



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Escuela de Trabajo Social

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN NUESTRA SOCIEDAD

Trabajo de Graduación, previo a la
obtención del Título de Licenciada en
Trabajo Social

Autora:

Olga Catalina Abad Fajardo

Directora:

Mgt. Jessica Vanessa Quito Calle

Cuenca, Ecuador

2015



RESUMEN

La fecundidad adolescente constituye una problemática a resolver en el Ecuador, pues, pese a los planes, proyectos y estrategias trazados por el actual Gobierno para reducir su incidencia, las cifras de este fenómeno aún son preocupantes. Por ello, el presente trabajo de investigación titulado “Embarazo en adolescentes en nuestra Sociedad”, tiene como objetivo esencial analizar desde el punto de vista teórico y práctico la intervención del Trabajo Social en las situaciones de embarazo en la adolescencia en la sociedad ecuatoriana.

En primer lugar se exponen los elementos que determinan la fecundidad, los aspectos relacionados con las uniones de pareja, las consecuencias de los embarazos precoces y las opciones de políticas para la prevención del embarazo en la adolescencia. En un segundo momento se analiza el índice de embarazo en adolescentes en el Ecuador, se determinan las características socioeconómicas y demográficas, así como las aspiraciones y oportunidades económicas de esas parejas. Tales elementos permiten en un tercer momento de la investigación la propuesta de acciones a ejecutar por parte de las Trabajadoras y los Trabajadores Sociales, en función de la prevención y apoyo ante las situaciones de embarazo en la adolescencia.

De acuerdo con la descripción de esta situación se hace necesaria la concepción de talleres con sus respectivas actividades, en las cuales se incentive la comunicación de con y entre la familia, lo cual posibilitaría brindar mayores conocimientos sobre la sexualidad y mostrarla sin prejuicios ni estereotipos sexistas.

PALABRAS CLAVES: Embarazo en la adolescencia, Determinantes de fecundidad, Prevención del embarazo, Sexualidad responsable, Trabajo Social



ABSTRACT

Adolescent fertility is a problem to be solved in the Ecuadorian society, because, despite the plans, projects and strategies laid out by the present Government to reduce its incidence, the data collected of this phenomenon are still worrying. Therefore, the present research work entitled "Pregnancy in adolescents in our society," aims essential analyze from theoretical and practical point of view the intervention of Social work in situations of pregnancy in adolescence in Ecuadorian society.

The elements that determine fertility are firstly exposed as well as the aspects related to the partner relationship, the consequences of early pregnancies and the options of policies for the prevention of pregnancy in adolescence. In a second moment it is analyzed the rate of pregnancy among adolescents in Ecuador, demographic, and socio-economic characteristics as well as the aspirations and economic opportunities of these couples are determined. Such elements allow the proposal of actions in a third moment of the investigation run by female workers and social workers, based on prevention and support to situations of pregnancy in adolescence.

The description of that situation based the need for implementing workshops on family communication according to encourage a culture of sexuality free of sexist stereotypes and prejudices, which, in turn, promotes the responsible, healthy and pleasant attitude towards sexuality.

KEY WORDS: Pregnancy in adolescents, Pregnancy determinants, Pregnancy prevention Social workers.



INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	10
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INDICE GENERAL	4
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
Embarazos en adolescentes.....	13
1.1. Adolescencia.....	13
1.2. Fecundidad en la adolescencia	13
1.2.1. Condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente	14
1.2.2. Consecuencias de los embarazos precoces.....	16
1.3. Determinantes de la fecundidad	17
1.3.1. Determinante demográfico	17
1.3.2. Determinantes económicos y sociales	17
1.3.3. Determinantes de orden cultural	20
1.4. Relaciones de pareja.....	22
1.4.1. Primera Unión.....	22
1.4.2. Uso de métodos anticonceptivos	23
1.5. Opciones de políticas para la prevención del embarazo adolescente	27
CAPÍTULO II.....	31
Fecundidad adolescentes en el Ecuador	31
2.1. Índices de embarazos de adolescentes en Ecuador.....	31
2.2. Factores determinantes del embarazo en Adolescentes en Ecuador	34
2.3. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes en Ecuador.....	38
2.4. Aspiraciones y oportunidades económicas.....	44
CAPITULO III.....	49
La función del Trabajador (a) Social en cuanto a la prevención de Embarazos en Adolescentes	49
3.1. Fundamentación legal	49



3.2. Acciones a ejecutar por los y las Trabajadores Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia 50

CONCLUSIONES 73

RECOMENDACIONES 74

BIBLIOGRAFIA 75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategias en los países de América Latina..... 29

Tabla 2: Plan de acción..... 53

Tabla 3: Plan de capacitación del Taller No. 1 53

Tabla 4: Taller 1. Actividad 1..... 54

Tabla 5: Taller 1. Actividad 2..... 55

Tabla 6: Taller 1. Actividad 3..... 56

Tabla 7: Taller 1. Actividad 4..... 59

Tabla 8: Taller 1. Actividad 5..... 60

Tabla 9: Taller 1. Actividad 6..... 60

Tabla 10: Plan de capacitación Taller No. 2 61

Tabla 11: **Taller 2. Actividad 1** 62

Tabla 12: Taller 2. Actividad 2..... 63

Tabla 13: Taller 2. Actividad 3..... 63

Tabla 14: Taller 2. Actividad 4..... 64

Tabla 15: Taller 2. Actividad 5..... 64

Tabla 16: Taller 2. Actividad 6..... 65

Tabla 17: Taller 2. Actividad 7..... 65

Tabla 18: Taller 2. Actividad 8..... 66

Tabla 19: Plan de capacitación Taller No. 3 66

Tabla 20: Taller 3. Actividad 1..... 67

Tabla 21: Taller 3. Actividad 2..... 68

Tabla 22: Taller 3. Actividad 3..... 69

Tabla 23: Taller 3. Actividad 4..... 69

Tabla 24: Taller 3. Actividad 5..... 70

Tabla 25: Plan de capacitación Taller No. 4 70

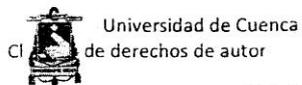
Tabla 26: Taller 4. Actividad 1..... 71

Tabla 27: Taller 4. Actividad 2..... 71



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1: Países con un 20% o más de mujeres que han dado a luz ante de los 18 años.....	21
Gráfico 2: Mediana de uso de métodos modernos por los adolescentes en unión	25
Gráfico 3: Tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez.....	26
Gráfico 4: Uso de métodos anticonceptivos	27
Gráfico 5: Tasas globales de fecundidad por año censal.....	32
Gráfico 6: Tasa de fecundidad adolescente en Ecuador, edad 10-14 años	32
Gráfico 7: Tasa de Fecundidad Adolescentes en Ecuador 15-19 años	33
Gráfico 8: Porcentaje de adolescentes que registran al menos un hijo nacido vivo por región y estado civil.....	33
Gráfico 9: Niños nacidos vivos según la edad de la madre.....	34
Gráfico 10: Estado civil y utilización de anticonceptivos.....	38
Gráfico 11: Edad mediana del nacimiento del 1er. hijo/ según estado civil, educación y uso de métodos anticonceptivos	39
Gráfico 12: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona urbana ..	40
Gráfico 13: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona rural	41
Gráfico 14: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, mujeres mayores de 15 años.....	42
Gráfico 15: Métodos anticonceptivos utilizados, mujeres de más de 15 años.....	43
Gráfico 16: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más.....	44
Gráfico 17: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más.....	45
Gráfico 18: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más.....	46
Gráfico 19: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más zona rural.....	47
Gráfico 20: Porcentaje de desigualdad en la zona urbana.....	47
Gráfico 21: Porcentaje de desigualdad zona rural.....	48



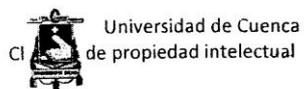
Yo, Olga Catalina Abad Fajardo, autora de la Monografía, “Embarazo en Adolescentes en nuestra Sociedad”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Trabajo Social. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 24 de Agosto del 2015.

KATY ABAD

Olga Catalina Abad Fajardo

C.I: 0105258701



Yo, Olga Catalina Abad Fajardo, autora de la Monografía, “Embarazo en Adolescentes en nuestra Sociedad”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 24 de Agosto del 2015.

Olga Catalina Abad Fajardo

Olga Catalina Abad Fajardo

C.I: 0105258701



DEDICATORIA

Dedico este trabajo, primeramente a Dios y a toda mi familia; especialmente a mis hermanas Sandra, Mónica, mi esposo Hugo Saúl Álvarez Picón y a mis dos hijas Britany Abigail Álvarez Abad y la que está por venir, que me ha acompañado todo este tiempo desde mi interior, porque fueron todo para poder llegar a esta meta tan anhelada.

También quiero dedicar de forma muy especial a mi querida madre que aunque no está físicamente sé que siempre ha sido mi ángel de la guarda e inspiración.



AGRADECIMIENTO

Primeramente me gustaría agradecerte a ti, Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi esposo e hijas quienes fueron mi inspiración para seguir adelante y no rendirme jamás.

A la UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi directora de tesis, Magíster Jessica Vanessa Quito Calle, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a todos mis profesores que durante la carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación.

A mis tíos, quienes son como unos padres para mí, madre (+), padre, hermanas y sobrinos los cuales me han motivado, han formado parte de mi superación profesional con quienes estoy inmensamente agradecida por sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida, Dios me los bendiga siempre.



INTRODUCCIÓN

Inicialmente para situar al lector con el tema de investigación resulta imprescindible decir, que el embarazo en la adolescencia constituye un fenómeno que a diario clasifica entre las principales elementos de interés en varios ámbitos del orden social y gubernamental. En el que los Trabajadores y las Trabajadoras Sociales juegan un papel importante. Lo anterior guarda relación con la situación actual, la cual se compone de una considerable influencia de embarazos en la adolescencia, lo cual presenta un aumento progresivo, fundamentalmente en países del tercer mundo y en vías de desarrollo.

Ahora bien, según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son adolescentes las personas cuya edad oscila entre los 10 y 19 años. En esa edad es donde se proyectan las transformaciones más visibles en el orden físico y más perceptibles en el orden psicológico del ser humano, ya sea en chicas o chicos (OMS, 1985). En tal sentido, ese no constituye una etapa de la vida ideal para la fecundidad y embarazos, debido a que las adolescentes no presentan condiciones desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

América latina es una de las de mayor número de embarazadas adolescentes. En este sentido, dentro de la región Andina, Ecuador clasifica como el primer país en cuanto al número de embarazos en niñas y adolescentes. Tal afirmación se basa en los datos aportados por el censo poblacional realizado en el 2010, el cual arroja que existen 346.700 niñas, y de ellas ya se han desempeñado como madres unas 2.080. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), 2010)

El incremento de embarazos en la adolescencia se erige como una cuestión a tener en cuenta en el país, por diagnosticarse como una cuestión de polémica política, cultural, social y religiosa. En Ecuador se promueve el empleo de métodos anticonceptivos que ayuden a disminuir las tasas de embarazos no deseados y como parte de las políticas de prevención de este fenómeno. El aborto o interrupción voluntaria del embarazo se incluyen entre las prácticas que el gobierno no autoriza; lo cual condiciona que varias parejas adolescentes no observen las consecuencias de ese fenómeno y de esa manera asuman la



responsabilidad que implica traer una vida al mundo, aun sin contar con la preparación necesaria.

Por lo que el embarazo precoz resulta de un grupo de factores y condicionantes que incluyen aspectos sociales y familiares. A partir de ello, pueden citarse varias razones como la situación de subordinación, subvaloración, así como la condición de inferioridad que en muchos casos padece la mujer, sobre todo en las sociedades en las cuales está arraigado el patriarcado y las posturas de machismo.

Desde el propio momento de la fecundación sobresale la importancia de entablar la comunicación con el futuro ser humano, pues, la comunicación deviene un elemento indispensable para el vínculo entre padres e hijos y constituye un acto que estrecha las relaciones humanas desde el nacimiento hasta que la persona muere. Lamentablemente, en muchos hogares a la comunicación no se le atribuye la relevancia requerida y ello condiciona perjuicios en la educación y formación de los adolescentes.

Sin embargo, los embarazos en esa etapa constituyen una cuestión que interviene tanto en el ámbito individual como familiar en su conjunto. Además presenta repercusiones físicas, económicas y psicológicas.

Esta monografía profundizó en el embarazo en la adolescencia con el objetivo de analizar los elementos teóricos que la componen, elaborado en el siguiente orden; un capítulo: I. que hablará sobre el embarazo en adolescentes; un capítulo: II. Índice de embarazo en el Ecuador, factores determinantes del embarazo en adolescentes en el Ecuador, características socioeconómicas y demográficas de los adolescentes en el Ecuador, aspiraciones y oportunidades económicas, con el fin último de establecer un capítulo III en donde se exponga la prevención del embarazo en adolescentes a partir del Trabajo Social, formas de intervención de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales con los y las adolescentes.



CAPÍTULO I

Embarazos en adolescentes

1.1. Adolescencia

La adolescencia es la etapa del ser humano donde se producen importantes cambios tanto físicos como psicológicos y a su vez una marcada transformación de las interacciones y relaciones sociales. En la actualidad se estima que cada cinco personas, una es adolescente.

Definición de adolescencia:

La adolescencia se caracteriza por erigirse como estadio de la vida en la que el individuo necesita adquirir una madurez reproductiva en donde se Imbrican factores psicológicos de la niñez con los de la adultez y que a su vez, conduce a su independencia socioeconómica (OMS, 1985).

“El término adolescencia se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Es empleado para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta” (OMS, UNICEF y FNUAP, 1998).

1.2. Fecundidad en la adolescencia

Un embarazo no planeado o deseado en una mujer adolescente puede provocarle trastornos biológicos, psicológicos y sociales, y más aún, si ésta no alcanza la edad de 15 años. También conlleva una grave repercusión en el ámbito social en que esta se desenvuelve, ocurre la interrupción del proyecto educativo y aparece la necesidad de incorporarse prematuramente a la vida laboral. La adolescente y la familia deben enfrentar además la censura social, promoviendo matrimonios prematuros de corta duración.

La gestación a edades tempranas de la adolescencia es una crisis que se suma a los cambios biológicos, psicológicos e intelectuales que se desarrollan en este periodo de la vida. Esta situación inesperada irrumpe en la vida de las adolescentes en un momento en que aún no cuenta con la madurez física y



mental que se requiere para asumir este proceso y sus consecuencias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, además de la ruptura con el medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Además son varios los condicionantes que afectan y provocan la morbilidad en el embarazo de la adolescente, pues ocurren fallas en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, conocido como síndrome de mala adaptación circulatoria, mediante el cual pueden presentarse varias manifestaciones desde el punto de vista clínico, las cuales pueden presentarse asociadas o separadas entre sí y a un nivel materno y fetal. (Revista. Pediatría. Electrónica, 2008).

1.2.1. Condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente

Por lo general la sociedad y la familia no ofrece una adecuada educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara sobre este tema, por lo que se promueven conductas sexuales desafortunadas, desorientadas e imprudentes que derivan en embarazos no deseados o abortos inducidos con altos riesgos para la salud del adolescente y el feto.

Las adolescentes alcanzan la fertilidad sexual aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser emocionalmente maduros y se desarrollan en una cultura donde los factores sociales como los compañeros, la comunidad y los medios de comunicación: la televisión, el cine, radio, revistas de moda, la música, socializan contenidos que incitan a las relaciones sexuales, como prácticas comunes y aceptadas en nuestros días.

“En países de América Latina, la actividad sexual y los niveles de fecundidad entre los y las adolescentes han aumentado de manera significativa en los últimos años” (Soto, 2006).

Para controlar esta situación se han desarrollado varios Programas de Educación Sexual dirigido a adolescentes, con la finalidad de educar y transformar las tasas relacionadas a la sexualidad, buscando involucrar en este



proceso transformador a la comunidad, a la familia, a las instituciones educativas, de salud y a los medios de comunicación.

A pesar de estas acciones, los resultados no han sido muy alentadores. El aumento de la maternidad en este período de la vida es un fenómeno alarmante por los riesgos de salud que representan para la madre y el hijo, además de las desventajas que conlleva para las jóvenes asumir responsabilidades a esta edad de inmadurez emocional e intelectual.

También existe el consenso de que un embarazo precoz está fuertemente relacionado con un menor nivel educativo y estatus socioeconómico. La evidencia indica que la maternidad temprana puede ser un mecanismo de transmisión de la pobreza, aunque al mismo tiempo no se rechaza en la literatura la idea de que la pobreza o la situación socioeconómica que enfrenta la joven puede promover y perpetuar situaciones que desembocan en embarazos precoces. (Guzmán, 2000).

“Sin embargo, en algunos países en vías de desarrollo, la maternidad a edades tempranas no es catalogada como un problema, ya que se arguye que tales comportamientos son tradicionales, en especial en las zonas rurales” (Singh, 1998).

En contraste, las economías en desarrollo, por lo general, dejan de lado los problemas de fecundidad en los adolescentes o los abordan desde una perspectiva más amplia. Los programas desarrollados para este grupo de población, están relacionados más con educación, empleo, salud física y mental, jóvenes sin hogar, y no tanto con programas preventivos de la fecundidad (Singh, 1998).

“La literatura presenta amplia evidencia de que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos sino que es más alta entre los grupos pobres” (Guzmán, 2000).

Cuando se analizan las estadísticas de embarazo adolescente se puede confirmar que las adolescentes que pertenecen a los quintiles más bajos tienen una probabilidad mayor de quedar embarazadas que las



que pertenecen a estratos más altos de la sociedad. En la década del 2000-2010, según datos estadísticos el 40% de las adolescentes del quintil más bajo tienen un hijo o han tenido un embarazo, comparado con el 8% de los de estratos sociales más altas, han experimentado alguno de estos eventos. (Guzmán, 2000)

Los principales condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente se encuentran: abortos, hipertensión gestacional, infecciones urinarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, anemia, bacteriuria asintomática, escasa ganancia de peso, pre eclampsia – eclampsia, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias y desproporción céfalo-pélvica.

1.2.2. Consecuencias de los embarazos precoces

A nivel mundial las altas tasas de maternidad adolescente, son alarmantes debido a las consecuencias y peligros a la salud, derivados del embarazo a esa temprana edad de la vida.

El estado Mundial de la Infancia establece un grupo de estadísticas, mediante las cuales determina que con menos de 18 años, la madre presenta una probabilidad del 60% de perder al bebé durante el primer año de vida. Por su parte, si logra sobrevivir de cualquier manera crecen las dificultades pues existe una mayor probabilidad de que padezca de bajo peso al nacer, así como de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo. Otras estadísticas relevantes en este sentido tienen que ver con las niñas menores de 5 años, las cuales multiplican por cinco sus posibilidades de morir durante el embarazo en comparación con las mujeres de más de 20 años (Acevedo, 2007).

Entre los factores causantes de esta situación se encuentran entre otros: que el organismo aún no se encuentra lo suficientemente desarrollado para concebir. También influye el maltrato familiar, la mala alimentación y la discriminación de género. Además, los impedimentos para la formación escolar y laboral. Asimismo existe una mayor probabilidad de que se conviertan en madres solteras, enfrentando así la ausencia e irresponsabilidad de los padres.



1.3. Determinantes de la fecundidad

Los llamados determinantes de la fecundidad son variables, que se utilizan para explicar los componentes responsables de las variaciones en la fecundidad de una determinada población. Estas variables intervienen en las tres etapas requeridas para que se realice la fecundidad: la unión sexual entre hombres y mujeres, la concepción y el nacimiento vivo. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2008)

1.3.1. Determinante demográfico

Dentro de la fecundidad la edad es un factor importante, ya que el periodo reproductivo de la mujer es de 12 a 49 años, el mismo comprende un ciclo de 37 años de vida fértil, en el que la mujer está expuesta al embarazo. Cuando la mujer es joven la exposición al riesgo de quedar embarazada es mayor.

El estado civil es otro de los determinantes demográficos de la fecundidad, pues las mujeres con relación de pareja sexual, tienen mayor exposición de quedar embarazadas. El método de planificación familiar es otro de los determinantes demográficos de la fecundidad, aquí los programas educativos deben estar dirigidos a educar y concientizar a las parejas sobre el número de hijos que deseen tener, llevando una cultura demográfica que permite entender los problemas que puede ocasionar un crecimiento excesivo de la población.

1.3.2. Determinantes económicos y sociales

Inicialmente se puede plantear, que la participación de las mujeres en la vida productiva, el nivel de instrucción de la pareja, así como la educación de ambos, son factores que se encuentran estrechamente vinculados con la fecundidad. Cuando la mujer cuenta con mayores oportunidades en el campo de la educación, que son mayores posibilidades para la vida laboral, el embarazo en la adolescencia disminuye, este es el caso de los países en desarrollo.



Existen según la literatura especializada tres tipos de factores que intervienen directa e indirectamente sobre la fecundidad, a través de los determinantes próximos, los cuales se mencionan a continuación:

1ero. Los factores globales relacionados con las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud, educación y empleo, a través de estos el estado organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, educativos y de acceso a bienes y servicios que directa o indirectamente afectan la fecundidad.

2do. Los factores socioeconómicos y del contexto social y cultural en el cual vive el adolescente, incluido el discurso social sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, los hijos, etc.

3ero. Los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y de la familia con la cual convive. (Flórez Carmen Elisa, 2004)

En este caso se ampliará sobre los tres tipos de factores que intervienen directa e indirectamente en la fecundidad:

Primero: Factores globales

En la década de los años 90 en los países de América Latina y el Caribe, se han venido desarrollando e implementando varios programas para promover una adecuada cultura y salud sexual, sobre todo en lo relacionado al embarazo en la adolescencia y todos los riesgos derivados de este.

A pesar de todas las políticas y acciones gubernamentales establecidas los resultados de estas aún no son favorables según lo indican las altas estadísticas que persisten de embarazos precoces en la actualidad. Lo que indica que la educación sexual que se ha impartido en las instituciones educativas desde la década de los 90 ha tenido un impacto muy bajo en la conducta sexual de los estudiantes, que cuentan todavía con una visión restringida de la sexualidad y del ser humano.

Por otra parte Vargas, plantea que la socialización sexual sí ha sido “efectiva” en la reproducción de estereotipos rígidos que no sólo perpetúan las jerarquías



y desigualdades entre hombres y mujeres, sino que promueven otra serie de cogniciones que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. En esta medida, es plausible plantear que el reto para la educación sexual es lograr trascender las conferencias sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y aborto que se dictan en las aulas de clase, para incidir en la socialización sexual de la población (Vargas, 2003).

Segundo: Factores del contexto socio-cultural

Las características culturales, que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartidas, creencias, normas, valores, estándares y significados, a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad adolescente. (Prada, 2001)

Tercero: Factores individuales y del hogar

“Existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales y de la maternidad adolescente” (Flórez Carmen Elisa, 2004).

“El contexto y el ambiente familiar han mostrado ser factores importantes en el comportamiento sexual de las adolescentes” (Vargas, 2003).

En general, se puede afirmar que un bajo nivel educativo de la madre, un bajo clima educativo en el hogar, el desarrollo de la adolescente en un hogar monoparental, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, antecedentes de abuso sexual en la adolescente, la agresión física/verbal, el nivel de violencia del hogar, el tipo de unión establecida por la madre, un bajo nivel de comunicación con la madre, y una mayor flexibilización de los padres en el control de los jóvenes incrementan, de manera significativa, la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales, al igual que la probabilidad de embarazo en las adolescentes (Flórez Carmen Elisa, 2004).



1.3.3. Determinantes de orden cultural

En los niveles de fecundidad incide las tradiciones culturales, así como los valores que la sociedad y la familia proporcionan a niños y niñas. En algunas culturas se da el caso de contar con una familia grande para poder desarrollar las labores agrícolas o cualquier otro empleo familiar. Además se da el caso de tener una familia grande para que cuiden a sus padres cuando estén mayores.

En los niveles de fecundidad en el orden cultural también se encuentran las causas siguientes: la edad para contraer el matrimonio, las formas de prohibiciones sexuales, el aborto inducido, el tiempo de la lactancia y por último tenemos la esterilización. Elementos que se encuentran de manera indistintas en determinadas culturas de los pueblos de la región y del Ecuador.

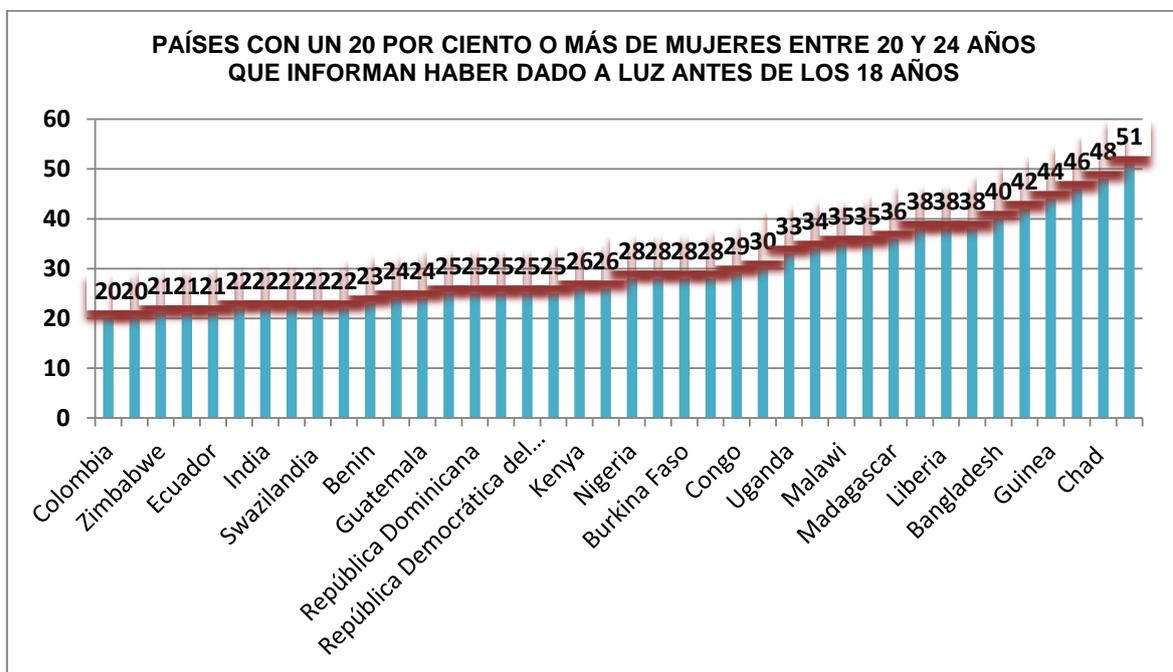
El contexto cultural, los valores y las percepciones sobre la familia y los hijos donde se desenvuelva socialmente el adolescente tiene una gran influencia en la determinación del tamaño de la familia y en el carácter de las decisiones que toman frente al riesgo sexual, así como también en la intención e inicio de la actividad sexual en la adolescencia y la frecuencia de esta.

El efecto causado por los medios de comunicación, especialmente la televisión, sobre las actitudes tomadas por los adolescentes hacia los roles sexuales, las relaciones sexuales en temprana edad, la utilización o no de los métodos anticonceptivos y las expectativas sexuales es muy importante en nuestros días, sobre todo en la última década del milenio, donde la televisión, el internet y otros medios de comunicación, juegan un papel protagónico como agentes socializadores y de formadores de modelos de comportamiento que influyen altamente en las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes.

El desarrollo tecnológico y el abaratamiento de los costos de acceso a estos medios de comunicación los han convertido en la mayor fuente de información de los jóvenes en etapas de su desarrollo en las que los cambios psicológicos y biológicos experimentados por estos conllevan a que los padres, familiares y educadores dejan de ser la fuente principal de obtención de información al respecto.

Todos estos determinantes de la fecundidad referidas anteriormente son variables que se utilizan para analizar la fecundidad de una determinada población. En la gráfica 1 se muestra los países con un 20% o más de mujeres entre 20 y 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, señalando a tres países de la región, donde uno de ellos es Ecuador, esto permite hacer una valoración sobre la situación que presenta y poder comparar con otros países del mundo.

Gráfico 1: Países con un 20% o más de mujeres que han dado a luz ante de los 18 años



Fuente: (UNFPA, 2013)
Elaborado por: Olga Abad

En la gráfica anterior se muestran las cifras de 20 países que cuentan con un índice mayor del 20% de fecundidad en las mujeres que han dado a luz antes de los 18 años, es importante destacar que todos son países en desarrollo, de ellos el mayor porcentaje de fecundidad adolescente corresponde a los países del continente africano. En América Latina tenemos que: Colombia tiene un 20%, Guatemala con un 24% y Ecuador con un 21%.



1.4. Relaciones de pareja

1.4.1. Primera Unión

Nupcialidad:

El riesgo de embarazo es mayor en mujeres unidas. Sin embargo la proporción de población alguna vez casada, la edad de contraer matrimonio, o la edad de entrada en unión sexual y la probabilidad de viudez o segundas nupcias son frecuentemente determinantes más fuertes de la fecundidad global que el nivel de la fecundidad marital en sí misma. (Arango, 2003)

En las poblaciones en donde la unión consensual es alta, la edad del primer nacimiento sirve para medir el patrón de nupcialidad.

Edad a la primera unión y edad a la primera relación íntima.

A partir de los años 70, la edad a la que se efectúa la primera unión es considerada el principal determinante de la fecundidad adolescente. Aunque se debe tener en cuenta además a las adolescentes no unidas y sexualmente activas. Puesto que mientras más tardía sea la edad de contraer nupcias la fecundidad global será menor. Algunos de los mecanismos de esta relación son:

El retraso en la edad de contraer matrimonio reduce los años potenciales de fecundidad, por tanto afecta la fecundidad total de la mujer. Poblaciones donde la edad media de contraer matrimonio es mayor tienden a estar asociadas a mayor urbanización, mayores niveles de educación, y a mayores niveles de prevalencia anticonceptiva en la unión. Por tanto la fecundidad global es baja porque la fecundidad marital es menor y porque la cohorte adolescente casada también es menor en proporción.

Según Aragón, “el retraso en la edad de contraer matrimonio permite a las mujeres adquirir niveles más elevados de educación y por tanto desarrollar mayores intereses por su inserción en el mundo laboral como profesionales” (Arango, 2003).



Solteras sexualmente activas y fecundidad prematrimonial

“La exposición a relaciones íntimas, embarazo y maternidad es menor para adolescentes no unidas que para aquellas en unión” (Arango, 2003).

“El precoz inicio de las relaciones sexuales no parece estar asociado a mayores niveles de maternidad adolescente, aunque la edad de la primera relación constituye un determinante importante de la fecundidad” (Flórez Carmen Elisa, 2004).

1.4.2. Uso de métodos anticonceptivos

Son varias las causas que inciden en la decisión de las mujeres en utilizar métodos anticonceptivos, aumentando aún más cuando estas son adolescentes. La estabilidad de una unión ya sea legal o consensual y el deseo o no de tener hijos influyen de forma directa en esta decisión.

La utilización de anticonceptivos en las mujeres depende de su educación sexual, del grado de información que tenga de la existencia y uso de estos, como del acceso a los métodos mismos de planificación familiar, es decir la oferta y servicios que se brinden de estos.

“El acceso a métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y reproductiva, es crucial entre las adolescentes” (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Tipos de métodos de planificación familiar:

Tradicionales

“El uso de métodos de planificación familiar tradicionales se debe tener en cuenta en estudios de fecundidad, pues mientras hay ventajas en los métodos modernos (y algunas desventajas), los medios tradicionales también pueden ser efectivos en la reducción de la fecundidad” (OMS, 2015)

Modernos

En las adolescentes unidas el uso de anticonceptivos es un determinante de la fecundidad menos importante que la edad de entrada en unión, pues la



prevalencia de uso de anticonceptivos entre ellas es baja, tanto para métodos modernos como tradicionales (Román & González , 2009).

Dentro de los modernos están:

Esterilización

La esterilización femenina o masculina tiene un efecto definitivo en la fecundidad, pues impide la concepción, los niveles en la adolescencia suelen ser por lo general extremadamente bajos, puesto que las adolescentes utilizan los métodos de anticoncepción para espaciar los hijos, no para terminar su etapa reproductiva (Arango, 2003).

Aborto inducido

El aborto tiene sin dudas un efecto potencialmente fuerte en la fecundidad global, en especial en países donde es cultural y legalmente aceptado y en los países donde no es aceptado y además es ilegal, este efecto es muy difícil de medir o cuantificar debido a la imposibilidad de contar con datos estadísticos confiables.

“Las mujeres jóvenes no unidas tienen mayor probabilidad que mujeres mayores unidas, de considerar realizarse un aborto de un embarazo avanzado en condiciones poco seguras” (Arango, 2003).

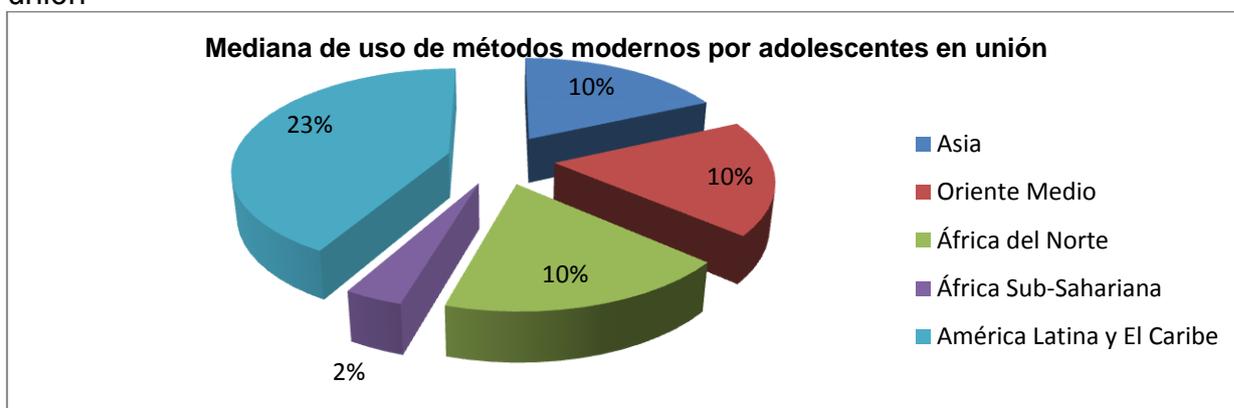
Esto indica que las adolescentes están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de esta, pues aunque saben cuáles son los métodos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de los métodos. (Ministerio de la Protección Social, 2003)

El aborto no es una solución fácil para ninguna mujer ya que lleva implícita un alto riesgo, más aun en países donde es considerado una actividad ilegal y su práctica se realiza en condiciones ilegales e inadecuadas que conllevan graves repercusiones físicas, emocionales y económicas para la mujer. Por lo general las mujeres que optan por el aborto inducido dan una mayor importancia a sus proyectos personales, educativos o laborales por encima de la maternidad y en

la mayoría de los casos son apoyadas por amigas, cuñadas o hermanas o por la propia pareja.

A continuación se puede apreciar en la gráfica 2 el uso de los métodos modernos por adolescentes en unión en algunas de las regiones del mundo, pues la misma permite evaluar cómo se encuentra América Latina y el Caribe, para posteriormente analizar el caso del Ecuador.

Gráfico 2: Mediana de uso de métodos modernos por los adolescentes en unión



Fuente: (ROMÁN, 2009)

Elaborado por: Olga Abad

En la gráfica se puede apreciar en cuanto al uso de métodos modernos por las adolescentes en unión en América Latina y el Caribe, alcanzando una cifra de 23%, el resto de las regiones están en un 10%, excepto África Sub- Sariana con un 2%.

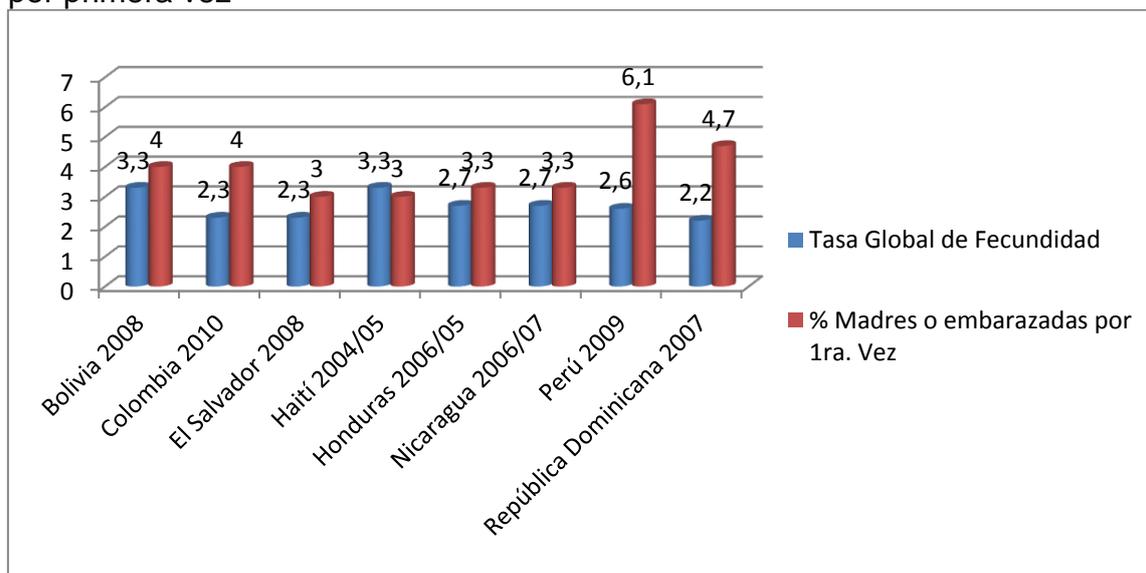
Los conocimientos de la sexualidad que presentan los jóvenes en la actualidad, cuestionan la eficacia de los programas gubernamentales de educación sexual en el contexto escolar, de salud y de los medios de difusión masiva, los cuales brindan información científica y objetiva sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no deseados, pero no crean espacios reflexivos asequibles y de confianza para que los adolescentes puedan plantear abiertamente sus inquietudes, miedos y expectativas futuras.

Hoy en día, una de cada nueve niñas en los países en desarrollo es forzada a casarse antes de los 15 años de edad. En Bangladesh, Chad y Níger, más de una de cada tres niñas se casa antes de su cumpleaños número 15. En

Etiopía, una de cada seis niñas se casa antes de los 15 años. En países en los cuales las mujeres tienen la tendencia de casarse a temprana edad, las diferencias entre la edad media de la población soltera al casarse (SMAM, por sus siglas en inglés), entre hombres y mujeres, son generalmente grandes. Los tres países con la SMAM femenina más baja hasta el 2008 fueron Níger (17,6 años), Malí (17,8 años) y Chad (18,3 años). Todas las diferencias de edad entre la SMAM de hombres y mujeres es de por lo menos seis años. La SMAM es el tiempo promedio de vida soltera en personas entre 15 y 49 años. (New York United Nations, 2011).

A partir de estos resultados con los métodos modernos se hace imprescindible mostrar tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez, por lo que el gráfico 3, muestra el comportamiento en algunos países de la región, pues los mismos permiten realizar un análisis con Ecuador.

Gráfico 3: Tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez



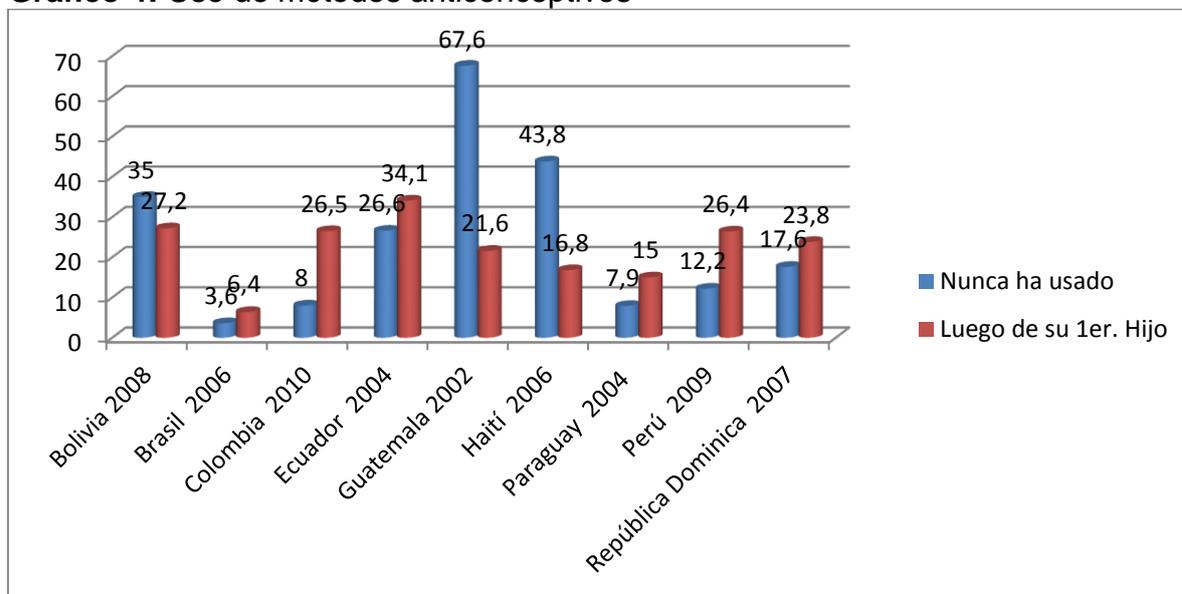
Fuente: CELADE 2011

Elaborado por: Olga Abad

Bolivia y Haití son los países de la región con la tasa global de fecundidad más alta con un 3.3, seguidos de Honduras y Nicaragua con una tasa del 2.7. Los países de Latinoamérica con mayor porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez son en primer lugar: Perú con el 6.1%, 2do. República Dominicana 4.7%, 3ros. Bolivia y Colombia con 4%, 4tos Honduras y Nicaragua con el 3.3% y luego El Salvador y Haití con un 3%.

Después del análisis realizado sobre la tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez, es necesario evaluar en algunos países de la región el comportamiento con respecto al uso del método anticonceptivo, por lo que la gráfica 4 muestra los resultados siguientes:

Gráfico 4: Uso de métodos anticonceptivos



Fuente: CELADE 2011

Elaborado por: Olga Abad

Guatemala es el país donde menos se utilizan los métodos de planificación familiar con un 67.6 %, Haití con el 44% y Bolivia con el 35%, también presentan índices elevados en cuanto al uso nulo de los anticonceptivos, como se observa el porcentaje de las mujeres adolescentes que comienzan a utilizarlo después del primer embarazo es mucho más bajo que las que no lo tienen en cuenta nunca. Esta situación influye negativamente en la tasa de fecundidad y en el porcentaje de madres adolescentes embarazadas que se ha incrementado en la década 2000-2010 en esta región.

1.5. Opciones de políticas para la prevención del embarazo adolescente

En América Latina y principalmente en Ecuador, que es el tema que ocupa este trabajo, se puede plantear que la fecundidad adolescente es un problema de salud sexual y reproductiva, en esta inciden los factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales.



En el enfrentamiento de estos es donde se resalta el papel que juega la educación sexual como estrategia de prevención de los embarazos a temprana edad. El papel que juega el estado, sus políticas, estrategias y planes de educación sexual adquiere dimensiones gigantescas, y se constituye en una de las principales armas para prevenir y combatir esta atenuante social. A continuación se mencionan por países latinoamericanos los mecanismos gubernamentales con que cuentan para enfrentar estos riesgos en la región, para poder hacer un análisis con Ecuador.

Tabla 1: Estrategias en los países de América Latina

Pais	Estrategia
Nicaragua	Política de salud sexual y reproductiva, en la cual define a los educadores como agentes multiplicadores; el fortalecimiento de los servicios de salud, que deben estar disponibles para las jóvenes que ya han iniciado su vida sexual.
Brasil	No cuenta con políticas, ni programas directos dirigidas a disminuir los niveles de fecundidad adolescente. Por el contrario a desarrollado una cultura pronatalista como una política indirecta logrando con la misma modificar la tendencia de la fecundidad total.
Bolivia	No presenta una política definida de reducción de la fecundidad, aunque ha desarrollado programas para facilitar el acceso a los servicios de salud con calidad.
Uruguay	Cuenta con programas de educación sexual dirigidos a los jóvenes y adolescentes, facilitando diferentes métodos de anticoncepción a las mujeres adolescentes y al mismo tiempo, incentivan el conocimiento y cuidado del cuerpo.
Venezuela	Existe una política de salud sexual y reproductiva dirigida especialmente a este sector de la población.
Costa Rica	Tiene trazadas estrategias para la prevención y atención de la fecundidad adolescente, estas establecen vínculos entre la escuela y la familia de las jóvenes.
Perú	En su política están considerados los riesgos a los cuales están expuestos los adolescentes; estableciendo dentro de los mecanismos para la reducción de estos, la alianza y coordinación intersectorial.
Salvador	Al igual que Brasil dirige la política para adolescentes hacia el sector de la salud, a través de la capacitación del personal que brinda los servicios de salud sexual y reproductiva.
Mexico	Este país cuenta con un Programa de Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar que se ejecuta desde el sector educativo.
Chile	Su política de salud sexual y reproductiva está dirigida a la apertura de espacios para que los adolescentes puedan discutir temas relacionados con la sexualidad y la reproducción a edades.
Guatemala	No posee en la actualidad ninguna política al respecto; el único mecanismo con el que cuenta para la reducción de este fenómeno es la inclusión de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en las escuelas.
Colombia	En la ejecución de estas políticas se distingue la participación del sector público y del privado y las ONGs que desarrollan acciones en materia de planificación familiar para este sector vulnerable de la población.

Elaborado por: Olga Abad

En el Ecuador no existe una política como tal definida para atenuar esta problemática, aunque a partir del año 2006 en Ecuador se abrieron nuevos foros de debates en torno a la sexualidad. Una de las más discutidas fue la



"Ley Orgánica de Salud" que beneficiaba, en gran medida, a mujeres, jóvenes, niños y niñas; ya que tomaba en cuenta la educación en salud sexual y reproductiva, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos, entre otras cuestiones.

Estos debates generaron reacciones por parte de segmentos conservadores de la población en ese momento, que aludían a que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se relacionaban con el aborto y la muerte. Otro segmento del país como los movimientos de mujeres, realizó acciones simbólicas y políticas en favor de los derechos sexuales, logrando que en septiembre de 2006, el Congreso aprobara la "Ley Orgánica de Salud".

En el 2008 el país da otro paso de avance al crear el Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo Adolescente (Cipea) que aprueba en ese mismo año el Plan de Prevención Nacional del Embarazo en la Adolescencia. A este Plan preventivo se suma en el 2010 el establecimiento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (Enipla).



CAPÍTULO II

Fecundidad adolescentes en el Ecuador

2.1. Índices de embarazos de adolescentes en Ecuador

La fecundidad adolescente en el Ecuador es una problemática importante a resolver en el país, pese a los planes, proyectos y estrategias trazados por el actual Gobierno para reducir su incidencia, las cifras siguen siendo preocupantes como lo plantea el siguiente informe:

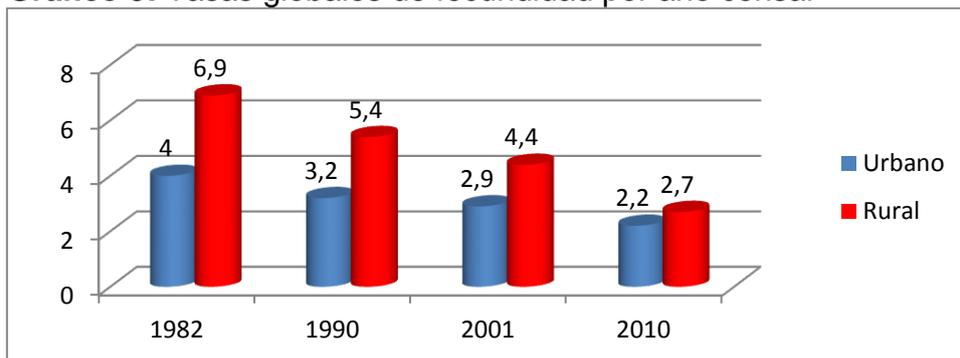
Según informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) que impulsa el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, se indica que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica, después de Venezuela, con la más alta tasa de embarazos adolescentes. (UNFPA, 2013)

Los datos publicados por el Censo de Población y Vivienda efectuado por el INEC en el año 2010 plantean que el embarazo en adolescentes menores de 14 años se incrementó en un 74% durante la década 2000-2010. Mientras que en las mayores de 15 años se incrementó en un 9%.

Por su parte la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar informa, que la tasa global de fecundidad en el país a nivel nacional es de 3,3 hijos por mujer. Aunque se conoce que las mujeres que no cuentan con ningún nivel de instrucción formal tienen alrededor de seis hijos y las mujeres que tienen nivel superior solo tienen por lo general dos hijos.

Se presenta la gráfica 5 que recoge las tasas globales de los censos realizados durante los años 1982, 1990, 2001 y por último el censo del 2010. Estos análisis son necesarios realizarlos para poder medir el comportamiento de la fecundidad en los años en los que se realizó el estudio.

Gráfico 5: Tasas globales de fecundidad por año censal

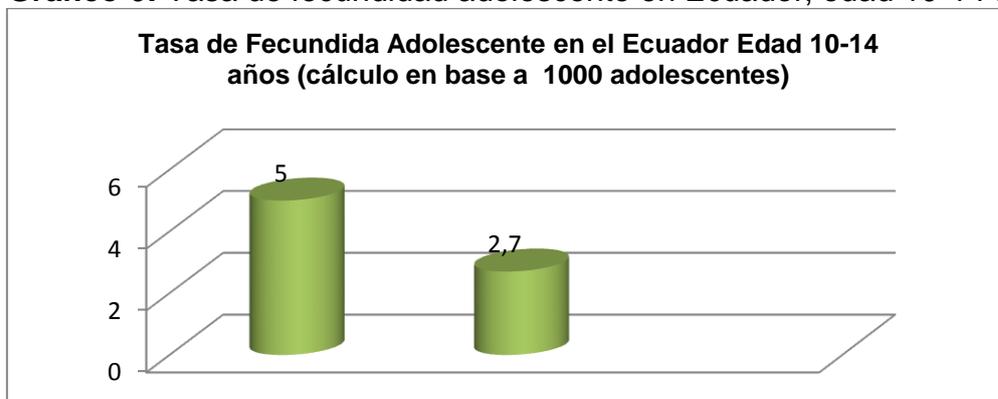


Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda, 1982, 1990, 2001 y 2010

Elaborado por: Olga Abad

Si se analizan las tasas globales obtenidas en los censos realizados a partir de 1982, éstas presentan un patrón descendente por cuanto una mujer de la zona rural en edad fértil tenía alrededor de 7 hijos y en el 2010 esta cifra baja a 3 hijos promedio, el comportamiento fecundativo de las mujeres de la zona urbana también descendió de 4 hijos promedios a 2, sin embargo estos resultados son inversamente proporcionales al comportamiento de la tasa de fecundidad adolescente como se muestra a continuación:

Gráfico 6: Tasa de fecundidad adolescente en Ecuador, edad 10-14 años



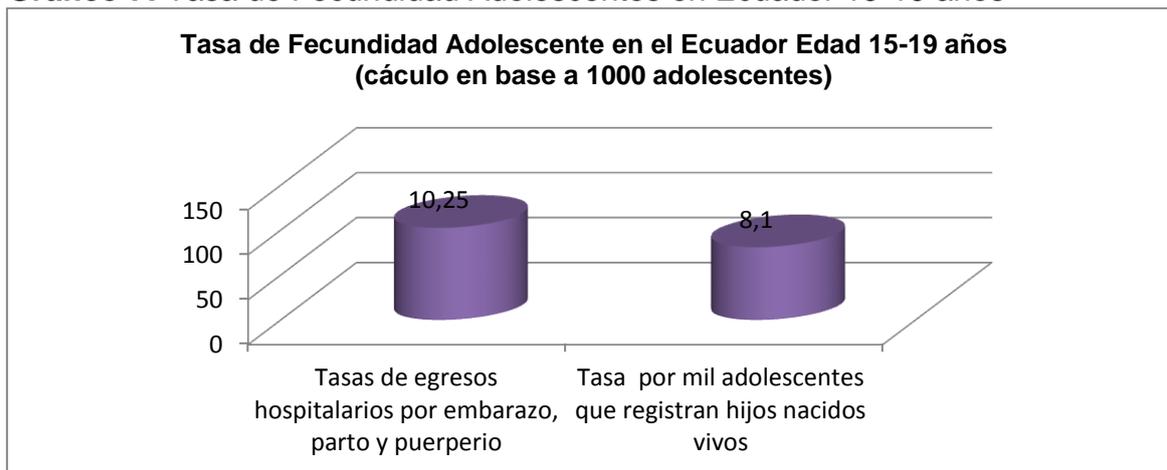
Fuente: INEC-Registro de Administración de nacimientos 2000-2012

Elaborado por: Olga Abad

Como se observa en la gráfica la tasa de fecundidad en el Ecuador en las edades comprendidas entre los 10 a los 14 años, se observa que el 5% de estas, ha estado embarazada al menos una vez y el 2,7 ya es madre de un hijo.

Otro dato importante está relacionado con la tasa de fecundidad en el Ecuador entre las edades de 15 a 19 años. Por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa

Gráfico 7: Tasa de Fecundidad Adolescentes en Ecuador 15-19 años



Fuente: INEC-Registro de Administración de nacimientos 2000-2012

Elaborado por: Olga Abad

Como se observa gráficamente la tasa de fecundidad en el Ecuador en las edades comprendidas entre los 15 a los 19 años, son altas ya que de 1000 mil adolescentes el 8,1% ya cuenta con al menos un hijo y el 10,25 % ha sido egresada de instituciones hospitalarias por causas de embarazo, parto y puerperio.

Gráfico 8: Porcentaje de adolescentes que registran al menos un hijo nacido vivo por región y estado civil



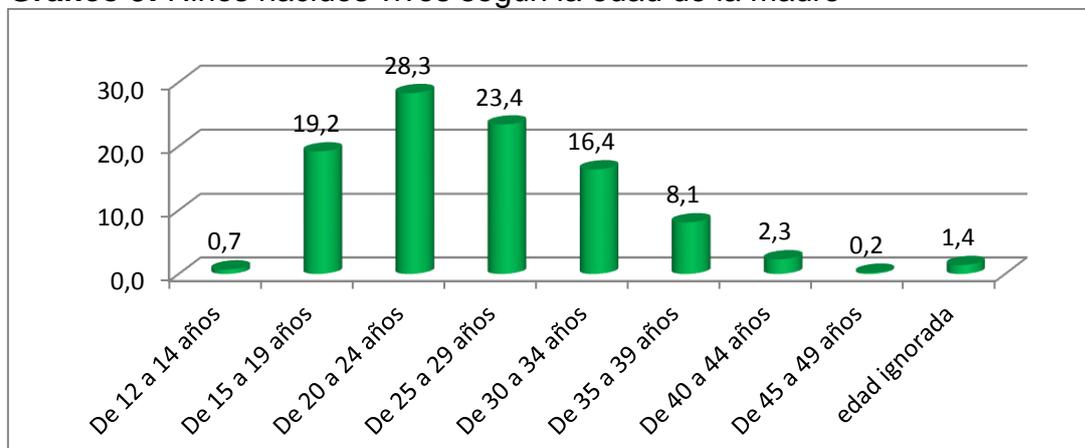
Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010

Elaborado por: Olga Abad

De las regiones más destacadas y que cuentan con mayor índice de fecundidad se encuentran la Amazonía con el 23,04% y la Costa con el 20,04 %, de estas adolescentes el 75,83% resultó estar separada o divorciada y el 61,63% casada, este comportamiento está dado en gran medida en que es en estas regiones donde se concentra la población que pertenece a los quintiles más bajos de pobreza, con una fuerte influencia de las raíces culturales y

religiosas, como bajo acceso a información sobre métodos de planificación familiar, que las ayude a regular o espaciar los embarazos.

Gráfico 9: Niños nacidos vivos según la edad de la madre



Fuente: Anuario de Nacimientos 2011

Elaborado por: Olga Abad

En el Ecuador la tasa de fecundidad más alta está comprendida entre los 15 y 29 años de edad, lo que da la medida de que las mujeres son madres desde tempranas edades, muchas de ellas sin contar con estudios ni preparación psicológica suficientes para enfrentar la maternidad, además de que a esas edades la anatomía femenina no está desarrollada biológicamente en toda su plenitud, lo cual aumenta los riesgos en la salud de la madre y el hijo.

Según datos del INEC, en el 2012 se informaron 122.301 embarazos adolescentes; una cifra mucho mayor que la del 2010. Aunque en los últimos años se ha reducido el embarazo adolescente ya que del 2010 y al 2014, la fecundidad en las mujeres entre 15 y 19 años disminuyó del 60,61% al 56,08%. La tasa de fecundidad en niñas entre 10 y 14 años presentó un patrón contrario, aumentando en este período de 1,98% a 2,16%.

2.2. Factores determinantes del embarazo en Adolescentes en Ecuador

Migración

En el país, el motivo de migración o desplazamiento hacia otras regiones, es la búsqueda de nuevas y mejores opciones de trabajo, las estadísticas aseguran



que es la población rural la que más migra con una tasa del 70,7% hacia regiones o ciudades industrializadas donde tienen más oportunidades de mejorar la calidad de vida y los ingresos percibidos, la segunda causa de migración la constituye la unión familiar con un 18% para la población urbana y un 13% para la rural.

Esta situación genera en las grandes ciudades hacinamientos e índices elevados de sobrepoblación, resultando difícil el control para poder proporcionar todos los servicios básicos primarios. También esta migración crea sub-urbanidades en las periferias, por lo que provoca riesgos epidemiológicos, por condiciones de insalubridad y desamparo.

Educación Sexual

El Plan Familia Ecuador, reemplaza en el año 2013, a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (Enipla), esta Estrategia pasó de estar bajo el mandato del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, y los ministerios de Salud Pública, Educación e Inclusión Económica y Social a operar bajo la subordinación de la Presidencia de la República.

La Eniplase inició en enero del 2012 y centró sus acciones el aspecto biológico de la sexualidad adolescente y el nuevo Plan Familia Ecuador enfocará su estrategia desde la perspectiva que el adolescente se erige como es un ser integral desde varias dimensiones: biológica, ecológica, intelectual, psicológica y trascendente.

En los períodos que operó la Enipla obtuvo algunos logros como fue su objetivo de disminuir la mortalidad materna a través de planificación familiar, el nuevo plan propuesto por el Gobierno tratará el tema desde y con el apoyo de la familia, pues su estrategia está basada en la creación de valores, donde los familiares y educadores juegan un papel protagónico. En la nueva propuesta se adicionarán también otros temas ligados a planificación familiar.

Uno de esos es concientizar a los adolescentes a no iniciar las relaciones sexuales a edades tan tempranas.



El Plan Familia Ecuador brindará información suficiente y necesaria, para crear una adecuada cultura de educación sexual, para que los adolescentes puedan tomar sus propias decisiones, a partir de una aptitud responsable y segura. En el país 9 de cada 10 adolescentes sienten la necesidad de debatir el tema de la sexualidad con su familia, el Gobierno busca apoyar el entorno familiar para que este pueda cumplir su rol educativo y formativo del adolescente.

Por su parte el Ministerio de Salud continúa con la distribución gratuita de preservativos en los establecimientos y estará incentivando formación de valores y de fomento de acciones preventivas que pueden incluirse en las actividades artísticas y deportivas, con el propósito de motivar a los chicos a que inviertan su tiempo en actividades sanas y recreativas de bajo riesgo.

Se planteó a la abstinencia como un principio básico para disminuir las tasas de embarazo a temprana edad en el país y la importancia de una formación familiar y la Secretaría del Buen Vivir efectúa actividades mensuales relacionadas también a la formación de valores en las instituciones educativas.

Este tipo de acciones por si solas no solucionan la problemática de la sexualidad y fecundidad adolescente, ya que es necesario que la educación sexual este basada en valores, pero dada la realidad de que muchas adolescentes empiezan su vida sexual a los 12 años es importante que estos aprendan a usar el condón o la píldora, para evitar contagios de enfermedades y embarazos no deseados. Las estrategias de difusión en las escuelas deben ser rigurosas, con personal capacitado que imparta educación sexual.

Pese a toda la campaña de promoción del nuevo Plan Familia Ecuador, existen grupos de oposición que creen que las estrategias propuestas no son las más adecuadas para enfrentar esta problemática en el país, debido a esta situación la Secretaría Nacional de Comunicación de la Presidencia (Secom) socializó un comunicado, en el cual se explica en detalles cuales son los objetivos y acciones a seguir bajo este Plan:

El Ministerio de Salud no entrega la denominada pastilla del día siguiente destinada a menores de edad, lo cual se realizó sin un previo análisis de cada



caso. En dicha fase se realiza una evaluación psicológica de la chica y se le imparten charlas sobre orientación sexual.

De unos años a la fecha ese medicamento se vende libremente en las farmacias del país; sin embargo, el Gobierno a través del Ministerio de Salud Pública norma la venta de ese medicamento bajo consulta médica.

Si la adolescente asegura que necesita la píldora producto a que fue víctima de una violación, los funcionarios del Ministerio de Salud informan a los padres, así como a las autoridades que se encargan de las autoridades penales.

Los cimientos de la sociedad se ven afectados por estas cuestiones de embarazo de adolescentes. Por tal motivo, el Gobierno acomete una campaña responsable de información a nuestros jóvenes sobre orientación sexual. Dichas iniciativas procuran buscan el diálogo abierto sobre la sexualidad, los peligros de un embarazo precoz para la madre y el niño, la problemática social y los daños al ser humanos, producto de un embarazo adolescente.

Es importante el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. El diálogo sobre estos temas debe estar encaminado al derecho constitucional de los adolescentes para que de esa manera se respete su evolución física, psicológica y sexual. En este caso, el Gobierno debe responsabilizarse por el cuidado de ese derecho. Debe hacerse cumplir el derecho a recibir información y educación sexual para conocer los mecanismos para enfrentar estas etapas de nuestras vidas.

La llamada “pastilla del día después” presenta el respaldo de la Organización Mundial de Salud (OMS). No se trata de un método de aborto, más bien se le considera un anticonceptivo. En Ecuador, durante varios años dicha píldora era de venta libre varios antes de que el Ministerio de Salud la incluyera en sus estrategias de planes de anticonceptivos liderados. Es preciso recalcar que existe un reglamento y normas claras para la entrega de este fármaco en las dependencias de Salud.

Varios estudios científicos han aprobado a la anticoncepción oral de emergencia en base a progestinas como un método altamente eficiente en función de retrasar la ovulación, lo cual no ha de impedir la implantación del

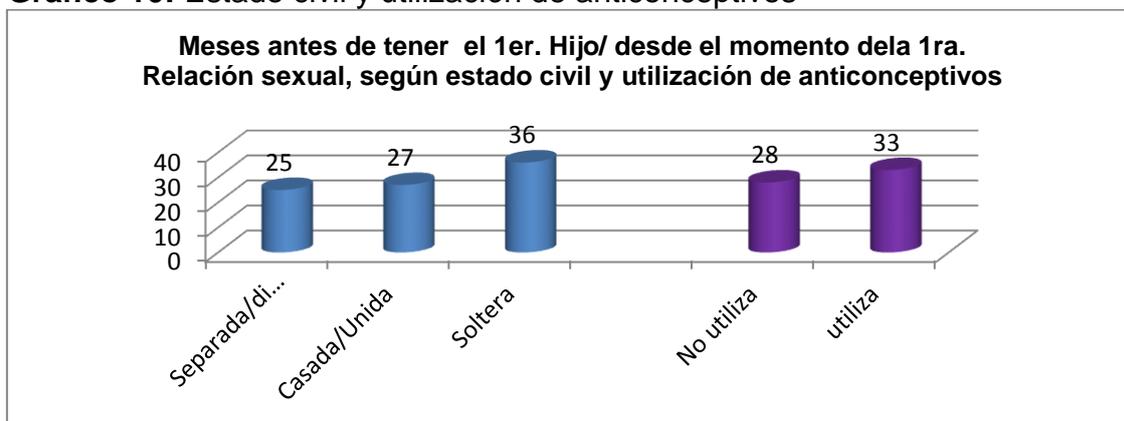
ovocito fecundado de haber ocurrido esto. Es por ello que no se incluye entre los métodos abortivos. (Secretaría Nacional de Comunicación, Mayo 2013).

2.3. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes en Ecuador

Inicio de relaciones sexuales

El ser humano a esa temprana edad suele asumir al sexo como una vía para obtener cariño y sentido de pertenencia, el adolescente tiene una gran necesidad de atención y eso ha causado que en Ecuador la edad de iniciación sexual de 15 haya bajado a los 12 años. Estos embarazos a edades cada vez más tempranas y en su gran mayoría traumáticos podrían evitarse si los adolescentes de esta edad, recibieran educación sexual adecuada, para esto se hace necesario fortalecer la triada: información correcta y oportuna a padres, educadores y jóvenes.

Gráfico 10: Estado civil y utilización de anticonceptivos



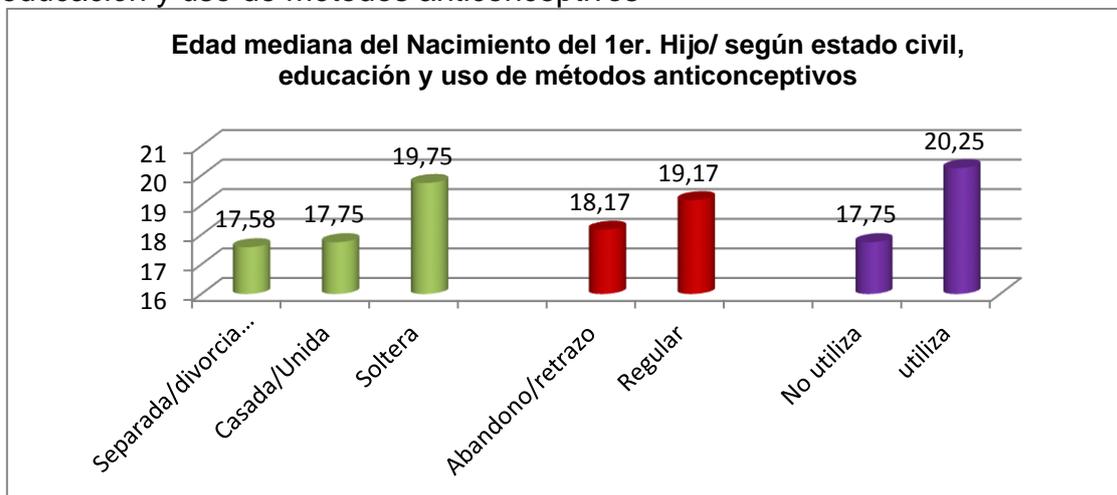
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2011-2013

Elaborado por: Olga Abad

Los resultados obtenidos en la aplicación de ENSANUT 2011-2013, demuestran que el período que transcurre desde la 1ra relación sexual al 1er embarazo es relativamente corto, siendo más significativo en las mujeres adolescentes separadas o divorciadas y en las casadas y unidas, que promedian alrededor de 1 año y cuatro meses sin tener en cuenta el período de 9 meses durante el que transcurre el embarazo, el tiempo más espaciado entre la relación y el embarazo lo tiene las adolescentes solteras que utilizan algún tipo de anticonceptivo.

También resulta necesario saber la edad mediana de nacimiento del 1er hijo en las adolescentes ecuatorianas, por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa.

Gráfico 11: Edad mediana del nacimiento del 1er. hijo/ según estado civil, educación y uso de métodos anticonceptivos



Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010

Elaborado por: Olga Abad

La edad mediana de nacimiento del 1er hijo en las adolescentes ecuatorianas es 17 años aproximadamente para las separadas o divorciadas y casadas o en unión, que no utilizan ningún método de anticoncepción, por lo general al quedar embarazadas a esa edad abandonan los estudios, la edad de las que se mantienen solteras, utilizan los métodos de planificación familiar y permanecen en la escuela es de 20 años promedio.

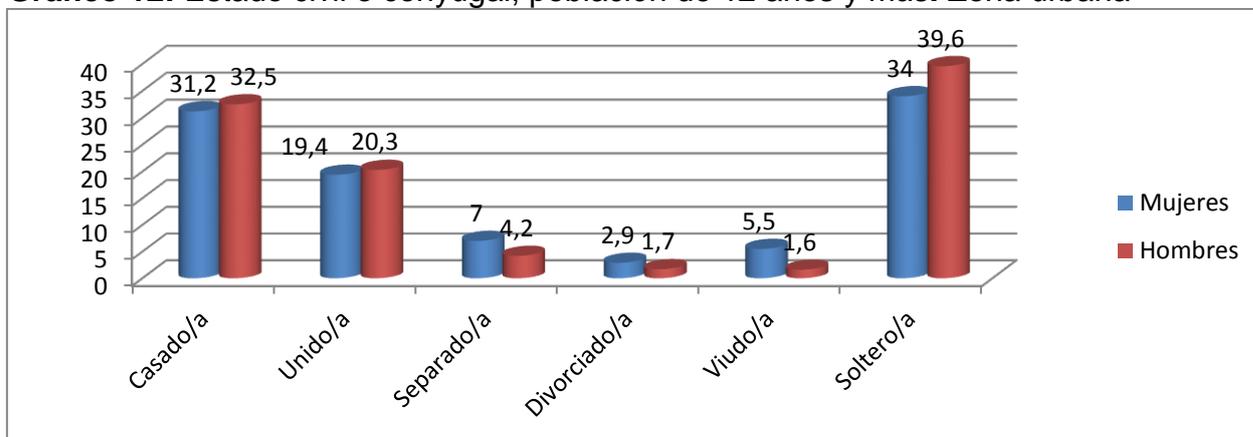
Estos resultados demuestran que las adolescentes bien informadas que usan anticonceptivos y que logran retardar el inicio de sus relaciones sexuales, tiene hijos a edades más tardías y en ocasiones terminada la etapa de la adolescencia, por lo que pueden llegar a niveles educacionales más altos y mejores opciones de vida.

Inicio de relaciones sexuales en el Ecuador, según zona urbana o rural

Para este estudio resulta necesario analizar el inicio de las relaciones sexuales en el Ecuador, tanto para la zona urbana, como para la zona rural, por lo que se presentan las siguientes gráficas que aportan estos datos de interés, pues

para el accionar de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales es un dato significativo.

Gráfico 12: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona urbana



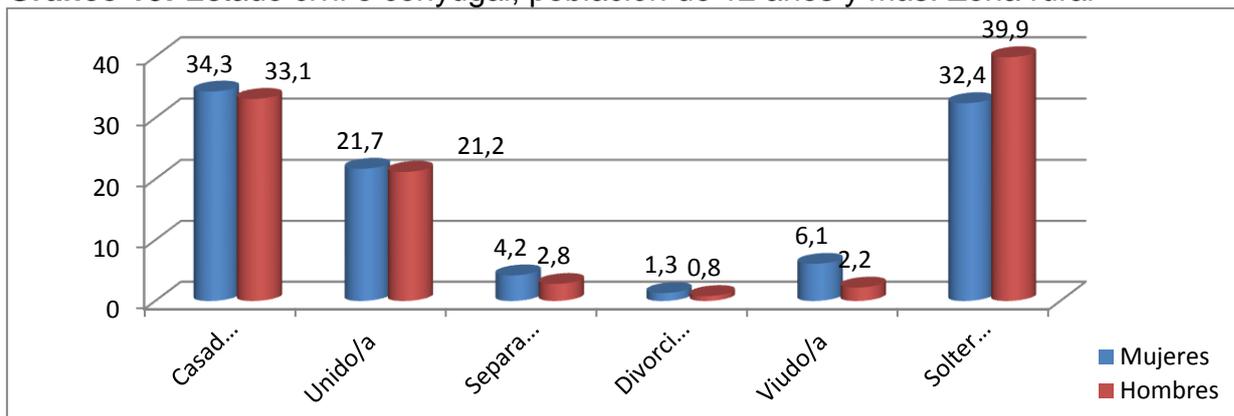
Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010

Elaborado por: Olga Abad

Según lo recogido por el Censo de Población y Vivienda 2010, se estima que aproximadamente el 32% de la población mayores de 12 años, de la zona urbana, son casados, el 20% se encuentra bajo unión libre y existe un mayor número de solteros hombres que mujeres, así mismo las mujeres resultaron estar bajo estado civil separada, divorciada o viuda en mayor cuantía que los hombres. Este dato permite tener una mejor identificación del grupo poblacional con el que se va trabajar.

Resulta imprescindible para la planificación de acciones en la prevención del embarazo en la adolescencia por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, conocer las características de la población rural en cuanto al estado civil o conyugal, en la población de 12 años y más, por lo que se presenta el siguiente gráfico que recoge los datos siguientes:

Gráfico 13: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona rural



Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010

Elaborado por: Olga Abad

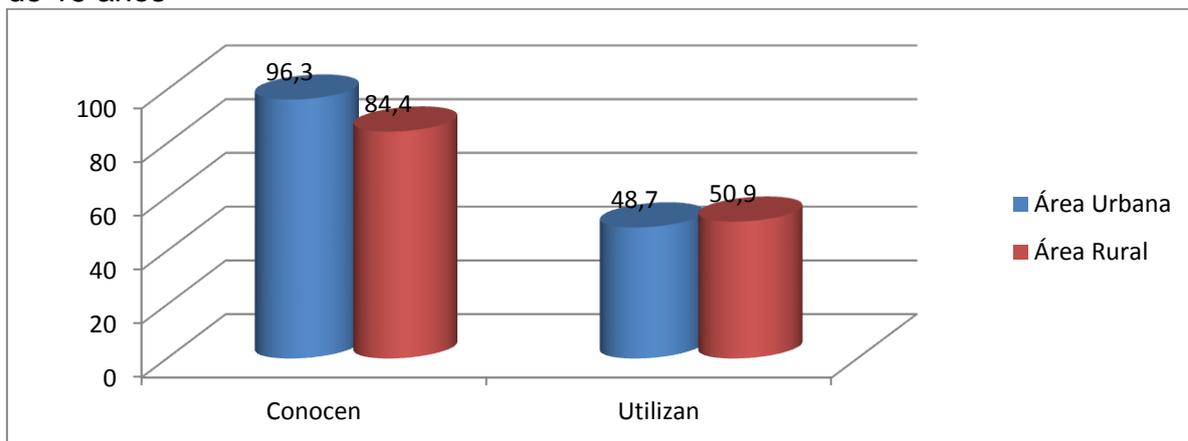
En la zona rural se aprecia que el 34% de las mujeres están casadas o en unión libre, en un 21,7% en mayor porcentaje que los hombres, menos en soltería donde estos alcanzan un porcentaje mayor de 40%. Si analizamos estas cifras podemos decir que los índices de mujeres casadas o en unión libre representan el 50% del estado civil en el país, aun así, los porcentajes restantes más altos corresponden a los solteros y solteras, siendo muy bajo el número de divorcios, separaciones y viudez.

Planificación familiar

La planificación familiar es un elemento importante que le permite a la familia, determinar el momento en que desean tener hijos, así como, el número de hijos. Permitiendo utilizar métodos anticonceptivos, tanto en hombres como en mujeres. La planificación de la promoción familiar por parte de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, es importante para poder lograr el bienestar de la pareja y de toda la familia, ella permite elevar la autoestima, la asertividad y el empoderamiento, principalmente en la mujer, ayudando a mejorar su salud.

Por lo que resulta oportuno saber el nivel de conocimiento que tienen las mujeres mayores de 15 años sobre el uso de métodos anticonceptivos, la siguiente gráfica puede ilustrar en el Ecuador, en la zona urbana y en la zona rural, permitiendo a los Trabajadores y Trabajadoras Sociales identificar el sector más vulnerable, para de esa forma planificar mejor las acciones.

Gráfico 14: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, mujeres mayores de 15 años



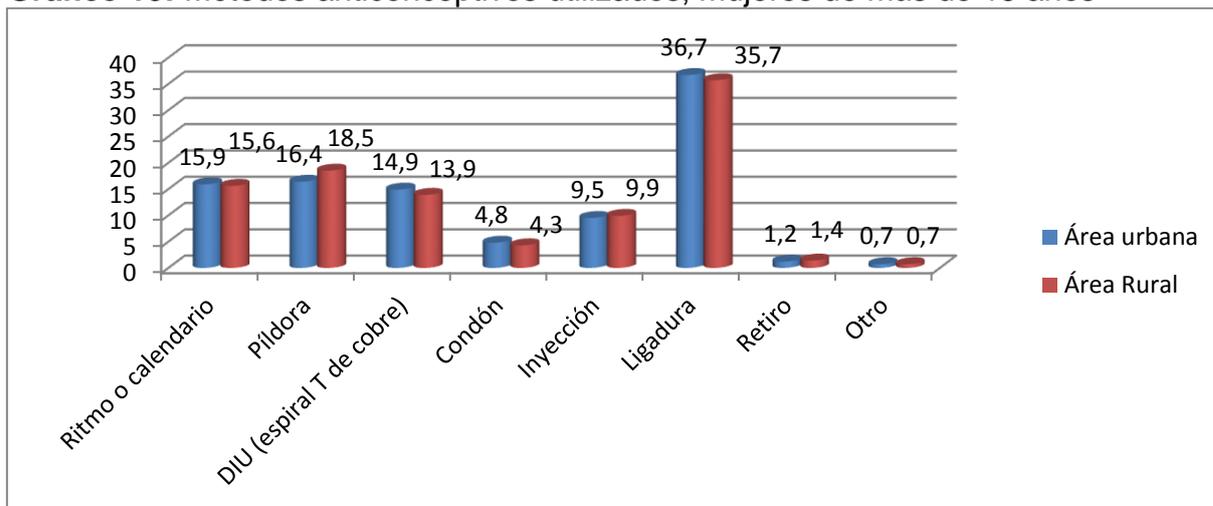
Fuente: INEC-Encuesta de condiciones de vida 2005-2006

Elaborado por: Olga Abad

En el Ecuador las mujeres mayores de 15 años en la zona urbana tienen un 96,3 % de conocimiento de los métodos de planificación familiar, pero solo el 48,7% afirman haberlos utilizado en algún momento; en la zona rural sin embargo hay un menor porcentaje de conocimiento en un 84,4 %, pero a su vez es mayor el número de mujeres que usan los métodos anticonceptivos siendo estas el 60%.

También es importante para las acciones que ejecutan los Trabajadores y Trabajadoras Sociales conocer los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres de más de 15 años, ellos pueden ser: ritmo o calendario, píldora, DIU, condón, inyección, ligadura, retiro y otros, por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa.

Gráfico 15: Métodos anticonceptivos utilizados, mujeres de más de 15 años



Fuente: INEC-Encuesta de condiciones de vida 2005-2006

Elaborado por: Olga Abad

La preferencia o utilización de uno u otro método de anticoncepción es bastante pareja en las mujeres mayores de 15 años en el país, ya sean estas de la zona urbana o rural, el más utilizados resultó ser la ligadura en un 36% seguido de la píldora, ritmo calendario y el DIU en menor cuantía, los métodos menos populares son la abstinencia y el condón.

Estas estadísticas evidencian que las mujeres en su mayoría solo hacen uso de los métodos de planificación familiar cuando quieren dejar de fecundar de forma definitiva, por lo que acuden en mayor cuantía a la ligadura de las trompas, un método tan eficiente como el condón no resulta muy popular a pesar de que este sirve además para evitar el contagio de enfermedades venéreas que afectan la salud.

Esta situación está dada por la poca o no adecuada información de la utilización y beneficio de estos métodos, existiendo creencias y estereotipos equivocados de que el condón inhibe el placer, o de que espaciar el momento de la primera relación sexual optando por la abstinencia en el período de la adolescencia es mal visto y rechazado socialmente a partir de que la sexualidad a edades tempranas está de moda convirtiendo al sexo en una norma más de la sociedad.

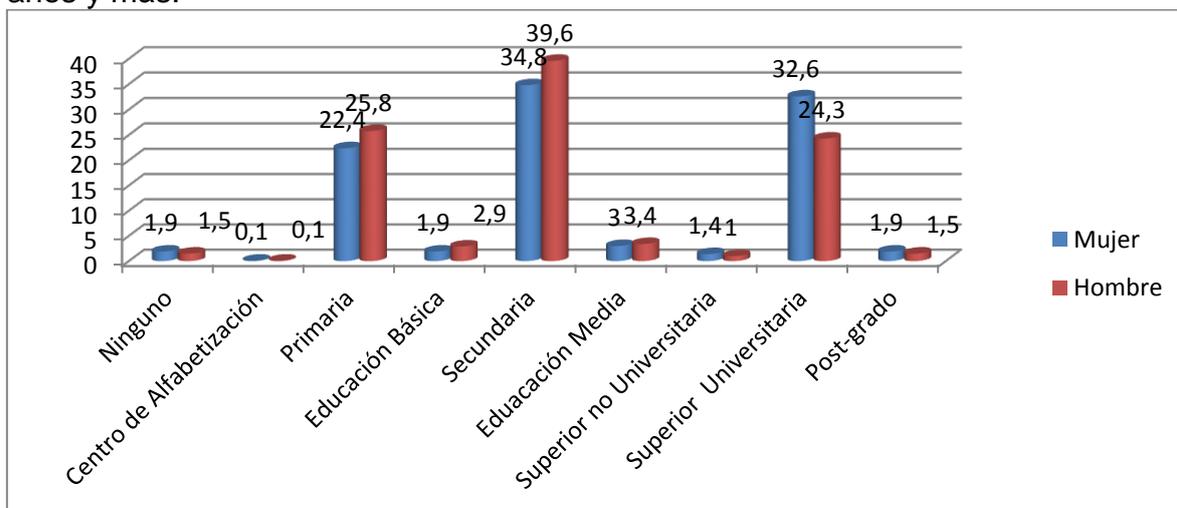
2.4. Aspiraciones y oportunidades económicas

El embarazo en la adolescencia trae graves consecuencias sociales, ya que un embarazo precoz aumenta la posibilidad de que la madre adolescente extienda su condición de pobreza por una generación más, según Información de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014).

“Son adolescentes que en su mayoría se quedan sin estudiar, por lo que tienen menos probabilidades de acceder a un trabajo mejor remunerado” (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014).

Para un correcto accionar de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales resulta imprescindible conocer la población ocupada según nivel de instrucción, en la gráfica que se muestra a continuación se hará referencia a la zona urbana.

Gráfico 16: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más.



Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

Elaborado por: Olga Abad

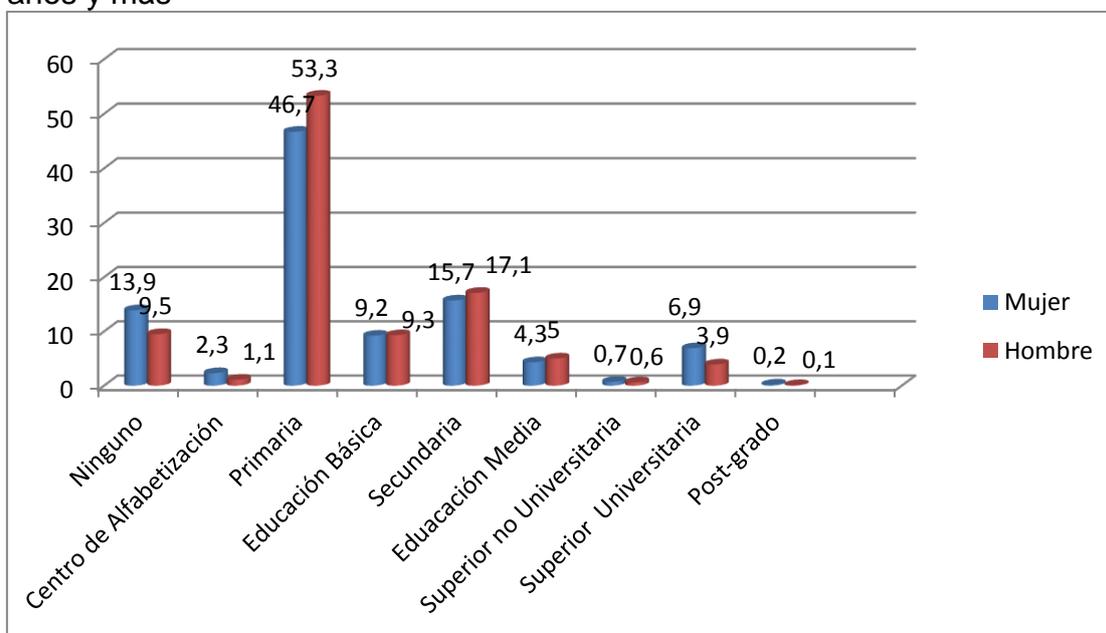
En la zona urbana del país el mayor porcentaje de la población ocupada cuenta con un nivel de educación secundaria, siendo los hombres con más instrucción, existiendo un índice de desigualdad del 5% respecto a las mujeres, en la educación primaria la desigualdad es de un 7% menos que los hombres y en el nivel superior diferencias se invierten en un 8%, esta es una realidad que afecta al género femenino, en cuanto al acceso y posibilidades de continuar

superándose, lo que limita en gran medida sus aspiraciones a empleo mejor remunerados.

De igual forma, resulta importante realizar una valoración sobre el comportamiento en la zona rural, pues las acciones planificadas por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales tienen que tener presente el nivel de instrucción que tiene la población con la que se va a trabajar, es por eso que el siguiente gráfico representa el nivel de instrucción de la población rural.

Zona rural

Gráfico 17: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más



Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

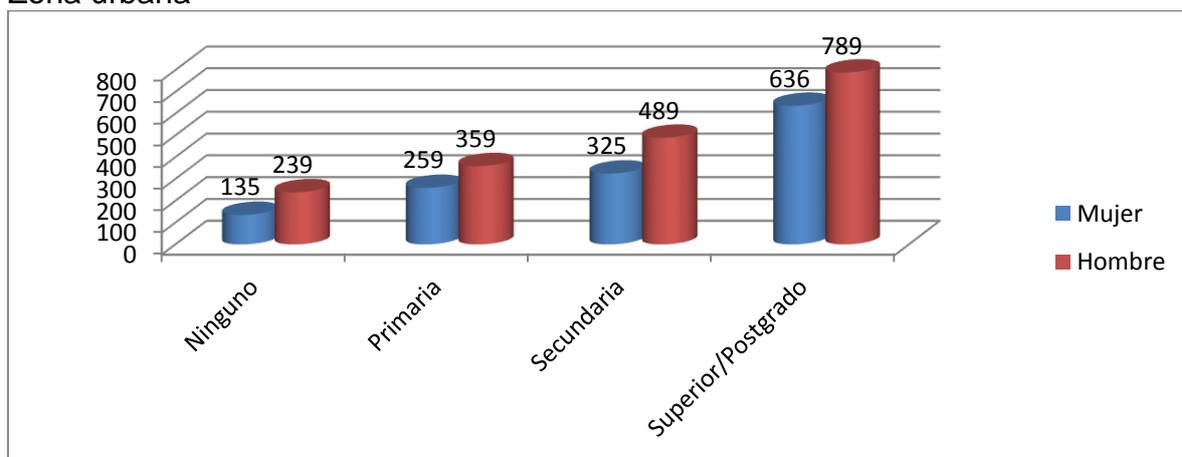
Elaborado por: Olga Abad

En las zonas rurales los índices de instrucción son mucho más bajos, más del 50% de la población mayores de 10 años solo alcanzan un nivel de instrucción primaria, el 14% de las mujeres no tienen instrucción alguna, siendo los hombres los que más tiempo permanecen en las instituciones educativas, por lo que la diferencia y desigualdad es aún más marcada, para el sector de madres adolescentes en estas zonas poco desarrolladas del país el nivel de vida y las aspiraciones a recibir buenas remuneraciones son casi nulas para estas adolescentes.

Para este estudio resulta necesario conocer los ingresos promedios de la población de 10 años y más, según nivel de instrucción en la Zona urbana, pues brinda la posibilidad de saber el nivel de instrucción y también permite analizar el ingreso promedio, así como el comportamiento entre hombre y mujeres. Observándose estos elementos en la gráfica que se muestra a continuación.

Gráfico 18: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más.

Zona urbana



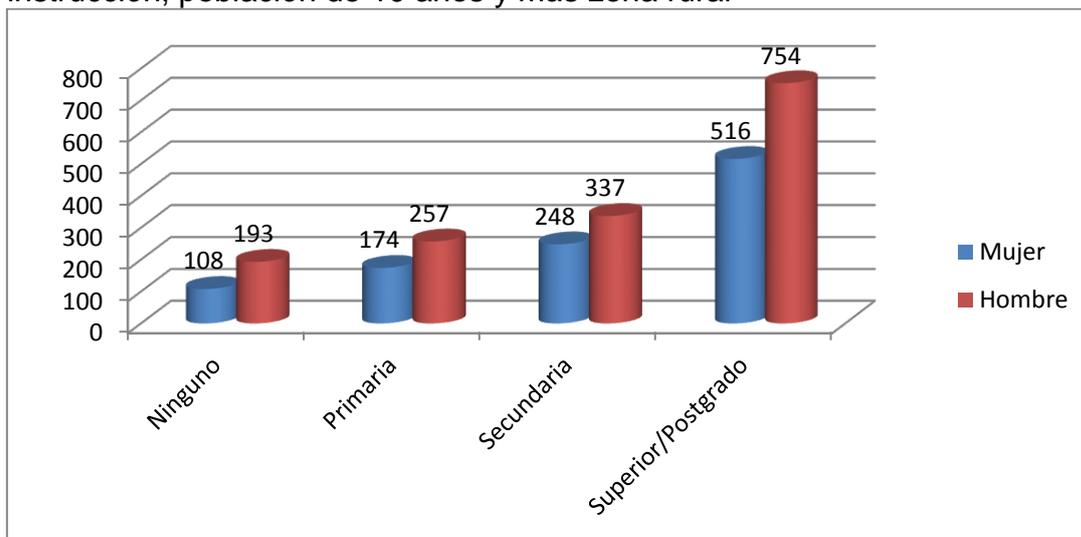
Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

Elaborado por: Olga Abad

De acuerdo al nivel promedio de instrucción de las mujeres mayores de 10 años en la zona urbana, los ingresos a percibir son por debajo del salario básico establecido en el país que es de USD 354, la desigualdad en este sentido se expresa en una diferencia de USD 164 en comparación del salario que reciben los hombres con igual instrucción.

De igual forma, para este estudio es necesario conocer los ingresos promedios de la población, según nivel de instrucción, esto le permite al trabajador o trabajadora social determinar las acciones a ejecutar, pues tiene una mayor caracterización del grupo con el que trabajan.

Gráfico 19: Ingresos promedio de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más zona rural



Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

Elaborado por: Olga Abad

En la zona rural estos índices de ingresos son mucho más bajos, a partir de que el nivel de instrucción promedio de la población mayor de 10 años ocupada es de primaria, por lo que las mujeres solo perciben en el mes un salario ínfimo de USD 174, esta remuneración extremadamente baja no alcanza para cubrir la canasta básica, lo cual se agrava con la subida constante del índice de inflación.

Resulta necesario en este estudio analizar el comportamiento de la instrucción en la zona urbana, para la planificación por parte de los trabajadores y trabajadoras sociales de las acciones a desarrollar con la población. La gráfica que se muestra a continuación permite apreciar el porcentaje de desigualdad en la zona rural.

Gráfico 20: Porcentaje de desigualdad en la zona urbana

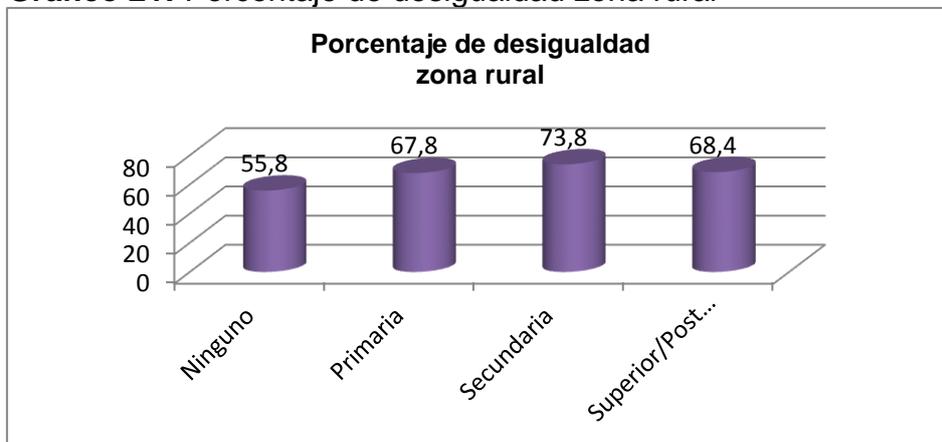


Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

Elaborado por: Olga Abad

Además se puede observar en la gráfica que se presenta a continuación el porcentaje de desigualdad en la zona rural, para luego realizar un análisis de ambas.

Gráfico 21: Porcentaje de desigualdad zona rural



Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012

Elaborado por: Olga Abad

El porcentaje de desigualdad en los ingresos percibidos por niveles de instrucción entre el hombre y la mujeres son altos, las aspiraciones y oportunidades económicas de la mujer ecuatoriana mayor de 10 años se encuentra en niveles irrisorios, situando a estas en los quintiles más bajos de pobreza, el embarazo y la consecuente responsabilidad de ser madre, las lleva a abandonar muy tempranamente los estudios, por lo que el acceso a empleos con buenas remuneraciones es imposible para este sector más vulnerable de la población.

En el Ecuador todavía existen muchas falencias en cuanto al acceso a la educación y la permanencia en las instituciones educativas, y es precisamente este condicionante instructivo el que aumenta la posibilidad de que una adolescente quede embarazada, según lo plantea, el Plan Nacional de Prevención de Embarazos Adolescentes, dos de cada tres adolescentes (de 15 a 19 años) pobres y sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.



CAPITULO III

La función del Trabajador (a) Social en cuanto a la prevención de Embarazos en Adolescentes

3.1. Fundamentación legal

Según el Art. 47 C.P plantea que, todos los individuos deben cumplir con derechos y obligaciones estipulados en los Convenios y Normas Internacionales y ratificados en la Constitución de la República del Ecuador, en Códigos y Leyes Especiales. Por tanto, en el caso de las/los adolescentes, los derechos se circunscriben a consagrar y garantizar los principios que identifican su desarrollo pleno y en armonía como parte de una convivencia familiar y social, para de esa manera ir precautelando las situaciones de riesgo y las medidas que deben tener en cuenta con el propósito de protegerlos y evitar los riesgos. En tal sentido, se fundamentan de igual manera en los derechos de la familia, la madre y el niño/a y los/as adolescentes”. (CEIME, 2005)

En cuanto a los derechos y protecciones el (Art. 4 C.M. Art. 43,49 C. P.) plantea que, “todos los niños, niñas y adolescentes, presentan derecho a la protección de su vida y salud, y que para ello deben establecerse políticas sociales y económicas que posibiliten la concepción, gestación, nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones óptimas de existencia y en un ambiente en el cual la atención de salud por parte de la familia desde ser prioritaria. De esa manera, el niño desde su concepción debe ser protegido de manera integral e integra en cada uno de las fases de su desarrollo. (CEIME, 2005)

El Art. 11 C.P plantea que: esta protección es responsabilidad de la familia, la cual está conformada por vínculos jurídicos o de hecho, y se forma a partir del libre consentimiento de los contrayentes. Además, se basa en los principios de igualdad de derechos y oportunidades, obligaciones y capacidad legal de los cónyuges, lo cual posibilita una orientación óptima a todos sus miembros (Art. 2, 11 C.M., Art. 37, 38 C. P., Art. 81,82,95,96,101 No.3, 103, 134,136 C. C., Art. 1,2 LUHec.); debe



inculcar en el niño y la niña el respeto, la educación y proporcionarle una crianza en un clima de afecto que esté acorde con sus derechos y que ayude a fortalecerlo desde el punto de vista físico, mental y social. (CEIME, 2005)

El Art. 39 C.P. del Proyecto Ley Reformatoria plantea que, “el Estado reconocerá y protegerá a la familia, en tanto célula fundamental de la sociedad y facilitará las condiciones que proporcionen su ambiente óptimo. También protegerá a la mujer en sus etapas de maternidad. (Art. 37C.P, Art. 103 C. C.) También se encargará de proteger con prioridad a las madres y padres jefas / es de hogar. (Art. 40 C.P.). En tal sentido, se incentivará y promoverá la maternidad y paternidad corresponsables, cada cual haciendo uso de sus obligaciones, y siempre teniendo en cuenta la libre elección de la pareja, de la familia y del número de hijos a tener. (CEIME, 2005)

3.2. Acciones a ejecutar por los y las Trabajadores Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia

Tema

Comunicación afectiva en temas de sexualidad entre Trabajadores Sociales, familia y adolescentes.

Justificación

La sexualidad humana es una de las expresiones de mayor complejidad en el marco de la individualidad. Con el decursar de la historia de la humanidad la sexualidad ha estado ligada a prejuicios y tabúes. Por ese motivo, muchos de los estereotipos de género presentan una marcada determinación cultural, teniendo, realmente, un carácter "opcional".

Las sociedades de alguna manera han establecido los modelos y patrones sexuales que identifican a cada sexo, lo cual se transmite de generación en generación mediante la educación, lo cual conlleva una predeterminación biológica, fatalista o hereditaria de los roles de la sexualidad humana.



La sexualidad humana se reconoce como una dimensión que desde el punto de vista cualitativo es superior e incluye todo el espectro de los más elevados sentimientos y valores desarrollados por las sociedades. Por esa razón, no debe concentrarse únicamente en aspectos genitales o eróticos ni tampoco en su esencia procreadora. (González Hernández , 2011)

La educación de la sexualidad se ha basado durante años en la espontaneidad y en los conceptos estereotipados de lo masculino y lo femenino. Por ello, es importante sustentarlo sobre bases científicas. Tal como educamos a los adolescentes y jóvenes para lograr en ellos un desempeño exitoso desde el punto de vista laboral, intelectual, patriótica, moral, estética, ideológica, entre otras. La educación es imprescindible a lo largo de toda la vida para asumir de manera libre, plena y responsable a la sexualidad, en concordancia con las demandas del entorno. Para ello, la familia desempeña un rol trascendental.

Las relaciones humanas en Ecuador se han modificado a partir de las propias transformaciones que se han dado en el país en el plano socio-económico. Tales cambios, propician nuevas convicciones. La incorporación de la mujer a la vida social, como parte del cambio de roles de género, permitió que los conceptos morales referentes al sexo tengan mayor relación con las características del hombre y la mujer que la sexualidad intervenga de manera más efectiva en la educación de los jóvenes.

Concebir una familia en el momento justo constituye un elemento clave en la responsabilidad ante la sexualidad. Tales posturas deben analizarse desde la perspectiva biológica, psicológica y social, debido al uso del condón resulta un elemento esencial, al evitar el embarazo no deseado y la infección de transmisión sexual.

Por esa razón, es preciso promover talleres donde se motive la comunicación en la familia y que despoje los estereotipos relacionados con la sexualidad, los cuales pueden promover posturas afines con la concepción de una sexualidad placentera, sana y responsable, mediante la cual pueda evitarse un embarazo a una edad en la cual los individuos no cuentan con las condiciones creadas. Para ello, no debe perderse de vista que la familia se reconoce como la cédula



fundamental de la sociedad, y por tanto precisa de los conocimientos necesarios para la relación con los hijos.

Objetivos:

Objetivo general:

Establecer comunicación afectiva en temas de sexualidad entre Trabajadores Sociales, familia y adolescentes.

Objetivos específicos

- ✓ Elaborar folletos que brinden información acerca de las relaciones y el buen vivir en las familias.
- ✓ Ejecutar talleres a los padres y jóvenes acerca de la comunicación afectiva en la sexualidad.
- ✓ Realizar actividades de integración entre los padres, familia y adolescentes.

Factibilidad de su aplicación

La implementación de la propuesta será factible porque se buscará los medios para contar con la colaboración de las autoridades, docentes, padres de familia y los propios adolescentes, teniendo como finalidad primordial a padres y madres en temas de sexualidad, para que puedan tener una comunicación afectiva que promueva en sus hijos las acciones que puedan prevenir un embarazo no deseado, así como las infecciones de transmisión sexual.

La preparación que adquieren los familiares y adolescentes en estos talleres favorecen la posibilidad de que los adolescentes y jóvenes posterguen su primera relación sexual. Ello les brinda mayores dosis de seguridad a los padres y madres con el objetivo de intercambiar con sus hijos e hijas sobre los tópicos de sexualidad. Ese ambiente conlleva a que el hijo o la hija sientan mayor confianza para exponer sus inquietudes y dudas.

Descripción

La metodología que se utilizará en esta propuesta es el desarrollar talleres de capacitación para los padres y adolescentes sobre la forma de mejorar el conocimiento relacionado con la sexualidad, se reflexionará con preguntas exploratorias sobre el conocimiento que tienen, se expondrán los objetivos, se proyectará un video foro con el objetivo de llegar a la conceptualización, Luego, en un ordenar gráfico, se expondrá una síntesis del contenido científico para luego arribar a conclusiones y recomendaciones relacionadas con la actividad práctica.

Implementación

La propuesta será desarrollada, aplicando el método inductivo-deductivo. Esto estará bajo la coordinación de la investigadora.

Plan de acción

Tabla 2: Plan de acción

Objetivo general	Objetivos específicos	Recursos	Tiempo	Responsable
Establecer comunicación afectiva referente a temas de sexualidad entre Trabajadores y Trabajadoras Sociales, familiares y adolescentes.	Fomentar las relaciones familiares y el buen vivir en las familias.	Computadora Internet Proyector Videos	3 horas	Olga Abad
	Establecer la comunicación asertiva dirigida a los familiares y adolescentes.	Hojas A 4 Marcadores Cartulina Pizarra Borrador	3 horas	
	Identificar los conocimientos de los padres, madres, familia y adolescentes sobre la prevención del embarazo en la adolescencia.	Esferográficos Libreta	3 horas	

Elaborado por: Olga Abad

Plan de Capacitación

Tabla 3: Plan de capacitación del Taller No. 1

Actividades	Objetivos	Recursos	Responsable	Tiempo
Tema: Cohesión grupal entre la familia y los adolescentes. Actividades: - Actividad Dinámica - Socialización del tema	Establecer la cohesión grupal entre padres, madres, familia y adolescentes. Identificar las expectativas que tienen los participantes sobre el taller.	Computadora Proyector Paleógrafos Documentos apoyo Cinta masquen Marcadores	Olga Abad	De 2 a 3 horas.



<ul style="list-style-type: none"> -Declarar el objetivo fundamental. -Por qué de este taller. -Proyección y explicación de diapositivas. -Conclusiones -Recomendaciones 	<p>Definir las causas, que de manera positiva, inciden en el intercambio y el aprendizaje grupal.</p>			
---	---	--	--	--

Elaborado por: Olga Abad

Desarrollo del taller No. 1

Tema: Cohesión grupal entre padres, madres, familiares y adolescentes.

Objetivo: Promover la unidad entre los miembros del grupo.

Tabla 4: Taller 1. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: PRESENTACIÓN, EXPECTATIVAS Y NORMAS			
OBJETIVOS	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
<p>Identificar las expectativas que presentan los participantes con relación al taller</p>	<p>Presentación de los coordinadores del taller. El primer paso es dar la bienvenida, luego a los participantes se les distribuyen unas hojas de papel con tres espacios para rellenar. Se les comunica que bajo el anonimato tienen que escribir tres características que los identifiquen. Seguidamente se juntan todas las hojas para luego repartirlas nuevamente y de esa manera propiciar que a cada uno le corresponda el papel de otro compañero. Luego se identifica al compañero que se describe en</p>	<p>Papel blanco, lápices y buzón de sugerencias</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Precisar las estrategias que favorecerán el intercambio y el aprendizaje grupal.</p>			



	<p>el papel y con ese compañero se comparten las expectativas para con la actividad. Tales expresiones se socializan luego a través de una lluvia de ideas.</p>		
--	---	--	--

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 5: Taller 1. Actividad 2

ACTIVIDAD 2: Técnica de animación “Agárrame”			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
<p>Incrementar la energía grupal con el propósito de hacer más provechosa la dinámica.</p>	<p>Los participantes deben ponerse de pie y conformar un círculo. Luego, le pasarán a la compañera de al lado el instrumento (botella de agua u otro disponible), ese objeto no puede dejarse caer y pasará de uno a otro participante al ritmo de la música. Para el paso de la botella solo deben utilizar las piernas. Y en caso de que alguna use falda entonces se hará mediante el brazo o el antebrazo.</p>	<p>Botella de agua vacía u otro similar, radio.</p>	<p>15 minutos</p>

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 6: Taller 1. Actividad 3

ACTIVIDAD 3: El transporte automotor			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
<p>Familiarización con las etapas del cambio de comportamiento relacionado con la sexualidad.</p>	<p>Prepare hojas de papel con las siguientes frases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No lo veo como un problema - Puede ser un problema pero... - Pienso seriamente cambiar mis actitudes - Estoy cambiando - En estos momentos no lo hago <p>Luego se lee a los participantes la siguiente frase:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según una publicación del Ministro de Salud: - Se ha determinado que el transporte en vehículos automotores para los seres humanos representa un inconveniente para la salud. Algunas investigaciones exponen que: - Produce afectaciones cerebrales, ocasionando trastornos en la personalidad y en los modos de comportamiento de los individuos. - El daño no se percibe, pero se ha demostrado que es acumulativo y se basa en la frecuencia con que se usen los medios de transporte. - No existe manera de conocer cuál 	<p>Hojas de papel que contengan las frases, las cuales se pegarán a la pared con cinta adhesiva.</p>	<p>30 minutos</p>



	<p>es el límite de uso, ni siquiera las secuelas que puede dejar, partiendo de los niveles de uso actual.</p> <p>- Aquellos que no hayan padecido ninguno de los efectos secundarios, deben pensar en disminuir la frecuencia de transportación en ese tipo de vehículos, y de esa manera previenen enfermedades.</p> <p>Los participantes deben dar su criterio con respecto a la nota que se les leyó. Y luego de esperar unos minutos debe ubicarse frente a la frase que más lo identifique. Luego debe explicar los motivos que lo condujeron a ubicarse en esa frase.</p> <p>Introducir el siguiente análisis:</p> <p>A partir de la misma información los participantes toman diferentes decisiones relacionadas con su conducta.</p> <p>Las personas precisan de diferentes elementos que provoquen un cambio de postura. Unos precisan del apoyo de otros, otros necesitan padecer ellos mismos el problema, algunos necesitan más información para resolver su problema y otros necesitan aumentar su autoestima en cuanto a la voluntad para realizar el cambio. No sólo debe verse la</p>		
--	--	--	--



	<p>conducta actual como un problema, sino valorar cómo el cambio le produce algún beneficio.</p> <p>Hay que tener en cuenta que algunas conductas se presentan más difíciles para unos que para otros</p> <p>No todo el mundo tiene la disposición cambiar su conducta</p> <p>No existe una estrategia que promueva en todos el mismo efecto. Cada persona asume el cambio de conducta de manera diferente. En tal sentido, para propiciar el cambio es preciso comprender en primer lugar a la persona, y luego valorar cómo le afecta el cambio y qué puede hacerse en función de propiciarlo a partir de un plan para cada cliente.</p> <p>Es importante que el cambio se relacione con las conductas establecidas ante la sexualidad humana y particularmente sobre la epidemia del sida.</p>		
--	---	--	--

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 7: Taller 1. Actividad 4

ACTIVIDAD 4: Técnica de animación "El cartero"			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Establecer la empatía entre los participantes.	Los participantes se organizan en un círculo. Una de las personas se pondrá al centro del salón y dirá: "El cartero trae un mensaje para las personas que tienen... (Objeto determinado)", La personas con el mismo tipo de objeto tienen que cambiar de asiento y el que se quede de pie debe repetir el ejercicio. Esta dinámica se repetirá varias veces según determine el moderador a partir de la agilidad de los participantes.	Asientos del salón	20 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 8: Taller 1. Actividad 5

ACTIVIDAD 5: Acercamiento conceptual a los procesos del cambio de comportamiento sobre la sexualidad			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Identificar procesos para una familiarización con los temas a tratar	Compartir el grupo en un número determinado de subgrupos. A cada subgrupo se les otorga una frase que les sirva para identificar los procesos.	Hojas impresas	30 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 9: Taller 1. Actividad 6

ACTIVIDAD 6: Túnel de Apoyo			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Fomentar las óptimas relaciones humanas entre los participantes del grupo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dividirá el grupo en dos partes y les orientará conformar dos filas paralelas 2. A la primera persona del grupo de la derecha se le indica cerrar los ojos y se le pide que imagine que está transitando por un túnel. 4. Al caminar entre las dos hileras, la persona recibirá el apoyo necesario en caso de necesitarlo. 5. Cada uno de los participantes 		15 minutos

	<p>transitará por el túnel y recibirá esa expresión de cariño.</p> <p>6. Los compañeros podrán apoyar al otro de varias maneras: tocarlo, abrazarlo, decirle algo al oído, etc.</p> <p>7. El ejercicio lo realizará cada uno de los participantes, y más tarde, dos voluntarios encabezarán una pequeña sesión donde hablarán sobre sus experiencias en el entrenamiento.</p>		
--	---	--	--

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 10: Plan de capacitación Taller No. 2

Actividades	Objetivo	Recursos	Responsable	Tiempo
<p>Taller N° 2 Tema: Prevención del embarazo no deseado. ACTIVIDADES Actividad Dinámica Socialización del tema Explicación del objetivo. Explicación de la importancia de realizar este taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones</p>	<p>Fomentar la comunicación afectiva entre padres e hijos la madre con el propósito de prevenir un embarazo no deseado.</p>	<p>Computador Proyector Internet Marcadores Pizarra Borrador Libreta Esferográfico Hojas A 4</p>	<p>Olga Abad</p>	<p>De 2 a 3 horas</p>

Elaborado por: Olga Abad

Desarrollo del taller No. 2

Tema: Prevención del embarazo no deseado

Objetivo: Fomentar la comunicación afectiva entre padres e hijos la madre con el propósito de prevenir un embarazo no deseado.

Tabla 11: Taller 2. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: Técnica "La Fiesta"			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
<p>Lograr la atención de los participantes para que muestren sus potencialidades intelectuales en la solución de problemas.</p>	<p>El facilitador comunica al grupo que "... vamos a ir a una fiesta, pero para que nos permitan entrar a ella, cada uno debe llevar algo para contribuir a su desarrollo. Cada uno debe exponer entonces qué aportará para la fiesta.</p> <p>Esta actividad se extenderá al resto de los participantes.</p> <p>En realidad, lo que aprueba la asistencia o no a la fiesta, es que el artículo o atributo con que se aporte, comience con la letra inicial del nombre propio del participante. La técnica debe seguir desarrollándose hasta que todos los participantes descubran el enigma.</p>	<p>Materiales</p>	<p>20 minutos</p>

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 12: Taller 2. Actividad 2

ACTIVIDAD 2: Socialización de medios didácticos que posibiliten la realización de ejercicios acerca de la prevención de embarazos no deseados.			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Socializar el tema del embarazo no deseado a partir de materiales didácticos	<p>Hay que realizar conteo de dos en dos y de esa manera de conforman grupos y se realizan trabajos con cada grupo.</p> <p>Se realiza pone a disposición de los participantes la entrega de materiales didácticos que facilitará el desarrollo de la actividad. Estas actividades se trabajan de manera competitiva entre uno u otro grupo.</p>	<p>Materiales Didácticos</p>	20 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 13: Taller 2. Actividad 3

ACTIVIDAD 3: Evaluación de la Sesión: “El Telegrama”			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Conocer el impacto de la sesión en el grupo	El coordinador pide una evaluación de la sesión a través de un telegrama oral o escrito. En el mensaje debe constar la importancia y utilidad de la sesión.	Telegrama escrito	15 minutos

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 14: Taller 2. Actividad 4

ACTIVIDAD 4: Cierre de la sesión: Amigo Secreto.			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Socializar mensajes para compartir conocimientos y experiencias	Uno de los facilitadores, recogerá cada mensaje del amigo secreto y luego los reparte e incentiva su socialización.		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 15: Taller 2. Actividad 5

ACTIVIDAD 5: Recapitulación de la Sesión anterior			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Comprobar el impacto de la sesión anterior	Los miembros del grupo deben reconstruir el contenido de la sesión anterior, como una especie de rememoración de los criterios omitidos.		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 16: Taller 2. Actividad 6

ACTIVIDAD 6: Conferencia dialogada: Sexualidad responsable			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Compartir los temas de sexualidad responsable con los miembros del grupo.	Se impartirá el tema a partir de terminologías asequibles para el grupo, lo cual permitirá la construcción colectiva de los significados presentes en los temas debatidos.		25 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 17: Taller 2. Actividad 7

ACTIVIDAD 7: Elaboración de materiales didácticos			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Implementar los conocimientos aprendidos durante la actividad.	Los participantes deben elaborar unos folletos acerca de las relaciones con las familias y el buen vivir en el hogar. Luego se conforman equipos de trabajo bajo la tutela de los facilitadores, quienes orientan las acciones a realizar. Para ello debe incluir elementos individuales, familiares y sociales.	Materiales	20 minutos

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 18: Taller 2. Actividad 8

ACTIVIDAD 8: Evaluación de la sesión			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Definir el estado de opinión sobre la actividad.	Se procede, de manera idéntica, a como se realizó en la “Actividad 3”.	Telegrama escrito	15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 19: Plan de capacitación Taller No. 3

Actividades	Objetivo	Recursos	Responsable	Tiempo
Taller N° 3 Tema: Prevención de VIH/sida en las embarazadas. Se presenta el tema. Se explica el objetivo del taller. Se da a conocer la importancia del taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones	Determinar los aspectos teóricos metodológicos necesarios para establecer una comunicación óptima con los hijos e hijas y que ayuden a prevenir un embarazo no deseado y el VIH sida.	Computador Proyector Internet Reglamento de la Ley de Educación. Pizarra Marcadores Libreta	Olga Abad	De 1 a 2 horas

Elaborado por: Olga Abad

Desarrollo del taller No. 3

Tema: Prevención de VIH/sida en las embarazadas.

Objetivo: Determinar los aspectos teóricos metodológicos necesarios para establecer una comunicación óptima con los hijos e hijas y que ayuden a prevenir un embarazo no deseado y el VIH sida.

Tabla 20: Taller 3. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: Se les pregunta a los participantes ¿Qué es el VIH?			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
<p>Analizar las características del VIH/sida</p>	<p>El facilitador presenta una figura en la que está representado el virus.</p> <p>Se le informa a los participantes en qué consiste el virus del VIH/sida</p> <p>VIRUS: Porque este organismo no pueden reproducirse por sí solos. El VIH se reproduce por el hecho de invadir células humanas.</p> <p>INMUNODEFICIENCIA: Porque este virus crea una deficiencia e impide el funcionamiento óptimo del sistema inmunológico del cuerpo.</p> <p>HUMANA: Porque el virus solo lo pueden contraer los seres humanos.</p> <p>Se le explica además:</p> <p>Este virus provoca el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (SIDA)</p> <p>Forma parte de los retrovirus.</p> <p>Subfamilia de los lentivirus.</p> <p>Tiene una cubierta externa.</p> <p>Su mensaje genético – ARN</p>	<p>Lámina del VIH SIDA</p>	<p>15 minutos</p>

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 21: Taller 3. Actividad 2

ACTIVIDAD 2: En busca del virus más agresivo			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Caracterizar el VIH1 y el VIH2	<p>Se introduce la interrogante ¿Cuántos tipos de VIH ustedes conocen?</p> <p>Mediante las imágenes del proyector se le presenta a los participantes las características del VIH1 y del VIH2</p> <p>Determinando que el VIH1 es el más agresivo y el que más está presente en nuestro país.</p>		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 22: Taller 3. Actividad 3

ACTIVIDAD 3: Vías de transmisión			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Describir las vías de transmisión del VIH/sida	<p>Sanguínea</p> <p>Producto del intercambio irresponsable de jeringuillas</p> <p>La falta de responsabilidad en transfusiones de sangre y/o hemoderivados.</p> <p>Trasplante de órganos</p> <p>Falta de condiciones en la conformación de tatuajes</p> <p>Diálisis y hemodiálisis</p> <p>Desprotección en las relaciones sexuales.</p> <p>De la madre al hijo durante el embarazo y la lactancia.</p>		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 23: Taller 3. Actividad 4

ACTIVIDAD 4: Fluidos de transmisión			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Describir las características de los flujos de transmisión	<p>Le corresponde a los participantes identificar los tipos de fluidos que pueden incidir negativamente en el feto:</p> <p>Sangre</p> <p>Semen</p> <p>Líquido pre seminal</p> <p>Secreciones vaginales</p> <p>Leche materna</p>		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad



Tabla 24: Taller 3. Actividad 5

ACTIVIDAD 5: Ciclo de vida del VIH sida			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Describir el ciclo de vida del VIH sida	Se socializa el ciclo de vida del VIH/sida y se deja claro cómo se puede afectar el feto en una mujer que porte el VIH.	Láminas sobre el ciclo de vida del VIH sida	15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 25: Plan de capacitación Taller No. 4

Actividades	Objetivo	Recursos	Responsable	Tiempo
Taller 4. Tema: Prevención de las infecciones de transmisión sexual en las embarazadas. Características. Socialización del tema. Presentación del objetivo. Explicación de la importancia del taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones	Determinar las tipologías de enfermedades de Transmisión Sexual y sus respectivas afectaciones en la embarazada.	Computador Proyector Documentos de apoyo, materiales impresos.	Olga Abad	De 30 minutos a una hora

Elaborado por: Olga Abad

Desarrollo del taller No. 4

Tema: Tema: Causas de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres embarazadas.

Objetivo: Determinar las tipologías de enfermedades de Transmisión Sexual y sus respectivas afectaciones en la embarazada.

Tabla 26: Taller 4. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: Lluvia de ideas			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Identificar los ITS curables e incurables.	A través de una lluvia de ideas se mencionan cuáles son los tipos de ITS, y se diferencian los curables de los incurables. Gonorrea, sífilis, clamidias, LGV, G. Inguinal, VIH/sida, Condiloma, Herpes Genital, Hepatitis B, Hepatitis C		15 minutos

Elaborado por: Olga Abad

Tabla 27: Taller 4. Actividad 2

ACTIVIDAD 2: Muestra de las ITS			
OBJETIVO	DESARROLLO	RECURSOS	TIEMPO
Identificar las consecuencias de las ITS en la mujer embarazada	Cada una de estas enfermedades se muestran en el proyector a través de imágenes con el objetivo de que los participantes puedan identificarlas mejor. Sobre todo la mujer embarazada.	Proyector de imágenes	15 minutos

Elaborado por: Olga Abad



Desarrollo del taller No. 5

Actividad práctica para la elaboración conjunta del folleto entre padres, madres y facilitadores para que sea empleado en otro grupo de familia que no asistieron a estos talleres.

Otras actividades que pueden desarrollar los Trabajadores y Trabajadoras Sociales.

1. Cine Debate:

Objetivo: Fomentar valores éticos y morales en el establecimiento de las relaciones de pareja.

Ej. Serie Pubertad, Dulce Noviembre.

2. Dinámica de grupo:

Objetivo: Modificar las conductas inadecuadas con respecto al uso de métodos anticonceptivos.

3. Charla educativa:

Objetivo: Exponer a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos.

4. Designar un responsable entre los adolescentes que cree un Mural de Educación para la Sexualidad en el recinto escolar:

Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas.

5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo:

Objetivo: brindar información.

6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas:

Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud.

7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos:

Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección.

8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales:

Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales.

9. Crear un buzón de dudas en la escuela:

Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto.

10. Taller de capacitación a promotoras y promotores:

Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.



CONCLUSIONES

- La adolescencia es un período de vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva. En ese período se producen cambios importantes tanto físicos como psicológicos. Es una etapa donde aún no existe la madurez suficiente en relación con el tema de la sexualidad.
- El embarazo en la mujer adolescente provoca trastornos biológicos, sociales y psicológicos, los cuales pueden exacerbarse si la joven no rebasa los 15 años. En la adolescencia ocurren fallas en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo y por eso es propicia la morbilidad.
- Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con la más alta tasa de embarazos adolescentes, en la década del 2000 al 2010 los embarazos en adolescentes de 14 años se incrementaron en un 74% y las mayores de 15 años en un 9%. Hasta el 2012 el fenómeno prosiguió su aumento; sin embargo, en el 2014 se observó una disminución de aproximadamente un 4%.
- La migración y las fallas en la educación sexual se identifican como los principales factores influyentes en el embarazo en adolescentes. Además, la fecundidad está determinada por elementos demográficos, económicos, sociales y las pautas culturales en los países de la región.
- Los talleres con sus respectivas actividades resultan una herramienta vital para la socialización de los elementos relacionados con la educación sexual responsable, y por ende, como una manera de prevención del embarazo precoz.
- Las acciones complementarias en los talleres integran las proyecciones y misiones de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en función de poder orientar y ayudar a la familia en el tema del embarazo en la adolescencia.



RECOMENDACIONES

- Desarrollar investigaciones donde se profundice sobre el embarazo en la adolescencia en aquellas zonas del país con mayores índices en este sentido.
- Implementar mayores acciones desde el punto de vista social y cultural en función de disminuir las tasas de embarazos precoces en el país.
- Realizar investigaciones de campo mediante las cuales puedan mostrarse con mayor claridad las causas de tan altos índices de embarazos en la adolescencia.
- Consolidar la labor de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales a partir de un mayor conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, lo cual incluye tanto datos estadísticos como historias de vida que los ayudan a comprender y conocer de mejor manera el fenómeno.
- Realizar investigaciones que permitan conocer el comportamiento de los determinantes de la fecundidad, y particularmente del embarazo en adolescentes en el Ecuador.
- Utilizar la propuesta de esta investigación sobre las acciones a ejecutar por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia.
- Socializar las actividades propuestas para los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en función de prevenir el embarazo en la adolescencia.



BIBLIOGRAFIA

Acevedo, L. (2007). Embarazo en Adolescentes. *UNICEF, República Dominicana*.

Arango, A. S. (2003). *Teoría de los determinantes de la Fecundidad*. Colombia: Trabajos de grado del CIDER.

Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana. (2014). *www.aprofe.org.ec*. Recuperado el 2015, de *www.aprofe.org.ec*.

Flórez Carmen Elisa, E. V. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia*. Bogotá: CEDE.

Función de Transparencia y Control social. (03 de 2014). Ley Orgánica de Participación Ciudadana. *Consejo de Participación Ciudadana y Control Social*. Quito, Pichincha, Ecuador: FTCS.

González Hernández , A. (2011). *Hacia una sexualidad responsable y feliz* . Habana : Pueblo y educación .

Guzmán, J. (2000). *Diagnostico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: EAT.

Hernández Rodríguez , A. (2010). *Estrategia educativa para la prevención de las ITS/vih/ sida* . Ciego de Avila : Universidad de Ciencias Médicas .

Instituto Nacional de Estadísticas. (2008). *Población y Aspectos Demográficos*. Santiago de Chile: INE Publicación Especial.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). (2010). *El Censo informa: Educación*. Obtenido de Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf

Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado Cátedra Via*. No. 107.

Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: UNFPA.



- New York United Nations. (2011). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *United Nations*.
- OMS. (1985). *Salud del adolescente*. Washington: Paltex.
- OMS. (2005). VIH Adolescentes y Jóvenes. *OMS*.
- OMS. (2015). Planificación Familiar. *Nota Descriptiva No. 351*.
- OMS, UNICEF y FNUAP. (1998). *Declaración Conjunta*. UNICEF.
- Prada, E. (2001). Mortalidad materna en Colombia. *FNUAP*.
- Revista. Pediatría. Electrónica. (2008). Embarazo adolescente. *Revista. Pediatría. Electrónica, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918*.
- Román , M., & González , P. (2009). Antecedentes Teóricos y Empíricos del Uso de Métodos de Planificación Familiar. *Revista, Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión Vol. 17*.
- Secretaría Nacional de Comunicación. (Mayo 2013). *En Ecuador e impulsa la educación sexual responsable*. Ecuador: Secretaría Nacional de Comunicación.
- Senderowitz, J. (1999). *Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud*. Washington: FOCUS on Young Adults.
- Singh, S. (1998). "Adolescent childbearing in developing countries: a global review". *Studies in Family Planning, Volumen 29, 117-136*.
- Soto, F. C. (2006). *Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia*. Bogotá, Colombia: FNUAP.
- UNFPA. (2013). Maternidad en la Niñez. *UNFPA Estado de Población Mundial 2013*.
- Vargas, E. y. (2003). Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos. *CESO Documento No. 56*.



Anexos



DISEÑO DE LA MONOGRAFIA

1. TÍTULO DE LA MONOGRAFIA

“EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN NUESTRA SOCIEDAD”

2. PROBLEMATIZACIÓN

En nuestra sociedad los embarazos en adolescentes se presenta como una medida de atención emergente, debido a que su porcentaje de madres embarazadas a temprana edad es sumamente alto, afectando con ello su desarrollo emocional y el de la familia.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. IMPACTO CIENTÍFICO.- Esta investigación reforzará la intervención del Trabajador Social en casos de embarazos en adolescentes, y de esta manera darle apertura al profesional, para abordar esta problemática de las adolescentes de manera exhaustiva en las relaciones sociales, familiares, económicas de las mismas, especialmente en los aspectos emocionales y afectivos.

3.2. IMPACTO SOCIAL.- La sociedad se beneficiará tomando conciencia sobre el cambio que involucra el tener un hijo a temprana edad, los pros y los contras, para una madre que trunca todo un futuro en cuanto a la realización tanto personal como profesional de las adolescentes.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

- Examinar la realidad de las adolescentes embarazadas en nuestra sociedad en los sectores de escasos recursos económicos, con la finalidad de contribuir con material especializado a la actividad del Trabajo Social en función de promover disminución de embarazos.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores de los embarazos de las mujeres de escasos recursos económicos.
- Precisar las actividades que desempeñan las adolescentes de escasos recursos económicos.
- Identificar las principales relaciones parentofiliales dentro de su sistema familiar

Cuenca, noviembre 21 del 2014



5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El embarazo o gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer.

En cuanto a los embarazos en adolescentes se considera como aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquella que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica, esta temática es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo".

Al cambiar la relación entre una persona y su contexto familiar en que se mueve, se modifica todo el sistema y se busca ayudar a la familia a salir de sus patrones estereotipados y a que no se vuelva a repetir situaciones idénticas con ningún otro miembro familiar y que la adolescente embarazada busque su transformación y no replique su accionar en sus nuevas generaciones (Morales, 33).

Aunque la OMS considera que el embarazo en adolescente es un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras complicaciones sanitarias parto prematuro, bajo peso, pre eclampsia, anemia-, asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes. En 2009 se estimaba que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años daban a luz cada año, un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, lo que representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos.

En el Ecuador, dos de cada diez chicas que tienen su primera práctica sexual están entre los 12 y 14 años. Según los adolescentes, casi siete de cada diez mujeres adolescentes tienen su primera experiencia sexual. Y prácticamente todos, varones y mujeres adolescentes, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas.

Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada.

Cuenca, noviembre 21 del 2014



El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema social digno de ser investigado e intervenido, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos.

RELACIONES FAMILIARES EN EL EMBARAZO

Investigar esta temática desde la familia es un reto con el entorno primario de las adolescentes, el grado de responsabilidad personal ocurre en el interface entre el funcionamiento familiar y el individual, dos factores relacionados con el desarrollo del sentido de responsabilidad son la absorción de valores de la familia a través de la identificación con los padres y la influencia de estos como modelos que han de seguir. Con esto se favorece que los adolescentes sean capaces de controlar sus impulsos, logren la disciplina indispensable para mantener relaciones sociales funcionales y alcancen las metas propuestas.

Para prevenir los embarazos en las adolescentes desde la perspectiva familiar sistémica, se estaría dando una respuesta a este conflicto pero se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis como es el afrontar desde la perspectiva familiar un embarazo de uno de sus miembros, ante los cuales se puede actuar con rigidez o con flexibilidad. Una familia funcional podría enfocar este problema sin emplear amenazas o calificativos derogatorios contra la adolescente embarazada. (Berenson, 12 y Monroy, 72).

TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCION EN LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Los Trabajadores Sociales tienen un papel fundamental en la intervención con adolescentes embarazadas, problema que día a día cobra mayor relevancia y sobre lo cual existe un gran vacío de conocimientos.

El enfoque resiliente en Trabajo Social, permite intervenir desde un proceso de construcción social, en donde se consideran los diversos determinantes del proceso de salud (enfermedad desde el ámbito biológico, económico, ecológico, psicosocial, familiar, en su contexto), dirigido al reconocimiento y fortalecimiento del desarrollo de las capacidades individuales y colectivas.

Asimismo, es de vital importancia destacar el aporte del enfoque resiliente en la promoción de la salud por medio de acciones que impulsen el desarrollo de la persona adolescente, lo cual significa apoyar y promover, mediante la intervención del Trabajo Social y otras disciplinas, un verdadero *Desarrollo Humano Sostenible*, el foco de la intervención no consiste en detectar solamente los factores de riesgo, sino también detectar los *factores de protección* que posee latente la adolescente, su familia y la sociedad.

Cuenca, noviembre 21 del 2014



Estudios recientes han demostrado que a menudo las personas, generan recursos que les permiten superar situaciones de adversidad, para emerger de las mismas fortalecidas. Por ello el presente trabajo quiere ser una propuesta instrumental para el trabajador social.

En la eclécticidad de métodos, el enfoque resiliente es uno de ellos, es una interesante propuesta de intervención en la búsqueda del desarrollo de las capacidades y potencialidades de los usuarios con quienes día a día nos toca trabajar, este modelo pretende sugerir una alternativa más en la *promoción humana integral*, a pesar de la crisis estructural en que nos toca desarrollar nuestra tarea, es posible plantearnos un modo diferente de intervenir en situaciones relacionadas a las problemáticas de la adolescencia.

El enfoque resiliente en una sociedad en crisis, que repercute en los contextos significativos de las adolescentes debe activar otras alternativas de acción para generar estilos de vida acordes a la democracia y al derecho de cada ciudadano (Rosselot, 54).

6. METODOLOGIA

De acuerdo al presente tema el método Deductivo será aplicado en la misma, ya que este se basa en recopilar información en un estudio que va desde lo general a lo particular, mediante la revisión bibliográfica de libros y otras fuentes de consulta especializadas en el tema de los Embarazos en Adolescentes en nuestra Sociedad.

La técnica a ser utilizada será la entrevista estructurada, la misma que será aplicada a tres profesionales expertos en el problema de los embarazos en adolescentes la temática, Trabajadora Social, Psicóloga Clínica y Orientador Familiar, a fin de recopilar información especializada acerca de los embarazos en los adolescentes.

Cuenca, noviembre 21 del 2014



7. ESQUEMA TENTATIVO

Introducción

CAPITULO I

Embarazos en Adolescentes

- 1.1. Que son adolescentes.
- 1.2. Situación económica de las adolescentes embarazadas.
- 1.3. Contexto social, familiar de adolescentes embarazadas.

CAPITULO II

Atención de los Embarazos en Adolescentes en el Entorno Familiar

- 2.1. Como afecta los embarazos tempranos en adolescentes.
- 2.2. Causas, efectos, síntomas.
- 2.3. De qué manera son vulnerados los derechos de las adolescentes embarazadas.

CAPITULO III

Trabajador (a) Social en cuanto a la prevención de Embarazos en Adolescentes

- 3.1. Como prevenir los embarazos en adolescentes.
- 3.2. Trabajo Social con adolescentes.
- 3.3. Rol del Trabajador Social.
- 3.4. Formas de intervención para con los adolescentes.

Conclusiones

Cuenca, noviembre 21 del 2014



9. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENE-2014	FEB-2014	MAR-2014	ABR-2014	MAY-2014	JUN-2014
Elaboración del diseño de la monografía	•					
Recopilación de la información bibliográfica	•	•				
Análisis de la información bibliográfica			•	•		
Realización del primer informe de la investigación				•		
Sistematización de la investigación					•	
Redacción del informe final.						•
Socialización de la Monografía.						•

OLGA CATALINA ABAD FAJARDO

Cuenca, noviembre 21 del 2014



8.- BIBLIOGRAFIA

Morales, J.. *Introducción a la Investigación*. Pais: Nombre de la Editorial, Exposición Módulo Maestría Intervención Psicoterapia Familiar, (2008).

Borrero, Ma. Del Carmen, (2008). *Enfoque Estructural*. Exposición Módulo Maestría Intervención psicosocial.

El embarazo en la adolescencia precoz. Instantáneas. *Rev Panam Salud Pública* 1998;4:262.

Monroy A. *El embarazo en la adolescencia*. En: Salud Reproductiva en las Americas. Washinton; OPS/OMS,1992

Rosselot J. *Adolescencia: Problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe*, 1998.

Luengo C.X. *Definición y características de la adolescencia. Embarazo en adolescentes* Diagnóstico, Santiago de Chile: SERNAM UNICEFF, 1996.

Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología, vol. 23, No. 1, Enero Abril, 1997.)
Rev Cubana Enfermer v.17 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2001

Cuenca, noviembre 21 del 2014



Document [12-10-2015 KATTY ABAD.docx \(D15650998\)](#)
Submitted 2015-10-12 14:45 (-05:00)
Submitted by catalina.abad04@ucuenca.ec
Receiver jvanessa.quitoc.ucuen@analysis.orkund.com
Message KATTY ABAD [Show full message](#)
11%
of this approx. 35 pages long document consists
of text present in 5 sources.

Rank	Path/Filename	
	http://myslide.es/documents/escritoriopdf.html	<input type="checkbox"/>
	JAZMIN TESIS 2015.docx	<input type="checkbox"/>
	http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/Grupos_Vulnerables/doc/5%20La%20alta%20fecundidad%20adolescente%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina_Jorge%20Rodríguez.pdf	<input type="checkbox"/>
	hojas-preliminares-anita(1) corregido.docx	<input type="checkbox"/>
	http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf	<input type="checkbox"/>

Alternative sources
Sources not used

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales Escuela de Trabajo Social
Título: EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN NUESTRA SOCIEDAD
Trabajo de Graduación, previo a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social
Autora: Olga Catalina Abad Fajardo
Directora: Magíster Jessica Vanessa Quito Calle
Cuenca, Ecuador 2015

DEDICATORIA Dedico este trabajo, primeramente a Dios y a toda mi familia; especialmente a mis hermanas Sandra, Mónica, mi esposo Hugo Saúl Álvarez Picón y a mis dos hijas Britany Abigail Álvarez Abad y la que está por venir, que me ha acompañado todo este tiempo desde mi interior, porque fueron todo para poder llegar a esta meta tan anhelada. También quiero dedicar de forma muy especial a mi querida madre que aunque no está físicamente sé que siempre ha sido mi ángel de la guarda e inspiración.

AGRADECIMIENTO Primeramente

me gustaría agradecerte a ti, Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A

mi esposo e hijas quienes fueron mi inspiración para seguir adelante y no rendirme jamás. A la UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional. A mi directora de tesis, Magíster Jessica Vanessa Quito Calle, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. También me gustaría agradecer a todos mis profesores que durante la carrera



profesional han aportado con un granito de arena a mi formación. A mis tíos, quienes son como unos padres para mí, madre (+), padre, hermanas y sobrinos los cuales me han motivado, han formado parte de mi superación profesional con quienes estoy inmensamente agradecida por sus

consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida, Dios me los bendiga siempre.

RESUMEN La fecundidad adolescente constituye una problemática a resolver en el Ecuador, pues, pese a los planes, proyectos y estrategias trazados por el actual Gobierno para reducir su incidencia, las cifras de este fenómeno aún son preocupantes. Por ello, el presente trabajo de investigación titulado "Embarazo en adolescentes en nuestra Sociedad", tiene como objetivo esencial analizar desde el punto de vista teórico y práctico la intervención del Trabajo Social en las situaciones de embarazo en la adolescencia en la sociedad ecuatoriana. En primer lugar se exponen los elementos que determinan la fecundidad, los aspectos relacionados con las uniones de pareja, las consecuencias de los embarazos precoces y las opciones de políticas para la prevención del embarazo en la adolescencia. En un segundo momento se analiza el índice de embarazo en adolescentes en el Ecuador, se determinan las características socioeconómicas y demográficas, así como las aspiraciones y oportunidades económicas de esas parejas. Tales elementos permiten en un tercer momento de la investigación la propuesta de acciones a ejecutar por parte de las Trabajadoras y los Trabajadores Sociales, en función de la prevención y apoyo ante las situaciones de embarazo en la adolescencia. De acuerdo con la descripción de esta situación se hace necesaria la concepción de talleres con sus respectivas actividades, en las cuales se incentive la comunicación de con y entre la familia, lo cual posibilitaría brindar mayores conocimientos sobre la sexualidad y mostrarla sin prejuicios ni estereotipos sexistas. Los talleres del Trabajo Social van encaminados a evitar el embarazo no deseado en la pareja de adolescentes, quienes no están preparados para tal encomienda de la vida. En este sentido, la familia, identificada como cédula fundamental de la sociedad, merece una preparación al respecto, con el fin de intervenir en la formación de los hijos. **PALABRAS CLAVES:** Embarazo en la adolescencia, Determinantes de fecundidad, Prevención del embarazo, Sexualidad responsable, Trabajo Social

ABSTRACT Adolescent fertility is a problem to be solved in the Ecuadorian society, because, despite the plans, projects and strategies laid out by the present Government to reduce its incidence, the data collected of this phenomenon are still worrying. Therefore, the present research work entitled "Pregnancy in adolescents in our society," aims essential analyze from theoretical and practical point of view the intervention of Social work in situations of pregnancy in adolescence in Ecuadorian society. The elements that determine fertility are firstly exposed as well as the aspects related to the partner relationship, the consequences of early pregnancies and the options of policies for the prevention of pregnancy in adolescence. In a second moment it is analyzed the rate of pregnancy among adolescents in Ecuador, demographic, and socio-economic characteristics as well as the aspirations and economic opportunities of these couples are determined. Such elements allow the proposal of actions in a third moment of the investigation run by female workers and social workers, based on prevention and support to situations of pregnancy in adolescence. The description of that situation based the need for implementing workshops on family communication according to encourage a culture of sexuality free of sexist stereotypes and prejudices, which, in turn, promotes the responsible, healthy and pleasant attitude towards sexuality. Social work workshops are aimed to prevent the unwanted pregnancy in the couple of adolescents, who are not ready for such entrustment of life. In this sense, family, identified as



fundamental identity of society, deserves a preparation in this regard, in order to intervene in the formation of children. KEY WORDS: Pregnancy in adolescents, Pregnancy determinants, Pregnancy prevention Social workers.

INDICE GENERAL DEDICATORIA ii AGRADECIMIENTO iii RESUMEN iv ABSTRACT v INDICE GENERAL vi INTRODUCCIÓN 9 CAPÍTULO I 1 Embarazos en adolescentes 1 1.1. Adolescencia 1 1.2. Fecundidad en la adolescencia 1 1.2.1. Condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente 2 1.2.2. Consecuencias de los embarazos precoces 4 1.3. Determinantes de la fecundidad 4 1.3.1. Determinante demográfico 5 1.3.2. Determinantes económicos y sociales 5 1.3.3. Determinantes de orden cultural 7 1.4. Relaciones de pareja 9 1.4.1. Primera Unión 9 1.4.2. Uso de métodos anticonceptivos 11 1.5. Opciones de políticas para la prevención del embarazo adolescente 16 CAPÍTULO II 18 Fecundidad adolescentes en el Ecuador 18 2.1. Índices de embarazos de adolescentes en Ecuador 18 2.2. Factores determinantes del embarazo en Adolescentes en Ecuador 22 2.3. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes en Ecuador 25 2.4. Aspiraciones y oportunidades económicas 31 CAPÍTULO III 38 La función del Trabajador (a) Social en cuanto a la prevención de Embarazos en Adolescentes 38 3.1. Fundamentación legal 38 3.2. Acciones a ejecutar por los y las Trabajadores Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia 39 CONCLUSIONES 63 RECOMENDACIONES 64 BIBLIOGRAFIA 65 INDICE DE TABLAS Tabla 1: Estrategias en los países de América Latina 16 Tabla 2: Plan de acción 42 Tabla 3: Plan de capacitación del Taller No. 1 42 Tabla 4: Taller 1. Actividad 1 43 Tabla 5: Taller 1. Actividad 2 44 Tabla 6: Taller 1. Actividad 3 45 Tabla 7: Taller 1. Actividad 4 48 Tabla 8: Taller 1. Actividad 5 49 Tabla 9: Taller 1. Actividad 6 49 Tabla 10: Plan de capacitación Taller No. 2 50 Tabla 11: Taller 2. Actividad 1 51 Tabla 12: Taller 2. Actividad 2 52 Tabla 13: Taller 2. Actividad 3 53 Tabla 14: Taller 2. Actividad 4 53 Tabla 15: Taller 2. Actividad 5 54 Tabla 16: Taller 2. Actividad 6 54 Tabla 17: Taller 2. Actividad 7 55 Tabla 18: Taller 2. Actividad 8 55 Tabla 19: Plan de capacitación Taller No. 3 56 Tabla 20: Taller 3. Actividad 1 56 Tabla 21: Taller 3. Actividad 2 58 Tabla 22: Taller 3. Actividad 3 58 Tabla 23: Taller 3. Actividad 4 59 Tabla 24: Taller 3. Actividad 5 60 Tabla 25: Plan de capacitación Taller No. 4 60 Tabla 26: Taller 4. Actividad 1 61 Tabla 27: Taller 4. Actividad 2 61 INDICE DE GRÁFICAS Gráfico 1: Países con un 20% o más de mujeres que han dado a luz ante de los 18 años 9 Gráfico 2: Mediana de uso de métodos modernos por los adolescentes en unión 13 Gráfico 3: Tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez 14 Gráfico 4: Uso de métodos anticonceptivos 15 Gráfico 5: Tasas globales de fecundidad por año censal 19 Gráfico 6: Tasa de fecundidad adolescente en Ecuador, edad 10-14 años 19 Gráfico 7: Tasa de Fecundidad Adolescentes en Ecuador 15-19 años 20 Gráfico 8: Porcentaje de adolescentes que registran al menos un hijo nacido vivo por región y estado civil 20 Gráfico 9: Niños nacidos vivos según la edad de la madre 21 Gráfico 10: Estado civil y utilización de anticonceptivos 25 Gráfico 11: Edad mediana del nacimiento del 1er. hijo/ según estado civil, educación y uso de métodos anticonceptivos 27 Gráfico 12: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona urbana 28 Gráfico 13: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona rural 28 Gráfico 14: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, mujeres mayores de 15 años 29 Gráfico 15: Métodos anticonceptivos utilizados, mujeres de más de 15 años 30 Gráfico 16: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más. 32 Gráfico 17: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más 33 Gráfico 18: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más. 34 Gráfico 19: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más zona rural 35

Gráfico 20: Porcentaje de desigualdad en la zona urbana 36 Gráfico 21: Porcentaje de desigualdad zona rural 36

INTRODUCCIÓN Inicialmente para situar al lector con el tema de investigación resulta imprescindible decir, que el embarazo en la adolescencia constituye un fenómeno que a diario clasifica entre las principales elementos de interés en varios ámbitos del orden social y gubernamental. En el que los Trabajadores y las Trabajadoras Sociales juegan un papel importante. Lo anterior guarda relación con la situación actual, la cual se compone de una considerable influencia de embarazos en la adolescencia, lo cual presenta un aumento progresivo, fundamentalmente en países del tercer mundo y en vías de desarrollo. Ahora bien, según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son adolescentes las personas cuya edad oscila entre los 10 y 19 años. En esa edad es donde se proyectan las transformaciones más visibles del orden físico y más perceptibles en el orden psicológico del ser humano, ya sea en chicas o chicos (CITATION OMS85 \1 12298 (OMS, 1985). En tal sentido, ese no constituye una etapa de la vida ideal para la fecundidad y embarazos, debido a que las adolescentes no presentan condiciones desde el punto de vista biológico, psicológico y social. América latina es una de las de mayor número de embarazadas adolescentes. En este sentido, dentro de la región Andina, Ecuador clasifica como el primer país en cuanto al número de embarazos en niñas y adolescentes. Tal afirmación se basa en los datos aportados por el censo poblacional realizado en el 2010, el cual arroja que existen 346.700 niñas, y de ellas ya se han desempeñado como madres unas 2.080. (CITATION Ins10 \1 12298 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), 2010) El incremento de embarazos en la adolescencia se erige como una cuestión a tener en cuenta en el país, por diagnosticarse como una cuestión de polémica política, cultural, social y religiosa. En Ecuador se promueve el empleo de métodos anticonceptivos que ayuden a disminuir las tasas de embarazos no deseados y como parte de las políticas de prevención de este fenómeno. El aborto o interrupción voluntaria del embarazo se incluyen entre las prácticas que el gobierno no autoriza; lo cual condiciona que varias parejas adolescentes no observen las consecuencias de ese fenómeno y de esa manera asuman la responsabilidad que implica traer una vida al mundo, aun sin contar con la preparación necesaria. Por lo que el embarazo precoz resulta de un grupo de factores y condicionantes que incluyen aspectos sociales y familiares. A partir de ello, pueden citarse varias razones como la situación de subordinación, subvaloración, así como la condición de inferioridad que en muchos casos padece la mujer, sobre todo en las sociedades en las cuales está arraigado el patriarcado y las posturas de machismo. Desde el propio momento de la fecundación sobresale la importancia de entablar la comunicación con el futuro ser humano, pues, la comunicación deviene un elemento indispensable para el vínculo entre padres e hijos y constituye un acto que estrecha las relaciones humanas desde el nacimiento hasta que la persona muere. Lamentablemente, en muchos hogares a la comunicación

no se le atribuye la relevancia requerida y ello condiciona perjuicios en la educación y formación de los adolescentes. Sin embargo, los embarazos en esa etapa constituyen una cuestión que interviene tanto en el ámbito individual como familiar en su conjunto. Además presenta repercusiones físicas, económicas y

psicológicas. Esta monografía profundizó en el embarazo en la adolescencia con el objetivo de analizar los elementos teóricos que la componen, elaborado en el siguiente orden; un capítulo: I. que hablará sobre el embarazo en adolescentes; un capítulo: II. Índice de embarazo en el Ecuador, factores determinantes del embarazo en adolescentes en el Ecuador, características socioeconómicas y demográficas de los adolescentes en el Ecuador, aspiraciones y oportunidades económicas, con el fin último de establecer un



capítulo III en donde se exponga la prevención del embarazo en adolescentes a partir del Trabajo Social, formas de intervención de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales con los y las adolescentes.

CAPÍTULO I Embarazos en adolescentes Adolescencia La adolescencia es la etapa del ser humano donde se producen importantes cambios tanto físicos como psicológicos y a su vez una marcada transformación de las interacciones y relaciones sociales. En la actualidad se estima que cada cinco personas, una es adolescente.

Definición de adolescencia: La adolescencia se caracteriza por erigirse como estadio de la vida en la que el individuo necesita adquirir una madurez reproductiva en donde se imbrican factores psicológicos de la niñez con los de la adultez y que a su vez, conduce a su independencia socioeconómica CITATION OMS85 \l 12298 (OMS, 1985). “El término adolescencia se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Es empleado para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta” CITATION OMS98 \l 12298 (OMS, UNICEF y FNUAP, 1998). **Fecundidad en la adolescencia** Un embarazo no planeado o deseado en una mujer adolescente puede provocarle trastornos biológicos, psicológicos y sociales, y más aún, si ésta no alcanza la edad de 15 años. También conlleva una grave repercusión en el ámbito social en que esta se desenvuelve, ocurre la interrupción del proyecto educativo y aparece la necesidad de incorporarse prematuramente a la vida laboral. La adolescente y la familia deben enfrentar además la censura social, promoviendo matrimonios prematuros de corta duración.

La gestación a edades tempranas de la adolescencia es una crisis que se suma a los cambios biológicos, psicológicos e intelectuales que se desarrollan en este periodo de la vida. Esta situación inesperada irrumpe en la vida de las adolescentes en un momento en que aún no cuenta con la madurez física y mental que se requiere para asumir este proceso y sus consecuencias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, además de la ruptura con el medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Además son varios los condicionantes que afectan y provocan la morbilidad en el embarazo de la adolescente, pues ocurren fallas en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, conocido como síndrome de mala adaptación circulatoria, mediante el cual pueden presentarse varias manifestaciones desde el punto de vista clínico, las cuales pueden presentarse asociadas o separadas entre sí y a un nivel materno y fetal. CITATION Rev081 \l 12298 (Revista. Pediatría. Electrónica, 2008). **Condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente** Por lo general la sociedad y la familia no ofrece una adecuada educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara sobre este tema, por lo que se promueven conductas sexuales desafortunadas, desorientadas e imprudentes que derivan en embarazos no deseados o abortos inducidos con altos riesgos para la salud del adolescente y el feto.

Las adolescentes alcanzan la fertilidad sexual aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser emocionalmente maduros y se desarrollan en una cultura donde los factores sociales como los compañeros, la comunidad y los medios de comunicación: la televisión, el cine, radio, revistas de moda, la música, socializan contenidos que incitan a las relaciones sexuales, como prácticas comunes y aceptadas en nuestros días. “En países de América Latina, la actividad sexual y los niveles de fecundidad entre los y las adolescentes han aumentado de manera significativa en los últimos años”

CITATION Sot06 \l 12298 (Soto, 2006). Para controlar esta situación se han desarrollado varios Programas de Educación Sexual dirigido a adolescentes, con la finalidad de educar y transformar las tasas relacionadas a la sexualidad, buscando involucrar en este proceso transformador a la comunidad, a la familia, a las instituciones educativas, de salud y a los medios de comunicación. A pesar de estas acciones, los



resultados no han sido muy alentadores. El aumento de la maternidad en este período de la vida

es un fenómeno alarmante por los riesgos de salud que representan para la madre y el hijo, además de las desventajas que conlleva para las jóvenes asumir responsabilidades

a esta edad de inmadurez emocional e intelectual. También existe el consenso de que un embarazo precoz está fuertemente relacionado con un menor nivel educativo y estatus socioeconómico. La evidencia indica que la maternidad temprana puede ser un mecanismo de transmisión de la pobreza, aunque al mismo tiempo no se rechaza en la literatura la idea de que la pobreza o la situación socioeconómica que enfrenta la joven puede promover y perpetuar situaciones que desembocan en embarazos precoces. CITATION Guz00 \ 12298 (Guzmán, 2000). “Sin embargo, en algunos países en vías de desarrollo, la maternidad a edades tempranas no es catalogada como un problema, ya que se arguye que tales comportamientos son tradicionales, en especial en las zonas rurales”

CITATION Sin98 \ 12298 (Singh, 1998). En contraste, las economías en desarrollo, por lo general, dejan de lado los problemas de fecundidad en los adolescentes o los abordan desde una perspectiva más amplia. Los programas desarrollados para este grupo de población, están relacionados más con educación, empleo, salud física y mental, jóvenes sin hogar, y no tanto con programas preventivos de la fecundidad

CITATION Sin98 \ 12298 (Singh, 1998). “ La literatura presenta amplia evidencia de que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos sino que es más alta entre los grupos pobres”

CITATION Guz00 \ 12298 (Guzmán, 2000). Cuando se analizan las estadísticas de embarazo adolescente se puede confirmar que las adolescentes que pertenecen a los quintiles más bajos tienen una probabilidad mayor de quedar embarazadas que las que pertenecen a estratos más altos de la sociedad. En la década del 2000-2010, según datos estadísticos el 40% de las adolescentes del quintil más bajo tienen un hijo o han tenido un embarazo, comparado con el 8% de los de estratos sociales más altas, han experimentado alguno de estos eventos. CITATION Guz00 \ 12298 (Guzmán, 2000)

Los principales condicionantes de morbilidad en el embarazo adolescente se encuentran: abortos, hipertensión gestacional, infecciones urinarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, anemia, bacteriuria asintomática, escasa ganancia de peso, pre eclampsia – eclampsia, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias y desproporción céfalo-pélvica. Consecuencias de los embarazos precoces A nivel mundial las altas tasas de maternidad adolescente, son alarmantes debido a las consecuencias y peligros a la salud, derivados del embarazo a esa temprana edad de la vida. El estado Mundial de la Infancia establece un grupo de estadísticas, mediante las cuales determina que con menos de 18 años, la madre presenta una probabilidad del 60% de perder al bebé durante el primer año de vida. Por su parte, si logra sobrevivir de cualquier manera crecen las dificultades pues existe una mayor probabilidad de que padezca de bajo peso al nacer, así como de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo. Otras estadísticas relevantes en este sentido tienen que ver con las niñas menores de 5 años, las cuales multiplican por cinco sus posibilidades de morir durante el embarazo en comparación con las mujeres de más de 20 años CITATION Lor07 \ 12298 (Acevedo, 2007). Entre los factores causantes de esta situación se encuentran entre otros: que el organismo aún no se encuentra lo suficientemente desarrollado para concebir. También influye el maltrato familiar, la mala alimentación y la discriminación de género. Además, los impedimentos para la formación escolar y



laboral. Asimismo existe una mayor probabilidad de que se conviertan en madres solteras, enfrentando así la ausencia e irresponsabilidad de los padres. Determinantes de la fecundidad Los llamados determinantes de la fecundidad son variables, que se utilizan para explicar los componentes responsables de las variaciones en la fecundidad de una determinada población. Estas variables intervienen en las tres etapas requeridas para que se realice la fecundidad: la unión sexual entre hombres y mujeres, la concepción y el nacimiento vivo. CITATION Ins08 \l 12298 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2008)

Determinante demográfico Dentro de la fecundidad la edad es un factor importante, ya que el periodo reproductivo de la mujer es de 12 a 49 años, el mismo comprende un ciclo de 37 años de vida fértil, en el que la mujer está expuesta al embarazo. Cuando la mujer es joven la exposición al riesgo de quedar embarazada es mayor.

El estado civil es otro de los determinantes demográficos de la fecundidad, pues las mujeres con relación de pareja sexual, tienen mayor exposición de quedar embarazadas. El método de planificación familiar es otro de los determinantes demográficos de la fecundidad, aquí los programas educativos deben estar dirigidos a educar y concientizar a las parejas sobre el número de hijos que deseen tener, llevando una cultura demográfica que permite entender los problemas que puede ocasionar un crecimiento excesivo de la población. Determinantes económicos y sociales Inicialmente se puede plantear, que la participación de las mujeres en la vida productiva, el nivel de instrucción de la pareja, así como la educación de ambos, son factores que se encuentran estrechamente vinculados con la fecundidad. Cuando la mujer cuenta con mayores oportunidades en el campo de la educación, que son mayores posibilidades para la vida laboral, el embarazo en la adolescencia disminuye, este es el caso de los países en desarrollo.

Existen según la literatura especializada tres tipos de factores que intervienen directa e indirectamente sobre la fecundidad, a través de los determinantes próximos, los cuales se mencionan a continuación: 1ero.

Los factores globales relacionados con las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud, educación y

empleo, a través de estos el estado organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, educativos y de acceso a bienes y servicios

que directa o indirectamente afectan la fecundidad. 2do. Los factores socioeconómicos y del contexto social y cultural en el cual vive el adolescente, incluido el discurso social sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, los hijos, etc. 3ero. Los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y

de la familia con la cual convive. CITATION Fl604 \l 12298 (Flórez Carmen Elisa, 2004) En este caso se ampliará sobre los tres tipos de factores que intervienen directa e indirectamente en la fecundidad: Primero: Factores globales En la década de los años 90 en los países de América Latina y el Caribe, se han venido desarrollando e implementando varios programas para promover una adecuada cultura y salud sexual, sobre todo en lo relacionado al embarazo en la adolescencia y todos los riesgos derivados de este. A pesar de todas las políticas y acciones gubernamentales establecidas los resultados de estas aún no son favorables según lo indican las altas estadísticas que persisten de embarazos precoces en la actualidad. Lo que indica que la educación sexual que se ha impartido en las instituciones educativas desde la década de los 90 ha tenido un impacto muy bajo en la conducta sexual de los estudiantes, que cuentan todavía con una



visión restringida de la sexualidad y del ser humano. Por otra parte Vargas, plantea que la socialización sexual sí ha sido “efectiva” en la reproducción de estereotipos rígidos que no sólo perpetúan las jerarquías y desigualdades entre hombres y mujeres, sino que promueven otra serie de cogniciones que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. En esta medida, es plausible plantear que el reto para la educación sexual es lograr trascender las conferencias sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y aborto que se dictan en las aulas de clase, para incidir en la socialización sexual de la población

CITATION Var03 \l 12298 (Vargas, 2003). Segundo: Factores

del contexto socio-cultural Las características culturales, que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartidas, creencias, normas, valores, estándares y significados, a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la

fecundidad adolescente. CITATION Pra01 \l 12298 (Prada, 2001) Tercero: Factores individuales y del hogar “Existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales y de la maternidad adolescente” CITATION Fló04 \l 12298 (Flórez Carmen Elisa, 2004). “El contexto y el ambiente familiar han mostrado ser factores importantes en el comportamiento sexual de las adolescentes” CITATION Var03 \l 12298 (Vargas, 2003). En general, se puede afirmar que un bajo nivel educativo de la madre, un bajo clima educativo en el hogar, el desarrollo de la adolescente en un hogar monoparental, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, antecedentes de abuso sexual en la adolescente, la agresión física/verbal, el nivel de violencia del hogar, el tipo de unión establecida por la madre, un bajo nivel de comunicación con la madre, y una mayor flexibilización de los padres en el control de los jóvenes incrementan, de manera significativa, la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales, al igual que la probabilidad de embarazo en las adolescentes

CITATION Fló04 \l 12298 (Flórez Carmen Elisa, 2004). Determinantes de orden cultural En los niveles de fecundidad incide las tradiciones culturales, así como los valores que la sociedad y la familia proporcionan a niños y niñas. En algunas culturas se da el caso de contar con una familia grande para poder desarrollar las labores agrícolas o cualquier otro empleo familiar. Además se da el caso de tener una familia grande para que cuiden a sus padres cuando estén mayores.

En los niveles de fecundidad en el orden cultural también se encuentran las causas siguientes: la edad para contraer el matrimonio, las formas de prohibiciones sexuales, el aborto inducido, el tiempo de la lactancia y por último tenemos la esterilización. Elementos que se encuentran de manera indistintas en determinadas culturas de los pueblos de la región y del Ecuador. El

contexto cultural, los valores y las percepciones sobre la familia y los hijos

donde se desenvuelva socialmente el adolescente tiene una gran influencia en la determinación del tamaño de la familia y en el carácter de las decisiones que toman frente al riesgo sexual, así como también en la intención e inicio de

la actividad sexual en la adolescencia y la frecuencia de esta. El efecto causado por los medios de comunicación, especialmente la televisión, sobre las actitudes tomadas por los adolescentes hacia los roles sexuales, las relaciones sexuales

en temprana edad, la utilización o no de los métodos anticonceptivos y las expectativas sexuales es muy importante en nuestros días, sobre todo en la última década del milenio, donde la televisión, el internet y

otros medios de comunicación, juegan un papel protagónico como agentes socializadores y de formadores de modelos de comportamiento que influyen altamente en las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes.

El desarrollo tecnológico y el abaratamiento de los costos de acceso a estos medios de comunicación los han convertido en la mayor fuente de información de los jóvenes en etapas de su desarrollo en las que los cambios psicológicos y biológicos experimentados por estos conllevan a que los padres, familiares y educadores dejan de ser la fuente principal de obtención de información al respecto. Todos estos determinantes de la fecundidad referidas anteriormente son variables que se utilizan para analizar la fecundidad de una determinada población. En la gráfica 1 se muestra los países con un 20% o más de mujeres entre 20 y 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, señalando a tres países de la región, donde uno de ellos es Ecuador, esto permite hacer una valoración sobre la situación que presenta y poder comparar con otros países del mundo. Gráfico 11: Países con un 20% o más de mujeres que han dado a luz antes de los 18 años Fuente: (UNFPA, 2013) Elaborado por: Olga Abad En la gráfica anterior se muestran las cifras de 20 países que cuentan con un índice mayor del 20% de fecundidad en las mujeres que han dado a luz antes de los 18 años, es importante destacar que todos son países en desarrollo, de ellos el mayor porcentaje de fecundidad adolescente corresponde a los países del continente africano. En América Latina tenemos que: Colombia tiene un 20%, Guatemala con un 24% y Ecuador con un 21%. Relaciones de pareja Primera Unión Nupcialidad:

El riesgo de embarazo es mayor en mujeres unidas. Sin embargo la proporción de población alguna vez casada, la edad de contraer matrimonio, o la edad de entrada en unión sexual y la probabilidad de viudez o segundas nupcias son frecuentemente determinantes más fuertes de la fecundidad global que el nivel de la fecundidad marital en sí misma. CITATION And03 \l 12298 (Arango, 2003) En las poblaciones en donde la unión consensual es alta, la edad del primer nacimiento sirve para medir el patrón de nupcialidad. Edad a la primera unión y edad a la primera relación íntima. A partir de los años 70, la edad a la que se efectúa la primera unión es considerada el principal determinante de la fecundidad adolescente. Aunque se debe tener en cuenta además a las adolescentes no unidas y sexualmente activas. Puesto que mientras más tardía sea la edad de contraer nupcias la fecundidad global será menor. Algunos de los mecanismos de esta relación son: El retraso en la edad de contraer matrimonio reduce los años potenciales de fecundidad, por tanto afecta la fecundidad total de la mujer. Poblaciones donde la edad media de contraer matrimonio es mayor tienden a estar asociadas a mayor urbanización, mayores niveles de educación, y a mayores niveles de prevalencia anticonceptiva en la unión. Por tanto la fecundidad global es baja porque la fecundidad marital es menor y porque la cohorte adolescente casada también es menor en proporción. Según Aragón, “el retraso en la edad de contraer matrimonio permite a las mujeres adquirir niveles más elevados de educación y por tanto desarrollar mayores intereses por su inserción en el mundo laboral como profesionales” CITATION And03 \l 12298 (Arango, 2003). Solteras sexualmente activas y fecundidad prematrimonial “La exposición a relaciones íntimas, embarazo y maternidad es menor para adolescentes no unidas que para aquellas en unión” CITATION And03 \l 12298 (Arango, 2003). “El precoz inicio de las relaciones sexuales no parece estar asociado a mayores niveles de maternidad adolescente, aunque la edad de la primera relación constituye un determinante importante de la fecundidad” CITATION Fló04 \l 12298 (Flórez Carmen Elisa, 2004). Uso de métodos anticonceptivos Son varias las causas que inciden en la decisión de las mujeres en utilizar métodos anticonceptivos, aumentando aún más



cuando estas son adolescentes. La estabilidad de una unión ya sea legal o consensual y el deseo o no de tener hijos influyen de forma directa en esta decisión.

La utilización de anticonceptivos en las mujeres depende de su educación sexual, del grado de información que tenga de la existencia y uso de estos, como del acceso a los métodos mismos de planificación familiar, es decir

la oferta y servicios que se brinden de estos. “El acceso a métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y reproductiva, es crucial entre las adolescentes”

CITATION Ini03 \ 12298 (Ministerio de la Protección Social, 2003). Tipos de métodos de planificación familiar: Tradicionales “El uso de métodos de planificación familiar tradicionales se debe tener en cuenta en estudios de fecundidad, pues mientras hay ventajas en los métodos modernos (y algunas desventajas), los medios tradicionales también pueden ser efectivos en la reducción de la fecundidad” CITATION OMS15 \ 12298 (OMS, 2015) Modernos En las adolescentes unidas el uso de anticonceptivos es un determinante de la fecundidad menos importante que la edad de entrada en unión, pues la prevalencia de uso de anticonceptivos entre ellas es baja, tanto para métodos modernos como tradicionales CITATION MAR09 \ 12298 (Román & González , 2009). Dentro de los modernos están: Esterilización La esterilización femenina o masculina tiene un efecto definitivo en la fecundidad, pues impide la concepción, los niveles en la adolescencia suelen ser por lo general extremadamente bajos, puesto que las adolescentes utilizan los métodos de anticoncepción para espaciar los hijos, no para terminar su etapa reproductiva CITATION And03 \ 12298 (Arango, 2003). Aborto inducido El aborto tiene sin dudas un efecto potencialmente fuerte en la fecundidad global, en especial en países donde es cultural y legalmente aceptado y en los países donde no es aceptado y además es ilegal, este efecto es muy difícil de medir o cuantificar debido a la imposibilidad de contar con datos estadísticos confiables. “Las mujeres jóvenes no unidas tienen mayor probabilidad que mujeres mayores unidas, de considerar realizarse un aborto de un embarazo avanzado en condiciones poco seguras” CITATION And03 \ 12298 (Arango, 2003).

Esto indica que las adolescentes están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de esta, pues aunque saben cuáles son los métodos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de los métodos.

CITATION Ini03 \ 12298 (Ministerio de la Protección Social, 2003) El aborto no es una solución fácil para ninguna mujer ya que lleva implícita un alto riesgo, más aun en países donde es considerado una actividad ilegal y su práctica se realiza en condiciones ilegales e inadecuadas que conllevan graves repercusiones físicas, emocionales y económicas para la mujer. Por lo general las mujeres que optan por el aborto inducido dan una mayor importancia a sus proyectos personales, educativos o laborales por encima de la maternidad y en la mayoría de los casos son apoyadas por amigas, cuñadas o hermanas o por la propia pareja. A continuación se puede apreciar en la gráfica 2 el uso de los métodos modernos por adolescentes en unión en algunas de las regiones del mundo, pues la misma permite evaluar cómo se encuentra América Latina y el Caribe, para posteriormente analizar el caso del Ecuador. Gráfico 22: Mediana de uso de métodos modernos por los adolescentes en unión Fuente: (ROMÁN, 2009) Elaborado por: Olga Abad En la gráfica se puede apreciar en cuanto al uso de métodos modernos por las adolescentes en unión en América Latina y el Caribe, alcanzando una cifra de 23%, el resto de las regiones están en un 10%, excepto África Sub- Sariana con un 2%. Los conocimientos de la sexualidad que presentan los jóvenes en la actualidad, cuestionan la eficacia de los programas gubernamentales de educación sexual en el



contexto escolar, de salud y de los medios de difusión masiva, los cuales brindan información científica y objetiva sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no deseados, pero no crean espacios reflexivos asequibles y de confianza para que los adolescentes puedan plantear abiertamente sus inquietudes, miedos y expectativas futuras. Hoy en día, una de cada nueve niñas en los países en desarrollo es forzada a casarse antes de los 15 años de edad. En Bangladesh, Chad y Níger, más de una de cada tres niñas se casa antes de su cumpleaños número 15. En Etiopía, una de cada seis niñas se casa antes de los 15 años. En países en los cuales las mujeres tienen la tendencia de casarse a temprana edad, las diferencias entre la edad media de la población soltera al casarse (SMAM, por sus siglas en inglés), entre hombres y mujeres, son generalmente grandes. Los tres países con la SMAM femenina más baja hasta el 2008 fueron Níger (17,6 años), Malí (17,8 años) y Chad (18,3 años). Todas las diferencias de edad entre la SMAM de hombres y mujeres es de por lo menos seis años. La SMAM es el tiempo promedio de vida soltera en personas entre 15 y 49 años. CITATION New11 \l 12298 (New York United Nations, 2011). A partir de estos resultados con los métodos modernos se hace imprescindible mostrar tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez, por lo que el gráfico 3, muestra el comportamiento en algunos países de la región, pues los mismos permiten realizar un análisis con Ecuador. Gráfico 33: Tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez Fuente: CELADE 2011 Elaborado por: Olga Abad Bolivia y Haití son los países de la región con la tasa global de fecundidad más alta con un 3.3, seguidos de Honduras y Nicaragua con una tasa del 2.7. Los países de Latinoamérica con mayor porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez son en primer lugar: Perú con el 6.1%, 2do. República Dominicana 4.7%, 3ros. Bolivia y Colombia con 4%, 4tos Honduras y Nicaragua con el 3.3% y luego El Salvador y Haití con un 3%. Después del análisis realizado sobre la tasa global de fecundidad y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez, es necesario evaluar en algunos países de la región el comportamiento con respecto al uso del método anticonceptivo, por lo que la gráfica 4 muestra los resultados siguientes: Gráfico 44: Uso de métodos anticonceptivos Fuente: CELADE 2011 Elaborado por: Olga Abad Guatemala es el país donde menos se utilizan los métodos de planificación familiar con un 67.6 %, Haití con el 44% y Bolivia con el 35%, también presentan índices elevados en cuanto al uso nulo de los anticonceptivos, como se observa el porcentaje de las mujeres adolescentes que comienzan a utilizarlo después del primer embarazo es mucho más bajo que las que no lo tienen en cuenta nunca. Esta situación influye negativamente en la tasa de fecundidad y en el porcentaje de madres adolescentes embarazadas que se ha incrementado en la década 2000-2010 en esta región. Opciones de políticas para la prevención del embarazo adolescente En América Latina y principalmente en Ecuador, que es el tema que ocupa este trabajo, se puede plantear que la fecundidad adolescente es un problema de salud sexual y reproductiva, en esta inciden los factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales.

En el enfrentamiento de estos es donde se resalta el papel que juega la educación sexual como estrategia de prevención de los embarazos a temprana edad. El papel que juega el estado, sus políticas, estrategias y planes de educación sexual adquiere dimensiones gigantescas, y se constituye en una de las principales armas para prevenir y combatir esta atenuante social. A continuación se mencionan por países latinoamericanos los mecanismos gubernamentales con que cuentan para enfrentar estos riesgos en la región, para poder hacer un análisis con Ecuador. Tabla 11: Estrategias en los países de América Latina País Estrategia Nicaragua



Política de salud sexual y reproductiva, en la cual define a los educadores como agentes multiplicadores; el fortalecimiento de los servicios de salud, que deben estar disponibles para las jóvenes que ya han iniciado su vida sexual.

Brasil No cuenta con políticas, ni programas directos dirigidas a disminuir los niveles de fecundidad adolescente. Por el contrario a desarrollado una cultura pronatalista como una política indirecta logrando con la misma modificar la tendencia de la fecundidad total. Bolivia No presenta una política definida de reducción de la fecundidad, aunque ha desarrollado programas para facilitar el acceso a los servicios de salud con calidad. Uruguay Cuenta con programas de educación sexual dirigidos a los jóvenes y adolescentes, facilitando diferentes métodos de anticoncepción a las mujeres adolescentes y al mismo tiempo, incentivan el conocimiento y cuidado del cuerpo. Venezuela Existe una política de salud sexual y reproductiva dirigida especialmente a este sector de la población. Costa Rica Tiene trazadas estrategias para la prevención y atención de la fecundidad adolescente, estas establecen vinculos entre la escuela y la familia de las jóvenes. Perú En su política están considerados

los riesgos a los cuales están expuestos los adolescentes; estableciendo dentro de los mecanismos para la reducción de estos, la alianza y coordinación intersectorial.

Salvador Al igual que Brasil dirige la política para adolescentes hacia el sector de la salud,

a través de la capacitación del personal que brinda los servicios de salud sexual y reproductiva.

Mexico Este país cuenta con un

Programa de Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar que se ejecuta desde el sector educativo.

Chile Su política de salud sexual y reproductiva está dirigida a la apertura de espacios para que los adolescentes puedan discutir temas relacionados con la sexualidad y la reproducción a edades. Guatemala No posee en la actualidad ninguna política al respecto;

el único mecanismo con el que cuenta para la reducción de este fenómeno es

la inclusión de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en las escuelas.

Colombia En la ejecución de estas políticas

se distingue la participación del sector público y del privado

y las ONGs que desarrollan acciones en materia de planificación familiar para este sector vulnerable de la población. Elaborado por: Olga Abad En el Ecuador no existe una política como tal definida para atenuar esta problemática, aunque a partir del año 2006 en Ecuador se abrieron nuevos foros de debates en torno a la sexualidad. Una de las más discutidas fue la "Ley Orgánica de Salud" que beneficiaba, en gran medida, a mujeres, jóvenes, niños y niñas; ya que tomaba en cuenta la educación en salud sexual y reproductiva, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos, entre otras cuestiones. Estos debates generaron reacciones por parte de segmentos conservadores de la población en ese momento, que aludían a que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se relacionaban con el aborto y la muerte. Otro segmento del país como los movimientos de mujeres, realizó acciones simbólicas y políticas en favor de los derechos sexuales, logrando que en septiembre de 2006, el Congreso aprobara la "Ley Orgánica de Salud". En el 2008 el país da otro paso de avance al crear el Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo Adolescente (Cipea) que aprueba en ese mismo año el Plan de Prevención Nacional del Embarazo en la Adolescencia. A este Plan preventivo se suma en el 2010 el establecimiento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (Enipla).

CAPÍTULO II Fecundidad adolescentes en el Ecuador 1. 2.1. Índices de embarazos de adolescentes en Ecuador La fecundidad adolescente en el Ecuador es una problemática importante a resolver en el país, pese a los planes, proyectos y estrategias trazados por el actual Gobierno para reducir su incidencia, las cifras siguen siendo preocupantes como lo plantea el siguiente informe:

Según informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) que impulsa el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, se indica que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica, después de Venezuela, con la más alta tasa de embarazos adolescentes. (UNFPA, 2013) Los datos publicados por el Censo de Población y Vivienda efectuado por el INEC en el año 2010 plantean que el embarazo en adolescentes menores de 14 años se incrementó en un 74% durante la década 2000-2010. Mientras que en las mayores de 15 años se incrementó en un 9%. Por su parte la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar informa, que la tasa global de fecundidad en el país a nivel nacional es de 3,3 hijos por mujer. Aunque se conoce que las mujeres que no cuentan con ningún nivel de instrucción formal tienen alrededor de seis hijos y las mujeres que tienen nivel superior solo tienen por lo general dos hijos. Se presenta la gráfica 5 que recoge las tasas globales de los censos realizados durante los años 1982, 1990, 2001 y por último el censo del 2010. Estos análisis son necesarios realizarlos para poder medir el comportamiento de la fecundidad en los años en los que se realizó el estudio. Gráfico 55: Tasas globales de fecundidad por año censal Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda, 1982, 1990, 2001 y 2010 Elaborado por: Olga Abad Si se analizan las tasas globales obtenidas en los censos realizados a partir de 1982, éstas presentan un patrón descendente por cuanto una mujer de la zona rural en edad fértil tenía alrededor de 7 hijos y en el 2010 esta cifra baja a 3 hijos promedio, el comportamiento fecundativo de las mujeres de la zona urbana también descendió de 4 hijos promedios a 2, sin embargo estos resultados son inversamente proporcionales al comportamiento de la tasa de fecundidad adolescente como se muestra a continuación: Gráfico 66: Tasa de fecundidad adolescente en Ecuador, edad 10-14 años Fuente: INEC-Registro de Administración de nacimientos 2000-2012 Elaborado por: Olga Abad Como se observa en la gráfica la tasa de fecundidad en el Ecuador en las edades comprendidas entre los 10 a los 14 años, se observa que el 5% de estas, ha estado embarazada al menos una vez y el 2,7 ya es madre de un hijo. Otro dato importante está relacionado con la tasa de fecundidad en el Ecuador entre las edades de 15 a 19 años. Por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa. Gráfico 77: Tasa de Fecundidad Adolescentes en Ecuador 15-19 años Fuente: INEC-Registro de Administración de nacimientos 2000-2012 Elaborado por: Olga Abad Como se observa gráficamente la tasa de fecundidad en el Ecuador en las edades comprendidas entre los 15 a los 19 años, son altas ya que de 1000 mil adolescentes el 8,1% ya cuenta con al menos un hijo y el 10,25 % ha sido egresada de instituciones hospitalarias por causas de embarazo, parto y puerperio. Gráfico 88: Porcentaje de adolescentes que registran al menos un hijo nacido vivo por región y estado civil Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010 Elaborado por: Olga Abad De las regiones más destacadas y que cuentan con mayor índice de fecundidad se encuentran la Amazonía con el 23,04% y la Costa con el 20,04 %, de estas adolescentes el 75,83% resultó estar separada o divorciada y el 61,63% casada, este comportamiento está dado en gran medida en que es en estas regiones donde se concentra la población que pertenece a los quintiles más bajos de pobreza, con una fuerte influencia de las raíces culturales y religiosas, como bajo acceso a información sobre métodos de planificación familiar, que las ayude a regular o espaciar los embarazos. Gráfico 99: Niños nacidos vivos según la edad de la madre Fuente: Anuario de Nacimientos 2011



Elaborado por: Olga Abad En el Ecuador la tasa de fecundidad más alta está comprendida entre los 15 y 29 años de edad, lo que da la medida de que las mujeres son madres desde tempranas edades, muchas de ellas sin contar con estudios ni preparación psicológica suficientes para enfrentar la maternidad, además de que a esas edades la anatomía femenina no está desarrollada biológicamente en toda su plenitud, lo cual aumenta los riesgos en la salud de la madre y el hijo. Según datos del INEC, en el 2012 se informaron 122.301 embarazos adolescentes; una cifra mucho mayor que la del 2010. Aunque en los últimos años se ha reducido el embarazo adolescente ya que del 2010 y al 2014, la fecundidad en las mujeres entre 15 y 19 años disminuyó del 60,61% al 56,08%. La tasa de fecundidad en niñas entre 10 y 14 años presentó un patrón contrario, aumentando en este período de 1,98% a 2,16%. 1. 2.2. Factores determinantes del embarazo en Adolescentes en Ecuador Migración

En el país, el motivo de migración o desplazamiento hacia otras regiones, es la búsqueda de nuevas y mejores opciones de trabajo, las estadísticas aseguran que es la población rural la que más migra con una tasa del 70,7% hacia regiones o ciudades industrializadas donde tienen más oportunidades de mejorar la calidad de vida y los ingresos percibidos, la segunda causa de migración la constituye la unión familiar con un 18% para la población urbana y un 13% para la rural. Esta situación genera en las grandes ciudades hacinamientos e índices elevados de sobrepoblación, resultando difícil el control para poder proporcionar todos los servicios básicos primarios. También esta migración crea sub-urbanidades en las periferias, por lo que provoca riesgos epidemiológicos, por condiciones de insalubridad y desamparo. Educación Sexual El Plan Familia Ecuador, remplaza en el año 2013, a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (Enipla), esta Estrategia pasó de estar bajo el mandato del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, y los ministerios de Salud Pública, Educación e Inclusión Económica y Social a operar bajo la subordinación de la Presidencia de la República. La Enipla inició en enero del 2012 y centró sus acciones el aspecto biológico de la sexualidad adolescente y el nuevo Plan Familia Ecuador enfocará su estrategia desde la perspectiva que el adolescente se erige como es un ser integral desde varias dimensiones: biológica, ecológica, intelectual, psicológica y trascendente. En los períodos que operó la Enipla obtuvo algunos logros como fue su objetivo de disminuir la mortalidad materna a través de planificación familiar, el nuevo plan propuesto por el Gobierno tratará el tema desde y con el apoyo de la familia, pues su estrategia está basada en la creación de valores, donde los familiares y educadores juegan un papel protagónico. En la nueva propuesta se adicionarán también otros temas ligados a planificación familiar. Uno de esos es concientizar a los adolescentes a no iniciar las relaciones sexuales a edades tan tempranas. El Plan Familia Ecuador brindará información suficiente y necesaria, para crear una adecuada cultura de educación sexual, para que los adolescentes puedan tomar sus propias decisiones, a partir de una aptitud responsable y segura. En el país 9 de cada 10 adolescentes sienten la necesidad de debatir el tema de la sexualidad con su familia, el Gobierno busca apoyar el entorno familiar para que este pueda cumplir su rol educativo y formativo del adolescente. Por su parte el Ministerio de Salud continúa con la distribución gratuita de preservativos en los establecimientos y estará incentivando formación de valores y de fomento de acciones preventivas que pueden incluirse en las actividades artísticas y deportivas, con el propósito de motivar a los chicos a que inviertan su tiempo en actividades sanas y recreativas de bajo riesgo. Se planteó a la abstinencia como un principio básico para disminuir las tasas de embarazo a temprana edad en el país y la importancia de una formación familiar y la Secretaría del Buen Vivir efectúa actividades mensuales relacionadas también a la formación de valores en



las instituciones educativas. Este tipo de acciones por si solas no solucionan la problemática de la sexualidad y fecundidad adolescente, ya que es necesario que la educación sexual este basada en valores, pero dada la realidad de que muchas adolescentes empiezan su vida sexual a los 12 años es importante que estos aprendan a usar el condón o la píldora, para evitar contagios de enfermedades y embarazos no deseados. Las estrategias de difusión en las escuelas deben ser rigurosas, con personal capacitado que imparta educación sexual. Pese a toda la campaña de promoción del nuevo Plan Familia Ecuador, existen grupos de oposición que creen que las estrategias propuestas no son las más adecuadas para enfrentar esta problemática en el país, debido a esta situación la Secretaría Nacional de Comunicación de la Presidencia (Secom) socializó un comunicado, en el cual se explica en detalles cuales son los objetivos y acciones a seguir bajo este Plan: El Ministerio de Salud no entrega la denominada pastilla del día siguiente destinada a menores de edad, lo cual se realizó sin un previo análisis de cada caso. En dicha fase se realiza una evaluación psicológica de la chica y se le imparten charlas sobre orientación sexual. De unos años a la fecha ese medicamento se vende libremente en las farmacias del país; sin embargo, el Gobierno a través del Ministerio de Salud Pública norma la venta de ese medicamento bajo consulta médica. Si la adolescente asegura que necesita la píldora producto a que fue víctima de una violación, los funcionarios del Ministerio de Salud informan a los padres, así como a las autoridades que se encargan de las autoridades penales. Los cimientos de la sociedad se ven afectados por estas cuestiones de embarazo de adolescentes. Por tal motivo, el Gobierno acomete una campaña responsable de información a nuestros jóvenes sobre orientación sexual. Dichas iniciativas procuran buscan el diálogo abierto sobre la sexualidad, los peligros de un embarazo precoz para la madre y el niño, la problemática social y los daños al ser humanos, producto de un embarazo adolescente. Es importante el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. El diálogo sobre estos temas debe estar encaminado al derecho constitucional de los adolescentes para que de esa manera se respete su evolución física, psicológica y sexual. En este caso, el Gobierno debe responsabilizarse por el cuidado de ese derecho. Debe hacerse cumplir el derecho a recibir información y educación sexual para conocer los mecanismos para enfrentar estas etapas de nuestras vidas. La llamada "pastilla del día después" presenta el respaldo de la Organización Mundial de Salud (OMS). No se trata de un método de aborto, más bien se le considera un anticonceptivo. En Ecuador, durante varios años dicha píldora era de venta libre varios antes de que el Ministerio de Salud la incluyera en sus estrategias de planes de anticonceptivos liderados. Es preciso recalcar que existe un reglamento y normas claras para la entrega de este fármaco en las dependencias de Salud. Varios estudios científicos han aprobado a la anticoncepción oral de emergencia en base a progestinas como un método altamente eficiente en función de retrasar la ovulación, lo cual no ha de impedir la implantación del ovocito fecundado de haber ocurrido esto. Es por ello que no se incluye entre los métodos abortivos. (Secretaría Nacional de Comunicación, Mayo 2013).

1. 2.3. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes en Ecuador Inicio de relaciones sexuales

El ser humano a esa temprana edad suele asumir al sexo como una vía para obtener cariño y sentido de pertenencia, el adolescente tiene una gran necesidad de atención y eso ha causado que en Ecuador la edad de iniciación sexual de 15 haya bajado a los 12 años. Estos embarazos a edades cada vez más tempranas y en su gran mayoría traumáticos podrían evitarse si los adolescentes de esta edad, recibieran educación sexual adecuada, para esto se hace necesario fortalecer la triada: información correcta y oportuna a padres, educadores y jóvenes. Gráfico 1010: Estado civil y utilización de



anticonceptivos Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2011-2013 Elaborado por: Olga Abad Los resultados obtenidos en la aplicación de ENSANUT 2011-2013, demuestran que el período que transcurre desde la 1ra relación sexual al 1er embarazo es relativamente corto, siendo más significativo en las mujeres adolescentes separadas o divorciadas y en las casadas y unidas, que promedian alrededor de 1 año y cuatro meses sin tener en cuenta el período de 9 meses durante el que transcurre el embarazo, el tiempo más espaciado entre la relación y el embarazo lo tiene las adolescentes solteras que utilizan algún tipo de anticonceptivo. También resulta necesario saber la edad mediana de nacimiento del 1er hijo en las adolescentes ecuatorianas, por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa. Gráfico 1111: Edad mediana del nacimiento del 1er. hijo/ según estado civil, educación y uso de métodos anticonceptivos Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010 Elaborado por: Olga Abad La edad mediana de nacimiento del 1er hijo en las adolescentes ecuatorianas es 17 años aproximadamente para las separadas o divorciadas y casadas o en unión, que no utilizan ningún método de anticoncepción, por lo general al quedar embarazadas a esa edad abandonan los estudios, la edad de las que se mantienen solteras, utilizan los métodos de planificación familiar y permanecen en la escuela es de 20 años promedio. Estos resultados demuestran que las adolescentes bien informadas que usan anticonceptivos y que logran retardar el inicio de sus relaciones sexuales, tiene hijos a edades más tardías y en ocasiones terminada la etapa de la adolescencia, por lo que pueden llegar a niveles educacionales más altos y mejores opciones de vida. Inicio de relaciones sexuales en el Ecuador, según zona urbana o rural Para este estudio resulta necesario analizar el inicio de las relaciones sexuales en el Ecuador, tanto para la zona urbana, como para la zona rural, por lo que se presentan las siguientes gráficas que aportan estos datos de interés, pues para el accionar de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales es un dato significativo. Gráfico 1212: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona urbana Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010 Elaborado por: Olga Abad Según lo recogido por el Censo de Población y Vivienda 2010, se estima que aproximadamente el 32% de la población mayores de 12 años, de la zona urbana, son casados, el 20% se encuentra bajo unión libre y existe un mayor número de solteros hombres que mujeres, así mismo las mujeres resultaron estar bajo estado civil separada, divorciada o viuda en mayor cuantía que los hombres. Este dato permite tener una mejor identificación del grupo poblacional con el que se va trabajar. Resulta imprescindible para la planificación de acciones en la prevención del embarazo en la adolescencia por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, conocer las características de la población rural en cuanto al estado civil o conyugal, en la población de 12 años y más, por lo que se presenta el siguiente gráfico que recoge los datos siguientes: Gráfico 1313: Estado civil o conyugal, población de 12 años y más. Zona rural Fuente: INEC-Censo de Población y Vivienda 2010 Elaborado por: Olga Abad En la zona rural se aprecia que el 34% de las mujeres están casadas o en unión libre, en un 21,7% en mayor porcentaje que los hombres, menos en soltería donde estos alcanzan un porcentaje mayor de 40%. Si analizamos estas cifras podemos decir que los índices de mujeres casadas o en unión libre representan el 50% del estado civil en el país, aun así, los porcentajes restantes más altos corresponden a los solteros y solteras, siendo muy bajo el número de divorcios, separaciones y viudez. Planificación familiar La planificación familiar es un elemento importante que le permite a la familia, determinar el momento en que desean tener hijos, así como, el número de hijos. Permitiendo utilizar métodos anticonceptivos, tanto en hombres como en mujeres. La planificación de la promoción familiar por parte de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, es importante para poder lograr el bienestar de la pareja y de toda la familia, ella permite

elevantar la autoestima, la asertividad y el empoderamiento, principalmente en la mujer, ayudando a mejorar su salud. Por lo que resulta oportuno saber el nivel de conocimiento que tienen las mujeres mayores de 15 años sobre el uso de métodos anticonceptivos, la siguiente gráfica puede ilustrar en el Ecuador, en la zona urbana y en la zona rural, permitiendo a los Trabajadores y Trabajadoras Sociales identificar el sector más vulnerable, para de esa forma planificar mejor las acciones. Gráfico 1414: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, mujeres mayores de 15 años Fuente: INEC-Encuesta de condiciones de vida 2005-2006 Elaborado por: Olga Abad En el Ecuador las mujeres mayores de 15 años en la zona urbana tienen en un 96,3 % conocimiento de los métodos de planificación familiar, pero solo el 48,7% afirman haberlos utilizado en algún momento; en la zona rural sin embargo hay menor porcentaje de conocimiento en un 84,4 %, pero a su vez es mayor el número de mujeres que usan los métodos anticonceptivos siendo estas el 60%. También es importante para las acciones que ejecutan los Trabajadores y Trabajadoras Sociales conocer los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres de más de 15 años, ellos pueden ser: ritmo o calendario, píldora, DIU, condón, inyección, ligadura, retiro y otros, por lo que la gráfica que se muestra a continuación lo representa. Gráfico 1515: Métodos anticonceptivos utilizados, mujeres de más de 15 años Fuente: INEC-Encuesta de condiciones de vida 2005-2006 Elaborado por: Olga Abad La preferencia o utilización de uno u otro método de anticoncepción es bastante pareja en las mujeres mayores de 15 años en el país, ya sean estas de la zona urbana o rural, el más utilizados resultó ser la ligadura en un 36% seguido de la píldora, ritmo calendario y el DIU en menor cuantía, los métodos menos populares son la abstinencia y el condón. Estas estadísticas evidencian que las mujeres en su mayoría solo hacen uso de los métodos de planificación familiar cuando quieren dejar de fecundar de forma definitiva, por lo que acuden en mayor cuantía a la ligadura de las trompas, un método tan eficiente como el condón no resulta muy popular a pesar de que este sirve además para evitar el contagio de enfermedades venéreas que afectan la salud. Esta situación está dada por la poca o no adecuada información de la utilización y beneficio de estos métodos, existiendo creencias y estereotipos equivocados de que el condón inhibe el placer, o de que espaciar el momento de la primera relación sexual optando por la abstinencia en el período de la adolescencia es mal visto y rechazado socialmente a partir de que la sexualidad a edades tempranas está de moda convirtiendo al sexo en una norma más de la sociedad. 1. 2.4. Aspiraciones y oportunidades económicas El embarazo en la adolescencia trae graves consecuencias sociales, ya que un embarazo precoz aumenta la posibilidad de que la madre adolescente extienda su condición de pobreza por una generación más, según Información de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana CITATION Aso14 \l 12298 (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014).

“Son adolescentes que en su mayoría se quedan sin estudiar, por lo que tienen menos probabilidades de acceder a un trabajo mejor remunerado” CITATION Aso14 \l 12298 (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014). Para un correcto accionar de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales resulta imprescindible conocer la población ocupada según nivel de instrucción, en la gráfica que se muestra a continuación se hará referencia a la zona urbana. Gráfico 1616: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más. Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad En la zona urbana del país el mayor porcentaje de la población ocupada cuenta con un nivel de educación secundaria, siendo los hombres con más instrucción, existiendo un índice de desigualdad del 5% respecto a las mujeres, en la educación primaria la desigualdad es de un 7% menos que los hombres y en el nivel superior



diferencias se invierten en un 8%, esta es una realidad que afecta al género femenino, en cuanto al acceso y posibilidades de continuar superándose, lo que limita en gran medida sus aspiraciones a empleo mejor remunerados. De igual forma, resulta importante realizar una valoración sobre el comportamiento en la zona rural, pues las acciones planificadas por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales tienen que tener presente el nivel de instrucción que tiene la población con la que se va a trabajar, es por eso que el siguiente gráfico representa el nivel de instrucción de la población rural. Zona rural Gráfico 1717: Población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad En las zonas rurales los índices de instrucción son mucho más bajos, más del 50% de la población mayores de 10 años solo alcanzan un nivel de instrucción primario, el 14% de las mujeres no tienen instrucción alguna, siendo los hombres los que más tiempo permanecen en las instituciones educativas, por lo que la diferencia y desigualdad es aún más marcada, para el sector de madres adolescentes en estas zonas poco desarrolladas del país el nivel de vida y las aspiraciones a recibir buenas remuneraciones son casi nulas para estas adolescentes. Para este estudio resulta necesario conocer los ingresos promedios de la población de 10 años y más, según nivel de instrucción en la Zona urbana, pues brinda la posibilidad de saber el nivel de instrucción y también permite analizar el ingreso promedio, así como el comportamiento entre hombre y mujeres. Observándose estos elementos en la gráfica que se muestra a continuación. Gráfico 1818: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más. Zona urbana Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad De acuerdo al nivel promedio de instrucción de las mujeres mayores de 10 años en la zona urbana, los ingresos a percibir son por debajo del salario básico establecido en el país que es de USD 354, la desigualdad en este sentido se expresa en una diferencia de USD 164 en comparación del salario que reciben los hombres con igual instrucción. De igual forma, para este estudio es necesario conocer los ingresos promedios de la población, según nivel de instrucción, esto le permite al trabajador o trabajadora social determinar las acciones a ejecutar, pues tiene una mayor caracterización del grupo con el que trabajan. Gráfico 1919: Ingresos promedios de la población ocupada según nivel de instrucción, población de 10 años y más zona rural Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad En la zona rural estos índices de ingresos son mucho más bajos, a partir de que el nivel de instrucción promedio de la población mayor de 10 años ocupada es de primaria, por lo que las mujeres solo perciben en el mes un salario ínfimo de USD 174, esta remuneración extremadamente baja no alcanza para cubrir la canasta básica, lo cual se agrava con la subida constante del índice de inflación. Resulta necesario en este estudio analizar el comportamiento de la instrucción en la zona urbana, para la planificación por parte de los trabajadores y trabajadoras sociales de las acciones a desarrollar con la población. La gráfica que se muestra a continuación permite apreciar el porcentaje de desigualdad en la zona rural. Gráfico 2020: Porcentaje de desigualdad en la zona urbana Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad Además se puede observar en la gráfica que se presenta a continuación el porcentaje de desigualdad en la zona rural, para luego realizar un análisis de ambas. Gráfico 2121: Porcentaje de desigualdad zona rural Fuente: INEC-ENEMDU dic. 2012 Elaborado por: Olga Abad El porcentaje de desigualdad en los ingresos percibidos por niveles de instrucción entre el hombre y la mujeres son altos, las aspiraciones y oportunidades económicas de la mujer ecuatoriana mayor de 10 años se encuentra en niveles irrisorios, situando a estas en los quintiles más bajos de pobreza, el embarazo y la consecuente responsabilidad de ser madre, las lleva a abandonar muy tempranamente los estudios, por lo que el acceso a empleos con buenas remuneraciones es imposible



para este sector más vulnerable de la población. En el Ecuador todavía existen muchas falencias en cuanto al acceso a la educación y la permanencia en las instituciones educativas, y es precisamente este condicionante instructivo el que aumenta la posibilidad de que una adolescente quede embarazada, según lo plantea, el Plan Nacional de Prevención de Embarazos Adolescentes, dos de cada tres adolescentes (de 15 a 19 años) pobres y sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

CAPITULO III La función del Trabajador (a) Social en cuanto a la prevención de Embarazos en Adolescentes

1. 3.1. Fundamentación legal

Según el Art. 47 C.P plantea que, todos los individuos deben cumplir con derechos y obligaciones estipulados en los Convenios y Normas Internacionales y ratificados en la Constitución de la República del Ecuador, en Códigos y Leyes Especiales. Por tanto, en el caso de las/los adolescentes, los derechos se circunscriben a consagrar y garantizar los principios que identifican su desarrollo pleno y en armonía como parte de una convivencia familiar y social, para de esa manera ir precautelando las situaciones de riesgo y las medidas que deben tener en cuenta con el propósito de protegerlos y evitar los riesgos. En tal sentido, se fundamentan de igual manera en los derechos de la familia, la madre y el niño/a y los/as adolescentes". CITATION Are05 \1 12298 (CEIME, 2005)

En cuanto a los derechos y protecciones el (Art. 4 C.M. Art. 43,49 C. P.) plantea que, "todos los niños, niñas y adolescentes, presentan derecho a la protección de su vida y salud, y que para ello deben establecerse políticas sociales y económicas que posibiliten la concepción, gestación, nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones óptimas de existencia y en un ambiente en el cual la atención de salud por parte de la familia desde ser prioritaria. De esa manera, el niño desde su concepción debe ser protegido de manera integral e íntegra en cada uno de las fases de su desarrollo. CITATION Are05 \1 12298 (CEIME, 2005) El Art. 11 C.P plantea que: esta protección es responsabilidad de la familia, la cual está conformada por vínculos jurídicos o de hecho, y se forma a partir del libre consentimiento de los contrayentes. Además, se basa en los principios de igualdad de derechos y oportunidades, obligaciones y capacidad legal de los cónyuges, lo cual posibilita una orientación óptima a todos sus miembros (Art. 2, 11 C.M., Art. 37, 38 C. P., Art. 81,82,95,96,101 No.3, 103, 134,136 C. C., Art. 1,2 LUHec.); debe inculcar en el niño y la niña el respeto, la educación y proporcionarle una crianza en un clima de afecto que esté acorde con sus derechos y que ayude a fortalecerlo desde el punto de vista físico, mental y social. CITATION Are05 \1 12298 (CEIME, 2005) El Art. 39 C.P. del Proyecto Ley Reformatoria plantea que, "el Estado reconocerá y protegerá a la familia, en tanto célula fundamental de la sociedad y facilitará las condiciones que proporcionen su ambiente óptimo. También protegerá a la mujer en sus etapas de maternidad. (Art. 37C.P, Art. 103 C. C.) También se encargará de proteger con prioridad a las madres y padres jefas / es de hogar. (Art. 40 C.P.). En tal sentido, se incentivará y promoverá la maternidad y paternidad corresponsables, cada cual haciendo uso de sus obligaciones, y siempre teniendo en cuenta la libre elección de la pareja, de la familia y del número de hijos a tener. CITATION Are05 \1 12298 (CEIME, 2005) 1. 3.2. Acciones a ejecutar por los y las Trabajadores Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia Tema

Comunicación afectiva en temas de sexualidad entre Trabajadores Sociales, familia y adolescentes. Justificación La sexualidad humana es una de las expresiones de mayor complejidad en el marco de la individualidad. Con el decursar de la historia de la humanidad la sexualidad ha estado ligada a prejuicios y tabúes. Por ese motivo, muchos de los estereotipos de género presentan una marcada determinación cultural, teniendo,



realmente, un carácter "opcional". Las sociedades de alguna manera han establecido los modelos y patrones sexuales que identifican a cada sexo, lo cual se transmite de generación en generación mediante la educación, lo cual conlleva una predeterminación biológica, fatalista o hereditaria de los roles de la sexualidad humana. La sexualidad humana ese reconoce como una dimensión que desde el punto de vista cualitativo es superior e incluye todo el espectro de los más elevados sentimientos y valores desarrollados por las sociedades. Por esa razón, no debe concentrarse únicamente en aspectos

genitales o eróticos ni tampoco en su esencia procreadora. CITATION Gon11 \ 12298 (González Hernández , 2011) La educación de la sexualidad se ha basado durante años en la espontaneidad y en los conceptos estereotipados de lo masculino y lo femenino. Por ello, es importante sustentarlo sobre bases científicas.

Tal como educamos a los adolescentes y jóvenes para lograr en ellos un desempeño exitoso desde el punto de vista laboral, intelectual, patriótica, moral, estética, ideológica, entre otras. La educación es imprescindible a lo largo de toda la vida para asumir de manera libre, plena y responsable a la sexualidad, en concordancia con las demandas del entorno. Para ello, la familia desempeña un rol trascendental. Las relaciones humanas en Ecuador se han modificado a partir de las propias transformaciones que se han dado en el país en el plano socio-económico. Tales cambios, propician nuevas convicciones. La incorporación de la mujer a la vida social, como parte del cambio de roles de género, posibilitó que los conceptos morales referentes al sexo tengan mayor relación con las características del hombre y la mujer que la sexualidad intervenga de manera más efectiva en la educación de los jóvenes. Concebir una familia en el momento justo constituye un elemento clave en la responsabilidad ante la sexualidad. Tales posturas deben analizarse desde la perspectiva biológica, psicológica y social, debido al uso del condón resulta un elemento esencial, al evitar el embarazo no deseado y la infección de transmisión sexual. Por esa razón, es preciso promover talleres donde se motive la comunicación en la familia y que despoje los estereotipos relacionados con la sexualidad, los cuales pueden promover posturas afines con la concepción de una sexualidad placentera, sana y responsable, mediante la cual pueda evitarse un embarazo a una edad en la cual los individuos no cuentan con las condiciones creadas. Para ello, no debe perderse de vista que la familia se reconoce como la cédula fundamental de la sociedad, y por tanto precisa de los conocimientos necesarios para la relación con los

hijos. Objetivos: Objetivo general: Establecer comunicación afectiva en temas de sexualidad entre Trabajadores Sociales, familia y

adolescentes. Objetivos específicos • Elaborar folletos que brinden

información acerca de las relaciones y el buen vivir en las familias. • Ejecutar talleres a los padres y jóvenes acerca de la comunicación afectiva en la sexualidad. • Realizar actividades de integración entre los padres, familia y adolescentes. Factibilidad de su aplicación La implementación de la propuesta será factible porque

se buscará los medios para contar con la colaboración de las autoridades, docentes, padres de familia y los propios adolescentes, teniendo como finalidad primordial a padres y madres en temas de sexualidad, para que puedan tener una comunicación afectiva que promueva en sus hijos las acciones que puedan prevenir un embarazo no deseado, así como las infecciones de transmisión sexual. La preparación que adquieren los familiares y adolescentes en estos talleres favorecen la posibilidad de que los adolescentes y jóvenes posterguen su primera relación sexual. Ello les brinda mayores dosis de seguridad a los padres y madres con el objetivo de intercambiar con sus hijos e hijas sobre los tópicos de sexualidad. Ese ambiente conlleva a que el hijo o la hija



sientan mayor confianza para exponer sus inquietudes y dudas. Descripción La metodología que se utilizará en esta propuesta es el desarrollar talleres de capacitación para los padres y adolescentes sobre la forma de mejorar el conocimiento relacionado con la sexualidad, se reflexionará con preguntas exploratorias sobre el conocimiento que tienen, se expondrán los objetivos, se proyectará un video foro con el objetivo de llegar a la conceptualización, Luego, en un ordenar gráfico, se expondrá una síntesis del contenido científico para luego arribar a conclusiones y recomendaciones relacionadas con

la actividad práctica. Implementación La propuesta será desarrollada, aplicando el método inductivo-deductivo. Esto estará bajo la coordinación de la investigadora. Plan de acción Tabla 22: Plan de acción Objetivo general Objetivos específicos Recursos Tiempo Responsable Establecer comunicación afectiva

referente a temas de sexualidad entre Trabajadores y Trabajadoras Sociales, familiares y adolescentes. Fomentar las relaciones familiares y el buen vivir en las familias. Establecer la comunicación asertiva dirigida a los familiares y adolescentes. Identificar los conocimientos de los padres, madres, familia y adolescentes sobre la prevención del embarazo en la adolescencia. Computadora Internet Proyector Videos Hojas A 4 Marcadores Cartulina

Pizarra Borrador Esferográficos Libreta 3 horas 3 horas 3 horas Olga Abad Elaborado por: Olga Abad Plan de Capacitación Tabla 33: Plan de capacitación del Taller No. 1 Actividades Objetivos Recursos Responsable

Tiempo Tema: Cohesión grupal entre la familia y los adolescentes. Actividades: - Actividad Dinámica -Socialización del tema -Declarar el objetivo fundamental. -Por qué de este taller. -Proyección y explicación de diapositivas. -Conclusiones - Recomendaciones Establecer la cohesión grupal entre padres, madres, familia y adolescentes. Identificar las expectativas que tienen

los participantes sobre el taller. Definir las causas, que de manera positiva, inciden en el intercambio y el aprendizaje grupal. Computadora Proyector Paleógrafos Documentos apoyo Cinta masquen

Marcadores Olga Abad De 2 a 3 horas. Elaborado por: Olga Abad Desarrollo del taller No. 1 Tema: Cohesión grupal entre padres, madres, familiares y adolescentes. Objetivo: Promover la unidad entre los miembros del grupo. Tabla 44: Taller 1. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: PRESENTACIÓN, EXPECTATIVAS Y NORMAS OBJETIVOS DESARROLLO RECURSOS TIEMPO

Presentación de los coordinadores del taller. El primer paso es dar la bienvenida, luego a los participantes se les distribuyen unas hojas de papel con tres espacios para rellenar. Se les comunica que bajo el anonimato tienen que escribir tres características que los identifiquen. Seguidamente se juntan todas las hojas para luego repartirlas nuevamente y de esa manera propiciar que a cada uno le corresponda el papel de otro compañero. Luego se identifica al compañero que se describe en el papel y con ese compañero se comparten las expectativas para con la actividad. Tales expresiones se socializan luego a través de una lluvia de ideas. Papel blanco, lápices y buzón de sugerencias 15 minutos Identificar las expectativas que presentan los participantes con relación al taller Precisar las estrategias que favorecerán el intercambio y el aprendizaje grupal. Elaborado por: Olga Abad Tabla 55: Taller 1. Actividad 2 **ACTIVIDAD 2: Técnica de animación "Agárrame" OBJETIVO**

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Incrementar la energía grupal con el propósito de hacer más provechosa la dinámica. Los participantes deben ponerse de pie y conformar un círculo. Luego, le pasarán a la compañera de al lado el instrumento (botella de agua u otro disponible), ese objeto no puede dejarse caer y pasará de uno a



otro participante al ritmo de la música. Para el paso de la botella solo deben utilizar las piernas. Y en caso de que alguna use falda entonces se hará mediante el brazo o el antebrazo. Botella de agua vacía u otro similar, radio. 15 minutos

Elaborado por: Olga Abad Tabla 66: Taller 1. Actividad 3 ACTIVIDAD 3: El transporte automotor OBJETIVO

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Familiarización con las etapas del cambio de comportamiento relacionado con la sexualidad. Prepare hojas de papel con

las siguientes frases: - No lo veo como un problema - Puede ser un problema pero... - Pienso seriamente cambiar mis

actitudes - Estoy cambiando - En estos momentos no lo hago Luego se lee a los participantes la siguiente frase: - Según una publicación del Ministro de Salud: - Se ha determinado que el transporte en vehículos automotores para los seres humanos representa un inconveniente para la salud. Algunas investigaciones exponen que: - Produce afectaciones cerebrales, ocasionando trastornos en la personalidad y en los modos de comportamiento de

los individuos. - El daño no se percibe, pero se ha demostrado que es acumulativo y se basa en la frecuencia con que se usen los medios de transporte. - No existe manera de conocer cuál es el límite de uso, ni siquiera las secuelas que puede dejar, partiendo de los niveles de uso actual. - Aquellos que no hayan padecido ninguno de los efectos secundarios, deben pensar en disminuir la frecuencia de transportación en ese tipo de vehículos, y de esa manera previenen enfermedades. Los participantes deben dar su criterio con respecto a la nota que se les leyó. Y luego de esperar unos minutos debe ubicarse frente a la frase que más lo identifique. Luego debe explicar los motivos que lo condujeron a ubicarse en esa frase. Introducir el siguiente análisis: A partir de la misma información los participantes toman diferentes decisiones relacionadas con su conducta. Las personas precisan de diferentes elementos que provoquen un cambio de postura. Unos precisan del apoyo de otros, otros necesitan padecer ellos mismos el problema, algunos necesitan más información para resolver su problema y otros necesitan aumentar su autoestima en cuanto a la voluntad para realizar el cambio. No sólo debe verse la conducta actual como un problema, sino valorar cómo el cambio le produce algún beneficio. Hay que tener en cuenta que algunas conductas se presentan más difíciles para unos que para otros No todo el mundo

tiene la disposición cambiar su conducta No existe una estrategia que promueva en todos el mismo efecto. Cada persona asume el cambio de conducta de manera diferente. En tal sentido, para propiciar el cambio es preciso comprender en primer lugar a la persona, y luego valorar cómo le afecta el cambio y qué puede hacerse en función de propiciarlo a partir de un plan para cada cliente. Es importante que el cambio se relacione con las conductas establecidas ante la sexualidad humana y particularmente sobre la epidemia del sida. Hojas de papel que contengan las frases, las cuales se pegarán a la pared con cinta adhesiva. 30 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 77: Taller 1. Actividad 4 ACTIVIDAD 4: Técnica de animación "El cartero" OBJETIVO

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Establecer la empatía entre los participantes. Los participantes se organizan en un círculo. Una de las personas se pondrá al centro del salón y dirá: "El cartero trae un mensaje para las personas que tienen... (Objeto determinado)",

Las personas con el mismo tipo de objeto tienen que cambiar de asiento y el que se quede de pie debe repetir el ejercicio. Esta dinámica se repetirá varias veces según determine el moderador a partir de la agilidad de los participantes.



Asientos del salón 20 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 88: Taller 1. Actividad 5 ACTIVIDAD 5: Acercamiento conceptual a los procesos del cambio de comportamiento sobre la sexualidad OBJETIVO

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Identificar procesos para una familiarización con los temas a tratar Compartir el grupo en un número determinado de subgrupos. A cada subgrupo se le otorga una frase que les sirva para identificar los procesos. Hojas impresas 30 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 99: Taller 1. Actividad 6 ACTIVIDAD 6: Túnel de Apoyo OBJETIVO

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Fomentar las óptimas relaciones humanas entre los participantes del grupo. 1. Dividirá el grupo en dos partes y les orientará conformar dos filas paralelas 2. A la primera persona del grupo de la derecha se le indica cerrar los ojos y se le pide que imagine que está transitando por un túnel. 4. Al caminar entre las dos hileras, la persona recibirá el apoyo necesario en caso de necesitarlo. 5. Cada uno de los participantes transitará por el túnel y recibirá esa expresión de cariño. 6. Los compañeros podrán apoyar al otro de varias maneras: tocarlo, abrazarlo, decirle algo al oído, etc. 7. El ejercicio lo realizará cada uno de los participantes, y más tarde, dos voluntarios encabezarán una pequeña sesión donde hablarán sobre sus experiencias en el entrenamiento. 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1010:

Plan de capacitación Taller No. 2 Actividades Objetivo Recursos Responsable Tiempo Taller N° 2 Tema: Prevención del embarazo

no deseado. ACTIVIDADES Actividad Dinámica Socialización del tema Explicación del objetivo. Explicación de la importancia de realizar este taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones Fomentar la comunicación afectiva entre padres e hijos la madre con el propósito de prevenir un embarazo no deseado. Computador Proyector Internet Marcadores Pizarra Borrador Libreta Esferográfico Hojas A 4

Olga Abad De 2 a 3 horas Elaborado por: Olga Abad Desarrollo del taller No. 2 Tema: Prevención del embarazo no deseado Objetivo: Fomentar la comunicación afectiva entre padres e hijos la madre con el propósito de prevenir un embarazo no deseado. Tabla 1111: Taller 2. Actividad 1 ACTIVIDAD 1: Técnica "La Fiesta" OBJETIVO

DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Lograr la atención de los participantes para que muestren

sus potencialidades intelectuales en la solución de problemas. El facilitador comunica al grupo que "... vamos a ir a una fiesta, pero para que nos permitan entrar a ella, cada uno debe llevar algo para contribuir a su desarrollo.

Cada uno debe exponer entonces qué aportará para la fiesta. Esta actividad se extenderá al resto de los participantes. En realidad, lo que aprueba la asistencia o no a la fiesta, es que el artículo o atributo con que se aporte, comience con la letra inicial del nombre propio del participante. La técnica debe seguir desarrollándose hasta que todos los participantes descubran el enigma.

Materiales 20 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1212: Taller 2. Actividad 2 ACTIVIDAD 2: Socialización de medios didácticos que posibiliten la realización de ejercicios acerca de la prevención de embarazos no deseados. OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Socializar el tema del embarazo no deseado a partir de materiales didácticos Hay que realizar conteo de dos en dos y de esa manera de conforman grupos y se realizan trabajos con cada grupo. Se realiza pone a disposición de los participantes la entrega de materiales didácticos que facilitará el desarrollo de la actividad. Estas actividades se trabajan de manera competitiva entre uno u otro grupo. Materiales Didácticos 20 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1313: Taller 2. Actividad 3 ACTIVIDAD 3: Evaluación de la Sesión: "El Telegrama" OBJETIVO



DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Conocer el impacto de la sesión en el grupo El coordinador pide una evaluación de la sesión a través de un telegrama oral o escrito. En el mensaje debe constar la importancia y utilidad de la sesión. Telegrama escrito 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1414: Taller 2. Actividad 4 ACTIVIDAD 4: Cierre de la sesión: Amigo Secreto. OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Socializar mensajes para compartir conocimientos y experiencias Uno de los facilitadores, recogerá cada mensaje del amigo secreto y luego los reparte e incentiva su socialización. 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1515: Taller 2. Actividad 5 ACTIVIDAD 5: Recapitulación de la Sesión anterior OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Comprobar el impacto de la sesión anterior Los miembros del grupo deben reconstruir el contenido de la sesión anterior, como una especie de rememoración de los criterios omitidos. 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1616: Taller 2. Actividad 6 ACTIVIDAD 6: Conferencia dialogada: Sexualidad responsable OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Compartir los temas de sexualidad responsable con los miembros del grupo. Se impartirá el tema a partir de terminologías asequibles para el grupo, lo cual permitirá la construcción colectiva de los significados presentes en los temas debatidos. 25 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1717: Taller 2. Actividad 7 ACTIVIDAD 7: Elaboración de materiales didácticos OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Implementar los conocimientos aprendidos durante la actividad. Los participantes deben elaborar unos folletos acerca de las relaciones con las familias y el buen vivir en el hogar. Luego se conforman equipos de trabajo bajo la tutela de los facilitadores, quienes orientan las acciones a realizar. Para ello debe incluir elementos individuales, familiares y sociales. Materiales Material 20 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1818: Taller 2. Actividad 8 ACTIVIDAD 8: Evaluación de la sesión OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Definir el estado de opinión sobre la actividad.

Se procede, de manera idéntica, a como se realizó en la "Actividad 3".

Telegrama escrito 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 1919:

Plan de capacitación Taller No. 3 Actividades Objetivo Recursos Responsable Tiempo Taller N° 3 Tema: Prevención

de VIH/sida en las embarazadas. Se presenta el tema. Se explica el objetivo del taller. Se da a conocer la importancia del taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones Determinar los aspectos teóricos metodológicos necesarios para establecer una comunicación óptima con los hijos e hijas y que ayuden a prevenir un embarazo no deseado y el VIH sida.

Computador Proyector Internet Reglamento de la Ley de Educación. Pizarra Marcadores Libreta

Olga Abad De 1 a 2 horas Elaborado por: Olga Abad Desarrollo del taller No. 3 Tema: Prevención de VIH/sida en las embarazadas. Objetivo: Determinar los aspectos teóricos metodológicos necesarios para establecer una comunicación óptima con los hijos e hijas y que ayuden a prevenir un embarazo no deseado y el VIH sida. Tabla 2020: Taller 3. Actividad 1

ACTIVIDAD 1: Se les pregunta a los participantes ¿Qué es el VIH?

OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Analizar las características del VIH/sida

El facilitador presenta una figura en la que está representado el virus.

Se le informa a los participantes en qué

consiste el virus del VIH/sida VIRUS: Porque este organismo

no pueden reproducirse por sí solos. El VIH se reproduce por el hecho de invadir células humanas. INMUNODEFICIENCIA: Porque este virus crea una deficiencia e impide el



funcionamiento óptimo del sistema inmunológico del cuerpo. HUMANA: Porque el virus solo lo pueden contraer los seres humanos. Se le explica además: Este virus provoca el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (SIDA) Forma parte de los retrovirus.

Subfamilia de los lentivirus.

Tiene una cubierta externa.

Su mensaje genético – ARN

Lámina del VIH SIDA 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2121: Taller 3. Actividad 2 ACTIVIDAD 2: En busca del virus más agresivo OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Caracterizar el VIH1 y el VIH2 Se introduce la interrogante ¿Cuántos tipos de VIH ustedes conocen? Mediante las imágenes del proyector se le presenta a los participantes

las características del VIH1 y del VIH2 Determinando que el VIH1 es el más agresivo y el que más está presente en nuestro país. 15

minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2222: Taller 3. Actividad 3 ACTIVIDAD 3: Vías de transmisión OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Describir las vías de transmisión del VIH/sida Sanguínea Producto del intercambio irresponsable de jeringuillas

La falta de responsabilidad en transfusiones de sangre y/o hemoderivados.

Trasplante de órganos

Falta de condiciones en la conformación de tatuajes

Diálisis y hemodiálisis

Desprotección en las relaciones sexuales.

De la madre al hijo durante el embarazo y la lactancia.

15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2323: Taller 3. Actividad 4 ACTIVIDAD 4: Fluidos de transmisión OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Describir las características de los flujos de transmisión Le corresponde a los participantes identificar los tipos de fluidos que pueden incidir negativamente en el feto: Sangre Semen

Líquido pre seminal

Secreciones vaginales

Leche materna

15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2424: Taller 3. Actividad 5 ACTIVIDAD 5: Ciclo de vida del VIH sida OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Describir el ciclo de vida del VIH sida Se socializa el ciclo de vida del VIH/sida y se deja claro

cómo se puede afectar el feto en una mujer que porte el VIH.

Láminas sobre el ciclo de vida del VIH sida 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2525:

Plan de capacitación Taller No. 4 Actividades Objetivo Recursos Responsable Tiempo Taller 4. Tema: Prevención

de las infecciones de transmisión sexual en las embarazadas. Características. Socialización del tema. Presentación del objetivo. Explicación de la importancia del taller. Presentación y explicación de diapositivas. Conclusiones Recomendaciones

Determinar las tipologías de enfermedades de Transmisión Sexual y sus respectivas afectaciones en la embarazada. Computador Proyector Documentos de apoyo, materiales impresos. Olga Abad De 30 minutos a una hora Elaborado por: Olga Abad Desarrollo del taller No. 4 Tema: Tema: Causas de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres embarazadas. Objetivo: Determinar las tipologías de enfermedades de Transmisión Sexual y sus respectivas afectaciones en la embarazada. Tabla 2626: Taller



4. Actividad 1 ACTIVIDAD 1: Lluvia de ideas OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Identificar los ITS curables e incurables. A través de una lluvia de ideas se mencionan cuáles son los tipos de ITS, y se diferencian los curables de los incurables. Gonorrea, sífilis, clamidias, LGV, G. Inguinal, VIH/sida, Condiloma, Herpes Genital, Hepatitis B, Hepatitis C 15 minutos Elaborado por: Olga Abad Tabla 2727: Taller 4. Actividad 2 ACTIVIDAD 2: Muestra de las ITS OBJETIVO DESARROLLO RECURSOS TIEMPO Identificar las consecuencias de las ITS en la mujer embarazada Cada una de estas enfermedades se muestran en el proyector a través de imágenes con el objetivo de que los participantes puedan identificarlas mejor. Sobre todo la mujer embarazada. Proyector de imágenes 15 minutos Elaborado por: Olga Abad

Desarrollo del taller No. 5 Actividad práctica para la elaboración conjunta del folleto entre padres, madres y facilitadores para que sea empleado en otro grupo de familia que no asistieron a estos talleres.

Otras actividades que pueden desarrollar los Trabajadores y Trabajadoras Sociales. 1. Cine Debate: Objetivo: Fomentar valores éticos y morales en el establecimiento de las relaciones de pareja. Ej. Serie Pubertad, Dulce Noviembre. 2. Dinámica de grupo: Objetivo: Modificar las conductas inadecuadas con respecto al uso de métodos anticonceptivos. 3. Charla educativa: Objetivo: Exponer a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos. 4. Designar un responsable entre los adolescentes que cree un Mural de Educación para la Sexualidad en el recinto escolar: Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Exponer a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos. 4. Designar un responsable entre los adolescentes que cree un Mural de Educación para la Sexualidad en el recinto escolar: Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Exponer a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos. 4. Designar un responsable entre los adolescentes que cree un Mural de Educación para la Sexualidad en el recinto escolar: Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Brindar información relacionada con estos temas. 5. Audiencia Sanitaria sobre ITS y embarazo: Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: brindar información. 6. Insertar a los adolescentes en Clubes que abarquen estos temas: Objetivo: Fomentar la interacción entre los adolescentes y el personal de salud. 7. Demostración sobre el uso de métodos anticonceptivos: Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Educar a los adolescentes en el uso de los métodos de protección. 8. Demostración sobre el desarrollo de los caracteres sexuales: Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Brindar información sobre el desarrollo de los caracteres sexuales. 9. Crear un buzón de dudas en la escuela: Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Evacuar las dudas de los adolescentes sobre estos temas por personas capacitadas para esto. 10. Taller de capacitación a promotoras y promotores: Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

Objetivo: Insertar a adolescentes en el movimiento de prevención del embarazo no deseado.

CONCLUSIONES • La adolescencia es un período de vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva. En ese período se producen cambios importantes tanto físicos como psicológicos. Es una etapa donde aún no existe la madurez suficiente en relación con el tema de la sexualidad. • El embarazo en la mujer adolescente provoca trastornos biológicos, sociales y psicológicos, los cuales pueden exacerbarse si la joven no rebasa los 15 años. En la adolescencia ocurren fallas en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo y por eso es propicia la morbilidad. • Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con la más alta tasa de embarazos adolescentes, en la década del 2000 al 2010 los embarazos en adolescentes de 14 años se incrementaron en un 74% y las mayores de 15 años en un 9%. Hasta el 2012 el fenómeno prosiguió su aumento; sin embargo, en el 2014 se observó una disminución de aproximadamente un 4%. • La migración y las fallas en la educación sexual se identifican como los principales factores influyentes en el embarazo en adolescentes. Además, la fecundidad está determinada por elementos demográficos, económicos, sociales y las pautas



culturales en los países de la región. • Los talleres con sus respectivas actividades resultan una herramienta vital para la socialización de los elementos relacionados con la educación sexual responsable, y por ende, como una manera de prevención del embarazo precoz. • Las acciones complementarias en los talleres integran las proyecciones y misiones de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en función de poder orientar y ayudar a la familia en el tema del embarazo en la adolescencia. •

RECOMENDACIONES • Desarrollar investigaciones donde se profundice sobre el embarazo en la adolescencia en aquellas zonas del país con mayores índices en este sentido. • Implementar mayores acciones desde el punto de vista social y cultural en función de disminuir las tasas de embarazos precoces en el país. • Realizar investigaciones de campo mediante las cuales puedan mostrarse con mayor claridad las causas de tan altos índices de embarazos en la adolescencia. • Consolidar la labor de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales a partir de un mayor conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, lo cual incluye tanto datos estadísticos como historias de vida que los ayudan a comprender y conocer de mejor manera el fenómeno. • Realizar investigaciones que permitan conocer el comportamiento de los determinantes de la fecundidad, y particularmente del embarazo en adolescentes en el Ecuador. • Utilizar la propuesta de esta investigación sobre las acciones a ejecutar por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales para prevenir el embarazo en la adolescencia. • Socializar las actividades propuestas para los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en función de prevenir el embarazo en la adolescencia.

BIBLIOGRAFIA Acevedo, L. (2007). Embarazo en Adolescentes. UNICEF, República Dominicana. Arango, A. S. (2003). Teoría de los determinantes de la Fecundidad. Colombia: Trabajos de grado del CIDER. Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana. (2014). www.aprofe.org.ec. Recuperado el 2015, de www.aprofe.org.ec. Flórez Carmen Elisa, E. V. (2004). Fecundidad adolescente en Colombia. Bogotá: CEDE. Función de Transparencia y Control social. (03 de 2014). Ley Orgánica de Participación Ciudadana. Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. Quito, Pichincha, Ecuador: FTCS.

González Hernández , A. (2011). Hacia una sexualidad responsable y feliz . Habana : Pueblo y educación .

Guzmán, J. (2000). Diagnostico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. México: EAT.

Hernández Rodríguez , A. (2010). Estrategia educativa para la prevención de las ITS/vih/ sida . Ciego de Avila : Universidad de Ciencias Médicas .

Instituto Nacional de Estadísticas. (2008). Población y Aspectos Demográficos. Santiago de Chile: INE Publicación Especial.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). (2010). El Censo informa: Educación. Obtenido de Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf

Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado Cátedra VIa. No. 107.

Ministerio de la Protección Social. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Bogotá: UNFPA. New York United Nations. (2011). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. United Nations. OMS. (1985). Salud del adolescente. Washington: Paltex. OMS. (2005). VIH Adolescentes y Jóvenes. OMS.

OMS. (2015). Planificación Familiar. Nota Descriptiva No. 351. OMS, UNICEF y



FNUAP. (1998). Declaración Conjunta. UNICEF. Prada, E. (2001). Mortalidad materna en Colombia. FNUAP. Revista. Pediatría. Electrónica. (2008). Embarazo adolescente. Revista. Pediatría. Electrónica, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918. Román , M., & González , P. (2009). Antecedentes Teóricos y Empíricos del Uso de Métodos de Planificación Familiar. Revista, Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión Vol. 17. Secretaría Nacional de Comunicación. (Mayo 2013). En Ecuador e impulsa la educación sexual responsable. Ecuador: Secretaría Nacional de Comunicación. Senderowitz, J. (1999). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington: FOCUS on Young Adults. Singh, S. (1998). "Adolescent childbearing in developing countries: a global review". Studies in Family Planning, Volumen 29, 117-136. Soto, F. C. (2006). Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia. Bogotá, Colombia: FNUAP. UNFPA. (2013). Maternidad en la Niñez. UNFPA Estado de Población Mundial 2013. Vargas, E. y. (2003). Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos.

CESO Documento No. 56. Embarazo en Adolescentes en Nuestra Sociedad Olga C. Abad F. 10 i

Hoja_de_calculo_de_Microsoft_Excel1.xlsx

Hoja1

mediana de uso de métodos modernos por adolescentes en unión Asia 10% Oriente Medio 10% África del Norte 10% África Sub-Sahariana 2% América Latina y El Caribe 23% Fuente: www.devinform.org/mdg5b Porcentaje de PAÍSES CON UN 20 POR CIENTO O MÁS DE MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE INFORMAN HABER DADO A LUZ ANTES DE LOS 18 AÑOS Colombia 20.00 Bolivia 20.00 Zimbabwe 21.00 Mauritania 21.00 Ecuador 21.00 Senegal 22.00 India 22.00 Cabo Verde 22.00 Swazilandia 22.00 Etiopía 22.00 Benin 23.00 El Salvador 24.00 Guatemala 24.00 Yemen 25.00 República Dominicana 25.00 Santo Tomé y Príncipe 25.00 República Democrática del Congo 25.00 Eritrea 25.00 Kenya 26.00 Honduras 26.00 Nigeria 28.00 Nicaragua 28.00 Burkina Faso 28.00 Tanzania 28.00 Congo 29.00 Camerún 30.00 Uganda 33.00 Zambia 34.00 Malawi 35.00 Gabon 35.00 Madagascar 36.00 República Centroafricana 38.00 Liberia 38.00 Sierra Leona 38.00 Bangladesh 40.00 Mozambique 42.00 Guinea 44.00 Malí 46.00 Chad 48.00 Níger 51.00

Hoja2

Tasa de Natalidad Adolescente (datos de 79 países) Por región África Occidental y Central 129.00 África Oriental y Meridional 109.00 América Latina y el Caribe 79.00 Mundo 50.00 Estados Árabes 50.00 Asia Meridional 49.00 Europa Oriental y Asia Central 31.00 Asia Oriental y el Pacífico 20.00 Por Características Países en Desarrollo 85.00 Rural 103.00 Urbano 56.00 Sin Educación 154.00 Primaria 119.00 Secundaria Superior 56.00 Más pobres 118.00 Segundo 109.00 Mediano 95.00 Cuarto 77.00 Más ricos 42.00 Niñas de 15 a 19 años Regiones en desarrollo Actualmente Casadas % Tasa de Natalidad adolescente Estados Árabes 12.00 50.00 Asia Oriental y el Pacífico 5.00 50.00 Asia Meridional 25.00 88.00 Europa Oriental y Asia Central 9.00 31.00 América Latina y el Caribe 12.00 84.00 África Oriental y Meridional 19.00 112.00 África Occidental y Central 28.00 129.00 Países en desarrollo 16.00 85.00 Adolescentes que viven con VIH (entre 10 y 19 años) 2009 Mujer Hombre Total Región Estimación Estimación África Oriental y Meridional 760,000 430,000 1,200,000 África Occidental y Central 330,000 190,000 520,000 Oriente Medio y África Septentrional 22,000 9,700 32,000 Asia Meridional 50,000 54,000 100,000 Asia Oriental y el Pacífico 27,000 23,000 50,000 América Latina y el Caribe 44,000 44,000 88,000 ECO/CEI 9,000 3,900 12,900 Mundo 1,300,000 780,000 2,080,000



Hoja3

1ra Unión

Hoja4

actividad econ. Mujeres Hombres Agricultura, ganadería, caza y silvicultura 3.40 7.90 Pesca 0.30 1.70 Explotación de minas y canteras 0.20 0.60 Industria manufacturera 11.20 14.10 Suministros de electricidad, gas y agua 0.30 0.80 Construcción 1.00 11.00 Comercio, reparac. Vehíc. Y efectos personales 32.90 23.20 Hoteles y Restaurantes 10.40 4.30 Transporte, almacenamiento y comunicaciones 2.20 12.10 Intermediación financiera 1.50 1.10 Actv. Inmobiliarias, empresariales y alquiler 5.70 8.40 Administración pública y defensa, seguridad social 3.50 5.80 Enseñanza 10.10 4.30 Activ. Servicios sociales y de salud 6.00 2.10 Otras activ. Comunit. Sociales y personales 4.70 2.20 Hogares privados con servicio doméstico 6.40 0.30 Organizaciones y órganos extraterritoriales 0.10 0.00 Mujeres Hombres Agricultura, ganadería, caza y silvicultura 61.90 70.50 Pesca 0.20 0.90 Explotación de minas y canteras 0.00 1.00 Industria manufacturera 7.30 5.70 Suministros de electricidad, gas y agua 0.10 0.20 Construcción 0.40 7.50 Comercio, reparac. Vehíc. Y efectos personales 11.50 4.30 Hoteles y Restaurantes 4.40 0.60 Transporte, almacenamiento y comunicaciones 0.70 3.80 Intermediación financiera 0.20 0.10 Actv. Inmobiliarias, empresariales y alquiler 1.10 1.40 Administración pública y defensa, seguridad social 1.10 1.70 Enseñanza 3.50 1.40 Activ. Servicios sociales y de salud 1.80 0.30 Otras activ. Comunit. Sociales y personales 1.40 0.50 Hogares privados con servicio doméstico 4.50 0.10 Organizaciones y órganos extraterritoriales 0.00 0.00 Mujeres Hombres Población Total 100.00 100.00 Menores de 10 años 15.20 15.90 Población en Edad de Trabajar de 10 años y más PET 84.80 84.10 Población Económicamente Activa PEA 42.50 67.40 Población Económicamente inactiva 57.50 32.60 Ocupados PEA 95.10 96.30 Subempleados PEA 60.40 49.10 Desocupados PEA 4.90 3.70

Hoja5

Porcentaje de adolescentes que registran al menos un hijo nacido vivo por región y estado civil. Sierra 14.06 Costa 20.04 Amazonía 23.04 Insular 13.65 casado 61.63 soltero 2.60 Separado/divorciado 75.83 Niños nacidos vivos según la edad de la madre De 12 a 14 años 0.7 De 15 a 19 años 19.20 De 20 a 24 años 28.30 De 25 a 29 años 23.40 De 30 a 34 años 16.40 De 35 a 39 años 8.10 De 40 a 44 años 2.30 De 45 a 49 años 0.20 edad ignorada 1.40 Tasa de Fecundida Adolescente en el Ecuador Edad 10-14 años Tasas de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio 5.00 Tasa por mil adolescentes que registran hijos nacidos vivos 2.70 Tasa de Fecundida Adolescente en el Ecuador Edad 15-19 años Tasas de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio 102.50 Tasa por mil adolescentes que registran hijos nacidos vivos 81.00

Hoja6

Conocen Utilizan Área Urbana 96.30 48.70 Área Rural 84.40 50.90 Área urbana Área Rural Ritmo o calendario 15.90 15.60 Píldora 16.40 18.50 DIU (espiral T de cobre) 14.90 13.90 Condón 4.80 4.30 Inyección 9.50 9.90 Ligadura 36.70 35.70 Retiro 1.20 1.40 Otro 0.70 0.70

Hoja7

Urbano Rural 1982.00 4.00 6.90 1990.00 3.20 5.40 2001.00 2.90 4.40 2010.00 2.20 2.70 Nacional Área urbana Área Rural Trabajo 63.90 61.60 70.70 Estudios 12.20 13.00 9.70 Unión Familiar 17.90 19.30 13.50 Otro 6.10 6.10 6.10

Hoja8

Mujeres Hombres Casado/a 31.20 32.50 Unido/a 19.40 20.30 Separado/a 7.00 4.20 Divorciado/a 2.90 1.70 Viudo/a 5.50 1.60 Soltero/a 34.00 39.60 Mujeres Hombres



Casado/a 34.30 33.10 Unido/a 21.70 21.20 Separado/a 4.20 2.80 Divorciado/a 1.30 0.80
Viudo/a 6.10 2.20 Soltero/a 32.40 39.90

Hoja9

aspiraciones económ Mujer Hombre Ninguno 1.90 1.50 Centro de Alfabetización 0.10
0.10 Primaria 22.40 25.80 Educación Básica 1.90 2.90 Secundaria 34.80 39.60
Eduacación Media 3.00 3.40 Superior no Universitaria 1.40 1.00 Superior Universitaria
32.60 24.30 Post-grado 1.90 1.50 Mujer Hombre Ninguno 13.90 9.50 Centro de
Alfabetización 2.30 1.10 Primaria 46.70 53.30 Educación Básica 9.20 9.30 Secundaria
15.70 17.10 Eduacación Media 4.30 5.00 Superior no Universitaria 0.70 0.60 Superior
Universitaria 6.90 3.90 Post-grado 0.20 0.10 Mujer Hombre Ninguno 135.00 239.00
Primaria 259.00 359.00 Secundaria 325.00 489.00 Superior/Postgrado 636.00 789.00
Mujer Hombre Ninguno 108.00 193.00 Primaria 174.00 257.00 Secundaria 248.00
337.00 Superior/Postgrado 516.00 754.00 Porcentaje de desigualdad Ninguno 56.50
Primaria 72.10 Secundaria 66.40 Superior/Postgrado 80.60 Porcentaje de desigualdad
Ninguno 55.80 Primaria 67.80 Secundaria 73.80 Superior/Postgrado 68.40

Hoja10

educación Mujeres Hombres Ninguno 3.30 2.60 Preescolar 1.00 1.10 Educación básica
50.10 51.60 Eduacación media/Bachillerato 23.20 23.40 Superior y/o postgrado 19.60
18.30 Ignora 2.70 3.00 Mujeres Hombres Ninguno 9.60 7.40 Preescolar 1.10 1.10
Educación básica 67.50 69.10 Eduacación media/Bachillerato 13.00 13.80 Superior y/o
postgrado 6.20 5.80 Ignora 2.60 2.70 Mujer Hombre 15-24 años 0.90 1.20 25-39 años
1.70 1.80 40-64 años 5.40 3.80 65 años y más 19.50 12.80 Mujer Hombre 15-24 años
2.50 2.80 25-39 años 5.60 5.30 40-64 años 20.50 13.40 65 años y más 49.70 34.30
Mujeres Hombres Urbana 10.90 11.10 Rural 7.10 7.50 Mujer Hombre Edad 0.20 0.10
Terminó sus estudios 5.70 2.70 Falta de recursos económicos 25.90 24.60 Fracaso
escolar 1.50 0.90 Por trabajo 24.50 46.40 Temor maestros 0.10 0.10 Enfermedad o
discapacidad 3.20 4.60 Quehaceres del hogar 19.00 0.50 Familia no permite 2.60 0.00
No hay establecimientos educativos 0.10 0.20 No está interesado 5.90 11.00 Por
embarazo 2.20 0.00 Por falta de cupo 2.90 3.10 Otra razón 6.20 5.90 Mujer Hombre
Edad 1.00 0.90 Terminó sus estudios 2.40 1.90 Falta de recursos económicos 36.90
32.80 Fracaso escolar 2.20 2.60 Por trabajo 14.80 40.20 Temor maestros 0.20 0.10
Enfermedad o discapacidad 3.60 3.90 Quehaceres del hogar 15.80 0.60 Familia no
permite 4.10 0.30 No hay establecimientos educativos 1.40 0.90 No está interesado 9.80
10.70 Por embarazo 2.80 0.00 Por falta de cupo 2.50 2.60 Otra razón 2.30 2.50

Hoja11

Edad mediana del Nacimiento del 1er. Hijo/ según estado civil, educación y uso de
métodos anticonceptivos Separada/divorciada 17.58 Casada/Unida 17.75 Soltera 19.75
Abandono/retrazo 18.17 Regular 19.17 No utiliza 17.75 utiliza 20.25 Meses antes de
tener el 1er. Hijo/ desde el momento dela 1ra. Relación sexual Separada/divorciada
25.00 Casada/Unida 27.00 Soltera 36.00 No utiliza 28.00 utiliza 33.00 Meses antes de
tener el 1er. Hijo/ desde el momento dela 1ra. Relación sexual No informada Informada
Relaciones sexuales 26.00 31.00 Embarazo 28.00 30.00 Met. Anticonceptivo 26.00
30.00 Píldora de emergencia 27.00 35.00

Hoja12

País y año de la encuesta Nunca ha usado País

y año de la encuesta Nunca ha usado Luego de su 1er. Hijo Luego de su primer Bolivia
2008 35.00 27.20 hijo Brasil 2006 3.60 6.40

Nunca ha usado + luego de su Colombia 2010 8.00 26.50 primer hijo Ecuador 2004
26.60 34.10 Bolivia 2008 35 27,2 62,2 Guatemala 2002 67.60 21.60 Bolivia 1989 72,6
17,2 89,8 Haití 2006 43.80 16.80 Brasil 2006 3,6 6,4 10,0 Paraguay 2004 7.90 15.00



Brasil 1986 30,9 27,8 58,7 Perú 2009 12.20 26.40 Colombia 2010 8 26,5 34,5
República Dominicana 2007 17.60 23.80 Colombia 1986 53,5 22,8 76,3 Ecuador 2004
26,6 34,1 60,7 Ecuador 1987 71,5 18,5 90 Guatemala 2002 67,6 21,6 89,2 Guatemala
1987 90,6 6,7 97,3 Haití 2005-06 43,8 16,8 60,6 Haití 1994-95 69,9 9,7 79,6 Paraguay
2004 7,9 15 22,9 Paraguay 1990 48,5 17,7 66,2 Perú 2009 12.2 26.4 38.6 Perú 1986 60
15,8 75,8 República Dominicana 2007 17,6 23,8 41,4 República Dominicana 1996 35,6
28,7 64,3

Hoja13

Reincorporación Abandono No interrumpió los estudios Ecuador 2004 15.00 42.00
43.00 El Salvador 2008 14.00 47.00 39.00 Nicaragua 2006/2007 7.00 34.00 59.00
Honduras 2001 22.00 41.00 37.00

Hoja14

Tasa Global de Fecundidad % Madres o embarazadas por 1ra. Vez Bolivia 2008 3.30
4.00 Colombia 2010 2.30 4.00 El Salvador 2008 2.30 3.00 Haití 2004/05 3.30 3.00
Honduras 2006/05 2.70 3.30 Nicaragua 2006/07 2.70 3.30 Perú 2009 2.60 6.10
República Dominicana 2007 2.20 4.70

Hoja15

% Madres % Madres Solteras % Madres separadas/divorciadas Ecuador 2001 16.30
17.20 22.80 Ecuador 2010 17.00 19.90 27.60 México 2000 12.10 11.00 16.70
México2010 12.30 15.60 22.70 Panamá 2000 17.30 14.70 29.70 Panamá 2010 15.40
14.20 32.00

[Metadata removed]