la vida.

2. El derecho a la autonomía sexual, la integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual. Este derecho comprende la capacidad de tomar decisiones autónomas relacionadas con la vida sexual dentro del marco de la propia ética personal y social de la persona. Además, comprende el control y el goce de nuestros cuerpos sin ningún tipo de tortura, mutilación o violencia.

3. EL derecho a la privacidad sexual. Este derecho incluye las decisiones y conductas individuales con respecto a la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otras personas.

4. EL derecho a la igualdad sexual. Este derecho se refiere a la ausencia de cualquier tipo de discriminación, independientemente del sexo, el género, la

⁶⁰ UNDURRAGA G. Educación sexual: la polémica continúa. Salud y cambio 1992; 3: 41-3.

⁶¹ <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html> .

orientación sexual, la edad, la raza, la clase social, la religión y las incapacidades físicas y emocionales.

5. **EL derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. **EL derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Los individuos tienen derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. **EL derecho a relacionarse sexualmente con libertad.** Esto significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de relaciones sexuales responsables.

8. **El derecho a tomar decisiones libres y responsables relacionadas con la reproducción.** Esto comprende el derecho de decidir si uno quiere tener hijos o no, la cantidad de hijos y el lapso entre los nacimientos, y el derecho a tener acceso pleno a todo tipo de regulación de la fertilidad.

9. **El derecho a la información sexual basada en la investigación científica.** Este derecho significa que la información sexual debe ser generada a través del proceso de investigación científicamente ética y no comprometida con ningún interés y difundida en forma apropiada a todos los niveles sociales.

10. **El derecho a una educación sexual integral.** Esto es un proceso que dura toda la vida desde el momento del nacimiento y debe incluir a todas las instituciones sociales.

11. **El derecho al cuidado de la salud sexual.** El cuidado de la salud sexual debe ser accesible para disponer de prevención y tratamiento de toda inquietud, problema y trastorno sexual.⁶²

⁶² <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html> .

MATERIALES Y MÉTODOS

Para brindar sustento científico a la investigación y aportar una mayor comprensión a los resultados de la investigación, se explica detalladamente la metodología de investigación que se cumplirá durante el proceso.

MÉTODOS

Todo el proceso de investigación tendrá como base la aplicación del método científico, mismo que permitirá conocer y manera de llegar al problema investigado, y así poder determinar la forma lógica de ordenar las actividades que se cumplieran para la culminación exitosa.

Método inductivo - deductivo: este método hará posible elaborar el marco teórico, que comprende la revisión de literatura relacionada a los principales aspecto de la Educación Sexual y la gestión del Trabajador Social.

Método Analítico-sintético: servirá para interpretar la información obtenida y de esta manera determinar la situación real de las causas y consecuencias del embarazo en las adolescentes, información que permitirá establecer las conclusiones y sobre esta base diseñar la propuesta tomando en cuenta los objetivos planteados.

TÉCNICAS

Se utilizaron las siguientes técnicas:

Observación: Para evidenciar el comportamiento de quienes forman parte de los sujetos investigados (mujeres adolescentes).

Encuesta: Se aplicará a las adolescentes que acuden al Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, con la finalidad de obtener información confiable, misma que servirá para definir la gestión que el Trabajador Social debe

asumir frente a la prevención del embarazo adolescente en el área y segmento de estudio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Hay un aproximado de 530 adolescentes que asisten a diario al Hospital General Isidro Ayora, de las cuales el 13% son adolescentes (entre 12 y 17 años con 11 meses), por lo tanto se consideró el 52.2% para realizar el trabajo investigativo dándonos un total de 36 adolescentes.

Muestra:

Sobre esta base, se procederá a determinar la muestra. Siendo que la cantidad de adolescentes no es numerosa, se tomara la decisión de trabajar con toda la población, esto es 36 adolescentes (sexo femenino entre 12 y 17 años con 11 meses) a los cuales se realizarán la encuesta respectiva.

PROCESO UTILIZADO EN LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En primer lugar se procederá a identificar a las mujeres de parto en las que existían mujeres adolescentes; una vez identificadas, se solicitara permiso al paciente para ejecutar la encuesta; una vez concedido dicho permiso, se aplicara la encuesta guiada (explicar la encuesta) con la finalidad de lograr consistencia en las respuestas y no permitir preguntas sin respuesta.

Tabuladas las encuestas e identificadas las puntuaciones correspondientes, se procederá a obtener totales, cuidando que no existan inconsistencias. La expresión en porcentajes, permitirá establecer un índice comparativo sobre cien puntos lo cual también posibilita hacer comparaciones entre diversos grupos.

La tabulación de la información se la organizara en tablas a través de frecuencias y porcentajes y luego realizaremos representaciones graficas de las mismas.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2013																																																2014							
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO											
TIEMPO	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO.	■	■	■	■																																																				
2. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO.																																																								
3. DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS																																																								
4. REVISIÓN DE LITERATURA.																																																								
5. EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.																																																								
6. ELABORACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.																																																								
7. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.																																																								
8. SUSTENTACIÓN PÚBLICA Y GRADUACIÓN																																																								

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO

INGRESOS	\$ 1.500,00	
TOTAL INGRESOS		\$ 1.500,00
GASTOS		
COPIAS	\$ 65,00	
CD.RW	\$ 15,00	
CALCULADORA	\$ 20,00	
REPRODUCCIÓN DEL DOCUMENTO	\$ 200,00	
EMPASTADOS	\$ 250,00	
TRANSPORTE	\$ 250,00	
INTERNET	\$ 200,00	
IMPREVISTOS	\$ 500,00	
TOTAL GASTOS		\$ 1.500,00

FINANCIAMIENTO

El valor total presupuestado del presente trabajo de investigación será financiado en su totalidad por los Autores.

ANEXO No. 2: Esquema de encuesta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

De la manera más comedida solicitamos a usted se digne contestar las siguientes preguntas, las mismas que servirán para la gestión del Trabajador Social frente la prevención del embarazo adolescente en su comunidad.

1. HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL, ¿DÓNDE?
2. DENTRO DE SU HOGAR USTED DIALOGA CON SUS PADRES TEMAS SOBRE SEXUALIDAD.
3. ¿DENTRO DEL DIALOGO HABLAN SOBRE LA UTILIZACION DE LOS ANTICONCEPTIVOS?
4. ¿CUAL CREE USTED QUE SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA?
5. ¿EN QUÉ ESTATUS SOCIAL PIENSA USTED QUE SON MÁS COMUNES LOS EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES?
6. AL DARSE CUENTA USTED DE SU EMBARAZO CUAL FUE SU PRIMERA REACCIÓN
7. AL TENER UN HIJO SIENDO ADOLESCENTE CUALES CREE QUE SERÍAN LAS CONSECUENCIAS O LIMITACIONES PARA SU DESARROLLO.
8. HA RECIBIDO RECHAZO O DISCRIMINACIÓN POR PARTE DE SU FAMILIA O SOCIEDAD FRENTE A SU EMBARAZO

9. PIENSA USTED QUE EXISTEN DAÑOS PSICOLOGICOS Y DE SALUD EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
10. ¿CONOCE USTED LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDE TENER UN EMBARAZO PREMATURO EN LAS ADOLECENTES?
11. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE BRINDARLES CHARLAS DE EDUACION SEXUAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES?

GRACIAS POR SU SINCERIDAD Y TU APORTE

k. INDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE COMPROMISO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TITULO.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	6
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	50
RESULTADOS.....	53
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	66
PROPUESTA.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	77
ÍNDICE.....	115