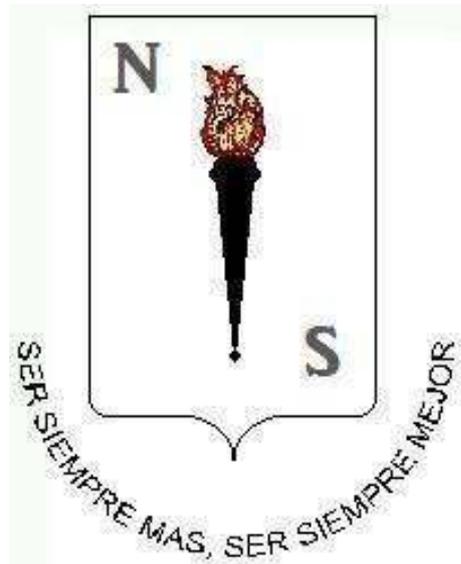


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

CLAVE:8722



TESIS:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES
DESDE LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
NEYRA CORIA PONCE

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de un esfuerzo personal, pero también del apoyo y cariño de muchas personas que compartieron mi interés por hacer de la investigación un proyecto de vida.

Agradezco a Dios primeramente por llenarme de fortaleza y permitir que haya llegado hasta aquí y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A la virgen de Guadalupe porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis docente quienes me guiaron mi vocación de ser una gran enfermera, por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo y por el conocimiento que me transmitieron.

A cada una de las personas quienes pusieron un granito de arena para que pueda conseguir este logro en mi vida.

A mis amigos y amigas con quienes compartí momentos de estudio, alegría y tristeza que nos ayudaron a crecer humana y profesionalmente, por su apoyo incondicional y el cariño que me brindaron durante este proceso.

DEDICATORIAS

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haber dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi padre Jose Luis Coria Coria: Por darme un hogar, una familia, por enseñarme los valores, por creer en mí, por apoyarme y motivarme a ser mejor en todo lo que emprendo, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracteriza y que me ha infundido siempre, gracias por tu amor.

A mi madre María Hilaria Ponce Hurtado: Por su comprensión y sacrificio quien con su amor y comprensión siempre me brindó su apoyo incondicional durante todos los años de formación en mi carrera.

A mi hermana Mayra Leonor Coria Ponce: por ser parte importante de mi vida. Por las bases de responsabilidad y deseos de superación. Por llenar mi vida de grandes momentos que hemos compartido.

A mi hermano Hector Coria Ponce: por creer en mi capacidad de lograr mi objetivo, por su comprensión, cariño y amor.

A mi tía Angela Ponce Hurtado: Por ser como una segunda madre para mí, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida.

A mis Primos Fernando Pedraza Ponce y Alejandro Pedraza Ponce: Por el cariño tan grande que me tienen, gracias por su apoyo y comprensión.

RESUMEN

Objetivo: Saber cuáles son las intervenciones de enfermería en las adolescentes embarazadas, así como también saber la importancia de los métodos anticonceptivos y el riesgo de los embarazos en adolescente.

Metodología: El estudio es empírico-analítico con un enfoque cualitativo. El instrumento utilizado fue una encuesta con respuestas dicotómicas, se aplicó a 40 adolescentes de 16 a 23 años de edad para conocer sobre el conocimiento que tienen sobre los métodos anticonceptivos y embarazo en la adolescencia.

Resultados: Según nuestro estudio un 72% de los adolescentes ha comenzado una vida sexual activa, lo cual un 32% comenzó esa vida sexual activa antes de los 18 años de edad.

Conclusión: Al tener entre 13 a 21 años de edad, se considera un factor de riesgo estadísticamente significativo para la incidencia de un embarazo en la adolescencia. Así como también El uso y no uso, de métodos de planificación previo al embarazo como posterior al embarazo es un factor de riesgo para un segundo embarazo o adquisición de una enfermedad de transmisión sexual, como sífilis, gonorrea o el caso de VIH.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Vida y obra de virginia Henderson	5
2.1.1. Modelo.....	6
2.1.2. Principales definiciones.....	6
2.1.3. Libros publicados	7
2.2. Influencias.....	7
2.3. Hipotesis.....	7
2.4. Justificación.....	8
2.5. Planteamiento del problema	9
2.6. Objetivo	10
2.6.1. General.....	10
2.6.2. Específicos.....	10
2.7. Método.....	10
2.8. Variables.....	11
2.9. Encuestas.....	12
2.9.1. Tabla de resultados.....	16
2.10. Graficado.....	20
3. GENERALIDADES.....	27
3.1. Adolescencia.....	27
3.2. Teorías sobre la adolescencia.....	29
3.3. Perfil de los adolescentes a nivel mundial.....	31
3.4. Cambios Biológicos.....	32
3.5. Cambios psicológicos y emocionales.....	33
3.6. Embarazo.....	34
3.7. Embarazo en la adolescencia.....	35
3.8. Sexualidad.....	36
3.9. Sexualidad responsable.....	36
4. ARTICULACIÓN SOCIOCULTURAL Y LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES.....	38
4.1. La cultura.....	38
4.2. El imaginario y la percepción.....	38
4.3. Joven como sujeto social.....	39
4.4. Situación social de los y las adolescentes en Michoacán.....	41
4.5. El embarazo en adolescentes como un problema en la salud publica.....	41
4.5.1. Individuales.....	42
4.5.2. Familiares.....	42
4.5.3. Sociales.....	42
4.6. Características de los adolescentes vinculados con salud sexual y reproductiva.....	43
4.7. Educación integral de la sexualidad.....	47
4.7.1. Concepto de la educación integral de la sexualidad.....	48

4.8.	Métodos anticonceptivos.....	50
4.8.1.	Naturales.....	52
4.8.2.	De barrera.....	54
4.8.3.	Hormonales.....	55
4.8.4.	De esterilización quirúrgica.....	58
5.	FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	59
5.1.	Factores individuales.....	61
5.2.	Factores biológicos.....	61
5.3.	Factores psicológicos.....	62
5.4.	Factores sociales.....	62
5.5.	Factores familiares.....	64
5.6.	Otros riesgos de las relaciones sexuales a temprana edad (ETS).....	65
5.7.	Infecciones de transmisión sexual virales.....	65
5.7.1.	Herpes genital.....	66
5.7.2.	VPH.....	66
5.7.3.	Hepatitis B.....	66
5.8.	Infecciones no virales.....	67
5.8.1.	Sífilis.....	67
5.9.	Infecciones de transmisión sexual productoras en el tracto genital superior o inferior.....	67
5.9.1.	Virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA.....	67
5.10.	Infección de VIH/SIDA en la adolescencia.....	68
5.11.	Factores protectores del embarazo en adolescentes.....	69
5.12.	Factores de riesgo durante la etapa de gestación.....	71
6.	LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y PANORAMA EN EL MUNDO.....	72
6.1.	Transcendencias de la educación sexual.....	72
6.2.	La educación sexual el curriculum escolar.....	73
6.3.	Reseña histórica de la educación sexual en Europa.....	74
6.3.1.	Educacion sexual en Suecia.....	74
6.3.2.	Educación sexual en Francia.....	75
6.3.3.	Educacion sexual en Italia.....	77
6.3.4.	Educación sexual en España.....	78
6.4.	Reseña histórica de la educación sexual en América.....	85
6.4.1.	Educacion sexual en Canadá.....	85
6.5.	La educación sexual en los Estados Unidos.....	85
6.6.	Educacion sexual en México.....	91
7.	ÁMBITO EDUCATIVO.....	95
7.1.	Sistemas educativos secundarios obligatorios, un cambio de paradigma.....	95
7.2.	Visiones sobre el nuevos rol de la escuela secundaria.....	97
7.3.	Marco normativo del sistema educativo secundario.....	98
7.4.	Aproximaciones del fracaso escolar.....	100
7.5.	Definiciones de fracaso escolar.....	101

7.6.	Educación y adolescencia.....	103
7.7.	Dimensión educativa.....	105
7.8.	Educación preescolar.....	105
7.9.	Educación primaria.....	106
7.10.	Educación secundaria o media.....	106
7.11.	Educación superior.....	107
7.12.	La adolescente embarazada y su entorno.....	107
7.13.	El hijo de la madre adolescente.....	109
7.14.	Padre adolescente.....	110
8.	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	110
8.1.	Cuidados profesionales de enfermería.....	110
8.2.	Atención de enfermería.....	113
8.3.	Rol de enfermería en el embarazo.....	114
8.3.1.	Relación interpersonal.....	114
8.3.2.	Apoyo emocional.....	115
8.3.3.	Apoyo valorativo.....	117
8.4.	Adolescente gestantes y el cuidado de enfermería.....	118
8.5.	Intervenciones de enfermería en embarazo en adolescentes.....	119
8.6.	La escala profesional del cuidado de Kristen Swan Son.....	120
8.7.	Consecuencias del embarazo en adolescentes.....	121
8.8.	Factores de riesgo durante la etapa de gestación.....	122
8.9.	Control de embarazo de las adolescentes.....	123
8.10.	Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	124
8.10.1.	Respiración.....	124
8.10.2.	Alimentación.....	125
8.10.3.	Eliminación.....	125
8.10.4.	Movilización.....	126
8.10.5.	Reposo y sueño.....	126
8.10.6.	Vestirse y desvestirse.....	126
8.10.7.	Temperatura.....	126
8.10.8.	Higiene y estado de la piel.....	127
8.10.9.	Seguridad.....	127
8.10.10.	Comunicación y relación.....	127
8.10.11.	Creencias y religión.....	127
8.10.12.	Aprendizaje.....	128
8.10.13.	Autorrealización.....	128
8.10.14.	Ocio.....	128
9.	CONCLUSIÓN.....	129
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	133
10.1	Básica.....	133
10.2	Complementarias.....	137
10.3	Electrónicas.....	140
11.	GLOSARIO.....	141

1.INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema social, económico y de salud pública, de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, parejas, familias, ambiente y comunidad que los rodea; si la adolescente tiene menor de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica; si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta; además es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé.

En las últimas décadas, las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud-enfermedad, con énfasis en los conceptos de salud integral de las personas y el de promoción de la salud, los que han adquirido un carácter protagónico. De este modo, la salud emerge como un proceso dinámico de construcción personal, colectiva y social, donde los aspectos del contexto económico, político se conjugan con los aspectos referidos a los individuos y su entorno.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes es un tema que ha cobrado gran importancia en el país. Por otra parte, el inicio de la actividad sexual en los adolescentes ocurre cada vez a edades más tempranas.

Es indiscutible que de manera simultánea en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes concurren otros factores, algunos como los cuales tienen como origen la información desfigurada o poco clara, al ser suministrada sin los conocimientos suficientes sobre el tema y que adquieren los adolescentes ya sea a través de los medios de comunicación, institución educativa, amigos y en determinados casos, al interior de la familia.

La adolescencia es la etapa que sucede entre la niñez y la adultez, un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período de vida. Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, la

relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, trastornos de la personalidad, entre otros.

El embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en la mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad; comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.

Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, preeclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevar a la muerte.

Existen numerosas experiencias con programas de educación sexual para prevenir la ocurrencia de embarazos en adolescentes. La gran mayoría basan su estrategia en la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos; ellos no han tenido resultados muy impactantes, de modo que las tendencias en las tasas de fecundidad en adolescentes o de abortos en este grupo etario no se han reducido en la magnitud esperada.

Son múltiples las organizaciones internacionales, instituciones públicas y privadas, preocupadas por la prevención y la educación, en torno al embarazo en la adolescencia. Al respecto, a partir del 2003 se celebra en Latinoamérica, el 26 de septiembre de cada año, el Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en adolescentes, como campaña educativa que tiene como objetivo principal crear conciencia entre los jóvenes para que conozcan las diferentes alternativas anticonceptivas que existen y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir el alto índice de embarazos no planificados.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU - 2013). En su publicación del Fondo de Población de Naciones Unidas, refiere que el 95% de los alumbramientos que

tienen como protagonistas a adolescentes o niñas en el mundo tiene lugar en países en vías de desarrollo.

No puede entenderse hoy una política de promoción sanitaria dirigida a los adolescentes, sin una visión intersectorial y multidisciplinaria de sus particularidades. Los niveles de participación alcanzan lo individual, familiar, comunitario y social, de manera que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que abarque desde la producción de información necesaria sobre sus requerimientos hasta la propuesta y ejecución de intervenciones, si bien la mayor responsabilidad radica en incluir el tema, con la prioridad que corresponde, en la agenda de todos los sectores.

La seguridad, la confianza y la independencia, en fin, la libertad que nuestra sociedad ha garantizado para todos ha aumentado las oportunidades de intercambios y sana relación entre los jóvenes. Estos son elementos positivos de las transformaciones de nuestra sociedad que se consolidarán y ampliarán. Sería tarea inútil y contraproducente, además de antihistórica, intentar revertir esa tendencia. Pero esa realidad irreversible, que es la mayor independencia de los jóvenes, nos enfrenta en forma creciente con los problemas de la sexualidad adolescente, la posibilidad de embarazos demasiado tempranos, que es a lo que vamos a referirnos.

Mientras siga existiendo la mala información sexual en la adolescencia, existirán mayores riesgos de embarazos. La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, la falta de madurez, la ignorancia o falta de cultura sexual y el temor a preguntar o a platicar sobre el tema son unas de las principales causas de que los adolescentes estén en una situación de embarazos no deseados.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes es un tema que ha cobrado gran importancia en el país. Por otra parte, el inicio de la actividad sexual en los adolescentes ocurre cada vez a edades más tempranas.

Es indiscutible que de manera simultánea en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes concurren otros factores, algunos como los cuales tienen como origen la información desfigurada o poco clara, al ser suministrada sin los conocimientos suficientes sobre el tema y que adquieren los adolescentes ya sea a través de los medios de comunicación, institución educativa, amigos y en determinados casos, al interior de la familia.

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

Mientras siga existiendo la mala información sexual en la adolescencia, existirán mayores riesgos de embarazos. La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, la falta de madurez, la ignorancia o falta de cultura sexual y el temor a preguntar o a platicar sobre el tema son unas de las principales causas de que los adolescentes estén en una situación de embarazos no deseados.

Por la importancia que reviste este problema de salud, se decidió confeccionar el presente trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Vida y obra

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del *Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década los 80.

Además de la ya mencionada con Hamer, su obra más conocida es *The Nature of Nursing* (1966), en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Su gran inspiradora y de quien adquirió su educación básica en enfermería fue de Annie W. Goodrich, que era decana de la Army School of Nursing. Cuando Henderson era estudiante en el Teachers College de la Universidad de Columbia, aprendió de su profesora de fisiología, Caroline Stackpole, la importancia de mantener un equilibrio fisiológico. Mientras que las lecciones de microbiología de Jean Broadhurst, hicieron mella en la importancia que Henderson otorga a la higiene y la asepsia.

2.1.1 Modelo

En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición sugería la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir, Trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería.

Su teoría plantea hacer del enfermo una persona independiente, forja una definición nueva de enfermería, hace un listado de las necesidades básicas basadas en el modelo de Maslow, propone el "rol de enfermería" y un método de aplicación de este modelo.

2.1.2. Principales definiciones

Cuidados básicos: Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas

2.1.1. Influencias

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades (2,3). Al igual que el resto de las teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por:

Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona

Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

y deliberadas, dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía o ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma.

Necesidad fundamental: Necesidad vital. Todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas. Determinado por las características de la persona.

Dependencia: Desarrollo insuficiente del potencial de la persona, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Autonomía: Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Conducta: Acciones sobre las que la persona incide de forma voluntaria. Manifestaciones de independencia: Conductas o indicadores de conductas de la persona adecuadas y suficientes para satisfacer las necesidades básicas.

2.1.3. Libros publicados

- The Nature of Nursing (1966).
- The Principles of Nursing (1955, revisó la sexta edición).

2.2. Influencias

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades (2,3). Al igual que el resto de las teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por:

Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

2.3. HIPOTESIS

Los jóvenes son bombardeados día a día por los medios de comunicación con publicidad explícita en la sexualidad, sin embargo, la mayoría de los jóvenes tienen el conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos y de los riesgos que pueden ocasionar un embarazo a temprana edad.

Existen lugares donde predomina la religión católica en ella la sexualidad es un tema tabú y por lo tanto se tiene poca información por parte de las familias católicas, sin embargo, se cuenta con escuelas laicas que imparten educación sexual dicha educación no es la suficiente para que se tome en conciencia y responsabilidad ante la sexualidad.

Se pretende lograr que los jóvenes se responsabilicen, ya que el embarazo en adolescentes está asociado mediante la concientización en el acto sexual teniendo en cuenta que no están preparados físico, psicológico y socialmente para enfrentar problemas como el embarazo no deseado, así como las enfermedades de transmisión sexual

2.4. JUSTIFICACION

Como ya se ha visto que el embarazo en adolescentes es un gran problema que se presenta tanto a nivel mundial como nacional sin dejar de lado lo municipal, presentando elevadas tasas a edades cada vez más cortas.

De acuerdo a datos proporcionados por la organización nacional de la salud la adolescencia transcurre “entre los 10 y los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años” (Bravo, 2016).

Este trabajo de investigación se realizará con el objetivo de conocer el estado integral de la adolescente embarazada, ya que muchas de ellas no estas están preparadas físicas, psicológicas y socialmente para llevar acabo un embarazo, así como, también se pretende lograr la concientización de los jóvenes adolescentes en el uso de los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de trasmisión sexual.

Como estudiantes y futuras Profesionales de Enfermería será fomentar en estas adolescentes un óptimo estilo de vida que beneficiará tanto a la madre como el hijo, así como, prevenir más embarazos no deseados y enfermedades de trasmisión sexual.

2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes se presenta como un problema de salud, sobre todo porque la mayor parte de la población a nivel nacional como a nivel mundial está compuesta por jóvenes.

La adolescencia es la etapa de contradicciones e incomprendimientos donde se hace el descubrimiento de uno mismo, en los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa.

En nuestra actualidad hay un alto grado de actividad sexual a corta edad, dando pie a diversas enfermedades, embarazos no planeados, deserción escolar, abortos y abandono de menores, pero al no existir una buena y correcta comunicación sobre la salud y las relaciones sexuales, da como resultado un problema de irresponsabilidad por ignorancia, sin embargo tenemos las herramientas suficientes para disminuir esta situación por ejemplo el método de barrera (condón), el método natural (ritmo) y hormonal (píldora).

Casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen, no son deseados y que en gran parte son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad entre otros aspectos produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de estos. (Escobedo, Fleites, Velásquez; González, en González et al., 2010).

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

que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazó, y con ello la posibilidad de repetirlo.

El secretario de Salud del Distrito Federal, Ahmed Ortega. Informó que de enero a julio de este 2013 han sido atendidos en la red de hospitales del DF, en partos y cesáreas a 19 mil 646 mujeres entre 10 y 19 años, de las cuales 598 tenían entre 10 y 14 años. también destacó que de los casos nuevos de infecciones de transmisión sexual que se reportan al año, la mitad son en adolescentes, sobre todo de infecciones como clamidia y gonorrea, que son un factor de riesgo para desarrollar enfermedades pélvicas inflamatorias y esterilidad; y aproximadamente el 28 por ciento presentan Virus del Papiloma Humano, precursor de cáncer cervicouterino. (2013; parr. 4 y 5)

Antes esta problemática y tomando el margen de edad, ha surgido la interrogante de: Cuáles son las intervenciones de enfermería en las adolescentes embarazadas, así como también saber la importancia de los métodos anticonceptivos y el riesgo de los embarazos en adolescente

2.6 OBJETIVOS

2.6.1. General

Valorar a los adolescentes tanto embarazadas como no embarazadas, así como determinar las causas que influyen en el adolescente para el uso de método anticonceptivo.

2.6.2 Específicos

1. Identificar las causas que originan un embarazo en los adolescentes.
2. Describir los factores de riesgo que existen en un embarazo en una adolescente.
3. Valorar a la adolescente embarazada en base a las 14 necesidades básicas de enfermería

2.7 MÉTODO

El método que se empleó en la presente investigación fue el empírico-analítico ya que se pretende investigar el objetivo del estudio es: Cuáles son las intervenciones de enfermería en las adolescentes embarazadas, así como también saber la importancia de los métodos anticonceptivos y el riesgo de los embarazos en adolescentes.

Comprendiendo y analizando cada parte de el para observar los efectos de esta sociedad. Esto dirigió la investigación al enfoque cualitativo, pues se pretende saber los factores causales que dan origen a problemas sociales por la falta del uso de los métodos anticonceptivos y los riesgos que puede tener un embarazo a temprana edad, así como las razones por las que dichos métodos pueden ayudar a la población juvenil. Y dando esto se pretende utilizar la técnica de la encuesta ya que con esta herramienta se puede recabar una gran cantidad de datos a un corto tiempo

2.8 VARIABLE

Variables dependientes:

- Adolescente embarazo
- Conocimiento sobre la prevención del embarazo
- Conocimiento sobre sobre la sexualidad responsable

Grupo etáreo: son los grupos de edades correspondientes a la investigación realizada.

Nivel de instrucción: es el nivel de educación escolar en el que se encuentran los adolescentes bajo estudio.

Conocimiento de embarazo adolescente: se refiere que grado de conocimiento tienen las adolescentes sobre embarazo a tan temprana edad.

Fuente de información: es el lugar de origen donde obtuvieron los conocimientos que poseen sobre salud reproductiva.

Inicio de Relaciones Sexuales: se refiere al momento en que comenzaron su actividad sexual, destacando edades.

Anticoncepción: se refiere al uso de métodos para evitar embarazos no planificados.

Adolescente. Es el periodo de la vida del ser humano, que se inicia con las primeras transformaciones de cambio en la pubertad que empieza de los 12 a 14 años y concluye el desarrollo adulto entre los 18 a 20 años

Embarazo: estado de la mujer en gestación, y transcurre entre la fecundación del ovulo con el espermatozoide y el parto, dura aproximadamente 280 días.

2.9 Encuesta y resultados



Escuela de Enfermería Nuestra Señora de la Salud

“MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EMBARAZOS EN

ADOLESCENTES”

Edad: _____

Sexo: M ___ F ___ Grado de escolaridad: _____

Instrucciones: selecciona la respuesta que consideras correcta.

Las siguientes interrogantes se dirigen a la población adolescentes para saber el grado de conocimiento que se posee acerca de métodos anticonceptivos y embarazos en adolescentes

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has escuchado sobre los métodos anticonceptivo?		
2. ¿Consideras importante el uso de métodos anticonceptivos?		
3. ¿Consideras que el uso o no uso de métodos anticonceptivos afecta?		
4. ¿Has tenido relaciones sexuales?		
5. ¿A qué edad inicio su vida sexual?		
6. ¿En su primer relación sexual utilizo algún método anticonceptivo?		
7. ¿El uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual fue iniciativa suya?		
8. ¿El no uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual fue iniciativa suya?		
9. ¿En las relaciones sexuales siguientes utilizo un método anticonceptivo?		
10. ¿Conoces alguna enfermedad de transmisión sexual?		
11. ¿Usted teniendo una vida sexual activa para prevenir un embarazo usaría un método anticonceptivo de emergencia? (Pastilla del día siguiente)		

12. ¿Ha tenido duda de si usted o su pareja portan alguna infección sexual?		
13. ¿Consideras que el uso de métodos anticonceptivos previene el embarazo y enfermedades de transmisión sexual?		
14. Por pena es la razón por la cual no acudes por información o apoyo en lo referente al uso de métodos anticonceptivos		
15. De acuerdo a su experiencia, la información y apoyo brinda en lo referente al uso de métodos anticonceptivos en su colegio ¿es buena?		
16. ¿Conoces casos de embarazos en adolescentes?		
17. ¿La falta de acceso a la educación sexual, es la principal causa de un embarazo en la adolescencia?		
18. ¿Consideras que la pobreza está asociada al embarazo en adolescentes?		
19. ¿crees que fomentar la comunicación entre padres e hijos sea la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?		
20. ¿Consideras que para embarazarse solo basta una relación sexual?		
21. Al unirse un óvulo y el espermatozoide en el periodo de la fertilidad femenina ¿se produce un embarazo?		
22. Consideras que el embarazo en la adolescencia es responsabilidad solo de la adolescente embarazada		
23. ¿Te resulta fácil la comunicación con tus padres acerca de temas sexuales?		
24. Si tienes hermanos mayores o eres el hermano mayor ¿Hablas o te hablan de sexualidad?		
25. Te responden abiertamente tus padres ¿cuándo les preguntas sobre la sexualidad o métodos anticonceptivos?		
26. ¿Cuándo tienes alguna duda sobre sexualidad recurres a centros de salud para que te expliquen?		

27. ¿consideras que es oportuno iniciar una vida sexual activa Después de haber constituido algo serio y estable?		
28. ¿Se enojarían tus padres te encuentran preservativos?		
29. ¿Tus papas hablan contigo acerca de los cambios físicos por los cuales estas pasando?		
30. ¿En los días ovulatorios existe más riesgo de quedar embarazada?		
31. ¿tener una sola relación sexual coital (penetración) sin protección es suficiente para quedar embarazada?		
32. ¿consideras que los padres, maestros y/o personal de salud son los que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?		
33. ¿Considera usted que la comunicación con los padres es fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?		
34. ¿Consideras que la adolescente (13 a19 años) está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?		
35. Deserción escolar, complicaciones para la madre y el niño, consideras que son algunas de las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente:		
36. Partos por cesárea, anemia, hemorragia uterina ¿Considera usted que son complicaciones que trae el embarazo adolescente en la madre?		
37. Nacer antes de tiempo, sufrimiento fetal e inmadurez de los órganos vitales ¿Considera usted que son complicaciones que trae el embarazo adolescente en el recién nacido?		
38. Teniendo relaciones sexuales debes en cuando ¿se puede prevenir un nuevo embarazo?		
39. Abortar y/o salir de casa ¿consideras que es lo primero que debe hacer la adolescente al enterarse que está embarazada?		

40. ¿Crees que una adolescente embarazada pueda llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente?		
41. ¿Estas consiente de las consecuencias que implica tener un embarazo a temprana edad?		
42. ¿En caso de que quedar embarazada o que su pareja quede embarazada cree que el aborto sería una alternativa?		
43. ¿al comenzar tu adolescencia te dieron información sobre los anticonceptivos?		
44. ¿Te han dado información sobre la sexualidad?		
45. ¿Tu familia tendría una actitud negativa ante un embarazo adolescente?		
46. ¿Con frecuencia tus padres te hablan sobre las sexualidad?		
47. ¿desde tu punto de vista te consideras capaz de tener ya la responsabilidad para ser padre o madre?		
48. Si tu o tu pareja se encontrar en la situación de un embarazo no deseado en la adolescencia ¿tomarían la decisión de dejar sus estudios para dedicarse al bebe?		
49. Para ti ¿El embarazo adolescente o embarazo precoz puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica?		
50. ¿seguir con el embarazo es la solución más común para el embarazo adolescente?		

2.9.1 Tabla de resultados

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has escuchado sobre los métodos anticonceptivo?	100%	0%
2. ¿Consideras importante el uso de métodos anticonceptivos?	49%	51%
3. ¿Consideras que el uso o no uso de métodos anticonceptivos afecta?	77%	23%
4. ¿Has tenido relaciones sexuales?	72%	28%
5. ¿A qué edad inicio su vida sexual?	32%	68%
6. ¿En su primer relación sexual utilizo algún método anticonceptivo?	87%	13%
7. ¿El uso me métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual fue iniciativa suya?	22%	65%
8. ¿El no uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual fue iniciativa suya?	49%	47%
9. ¿En las relaciones sexuales siguientes utilizo un método anticonceptivo?	62%	30%
10. ¿Conoces alguna enfermedad de transmisión sexual?	100%	0%
11. ¿Usted teniendo una vida sexual activa para prevenir un embarazo usaría un métodos anticonceptivo de emergencia? (Pastilla del día siguiente)	90%	10%
12. ¿Ha tenido duda de si usted o su pareja portan alguna infección sexual?	35%	57%
13. ¿Consideras que el uso de métodos anticonceptivos previene el embarazo y enfermedades de trasmisión sexual?	90%	10%
14. Por pena es la razón por la cual no acudes por información o apoyo en lo referente al uso de métodos anticonceptivos	65%	35%

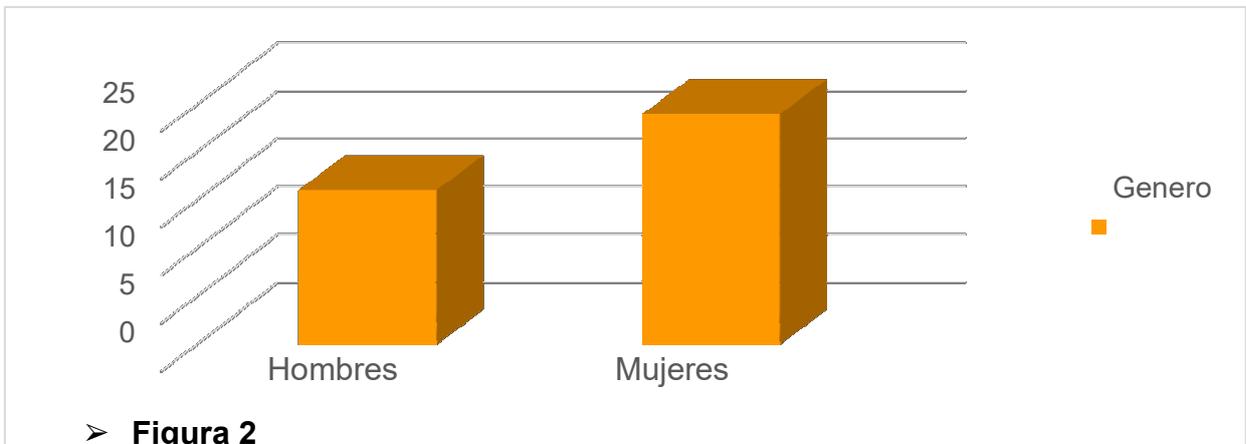
15. De acuerdo a su experiencia, la información y apoyo brinda en lo referente al uso de métodos anticonceptivos en su colegio ¿es buena?	88%	12%
16. ¿Conoces casos de embarazos en adolescentes?	95%	5%
17. ¿La falta de acceso a la educación sexual, es la principal causa de un embarazo en la adolescencia?	92%	8%
18. ¿Consideras que la pobreza está asociada al embarazo en adolescentes?	89%	11%
19. ¿crees que fomentar la comunicación entre padres e hijos sea la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?	92%	8%
20. ¿Consideras que para embarazarse solo basta una relación sexual?	90%	10%
21. Al unirse un óvulo y el espermatozoide en el periodo de la fertilidad femenina ¿se produce un embarazo?	92%	8%
22. Consideras que el embarazo en la adolescencia es responsabilidad solo de la adolescente embarazada	7%	93%
23. ¿Te resulta fácil la comunicación con tus padres acerca de temas sexuales?	87%	13%
24. Si tienes hermanos mayores o eres el hermano mayor ¿Hablas o te hablan de sexualidad?	88%	12%
25. Te responden abiertamente tus padres ¿cuándo les preguntas sobre la sexualidad o métodos anticonceptivos?	89%	11%
26. ¿Cuándo tienes alguna duda sobre sexualidad recurres a centros de salud para que te expliquen?	77%	23%
27. ¿consideras que es oportuno iniciar una vida sexual activa Después de haber constituido algo serio y estable?	89%	11%
28. ¿Se enojarían tus padres te encuentran preservativos?	85%	15%

29. ¿Tus papas hablan contigo acerca de los cambios físicos por los cuales estas pasando?	87%	13%
30. ¿En los días ovulatorios existe más riesgo de quedar embarazada?	91%	9%
31. ¿tener una sola relación sexual coital (penetración) sin protección es suficiente para quedar embarazada?	92%	8%
32. ¿consideras que los padres, maestros y/o personal de salud son los que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?	92%	8%
33. ¿Considera usted que la comunicación con los padres es fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?	93%	7%
34. ¿Consideras que la adolescente (13 a19 años) está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?	24%	76%
35. Deserción escolar, complicaciones para la madre y el niño, consideras que son algunas de las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente:	91%	9%
36. Partos por cesárea, anemia, hemorragia uterina ¿Considera usted que son complicaciones que trae el embarazo adolescente en la madre?	92%	8%
37. Nacer antes de tiempo, sufrimiento fetal e inmadurez de los órganos vitales ¿Considera usted que son complicaciones que trae el embarazo adolescente en el recién nacido?	92%	8%
38. Teniendo relaciones sexuales debes en cuando ¿se puede prevenir un nuevo embarazo?	92%	8%

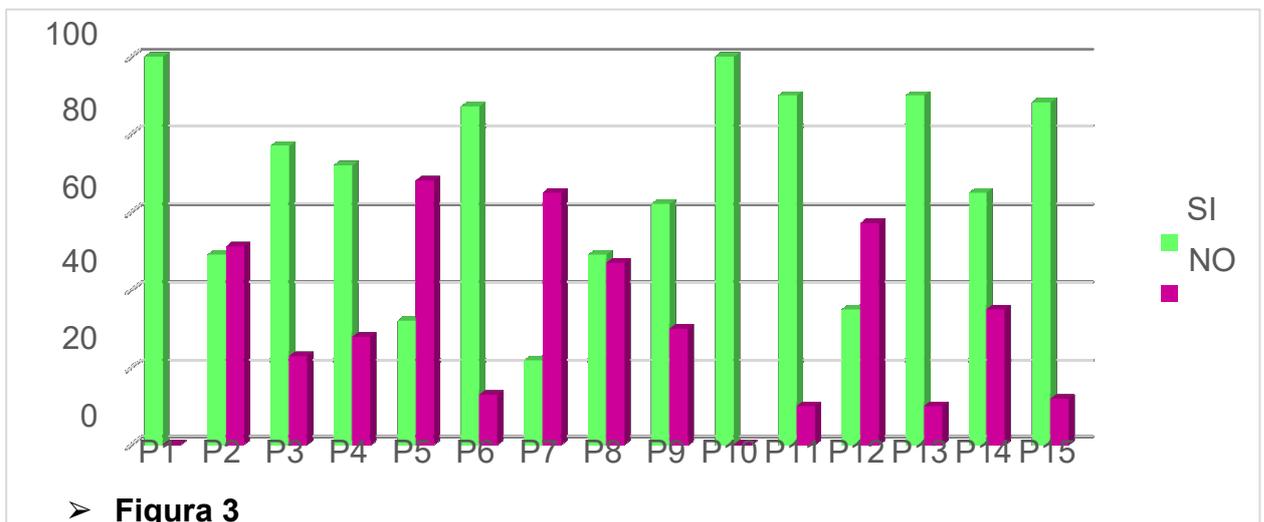
39. Abortar y/o salir de casa ¿consideras que es lo primero que debe hacer la adolescente al enterarse que está embarazada?	24%	76%
40. ¿Crees que una adolescente embarazada pueda llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente?	93%	7%
41. ¿Estas consiente de las consecuencias que implica tener un embarazo a temprana edad?	92%	8%
42. ¿En caso de que quedar embarazada o que su pareja quede embarazada cree que el aborto sería una alternativa?	86%	14%
43. ¿al comenzar tu adolescencia te dieron información sobre los anticonceptivos?	92%	8%
44. ¿Te han dado información sobre la sexualidad?	92%	8%
45. ¿Tu familia tendría una actitud negativa ante un embarazo adolescente?	89%	11%
46. ¿Con frecuencia tus padres te hablan sobre las sexualidad?	79%	21%
47. ¿desde tu punto de vista te consideras capas de tener ya la responsabilidad para ser padre o madre?	76%	24%
48. Si tu o tu pareja se encontrar en la situación de un embarazo no deseado en la adolescencia ¿tomarían la decisión de dejar sus estudios para dedicarse al bebe?	86%	14%
49. Para ti ¿El embarazo adolescente o embarazo precoz puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica?	88%	12%
50. ¿seguir con el embarazo es la solución más común para el embarazo adolescente?	89%	11%

2.10. Graficado

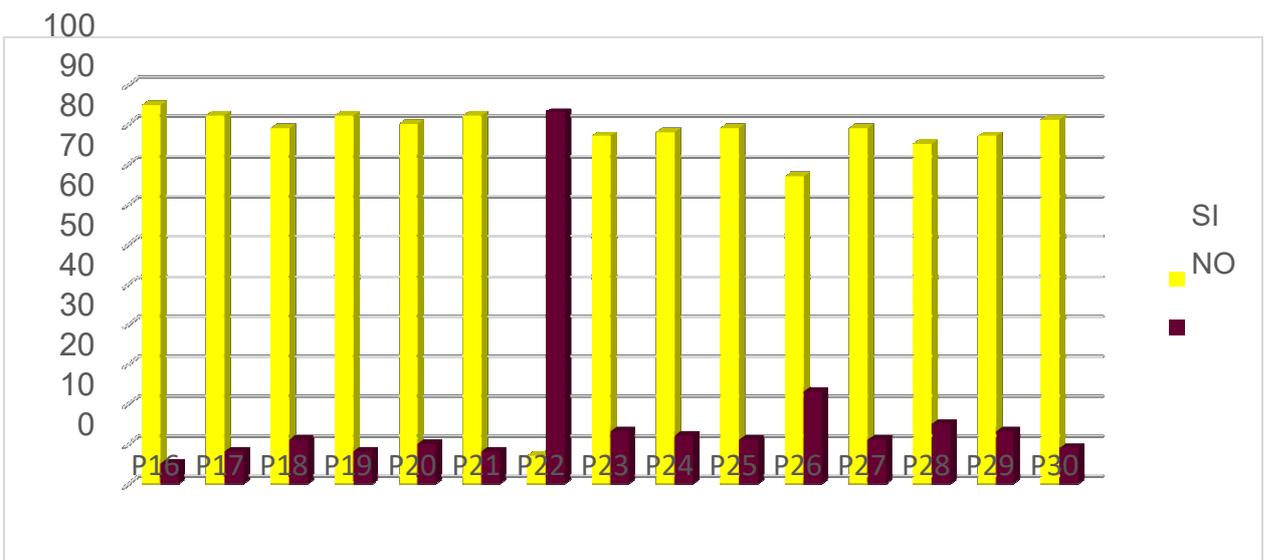
➤ **Figura 1**



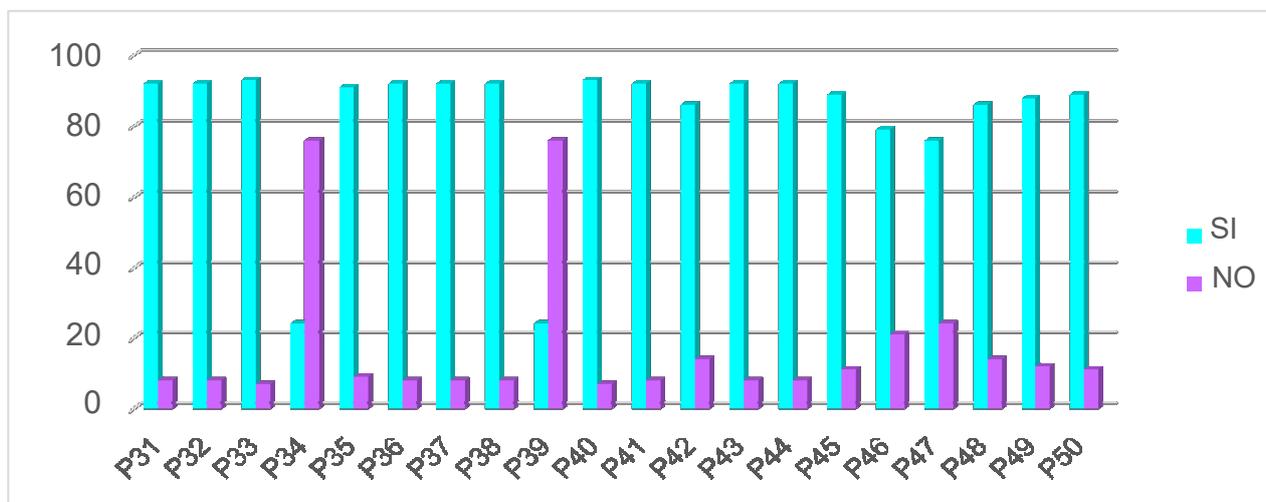
➤ **Figura 2**



➤ **Figura 3**



➤ **Figura 4**



- La muestra estuvo conformada por un total 40 adolescentes en la localidad de Quiroga Michoacán, el cual el 40% fueron hombres y el 60% fueron mujeres, así dando los rango de edades un 40% tenía entre 16 a 19 años y el 60% entre 20 a 23 años.
- En el grafico 1 podemos observar que en su totalidad de los adolescentes encuestados han escuchado sobres algún método anticonceptivo.
- Referente a la pregunta 2 del total de los adolescentes encuestados un 51% considera importante el uso de métodos anticonceptivos y un 49% no lo considera importante.
- En la pregunta número 3 se observa que un 23% de los adolescentes considera que el uso de métodos no puede afectar, y el 77% considera que si puede haber una afectación en el uso de métodos anticonceptivos.
- De acuerdo con la pregunta 4 referencia a la edad para el inicio de las relaciones sexuales la figura 1 nos muestra que el 28% no ha iniciado una vida sexual reproductiva en cambio el 72% expreso que si ha comenzado una vida sexual reproductiva.
- Respecto a la pregunta 5 de inicio de vida sexual el 68% de los adolescentes encuestados no han iniciado una vida sexual, y el 32% a comenzado una vida sexual activa antes de los 18 años.
- En la pregunta 6 en total de los adolescentes encuestados el 13% no utilizo un método anticonceptivo en su primera relación y un 87% si a utilizo un método anticonceptivo en su primera relación sexual.

- En la figura 1 referente a las 7 nos muestra que el 22% de los adolescentes encuestados tuvieron que ver en el no uso de métodos anticonceptivos, el 65% no tuvo que ver con esa decisión y el 13% prefirió no responder.
- En la pregunta número 8. En la totalidad de los adolescentes el 49% utilizo un método anticonceptivo y fue iniciativa suya el 47% uso un método anticonceptivo, pero no fue iniciativa suya y un 4% prefirió no responder.
- De acuerdo con la figura 1 pregunta 9 un 62% de los adolescentes encuestados volvieron a tener relaciones sexuales, pero utilizaron un método anticonceptivo y un 30% prefirió no utilizar un método anticonceptivo en las siguientes relaciones sexuales, así como un 8% prefirió no responder
- En la pregunta 10 los adolescentes encuestados en su totalidad refirieron que si conoce alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Referente a la siguiente pregunta un 90% de los adolescentes considera que un método anticonceptivo de emergencia si puede prevenir un embarazo y un 10% opina que no se puede prevenir con un método anticonceptivo de emergencia.
- Referente a la pregunta 12. 35% de los encuestados menciona que si ha tenido duda en algún momento que pudieron haber tenido alguna infección sexual por el contrario un 57% no se ha encontrado en esa situación y un 8% prefiero no responder.
- En la pregunta número 13 En totalidad de los encuestados un 10% considera que un método anticonceptivo no puede prevenir embarazos ni ETS y el 90% considera que el uso de algún método anticonceptivo si puede ayudar en la prevención de un embarazo y en ETS.
- En la pregunta 14 podemos observar que el 65% de los adolescentes no acude por información por pena y un 35% manifiesta que no es una de las razones por las cuales no acuden por información sobre los métodos anticonceptivos.
- En pregunta 15 se puede observar que un 88% de los adolescentes encuestados considera que una información brindada en sus colegio es buena por los contrario el 12% no ha tenido una buena información por parte de su escuela o colegio.
- Referente a la pregunta 16 un 5% de los adolescentes no conoce casos, por lo contrario, un 95% refiere que por lo menos 1 caso de eso lo ha visto o conoce.

- Podemos observar en pregunta 17 que un 92% de los encuestados considera una de las primeras causas la falta de acceso a la educación sexual, mientras que el resto de los encuestados no lo considera así.
- En la pregunta 18 factor mencionado en la encuesta es la pobreza donde un 89% de los encuestados opina que, si es un factor que influye en el embarazo en la adolescencia, por lo contrario, un 11% considera que esto no tiene nada que ver con un embarazo en adolescentes.
- En la pregunta numero 19 podemos observar que un 92% de los adolescentes considera importante una comunicación entre padres e hijos para que disminuya la incidencias de embarazos no planificados, en cambio el resto no considera importante.
- En pregunta 20 El 90% de los adolescentes sabe que con una relación coital (penetración) es más que suficiente para poder quedar embarazada, sin más el 10% opina lo contrario y mencionan que se necesita más de una relación sexual para poder quedar embarazada.
- Referente al concepto de embarazo en la pregunta 21 un 92% de los encuestados sabe que un embarazo es cuando se lleva a cabo la unión del ovulo y el espermatozoide en periodo fértil, mientras que el resto opina que no es así.
- De acuerdo con la gráfica en pregunta 22 un 93% de los encuestados considera que no es responsabilidad solo de la adolescente dicho embarazo, en cambio un 7% considera lo contrario y responsabiliza a la adolescente de su situación.
- En pregunta 23 un 87% de los adolescente menciona que es fácil la comunicación con sus padres sobre temas sexuales, en cambio un 13% no opina lo mismo ya que sea muy difícil hablar sobre ciertos temas sexuales hacia sus padres.
- En el grafico pregunta 24 podemos observar que un 88% de los adolescentes menciona que, si le han hablado o a hablado sobre la sexualidad, en cambio el 12% no lo refiere así.
- Podemos observar en la pregunta 25 un 11% de los adolescentes sus padres no responden abiertamente sobres temas de la sexualidad o métodos anticonceptivos, pero el 89% menciona que sin problema sus padres les responder sobre la sexualidad o métodos anticonceptivos.

- Podemos observar que en pregunta 26 un 77% de los adolescentes si acude a un centro de salud para resolver sus dudas sobre la sexualidad, pero por lo contrario un 23% no lo hace y prefiere buscar otras alternativas.
- De acuerdo con la figura 2 pregunta 27 podemos observar que un 89% de los adolescentes consideran importante tener algo serio y estable para comenzar con una vida sexual activa, pero un 11% no lo considera así.
- Podemos observar en la gráfica 2 pregunta 28 que un 15% de los adolescentes no tiene ningún problema con sus padres si es que les encuentran algún preservativo(condón), pero por lo contrario un 85% puede meterse en problemas con sus padres si les encuentran algún preservativo.
- De acuerdo con la pregunta 29 los adolescentes encuestados un 87% recibe información de sus padres de los cambios físicos que esta presentado, pero un 13% menciona que sus padres no hablan sobe estos cambios físicos por los cuales esta pasado o paso.
- De acuerdo a la pregunta 30 y con la información que los adolescentes tienen, un 91% sabe que hay más riesgo de un embarazo en los días ovulatorio (o fértiles), en cambio el resto de los adolescentes opina que no hay riesgo en estos días.
- Podemos observar en la pregunta 31 de acuerdo al conocimiento de los adolescentes un 92% sabe que con una sola relación sexual coital (penetración) es suficiente para quedar embarazada, en cambio un 8% opina que no es así como se necesita más de una relación sexual coital para poder quedar embarazada.
- Podemos observar que en la pregunta 32 un 92% de los encuestados considera que los padres, maestro y/o personal de salud deberían brindar y orientar sobre el embarazo, mientras que el resto considera que no es así.
- De acuerdo con la pregunta 33 un 93% de los encuestados considera importante la comunicación entre padres e hijos para evitar un embarazo a temprana edad. Por lo contrario, el resto considera que no es impenitente esta comunicación.
- Podemos observar que en la pregunta 34 que un 24% de los encuestados considera a la o al adolescente entre 13 a 19 años ya preparado para asumir el rol de la responsabilidad, por lo contrario el resto de los encuestados

considera que no es así como a esa edad todavía no están preparados para asumir el sol de la maternidad o paternidad.

- De acuerdo con la pregunta 35 y los conocimientos de los adolescentes un 91% opina que estas complicaciones si se pueden presentar en la madre adolescente con un embarazo a temprana edad, mientras que el resto opina que estas no pueden ser complicaciones en un embarazo a temprana edad.
- Podemos observar que la pregunta 36 un 92% de los encuestados consideran estos factores como complicaciones que puede traer un embarazo a temprana edad para la madre adolescente. El resto opina lo contrario.
- Podemos observar en la pregunta 37 que un 8% considera que un embarazo a temprana edad no puede causar estas complicaciones al recién nacido, mientras que el resto opina lo contrario y considera que si puede haber este tipo de complicaciones en el recién nacido cuando se tiene un embarazo a temprana edad.
- De acuerdo con la gráfica 3 pregunta 38 los adolescentes un 8% opinan que teniendo relaciones sexuales coitales con frecuencia no se puede prevenir un embarazo a temprana edad, en cambio el resto de los adolescentes encuestados opina que si teniendo relaciones no con tanta frecuencia se puede evitar un embarazo a temprana edad.
- Podemos observar que en la pregunta 39 un 76% de los adolescentes considera que no es lo primero que debe hacer una adolescente embarazada, por lo contrario, el resto opina que si la adolescente debe abortar y/o salirse de casa al saber que está embarazada.
- Referente a la pregunta 40 de acuerdo con el conocimiento de los adolescentes un 93% sabe las consecuencias y complicaciones que implica tener un embarazo a temprana edad, en cambio un 7% no sabe cuáles son las complicaciones que puede llevar a tener un embarazo a temprana edad.
- Podemos observar que en la pregunta 41 un 92% de los adolescentes opina que si se puede culminar los estudios y realizarse profesionalmente aun estado embarazada. Por lo contrario, un 8% no opina lo mismo y dice que no se puede culminar los estudios estado embarazada.

- De acuerdo a la pregunta 42 y la información de los adolescentes con la que cuentan un 86% considera que si fuera un alternativa el aborto para poder seguir con sus vidas, un 14% opina que no es un alternativa el aborto.
- Podemos observar que en la pregunta 43 en un 92% de los adolescentes si han recibo información sobre los método anticonceptivos al comienzo de su adolescencia, mientras que un 8% no recibió ese tipo de información.
- En la pregunta 44 en un 95% de los adolescentes nos hacen saber que si han recibo información sobre la sexualidad, en cambio un 5% de ellos no a recibo información sobre la sexualidad.
- Podemos observar que en la pregunta 45 un 89% de los adolescentes tendría un actitud negativa ante un embarazo en adolescentes.
- Podemos observar que en la gráfica 3 pregunta 46 un 79% de los adolescentes con frecuencia sus padres les hablan sobre el tema de la sexualidad, por lo contrario, un 21% no recibe dicha información con frecuencia por medio de sus padres.
- Podemos observar que en la pregunta 47 un 76% de los adolescentes encuestados ya se siente capaz de tener la responsabilidad para ser padre o madre, mientras que un 24% no se considera aun responsable para este rol.
- De acuerdo con el grafico 3 pregunta 48 el 86% de los adolescentes dejaría sus estudios para dedicarse al rol de la paternidad y maternidad, mientras que el resto no la haría y seguir sus estudios
- De acuerdo a la pregunta 49 y referente al concepto de embarazo precoz un 88% de los adolescentes opina que un embarazo precoz es aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica.
- Podemos observar que en la pregunta 50 un 89% de los adolescentes de acuerdo a la información recibida la solución más común que ellos consideran es la de si seguir con el embrazo.

3.GENERALIDADES

3.1. Adolescencia

Es la etapa de vida en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla el/la adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización, marcado por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva; durante la adolescencia se construye la identidad personal, a través de la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social como en el marco del hogar y las referencias familiares.

La adolescencia es entendida para la OMS (Organización Mundial de la Salud), como el período de la vida que comprende desde los 10 a los 19 años de edad, donde el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta lograr una madurez en tal ámbito. Es también la etapa en donde los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto, y en donde ocurre una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una independencia relativa (OMS en Molina, Sandoval & González, 2004, p.210).

Según el Código del Niño, Niña y Adolescente, “la adolescencia es el período de 12 a 18 años” (UNICEF, 1999).

Según el diccionario de la Real Academia Española es la: “edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo” (Diccionario de la Real Academia Española, 1992, p.32)

Gamboa C; Valdez S. (2012) Según su publicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, se considera que las decisiones serán decisivas para el futuro del individuo

Según el Ministerio de Salud (MINSA- 2012) refiere que los adolescentes son todas las personas entre 10 y 19 años, y que en la etapa de su vida presentan cambios

importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad; asimismo, es la etapa en el que se fijan prácticas de valores que determinaran su forma de vida sean o no saludables en el presente y en su futuro.

La adolescencia es una etapa de crecimiento y de experimentación; es un periodo marcado por el establecimiento de la autonomía y la confrontación de nuevos retos; es la fase de transición entre infancia y adultez, caracterizada por la experimentación y los cambios acelerados.

Dando todo esto la adolescencia la dividimos entres periodos:

Adolescencia Temprana (de 10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales y reales; personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia intermedia (de 14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático; psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos, la edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupado por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan físicamente con la moda.

Adolescencia tardía (de 17 a 19 años): Casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las 12 relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales

y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

Por lo tanto, la adolescencia es una de las etapas más difíciles en el crecimiento del ser humano, pues implica la toma de decisiones y el conocimiento sobre su persona, para lograr ser un individuo autosuficiente e independiente capaz de afrontar problemas relacionados a su futuro y lograr una estabilidad personal que implica varios aspectos uno de los más decisivos es la sexualidad, Según la organización mundial de la salud:

Es un periodo crucial del ciclo vital en que los jóvenes adolescentes toman una nueva dirección en su desarrollo y así puedan alcanzar su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen las funciones que les permitirán elaborar su identidad y plantease en un proyecto de vida propio.

3.2. Teorías sobre la adolescencia

Esta etapa de la vida ha sido estudiada por múltiples enfoques y autores, los que agregan diferentes características para enriquecer su comprensión.

El aporte de Erickson a la comprensión de la adolescencia consiste en señalar que el joven se enfrenta a conflictos entre sus propios impulsos y el mundo social, su principal tarea es responder a la pregunta ¿Quién soy? (Erikson. 1997, p.45).

De este modo, poco a poco se va conformando una identidad coherente a partir de la historia de vida, talentos, valores, relaciones, cultura, entre otros (Erikson, 1997.p.45)

Tal búsqueda de identidad se relaciona con sentirse a sí mismo estable a lo largo del tiempo, y con la adopción de una identidad psicosexual definitiva. Se relaciona también con la individualización de la persona, para lo cual muchas veces el adolescente se separa de su familia de origen, generando posible rebeldía hacia los

padres. Otra tarea fundamental de la adolescencia es la definición de la identidad en el plano vocacional y laboral, que muchas veces se ve determinada por una influencia sociocultural. (op.cit).

Por su parte, Piaget, refiriéndose a los cambios cognitivos, señala que el adolescente inicia un pensamiento operativo formal o hipotético deductivo, caracterizado por la capacidad de abstracción y razonamiento, pudiendo enfrentarse a problemas y generando estrategias claras de resolución. Junto con esto, los adolescentes deben ser capaces de realizar operaciones metacognitivas, esto es, ser capaz de reflexionar sobre los propios actos cognitivos. Surge también un desarrollo en el sistema simbólico (lenguaje) en donde el individuo comienza a asumir diferentes significados, abriéndose al uso de dobles sentidos y metáforas (García, E.2001, p.67). Para Ricardo Capponi, la adolescencia transcurre entre los 12 y los 24 años, acercándose así a la prolongación de la dependencia económica de los padres que se observa en la actualidad en las sociedades en vías de desarrollo. Según el autor, los jóvenes tienen como tarea de desarrollo, “la búsqueda de su identidad personal, de género y de orientación sexual. Esta situación provoca una gran crisis que conlleva un alto nivel de ansiedad. Entran en juego cuatro grandes instintos: agresivo, sexual, alimenticio y adictivo”. Se plantea a los padres y educadores la necesidad de tratar bien a dichos instintos para ayudar al joven en el desarrollo de una inteligencia emocional que le permita una adecuada convivencia.

Desde un ángulo psicodinámico, la adolescencia es entendida como una etapa de la vida en donde hay una lucha por desarrollar la independencia y separación de los padres. Es el momento en que se hacen conscientes muchos conflictos que hasta ese entonces permanecían en el inconsciente, junto con la conformación de una identidad sexual y personal (Nicholson & Ayers, 2002, p.34).

Otro de los aspectos importantes del desarrollo adolescente y que forma parte de la identidad personal es el razonamiento moral, que se define como el desarrollo de un sentido de justicia individual, Kohlberg (1976) es quien plantea esta temática y propone seis subetapas a lo largo de la vida. Se espera que desde los 13 años de edad en adelante exista una moralidad de los principios morales auto aceptados. El

individuo reconoce que puede haber conflicto entre dos normas socialmente aceptadas y tiene como tarea decidir entre ambas, de tal modo que el control del comportamiento es interno, ya sea en la observación de las normas y en el razonamiento de lo que es o no correcto.

Se concluye así que la adolescencia es también el momento de la vida en que se asumen principios morales o se posterga la elección de ellos.

Para el psiquiatra S. Freud, la adolescencia es el momento en que se produce la maduración de los órganos genitales, junto a los cambios corporales que están determinados genéticamente y que ponen fin al período de latencia. Se manifiesta con fuerza el instinto sexual y otros fenómenos que son, para esta teoría, energías libidinales que buscan aliviar la tensión. De este hecho, se desprende el despertar sexual que irrumpe con fuerza desconocida hasta ese momento.

En el mundo moderno caracterizado por los procesos de globalización, nuestro país es una “ventana abierta” a las influencias y corrientes culturales de todo tipo; tomando en cuenta que no se escapan del fenómeno los dilemas que viven los adolescentes en nuestro país, por eso es tan necesario y urgente que las familias y el sistema educativo, asuman responsablemente la tarea de conducir a los/las jóvenes a una profunda reflexión, para que alcancen una vida más plena.

3.3. Perfil de los adolescentes a nivel mundial

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países de desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de los casos nuevos de infección por VIH (más de 7000 por día ocurre en jóvenes)
- La violación o incesto ocurre en 7 a 34% en niñas y en 3 a 29% en niños.
- El 10% de partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29.

- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva

3.4. Cambios Biológicos

En la adolescencia el cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Dando a los adolescentes un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta trabajo adaptarse e identificarse con él.

Hay un periodo rápido de crecimiento en estatura, peso y masa muscular. Durante este periodo ocurre la maduración sexual, en niñas el primer signo de maduración sexual es el desarrollo de las mamas; la menstruación inicia por lo general en los dos años siguientes al desarrollo de éstas, en los niños, la producción de esperma (espermatogénesis) coincide con el aumento del tamaño testicular y el crecimiento peneano; las emisiones nocturnas (“sueños húmedos”) inician de manera típica alrededor de un año después de que el pene comienza a crecer en tamaño. El rápido crecimiento físico explica en gran parte la torpeza y la impaciencia asociados con el periodo de la adolescencia (Dillon, 2008)

Para Erikson, E. (2001), el adolescente debe desarrollar su identidad personal en un momento en el que están ocurriendo rápidos cambios en su apariencia personal, en las perspectivas emocionales, psicológicas y en las apreciaciones sociales. Cuando los jóvenes han logrado adquirir un sentimiento de confianza básica, autonomía e iniciativa, les resulta más fácil la tarea de lograr su identidad.

Por otro lado, el desarrollo de la identidad en la adolescencia debe contemplarse como parte de un largo proceso inconsciente que comienza en el nacimiento y prosigue durante toda la vida. Concretamente, a lo largo de la adolescencia, los jóvenes deben enfrentarse a sus propios cambios internos de tipo biológico y con sus nuevas relaciones sociales y las demandas poco claras que reciben de la sociedad adulta. Puede suceder que algunos adolescentes encuentren difícil tarea y no consigan

formar un concepto de sí mismo que encaje de modo realista con sus características personales y con el medio en el que viven. En este caso, hará su aparición una crisis de identidad o la “difusión de la identidad”

3.5. Cambios Psicológicos y emocionales

Los cambios biológicos en la adolescencia siempre serán acompañados por cambios psicológicos y emocionales, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico.

Según Dillon (2008) la adolescencia es también un periodo de grandes cambios psicosociales y emocionales, la tarea de desarrollo durante la adolescencia es “identidad versus disolución de identidad”; los adolescentes se preocupan por “lo que otros piensen acerca de ellos”, en su búsqueda de ser aceptados. El foco de influencia cambia de la familia al grupo de compañeros, y con ese grupo el adolescente empieza a formar un sentido de identidad.

Haciendo que el adolescente luche por desarrollar su propio conjunto de principios y cuestiona los códigos morales establecidos; dado eso los compañeros tienen más influencia en el adolescente que sus padres, pero con frecuencia persistente los valores y la moral establecidos previamente.

Dentro de estos cambios en el adolescente, también tienen lugar los cambios que se dan en los espacios en los que se desenvuelve. Empiezan a ocurrir conflictos entre los adolescentes y sus padres, los valores tradicionales de la familia pueden ponerse a prueba por la exposición a las nuevas ideas y valores de los compañeros (Dillon, 2008) Lo que nos deja ver que el contexto de los adolescentes sufre cambios al igual que ellos.

Dando esto hay un incremento en la conducta de toma de riesgos. Esto se debe a varios factores, que incluyen el deseo de superar la influencia de los padres, la presión

de los compañeros y la necesidad de pertenecer, así mismo, a un proceso de pensamiento en que el adolescente se ve a sí mismo como no vulnerable.

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. jal., 2001).

3.6. Embarazo

El embarazo es el periodo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto, que en términos generales dura aproximadamente 280 días, diez meses lunares (ciclo de 27 días), nueve meses solares (de 30 días) o cuarenta semanas. (Higashida, 2008)

El embarazo en adolescentes es un hecho que observamos con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave, se produce en edades cada vez menores.

Desde las perspectivas y los factores que influyen en la evolución del embarazo lo podemos clasificar en:

Embarazo de bajo riesgo. Aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo.

Embarazo de riesgo intermedio. Cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, mismas que puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

Embarazo de alto riesgo. Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto. Estas

mujeres requieren ser atendidas en la consulta externa del segundo nivel como pacientes ambulatorias u hospitalizadas, por lo tanto, deberán ser referidas a estas instalaciones.

3.7. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de dos factores: una de tipo biológico y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

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

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), dice que, de los 112 millones de habitantes del país, alrededor de 57 millones corresponde a mujeres, de ellas, las adolescentes de entre 15-19 años refleja un 50.1% en 2005, para el 2011 la proporción hombre mujer del mismo grupo etéreo corresponde equitativamente 1:1 o sea el 50% para cada sexo, esto según el último censo de población y vivienda.

Para el 2006 en México habían 22, 190,481 adolescentes, esto representa el 20.63% de la población total. Se estima que para el 2020 y 2050 la población joven disminuirá a 19.2 y 14.1 millones de personas adolescentes respectivamente.

3.8 Sexualidad

la sexualidad comprende más que una relación íntima, es todo un proceso que inicia en la formación del individuo con el sexo cromosómico el cual determinara el aparato reproductor que tendrá el individuo, luego viene el sexo social, el cual es dado por la sociedad donde se le viste de colores y ropa alusivos a su género así como su respectivo nombre y por ultimo pero el más importante la identidad sexual que es la que el individuo decide de acuerdo a su gusto de genero para crear un futuro ideal donde como todo ser humano podrá disfrutar del placer sexual.

Sin embargo, se puede observar que la curiosidad y el deseo han causado un desequilibrio en la salud sexual de muchos jóvenes, pues estos llevan cabo relaciones íntimas sin responsabilidad y sin conciencia de la importancia que tiene este acto, algunos por creencias erróneas de los grupos sociales a los que pertenecen, por ejemplo, que dicha actividad sea necesaria para considerarse hombre, que es mejor visto entre ellos una fuerte actividad sexual, que funciona para encajar en su grupo, etc.

Lo cierto es que tanto jóvenes como adultos deben de tener un conocimiento amplio sobre el tema de la sexualidad para lograr un equilibrio físico, psicológico y social.

3.9 Sexualidad Responsable

Las relaciones íntimas para algunas personas se consideran como la consumación del amor entre la pareja, sin embargo, también existen personas a las cuales solo les representa una manifestación de placer. Sea cual sea la interpretación de los sujetos involucrados, en el acto sexual debe de existir madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar, y lo más importante responsabilidad por parte de las personas participantes de ella.

La responsabilidad es definida como la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente (diccionario de la Real Academia de la Lengua Española 2002). En la sexualidad, la responsabilidad recae en las consecuencias que puede traer consigo una práctica inadecuada de la misma.

Una de las consecuencias que se puede presentar por la falta de responsabilidad en las relaciones íntimas es el embarazo no deseado, este caso puede suceder más frecuentemente en los adolescentes que no usan métodos anticonceptivos o que carecen de información acerca de ellos. El embarazo adolescente es aproximadamente entre los 14 y 19 años de edad, este es de gran riesgo para la vida de la madre como del bebé, porque el cuerpo de una adolescente no está pleno para desarrollar otra vida sin complicaciones en la salud. Otra de las consecuencias que está vinculada con el embarazo no deseado es el aborto.

La joven embarazada puede tomar esta decisión debido a diferentes factores como la falta de apoyo por parte de su pareja, o también puede sufrir de un aborto espontáneo ya que su cuerpo no está en condiciones óptimas para completar el embarazo. La muerte de la madre también puede ser una consecuencia que a su vez está relacionada con el embarazo, porque puede ser que la joven no resista el parto y con el aborto, al no ser practicado correctamente.

La responsabilidad también radica en los distintos problemas que puede traer en la salud, pues el sujeto está expuesto a distintos virus, bacterias, hongos o protozoarios que pueden causar diferentes infecciones o enfermedades.

Entre las más comunes se encuentran la gonorrea que es causada por la bacteria gonococo *Neisseria gonorrhoeae* y se caracteriza por causar inflamación en las vías urinarias y los genitales y produce un flujo excesivo de moco genital; la sífilis es producida por el hongo *Espiroqueta Treponema Pallidum* y puede causar lesiones cutáneas ulcerosas en los órganos sexuales; la candidiasis genital se presenta por un hongo llamado *Cándida Albicans* en las mujeres provoca irritación de la vulva y derrame vaginal y en los hombres irritación y dolor en el glande y el prepucio; herpes genital es causado por el virus hominis tipo 2 y presenta lesiones en el prepucio, piel, glande y tallo de pene en los hombres y en las mujeres en los labios, clítoris, perineo, vagina y cérvix, que después desarrollan dolor al orinar y caminar; el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) esta enfermedad incurable que debilita al sistema inmunitario poco a

poco a través de infecciones graves y mortales, debido a que el virus controla y destruye las células que el organismo crea para atacarlo

4. ARTICULACIÓN SOCIOCULTURAL Y LA SEXUALIDAD EN ADOLECENTES

4.1. La cultura

La cultura puede ser vista como un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado, y que engloba además, modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias y que a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden (Microsoft ® Encarta ® 2006)

Roland Barthes, científico social francés, ofrece una definición de cultura, que plantea para el tiempo actual una pertinencia teórica. “Cultura es todo lo que significa”. Esto incluye las palabras, los gestos, los modos de vida, la forma en que se establecen las relaciones sociales de los grupos humanos, sus fiestas, sus tradiciones, sus formas de hablar, sus comidas, lo que producen, lo que piensan, cómo ven el mundo, y también su música, sus bailes, su pintura, su artesanía.

“Cada cultura se la comprende como un todo que contiene saberes (contenidos y estructuras de pensamiento o visiones del mundo), símbolos, expresiones, prácticas sociales, vivencias, sueños, fantasías, relaciones, ritos, capacidad de organización” (Moncada: 2003) (17).

La cultura es un universo en permanente construcción. Un universo de símbolos, de significados, de códigos. Es un universo que se construye en la interacción cotidiana entre los miembros de una comunidad y entre la comunidad y su ambiente.

4.2 El imaginario y la percepción.

Se vive, se comprende y siente los hechos que ocurren en la vida cotidiana a través de lo que Jesús Martín Barbero denominaría la mediación cultural. Es decir, cada grupo humano o cada persona interpreta la realidad desde su campo de experiencia. “Vía memoria, experiencia personal, recriminaciones, indicaciones, gestos, se van

acumulando una serie de percepciones que conforman la manera de enfrentarse a los demás e incluso a uno mismo. Nadie abandona de un día para el otro el modo en que aprendió a percibir la realidad, a significar y, por lo tanto, a apropiarse de su contexto.” (Prieto: 1999)

Y pone en evidencia que se deben tomar en cuenta las percepciones que la comunidad y las personas tienen sobre la realidad. Las percepciones, pasan de generación en generación como formas de conocimiento, es la memoria histórica, son los guiones de memoria transmitidos a partir del lenguaje (la palabra).

La percepción es la forma en que se interpreta la realidad desde el campo de experiencia y mediación cultural. Ésta no se evidencia si no en el proceso de socialización, y esta se produce como proceso de interacción, así toda percepción incorpora los elementos que nos permitirán imaginar una perspectiva de la vida cotidiana, que se construye en el lugar antropológico que está cargado de historia y afectividades.

Por percepción se comprenderá toda construcción de significaciones sociohistóricas de las prácticas sociales que originan modelos de comportamiento que organizan toda forma de estructura social, e inducen a la permanencia de estas estructuras o que propician su transformación. Toda percepción surge como construcción social y emergen de las situaciones sociales propias de cada contexto social.

4.3. Joven como sujeto social

Para hablar de jóvenes es necesario situarse en el plano de la complejidad social en tanto, ya no se puede explicar su presencia social a partir del discurso o la narrativa evolutiva, en tanto no es solamente una etapa por la que los sujetos necesariamente en términos biológicos deben pasar, si no considerar, que como sujetos obedecen a construcciones sociales y cuyo imaginario, proyectaría, por decirlo así, una visión de jóvenes en cada época histórica.

“Las primeras formas nucleares de familia, la escuela y las otras instituciones que surgen en este proceso, observan al joven desde la perspectiva de ser un sujeto inacabado, que logrará en su proceso de asocialidad la madurez y el conocimiento, y llegar a ser un buen ciudadano e incluía una mirada de futuro bajo una paradoja moral, “cuidar y corregir al joven, para no castigar al adulto” (Torres: 2005).

A finales del siglo XIX los jóvenes son presupuestados en la perspectiva de futuro, y aparece la moratoria social, como un espacio social asignado a los jóvenes para adquirir los conocimientos y las destrezas, que los incorpore al aparato productivo que surge con la segunda revolución industrial, este hecho marca la necesidad científica de conocer al joven, legado que decantara en la pedagogía y la psicología evolutiva.

Las sociedades apuestan entonces a otra perspectiva de joven, en la misma figura de futuro, el joven adquiere la importancia como ser educable, esto de alguna forma permitiría la diversificación de las fuerzas productivas más tecnificadas, lo que induce a reformular el papel que juega la familia con respecto de la crianza de los jóvenes, sin dejar de lado el esquema del siglo XIX con respecto de las desviaciones sociales.

En la década de los 90s posterior a la caída del muro de Berlín, surge el concepto jurídico del joven como sujeto de derechos, como mecanismo para atenuar la violencia y el abandono del Estado con respecto del crecimiento de los jóvenes en desventaja social, que mayoritariamente se encuentran en los países periféricos, donde se evidencia con mayor profundidad la polarización social, la violencia de estado, el desempleo entre otros.

En este sentido la preocupación por los jóvenes en América Latina aparece bajo la perspectiva de intervención de los sujetos en riesgo por lo tanto vulnerables a las "patologías" del sistema social como son la drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia, ligados con frecuencia a escenarios de violencia Aunque este modelo de intervención aún se mantiene en vigencia en estos últimos diez años se va construyendo un nuevo paradigma en torno a la comprensión de lo joven, juvenil y juventud, este mirar renovado permite visualizar a los jóvenes más allá de la perspectiva de la psicología evolutiva, y poner en consideración que los jóvenes son productores de cultura, por lo tanto proponen nuevas territorialidades, nuevos ritos,

producen objetos simbólicos, transforman los símbolos de la industria cultural, sumergidos en mucho más contradicciones de las que se afirmaban desde la visión institucional adultocéntrica. (Torres: 2005).

En este nuevo escenario es importante pensar a los jóvenes desde la cultura, la política, las nuevas tecnologías, incluso desde el consumo. Con los aportes de la sociología, la psicología social y antropología latinoamericana y de los movimientos sociológicos contemporáneos hacen pensar que el abordaje de la problemática de los jóvenes debe ser afrontada desde la construcción de culturas juveniles, en tanto construyen y deconstruyen ritos, símbolos (hábitos) que generan nuevas prácticas urbano-rurales y que plantean formas de producción cultural diversas y distintas a las que socialmente son aceptadas.

4.4. Situación social de los y las adolescentes en Michoacán

En Michoacán en 1990, el 36.5% de su población era joven, mientras que para 2030, se espera que esta proporción sea de 28.2%, lo cual implica una reducción de ocho puntos porcentuales. Lo anterior ejemplifica claramente la urgencia de invertir en la generación de capital humano en las y los jóvenes, de tal forma que el aprovechamiento del bono demográfico sea el óptimo, y convertir así a la población juvenil en el motor de la economía que permita consolidar la transición de México a un país desarrollado. (CONAPO:2015)

Con base en las proyecciones poblacionales del CONAPO, se estima que para 2015 la tasa de fecundidad en las mujeres de entre 15 y 19 años en la República fue de 0.066, mientras que en Michoacán fue de 0.060.

Para el grupo de 20 a 24 años en el país fue de 0.126 y en el estado de 0.123. Lo anterior demuestra que las estrategias de control de natalidad son más exitosas en el estado, comparado con la media nacional.

4.5 El embarazo adolescente como un problema de salud pública

La salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los pueblos, por lo que sus determinantes se originan en factores sociales, económicos y culturales, generacionales y de género, que se vinculan con el sector salud, pero su impacto trasciende del ámbito exclusivamente

médico, se lo considera como un problema social vinculado a la salud pública. (Romero, 2012)

Esto se evidencia al analizar los factores de riesgo del embarazo adolescente, los cuales abarcan las siguientes dimensiones:

4.5.1 Individuales

Dentro de esta dimensión se contempla el estado emocional general de los adolescentes, incluyendo su vulnerabilidad emocional, baja autoestima, ausencia de proyectos de vida, bajas aspiraciones educacionales, dificultad para controlar impulsos, carencia de compromiso religioso. (Romero, 2012)

Adicionalmente, se incorpora el elemento relacional, con padres, presentándose como un factor de riesgo la mala relación con los padres, la presencia de amistades permisivas en conducta sexual y el uso marginal de anticonceptivos. (Romero, 2012)

4.5.2 Familiares

Los elementos familiares que se consideran factores de riesgo están asociados a la presencia de los padres en el hogar y el estilo de autoridad ejercida por ellos, estableciéndose como factores de riesgo: la permisividad, comprendiéndola como falta de límites y orientación en las normas y educación familiares, la presencia de un estilo educativo caracterizado por grandes restricciones, falta de autonomía y libertad, la ausencia del padre, presencia de una madre poco accesible o ser hijo de una madre adolescente. También, se consideran los estilos violentos de resolución de conflictos (agresividad intrafamiliar) y carencias afectivas como factores relevantes. (Romero, 2012)

4.5.3 Sociales

Los elementos sociales están vinculados con la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales. Nuevamente, se vuelve importante tomar en cuenta los factores sociales que legitiman las conductas masculinas respecto a la sexualidad, tales como los ritos de iniciación

a la hombría al tener su primera relación sexual y la educación formal e informal en temas de sexualidad. (Romero, 2012)

Tanto los factores de riesgo, como las consecuencias del embarazo adolescente, responden a una problemática multisectorial que incide en la salud, (entendida como el bienestar biopsicosocial). (Romero, 2012)

El embarazo adolescente como problema de salud pública acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. (Menendez, 2010)

Quienes fueron padres durante la adolescencia experimentan implicaciones importantes en sus trayectorias de vida, en términos de un menor logro educacional alcanzado y una mayor inserción en el mercado laboral a edades tempranas, menor posibilidad de desarrollo en el trabajo, entre otros. (Madrid, 2005)

El embarazo adolescente como problema de salud pública se nota claramente en las/los adolescente que no acceden a planificación familiar, por diferentes factores de riesgo: individuales, familiares y sociales que contribuyen progresivamente a la falta de información de métodos anticonceptivos, controles prenatales, etc.

4.6 Características de los adolescentes vinculadas con la salud sexual y reproductiva

La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos, además que el embarazo prematuro conlleva un alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé.

Aunado a ello, el INEGI reportó que, en el último año en nuestro país, se registraron un total de nueve mil 748 nacimientos de madres menores de 15 años lo que representa un promedio de 26.7 nacimientos al día, ese panorama refleja que en México no ha logrado atender el tema de embarazos no deseados en adolescentes y ante lo que es urgente promover acciones en materia de salud sexual y reproductiva.

El ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes ha estado inmerso en el imaginario social como parte del no deber ser y ha “suscitado la oposición de grupos y/o individuos que se consideran autorizados para determinar lo que debe o no permitirse a estas personas”. No obstante, la sexualidad adolescente, a diferencia del acné, no se puede tapar ni controlar. Lo que sí se puede y se debe hacer es educar a este grupo.

Por eso mismo se identifican algunas actitudes, ideas y creencias características de la adolescencia que pueden influir en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de este grupo de población, en particular aquellas que tienen mayor relación con el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS.)

a) Falta de conocimientos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Esta es una base indispensable para que las personas puedan elegir con conocimiento de causa y actuar con responsabilidad. Al carecer de conocimiento suficiente con respecto al propio cuerpo, la manera como ocurre la reproducción, a los métodos anticonceptivos disponibles, a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, haciendo esto que los jóvenes adolescentes no reúnan las condiciones para tener un cuidado efectivo de la salud sexual y reproductiva.

b) Sobre el propio cuerpo:

Una de las preocupaciones comunes de este grupo es saber si su desarrollo corporal es “normal”. Las preguntas de la población adolescente expresan una necesidad de contar con mayor información al respecto, sobre todo para quienes se encuentran en la pubertad. Por ejemplo, no todas las púberes poseen la información suficiente acerca de la menstruación antes de que ésta se presente.

c) Acerca de la reproducción:

Para evitar un embarazo no planeado, se requiere tener conocimientos básicos sobre la manera como ocurre la reproducción, y sobre al menos un método para regular la fecundidad. La mayoría de los jóvenes adolescentes posee un conocimiento muy limitado respecto a este tema, en especial, en lo relativo a la ubicación precisa del

periodo fértil. Por lo regular, su información se limita a una serie de mitos e ideas erróneas sobre los días del ciclo reproductivo en los que es más probable que pueda producirse un embarazo.

d) Acerca de la metodología anticonceptiva.

Entre quienes están transitando por la adolescencia suele encontrarse alguna noción distorsionada sobre la forma de uso, el mecanismo de acción y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. En más de una ocasión estas ideas se adquieren de fuentes poco confiables (revistas populares, amistades, vecinos, amigos, etc.) Por ejemplo, pueden saber que existen las pastillas anticonceptivos, pero desconocen cuándo se las deben a tomar y que en ocasiones se les olvida tomársela una o más veces.

e) Acerca de las infecciones de transmisión sexual.

El conocimiento de los signos y síntomas de estas infecciones, así como de la manera de prevenirlas, son elementos que sin duda intervienen en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de este grupo. La falta de conocimiento para identificar si se padece una ITS, aunque, de hecho, la autoexploración del cuerpo no es una práctica aprobada y extendida socialmente, obstaculizada la posibilidad de detectar estos padecimientos y recibir tratamiento.

f) Sensación de invulnerabilidad frente al peligro.

En esta edad suelen existir un sentido de omnipotencia e invulnerabilidad frente al peligro, lo cual explica en parte los comportamientos de riesgo, como el exponerse a accidentes y a situaciones violentas. En la salud sexual y reproductiva, a pesar de conocer o enterarse de casos de personas que han vivido un embarazo no planeado o que padecen una ITS, el joven adolescente piensan que a ellos no les pasara, más aún cuando se combina con el uso de drogas y/o alcohol.

g) Temores a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos y actitudes de rechazo hacia la toma de medicamentos.

Este problema o característica se da en la población en general, pero en particular en el jóvenes adolescentes, circulan ideas erróneas acerca de los efectos secundarios

de los métodos anticonceptivos, las cuales desalientan su empleo. Algunas de las creencias que pueden impedir el uso de los métodos anticonceptivos modernos son la posibilidad de engordar, de que aparezca acné o manchas en la cara, o la idea de que “las hormonas” pueden interferir con el crecimiento. Por otra parte, entre adolescentes, más que en las personas adultas, con frecuencia se rechaza la toma de medicamentos, hay inconstancia para seguir los tratamientos y se tiene muy poca tolerancia a sus efectos colaterales.

h) Fantasías asociadas al embarazo y la vida en pareja.

En la posibilidad de que ocurra un embarazo temprano pueden influir, entre otros factores, tres características del proceso adolescente: la búsqueda de identidad, la definición de un proyecto de vida y la necesidad de separarse de los padres. El embarazo en la adolescencia está asociado con la exigencia de resolver el conflicto que impone el abandono del cuerpo y la identidad infantiles. Dejar la niñez enfrenta a las personas a nuevas tareas y responsabilidades que implican tomar decisiones que no eran necesarias en la infancia o que anteriormente eran tomadas por los padres u otras figuras de autoridad. Definir un proyecto de vida personal puede generar angustia, y una forma de tratar de resolverla es por medio de la maternidad/paternidad. En otras palabras, convertirse en madre o padre significa, para algunas y algunos adolescentes, una alternativa ante la angustia que representa tener que decidir qué estudiar, a qué dedicarse, en qué trabajar, en qué ocupar el tiempo libre, por ejemplo. De igual manera, en el embarazo suelen depositarse expectativas de vida en pareja y de mayor libertad e independencia respecto de los padres y del núcleo familiar. Hay adolescentes que ven en el inicio de la vida en pareja una vía para la adquisición de mayor libertad (por ejemplo, en cuanto a horarios y actividades), y, en muchos casos, la única posibilidad de iniciar la vida en pareja es a partir de un embarazo. Es importante considerar que la motivación para evitar o postergar un embarazo dependerá en gran medida de las opciones de vida que se perciban y que se tengan en la realidad. Por ejemplo, si una adolescente puede acceder a grados más elevados de escolaridad y si esta perspectiva le es atractiva, probablemente perciba la posibilidad de un embarazo temprano como algo indeseable y esté dispuesta a llevar a cabo acciones para evitarlo.

i) Sentimientos de culpa frente a las relaciones sexuales.

La falta de programación y la espontaneidad son elementos que pueden servir como “atenuantes” de la culpa frente al ejercicio sexual entre la población adolescente. Planear las relaciones sexuales puede ocasionar culpa si se considera que son algo censurable. El uso de algún método anticonceptivo implica cierto grado de premeditación, lo cual lo vuelve difícil de llevar a la práctica si el ejercicio de la sexualidad se percibe como algo indebido. La asociación del sexo con el concepto de pecado o con la transgresión de la norma se encuentra aun fuertemente arraigada, en especial si las relaciones sexuales se inician durante la adolescencia y fuera del matrimonio; más aún, si esto ocurre con la finalidad de obtener placer y desligado de la reproducción. En este contexto, las consecuencias indeseables de las relaciones sexuales, como un embarazo no planeado, un aborto inducido o el contagio de una infección, se pueden vivir como un castigo merecido; como la manera de expiar la culpa provocada por la realización de algo prohibido. Es importante que la y el adolescente perciban el ejercicio sexual como una práctica sobre la que se puede decidir y que se tiene el derecho de disfrutar, y no como algo que simplemente “ocurre”, o como un hecho que merece castigo.

4.7 Educación Integral de la sexualidad.

En México, la población adolescente de 10-19 años de edad representa 20.2% de la población total. En muchos ámbitos, este grupo etario constituye una población prioritaria, y también lo es en la salud sexual y reproductiva, dadas algunas características, (biológicas, psicológicas y sociales), lo que coloca en situación de vulnerabilidad.

En la actualidad, son muy pocos los jóvenes adolescentes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual, y este hecho las hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Para algunos individuos, la adolescencia puede estar marcada por una buena salud, circunstancias familiares estables, acceso a servicios sociales básicos,

entretenimiento y educación; sin embargo, para otros este periodo puede ser de alta vulnerabilidad por la pobreza, exclusiones, incorporación temprana a la vida laboral, estigmatización de la sexualidad, desconocimiento social de los adolescentes como titulares de derecho, especialmente en relación con los derechos sexuales y reproductivos, falta de asistencia a la escuela, condiciones de violencia doméstica o pública y otras situaciones que erosionan las redes tradicionales de seguridad e incrementan su vulnerabilidad.

adolescentes debe adecuarse a cada contexto y contener información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y adecuada a su edad. También debe brindarles oportunidades estructuradas, dentro y fuera del sector educativo, que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones y para elegir de manera informada la forma como desean conducir su vida sexual.

4.7.1. Concepto de educación integral de la sexualidad

En la actualidad existen varios términos distintos que expresan conceptos similares acordes con una educación integral de la sexualidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la educación de la sexualidad en los siguientes términos:

El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso.

Por su parte, la OMS señala:

La educación sexual debe buscar la promoción de la salud y el bienestar al igual que los derechos sexuales. Debe extenderse a todos los sectores, reconociendo que no todos los niños asisten a las escuelas. Se requieren abordajes diferentes en ámbitos distintos.

La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

Es posible afirmar que son varios los criterios que están generalmente presentes cuando se trata de la educación integral de la sexualidad, a saber:

- Está basada en la evidencia científica y ofrece información rigurosa, realista y sin juicios de valor.
- Se enmarca en los derechos humanos universales y en los derechos sexuales y reproductivos, con respeto por la pluralidad y la diferencia.
- Integra la perspectiva de género.
- Ocurre a lo largo del ciclo vital, adecuándose a las edades de los grupos y a los contextos de la educación formal y no formal
- Fomenta conductas saludables y la conformación de entornos seguros para el aprendizaje.
- Promueve cambios de actitudes, conductas y valores sobre la sexualidad humana.
- Ayuda, por medio del aprendizaje participativo, a que las personas aprehendan la información y refuercen sus habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de pensamiento crítico.
- Integra una visión global y positiva de la sexualidad humana que incluye el elemento del placer.
- Abarca múltiples dimensiones: físicas, psíquicas, sociales y culturales.
- Involucra a los grupos participantes en la planeación de las actividades a fin de considerar sus necesidades particulares y la heterogeneidad de cada colectivo.

Hay que tomar en cuenta que la adolescencia, por ejemplo, no es igual para todas las mujeres ni para todos los hombres. Las experiencias difieren según la familia y el estilo de vida individual, clase social, etnia, cultura, edad, preferencia sexual y creencias religiosas.

4.8. Métodos Anticonceptivos

Las actitudes de los jóvenes hacia la sexualidad generan comportamientos y responsabilidades, los cuales, algunas veces, pueden resultar riesgosos para la salud sexual y reproductiva.

Algunos de esos riesgos pueden inscribirse en problemáticas relacionadas a la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente, y el contagio con VIH u otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) a causa de relaciones no protegidas. Los encuentros sexuales ocasionales pueden implicar la no utilización de métodos de anticoncepción debido a la imprevisibilidad que los caracteriza, o a la falta de comunicación que hay en estas parejas ocasionales, entre otros factores.

En muchos países de Latinoamérica se hace cada día más evidente la ignorancia de la población en general sobre salud sexual y reproductiva, así como el nivel de desinformación sobre métodos anticonceptivos.⁵ A nivel mundial se estima que alrededor de 14 millones de niñas y mujeres menores de 20 años de edad quedan embarazadas cada año, muchos de estos casos los embarazos son no deseados y ocasionan graves riesgos de salud. Asimismo, entre dos y cuatro millones de adolescentes intentan realizarse un aborto cada año

Se debe tener en cuenta que los métodos anticonceptivos contribuyen en las decisiones sobre el control de la natalidad, número de hijos que se desean o no tener, y la prevención de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Son un factor clave para el progreso social, económico y político de una región.

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas. El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños

suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados. También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil.

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo, ya sea impidiendo la fecundación o inhibiendo la ovulación. No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas, ni que sea 100% seguro. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también lo hacen contra las ETS, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres. La selección de un método debe basarse en las necesidades y en las preferencias de cada individuo. Es importante ofrecer una variedad de métodos, y la persona debe elegir el método en forma voluntaria, basándose en una buena información.

En la actualidad la anticoncepción se plantea como una manera que tienen las mujeres y los hombres de poder elegir si tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos, y así, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. En el año 2009, con la sanción de la Ley Nacional 26485 se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

A medida que la población se concientiza más respecto del VIH y otras ETS, las decisiones relativas al uso de anticonceptivos han empezado a tener en cuenta la necesidad de utilizar los métodos de barrera. Aproximadamente 32,1% de las infecciones por VIH en el mundo ocurren en personas menores de 25 años según la OMS.

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos, a saber:

1. Métodos Naturales

- a) Abstinencia sexual según la temperatura basal, Método Rítmico

- b) Abstinencia en la mitad del ciclo, (método de Ogino-Knaus)
 - c) Coito Interrumpido
 - d) MELA- Amenorrea por lactancia
2. Métodos de Barrera
- a) Preservativo masculino o condón.
 - b) Preservativo femenino
 - c) Diafragma
 - d) Espermicidas
3. Métodos Hormonales
- a) Anticonceptivos orales
 - b) Anticonceptivos inyectables
4. Dispositivo intrauterino
5. Métodos de esterilización quirúrgica
- a) Ligadura tubaria bilateral
 - b) Vasectomía

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método; hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido.

4.8.1 Naturales

Son métodos anticonceptivos basados en la abstinencia del coito vaginal en los días fértiles de la mujer para evitar un embarazo no buscado.

Método del Ritmo o del Calendario: (método de Ogino-Knaus) implica llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil. La presunción de fertilidad está dada porque la ovulación ocurre en promedio entre los días 14 a 16 del ciclo, pero también debe considerarse que los espermatozoides pueden permanecer en el conducto cervical hasta 7 días después del coito y el óvulo tiene capacidad fecundante durante 24 horas. La abstinencia sexual debe realizarse desde 5 días antes de la ovulación, hasta dos días después de la misma.

EFECTIVIDAD: si se realiza correctamente 80%.

VENTAJAS: no presenta efectos colaterales, ni riesgo para la salud.

DESVENTAJAS: esfuerzo de evitar las relaciones sexuales los días fértiles, trabajo de tomarse la temperatura todos los días y que no ofrece protección para las enfermedades de transmisión sexual.

Método de la Temperatura Basal: la predicción de la ovulación se efectúa controlando los cambios en la Temperatura Corporal Basal de la mujer. La temperatura debe tomarse en condiciones basales, es decir en ayunas, antes de levantarse, en forma diaria durante 5 minutos. La temperatura disminuye previo a la ovulación y se incrementa el día de la ovulación permaneciendo así varios días.

EFECTIVIDAD: 80% si se realiza correctamente.

VENTAJAS: no presenta efectos colaterales, ni riesgo para la salud.

DESVENTAJAS: esfuerzo de evitar las relaciones sexuales los días fértiles, trabajo de tomarse la temperatura todos los días y que no ofrece protección para las ETS.

Coito Interrumpido (coitus interruptus): consiste en que durante la relación sexual el pene debe ser retirado prematuramente de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Este método no es muy recomendado porque el líquido preseminal que segrega el pene cuando comienza a estar erecto suele contener espermatozoides que pueden provocar embarazo.

EFECTIVIDAD: 76%

VENTAJAS: es gratuito, está siempre disponible y puede ser usado por personas que tienen objeciones.

DESVENTAJAS: no previene el contagio de ETS y puede provocar frustración sexual.

Método de la Amenorrea por Lactancia (MELA): es un método anticonceptivo natural, temporal y que puede ser utilizado por las mujeres que amamantan. El mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Puede ser un método muy eficaz siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios: que la mujer esté en amenorrea, con lactancia exclusiva y que el niño tenga menos de 6 meses.

EFFECTIVIDAD: 98 % en los primeros 6 meses si se cumplen estrictamente los criterios.

DESVENTAJAS: no protege de las Infecciones de Transmisión Sexual.

4.8.2 De barrera

Preservativo masculino o condón: es una funda o vaina de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y de esta manera impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Se debe utilizar durante toda la relación sexual. Suele llevar en su extremo distal cerrado un pequeño reservorio que sirve de depósito del semen. Sirve también para prevenir el contagio de Enfermedades de Transmisión sexual (ETS).

EFFECTIVIDAD: según la Organización Mundial de la Salud si se usa adecuadamente tiene una efectividad del 98%, la cual disminuye a un 85% si se utiliza incorrectamente.

VENTAJAS:

- Es accesible, de bajo costo y no se necesita prescripción medica
- No tiene efectos secundarios
- Puede ser utilizado como método anticonceptivo complementario
- Protege contra las ETS.

DESVENTAJAS:

- Es necesario una buena colocación para su efectividad sea alta
- Puede atenuar la sensación sexual en el hombre
- No puede ser utilizado si se tiene alergia al látex

Preservativo o Condón femenino: es una vaina o funda flexible de poliuretano auto lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee en ambos extremos dos anillos flexibles, uno interno que se coloca dentro de la vagina semejando un diafragma y que mantiene el preservativo en posición adecuada y otro externo que cubre los labios.

EFFECTIVIDAD: 90 % si se usa de manera correcta y sostenida y del 79% si es usado sin los cuidados que requiere.

VENTAJA: es eficaz en la prevención de las ETS.

DESVENTAJA: requiere adiestramiento para su colocación.

Diafragma: es un dispositivo anticonceptivo que consiste en una pieza flexible y fina con forma de disco, a la que se le agrega crema o gel espermicida, que se coloca en el cuello uterino impidiendo la entrada del espermatozoide e inutilizando los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Puede ser colocado de 2 hasta 6 horas antes del coito.

EFFECTIVIDAD: es eficaz cuando se utiliza correctamente y asociado a cremas o jaleas espermaticidas. Su eficacia anticonceptiva es alrededor del 82 % usado correctamente.

INCONVENIENTE: alergia al látex, infecciones genitales, requiere medición para su selección y requiere adiestramiento para su colocación.

Espermicidas: son sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides. Se utilizan para incrementar la efectividad de otro método, como el preservativo y el diafragma. Se presentan en varias formas farmacéuticas: óvulos, espumas, jaleas y cremas. El principio activo más frecuente es el monoximil 9 al que algunas personas son alérgicas.

EFFECTIVIDAD: 70 %usado correctamente.

INCONVENIENTES: no protege contra las ETS.

4.8.3 Hormonales

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan alterando el modelo hormonal de la mujer, impidiendo la ovulación mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis- gonadal o inhibiendo el ascenso de espermatozoides por modificación de la composición del moco cervical.

Los anticonceptivos hormonales se clasifican:

a) Según su composición

- Anticonceptivos hormonales combinados: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).
- Anticonceptivos hormonales sólo de Progestágenos: compuesto por un derivado de la progesterona similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

a) Según el mecanismo anticonceptivo

- Anovulatorios: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- No Anovulatorios: actúan produciendo cambios en el moco cervical.

a) Según vía de administración: orales, inyectables, parches e implantes.

Anticonceptivos Combinados Orales (ACO): existen muchas presentaciones que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados.

MONOFÁSICOS: se componen de un estrógeno (etinilestradiol) más un progestágeno que están presentes en la misma dosis en todos los comprimidos.

TRIFÁSICOS: forma combinada de estrógenos y progestágenos a distintas dosis según los comprimidos, asemejándose más al ciclo fisiológico de la mujer.

EFFECTIVIDAD: 99% si se usa de manera correcta y sostenida, de lo contrario disminuye la eficacia al 92%

VENTAJAS: disminución del flujo menstrual y protección frente al cáncer de endometrio y ovario.

DESVENTAJAS: cefalea, sangrado intermenstrual, aumento de peso, disminución del deseo sexual e hipertensión.

Anticonceptivos hormonales sólo de Progestágenos (Minipíldora): contiene únicamente progestágeno sintético (progestina) sin estrógenos. Inhiben la ovulación

en aproximadamente un 50% de los ciclos menstruales, pero su efecto anticonceptivo más importante está basado en su capacidad de hacer más grueso e impenetrable el moco cervical, reduciendo la posibilidad de penetración del espermatozoide.

EFECTIVIDAD: 97% si se usa correctamente.

VENTAJAS: se recomienda en la mujer que está amamantando debido a que no afecta la producción de leche.

DESVENTAJAS: cefalea, mastalgia, aumento del crecimiento del vello corporal y cambios de humor.

Anticonceptivos hormonales Inyectables: pueden contener estrógeno más progestágeno (mensual) o una forma sintética de progesterona denominada Medroxiprogesterona que se administra cada 3 meses.

EFECTIVIDAD: 99% si se usa correctamente.

INCONVENIENTES: aumento de peso, sangrados irregulares, disminución del deseo sexual y depresión.

Dispositivo intrauterino: es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina.

Hay dos tipos de DIU:

- Medicado con cobre, que son los más utilizados actualmente. El cobre actúa directamente sobre los espermatozoides afectando los procesos fundamentales que deben sufrir para poder fecundar al óvulo (motilidad principalmente, capacitación y actividad espermática) y a nivel de cuello uterino produce cambios en el moco cervical, generando un moco hostil que evita que los espermatozoides asciendan al útero.

EFECTIVIDAD: 98%

DESVENTAJAS: aumento del sangrado menstrual, dolor pelviano, leucorrea y no previene las ETS.

- Medicado con un progestágeno (levonorgestrel), también se lo llama SIU (Sistema de Liberación Intrauterina) que está indicado especialmente en las mujeres que tienen menstruaciones muy abundantes. Actúa suprimiendo el crecimiento del endometrio (revestimiento de la cavidad uterina).

EFFECTIVIDAD: 99%

VENTAJAS: disminuye los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis.

DESVENTAJAS: leucorrea y no previene las ETS

4.8.4 De esterilización quirúrgica

La Ley Nacional 26130 de Contracepción Quirúrgica sancionada en el año 2006 establece que todas las personas capaces y mayores de 18 años pueden acceder a la ligadura tubaria y a la vasectomía.

Ligadura Tubaria: es un método anticonceptivo permanente y en general no es reversible. La oclusión bilateral de las trompas de Falopio evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

EFFECTIVIDAD: 99,5 %

VENTAJAS: no tiene efectos secundarios a largo plazo, no interfiere en la producción de hormonas y no provoca alteración en la menstruación. DESVENTAJAS: no protege contra ETS.

vasectomía: es un método anticonceptivo para el hombre y en general es irreversible. A partir de la ligadura de los conductos deferentes se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal. Se eyacula semen, pero este no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo. Demora tres meses en actuar, por lo cual debe utilizarse otro método anticonceptivo durante los 3 meses posteriores a la vasectomía.

EFFECTIVIDAD: 99,5 %

VENTAJAS: no interfiere con el desempeño sexual masculino y no tiene efectos colaterales a largo plazo.

DESVENTAJAS: no protege contra ETS.

Una característica predominante de la población estudiantil universitaria es su juventud, pero no podemos hablar de un solo tipo de joven estudiante sino más bien de los jóvenes estudiantes, concepto cambiante, atendiendo a las transformaciones sociales y culturales que ocurren. Si bien los estudiantes universitarios comparten de manera heterogénea y diversa buena parte de su tiempo en un espacio institucional universitario, fuera de él se disgregan y se expresan en múltiples experiencias culturales. Estos espacios se conforman en distintos ámbitos sociales y culturales influidos por los medios de comunicación, la convivencia entre pares y la familia de procedencia. La sexualidad y la salud reproductiva son fundamentales en la vida de los y las jóvenes, al constituir una parte esencial de su ser e interrelacionarse y afectar otras esferas como son la emocional, física, intelectual y social.

En nuestro país es frecuente que los jóvenes tengan relaciones sexuales sin protección, hecho que los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros y ETS.

La comunidad estudiantil es una quimera de formas de ser, vivir y sentir la sexualidad, y el ejercicio de ésta, tiene manifestaciones múltiples y diversas. Tienen a su alcance conocimientos científicos modernos, pero al mismo tiempo marcado por las tradiciones y prácticas del discurso religioso de los diferentes credos, mitos, prohibiciones y falsas creencias que explican el sincretismo presente en la vida de muchos jóvenes, con escasa información que les impide una vivencia subjetiva de la sexualidad responsable y placentera.

5. FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sombrío, al igual que el futuro del niño y la relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre

tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social.

“Según diversos estudios, el embarazo precoz es cada vez más frecuente. Se trata de un problema de prioridad para la salud pública por el alto riesgo de mortalidad que suele presentar. Los bebés de madres adolescentes, por lo general, presentan bajo peso al nacer y suelen ser prematuros.”

Es común que el embarazo precoz sea condenado a nivel social y familiar. La adolescente embarazada es vista como “culpable” de una situación “indeseada”, por lo que suele ser discriminada y no cuenta con el apoyo que necesita. Por eso, los especialistas insisten en que la madre precoz debe contar con la asistencia de la familia y ser acompañada en las visitas a los médicos y en los cuidados.

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

“La joven corre el riesgo de desarrollar algunas complicaciones en su salud como: anemia, preeclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.” Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

“La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.”

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo

- Consumo habitual de alcohol y tabaco después de las primeras semanas de embarazo.
- Edad menor a 14 años
- Intervalo entre embarazos inferior a 2 años.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a talla)
- Problemas en un embarazo previo.
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios

Los factores de riesgo son “variables que pueden afectar negativamente el desarrollo personal” (Andreas Hein, 2001.p.2). Están asociados con aumento de la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Estando presente alguno o varios de dichos factores en la vida de determinado individuo, puede o no comprometerse y asumir conductas de riesgo que dificultarían el logro del normal desarrollo que se espera para transitar hacia la etapa adulta con la madurez necesaria.

5.1. Individuales:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

5.2. Biológicos

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

5.3. Psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

5.4. Sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su

nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freud, Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.

2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

5.5. Familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas

socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

5.6. Otro riesgo de las relaciones sexuales a temprana edad: las enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), constituyen un problema de salud pública. Más del 60,0% de las infecciones nuevas se producen en jóvenes menores de 24 años, y un tercio de éstas se desarrollan en adolescentes con vida sexual activa. Las consecuencias son siempre nocivas y fatales: comprometen la fertilidad, la relación de pareja y el vínculo sexual, incluso hasta la vida, como es el caso de los virus VIH y HPV, agentes etiológicos del SIDA y del cáncer cervicouterino, respectivamente. (R. Molina, J. Sandoval, E. González .2004. p.67)

Las ETS son una serie de infecciones provocadas por distintos agentes patógenos, transmitidas sexualmente, aunque también pueden adquirirse por otras vías de índole no sexual. En la adolescencia, (Molina (2004, p.60) las condiciones fisiológicas favorecen el desarrollo de las ETS. Desde el punto de vista biológico, el organismo se expone por primera vez a la mayor parte de estos gérmenes patógenos. No hay memoria inmunológica, por lo que existe un estado de relativa inmadurez inmunológica.

Entre los factores que inciden en la aparición de las ETS, los señalados como de alto riesgo: “el inicio precoz de la actividad sexual, más de una pareja simultánea y/o sucesiva en un período inferior a tres meses, se vinculan directamente al comportamiento sexual. Entre factores favorecedores de las ETS se destacan: ETS coexistentes, la presencia de síntomas en la pareja, el uso de alcohol y drogas y un estilo de vida promiscuo (Molina, Sandoval & Gonzales, 2004.p.56).

5.7. Infecciones de transmisión sexual virales

Según Molina (2004, p.78), éstas son de dificultosa identificación, poseen una transformación desde un proceso infeccioso a neoplásico, por la capacidad del virus de incorporarse y modificar el genoma de la célula huésped. Las ETS por ser enfermedades contagiosas implican a terceros y tienen consecuencias relativas a la

pareja y el embarazo. Las ETS virales se pueden diferenciar en las que principalmente tienen manifestaciones generales como el SIDA, la hepatitis B, y el citomegalovirus, y aquellas que tienen manifestaciones predominantemente genitales como son el herpes genital y el virus del papiloma humano (HPV).

5.7.1. Herpes genital.

El herpes genital es causado por el virus herpes simples (HSV). El HSV pertenece a la familia del herpes virus humano que incluyen ocho tipos de virus, entre los que se distinguen el HSV1 Y EL HSV2, ambos agentes etiológicos del herpes genital. Dentro de los factores de riesgo se destacan: ser de sexo femenino, de raza negra, y pertenecer al estrato socioeconómico bajo. Todos los factores vinculados a la conducta sexual son factores de alto riesgo. Los de mayor importancia corresponden al inicio precoz de las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, promiscuidad, práctica del sexo urogenital

5.7.2 Virus papiloma humano (VPH).

Produce una agresión en el tejido cervical y se manifiesta por una reacción que va desde la infección asintomática hasta su máxima expresión, el carcinoma. El VPH tiene la singularidad de infectar solo la piel y las mucosas; en el tracto ano genital inferior del hombre y de la mujer. Se producen, luego de la infección, diversas modificaciones correlacionadas al tipo viral, como son las lesiones infecciosas con o sin displasias y el carcinoma de cuello uterino. Los factores de riesgo que se vinculan hacen alusión al comportamiento sexual; donde las múltiples parejas, el inicio temprano de las relaciones sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual, raza, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, e higiene deficitaria, son los factores más frecuentemente implicados.

5.7.3 Hepatitis B.

Esta enfermedad es producida por el virus de la hepatitis B (HBV) que es un Hepadnavirus de estructura compleja. La vía de transmisión es primordialmente por vía parenteral, vertical y sexual.

5.8 Infecciones de transmisión sexual no virales

5.8.1 Sífilis.

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa remediable en etapas tempranas. El agente causal es el *Treponema Pallidum*. Esta enfermedad implica a ambos sexos, con una leve predominancia en el sexo masculino. Los grupos mayormente afectados son los de nivel socioeconómico bajo, aquellos que tienen un comportamiento sexual promiscuo, hábitos higiénicos deficitarios y son portadores de otras enfermedades de transmisión sexual. La vía sexual es la más frecuente. El contagio a través de la vía sexual se produce por contacto directo (sexo genito-genital, sexo genito-anal, sexo oral, manipulación genital y anal). Se transmite desde un individuo enfermo con una lesión activa, a otro sano con la piel o mucosa previamente lesionada. Se manifiesta a través de un chancro sifilítico, que es una erosión húmeda, de borde indurado y la base está recubierta de un exudado transparente. Es asintomático excepto cuando se sobre infecta o se localiza en el meato uretral y en los dedos. (Molina, Sandoval & Gonzáles .2004. p.60).

5.9 Infecciones de transmisión sexual productoras de infecciones en el tracto genital superior e inferior.

El inicio de la actividad sexual en la adolescencia favorece la infección genital del tracto genital superior. Los gérmenes de transmisión sexual 169 habitualmente involucrados son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. Con alta frecuencia estos patógenos dan origen a la enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIPA). El daño de esta entidad es muy importante y puede alterar la esfera sexual y reproductiva de ambos sexos. En la mujer las secuelas se declaran como dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico. (Molina, Sandoval & Gonzáles 2004.p.64).

5.9.1 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH / SIDA).

El VIH/SIDA, es amenaza cierta para quienes practican el sexo desprotegidos. En diversos países se realizan esfuerzos para que los jóvenes internalicen el riesgo del SIDA. Datos aportados por diferentes estudios en España proporcionados en prevención de ETS, señalan que entre el 20,0% y el 40,0% de jóvenes no utilizan el

preservativo y cuando lo hacen es para prevenir el embarazo. Lo mismo se repite en otros países.

Si en el pasado se consideraba que el riesgo de contraer SIDA era mayor en las relaciones homosexuales, los datos actuales muestran que la transmisión del SIDA por vía heterosexual se ha convertido en uno de los mecanismos más seguros de transmisión del virus. (OMS,2003b).

Por las razones expuestas, se considera necesario un cambio conductual hacia la triple prevención: embarazos no deseados, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

5.10. Infección por VIH/SIDA en la adolescencia.

La infección por VIH en el adolescente es aquella que ocurre después de los 13 años de edad. En un mundo en el que la población es joven, los adolescentes y los jóvenes son los más vulnerables a la infección por el VIH. Se estima que alrededor del 60% de las infecciones nuevas por VIH se producen en jóvenes entre los 15 y los 24 años. El principal factor de riesgo en la transmisión del VIH entre los jóvenes (al igual que en los adultos) es el sexo no protegido. Los adolescentes no conocen o no tienen conciencia de los riesgos unidos a la actividad sexual, como la infección por VIH y otras enfermedades que se transmiten por esta vía. La otra gran vía asociada a la infección en adolescentes está vinculada a la infección intravenosa. (Molina, Sandoval & González 2004.p.68)

Los jóvenes son vulnerables a la transmisión sexual del VIH tan pronto como empiezan a tener relaciones sexuales (dependiendo de la prevalencia de la infección por el VIH existente en determinados país o región) sin protección. La infección con el virus del SIDA se puede producir mediante relaciones sexuales no protegidas por vía vaginal, anal u oral con una pareja infectada. (Molina 2004)

“Las ETS que producen úlceras genitales (como el herpes genital, chancroide, sífilis) aumentan la cantidad de células en las secreciones genitales y 171 además permiten un acceso directo del virus al torrente circulatorio, aumentando así la contagiosidad. Otras ETS, como la infección por clamidias, gonorrea, tricomoniasis, candidiasis,

aumentan la cantidad de los fluidos genitales y su contenido de células, lo cual también puede aumentar la transmisibilidad del virus.” (Molina, 2004.p. 322).

Por último, según el mismo autor, la ulceración de las mucosas, inflamación, exudación y el trauma en caso de violencia sexual o cuando las mucosas están secas, aumentan la eficiencia de la transmisión del virus. A veces, las personas que presentan algunas ETS a menudo reportan conductas de alto riesgo, como por ejemplo múltiples contactos sexuales con múltiples parejas.

5.11. Factores protectores del embarazo adolescente.

A lo largo del ciclo vital y producto de una vida rica en influencias culturales y sociales, el ser humano se expone constantemente a factores que pueden atentar contra la integridad del sujeto, los denominados factores de riesgo expuestos con anterioridad, o bien, estar sujeto a factores protectores que favorezcan una buena conducta en el individuo. De esta manera, específicamente en las mujeres adolescentes, se destacan como posibles factores protectores, aquellos que se dan al interior del núcleo familiar como es el caso de una adecuada comunicación e instauración de normas, o factores protectores externos al núcleo familiar que tienen relación con la educación formal, el acceso fácil a una adecuada salud.

De este modo, las mujeres adolescentes que permanecen en el sistema educacional tienden a retrasar el primer embarazo, a utilizar métodos anticonceptivos y cuidar de mejor manera a sus hijos (Evans y Rosen, 2000 citado en Barahona, Pacheco & López, 2007). Debido a que la educación tendría relación con mayor instrucción, no sólo en lo específicamente sexual, sino también en lo relativo a la existencia de programas de educación sexual (Molina.2007).

Sin embargo, pareciese ser que una adecuada educación no basta para aquello, sino más bien es necesaria la existencia de un conjunto de factores que protejan a las adolescentes y las encaminen a tomar decisiones que apunten a un mayor auto cuidado. Es por esto por lo que resulta interesante ahondar en lo que plantea Barahona, et al. (2007-9, al describir que la existencia de proyectos de vida o

planificación futura, se constituyen como factores protectores en la adolescencia. Debido a que las jóvenes desarrollan una capacidad para poder anticipar las consecuencias de sus actos presentes en el futuro; pudiendo predecir que posiblemente el dar a luz implique coartar su libertad.

La familia debiese ser también portadora de factores protectores. Entre los que se incluyen el involucramiento paterno, una actitud constantemente preocupada y cariñosa de los padres frente al estudio de los hijos y las expectativas positivas frente al rendimiento escolar de los hijos, en donde se valoricen los logros, los esfuerzos del joven y se busquen alternativas de soluciones cuando surjan problemas. Para esto, es preciso mantener una buena calidad en la comunicación entre padres e hijos, para inducir una buena percepción de los jóvenes acerca de la cercanía con sus padres. Por otra parte, la existencia de normas establecidas claramente al interior de una familia favorece un clima adecuado y alejado de factores riesgosos para los adolescentes, es decir, cuando en la familia se fijan límites, se mantiene un sistema de recompensas y castigos claros, se mantiene una comunicación verbal y no verbal, se moldean valores y conductas importantes. De esta manera, Molina cree que se genera un factor protector, y a la vez se cumple con brindar apoyo y ser guía para el crecimiento y desarrollo de todos los aspectos del desarrollo infantil, ya sean cognitivos, morales, emocionales, espirituales, sexuales, culturales o educacionales. (Molina, 2011).

El apoyo social es otro de los factores protectores, el cual está íntimamente ligado al nivel educacional de los padres, ya que, a mayor nivel educacional, mayor percepción de apoyo familiar tienen los jóvenes. Ya que cuando los padres se preocupan por el bienestar físico, psicológico, espiritual y cultural de sus hijos, por saber quiénes son las amistades de ellos, por averiguar con quienes asisten a fiestas, por alejarlos de las amenazas externas provenientes del medio natural o de grupos e instituciones que representen peligro, se genera una menor frecuencia de conductas de riesgo. Sin embargo, debido a las actuales condiciones culturales donde los padres se encuentran menor tiempo en sus hogares, el nuevo rol de ellos es prepararlos para que adopten medidas de autocuidado y para que sean capaces de velar por su seguridad física y psicológica. (Florenzano y Valdéz (2005)

En cuanto a las escuelas y medios de comunicación masivos, se puede desprender que se constituyen como factores protectores, en la medida en que se preocupen por la difusión y educación de conductas responsables en términos de auto cuidado y en específico, en el ámbito sexual. Además, la participación de los jóvenes en alguna agrupación de fe o agrupaciones deportivas se consideran también factores protectores ya que proporcionarían un sentido claro en la vida de los jóvenes y favorecería el retraso en el inicio sexual y en la prevención de conductas riesgosas para el adolescente. (Barahona et al (2007).

Por las repercusiones sociales que tiene, en todas las latitudes, el embarazo adolescente ha acaparado la atención de especialistas de todo el mundo (Gaviria.2000) ya que los estudios demuestran que las niñas que quedan embarazadas tempranamente tienen menores posibilidades de completar sus estudios secundarios, de insertarse laboralmente, de casarse y, finalmente, tienden a reproducir la pobreza en ellas y en sus hijos.

5.12. Factores de riesgo durante etapa de gestación

Como factores de riesgo en una adolescente embarazada, tiene que ver primeramente con la salud, costumbres y hábitos de esta, lo cual debe propiciar un ambiente crítico para el desarrollo del feto dentro de ella. A causa de la edad, se debe llevar un debido cuidado prenatal, además de una buena nutrición, para evitar complicaciones a futuro, tanto para la madre como para el niño. “Determinados factores parecen ser de enorme importancia a la hora de valorar los riesgos de que un embarazo evoluciones mal” (Niswander, 2013)

- Las que se encuentran en probabilidad de tener un hijo con algún problema médico son las mayores de 36 y menores de 16 años. Se puede prever un peso menor tanto en el bebé, y especialmente las adolescentes.
- La inasistencia a los controles prenatales origina un riesgo mayor de que se rompan las membranas amnióticas antes de tiempo, teniendo como resultado un bebé prematuro y de bajo peso.
- A causa de las enfermedades que la madre pueda tener, como diabetes o alguna enfermedad venerea y no lleve un control prenatal, puede conducir que él bebe pueda nacer con algún problema o deficiencia.

- Las adolescentes deben llevar una alimentación balanceada y nutritiva, como un efecto considerable en la salud del bebé; mediante su alimentación diaria debe ingerir por medio de sus alimentos vitaminas, minerales y en especial ácido fólico para reducir la incidencia de un tipo de defecto como la espina bífida
- El consumo de drogas o alcohol perjudica el desarrollo del feto, lo que como resultado se presentan abortos, alteraciones en el crecimiento, malformaciones, problemas respiratorios o cardíacos, microcefalia, anomalías neurológicas o urogenitales etc.
- Las infecciones que suelen tener las embarazadas es la toxoplasmosis, la rubéola, el citomegalovirus, el herpes y la sífilis.

Hay una serie de factores de riesgo prenatales que complican el desarrollo óptimo del feto durante el embarazo y de igual manera a la hora de alumbrar lo que genera complicaciones, poniendo en riesgo la vida del bebé como la mama, por no llevar un debido control de esta.

6. LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y PANORAMA EN EL MUNDO

6.1. Trascendencia de la educación sexual

La educación para una vida sexual más plena, libre de efectos no deseados, tales como embarazos de niñas adolescentes, menores que, si bien tienen la madurez biológica para concebir hijos, aún no han alcanzado su plena madurez como personas capaces de elegir y llevar adelante un proyecto de vida, así como la exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre las que se cuenta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) como la más devastadora y que causa numerosas muertes en el mundo (25 millones desde 1981. OMS); esta educación constituye un desafío en todo el mundo y da lugar a controversias que adquieren carácter ideológico y connotaciones políticas que complejizan llegar a acuerdos entre las distintas posiciones en cada país.

La educación sexual, por su propia naturaleza, ha sido históricamente tema de debate en las diferentes épocas y en las distintas sociedades. Parece ser que una razón profunda de tales controversias tiene que ver con la perpetuación de la especie, como resultado de la actividad sexual. También con la historia del patriarcado que ha concebido a la esposa como un objeto de propiedad del varón y la relación sexual

como expresión de dominación del hombre sobre la mujer. El descubrimiento de la relación entre sexo y reproducción originó la subordinación forzosa de los intereses reproductivos femeninos a los masculinos. (Tort, M, 2007, p. 35). Se entronca así, esta función biológica, con los temas valóricos y religiosos.

6.2 La educación sexual en el currículum escolar

La educación sexual a los adolescentes, como parte del currículum escolar, es una tarea asumida hace pocos años en los diferentes países. Tradicionalmente, se ha dado por establecido que este tipo de educación se debe dar en la familia, como parte de su responsabilidad natural.

No obstante, los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianidad de la vida. Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado. En cambio, aquellos programas donde se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad.

La historia de la educación sexual y su instalación en los diferentes países, es la historia de las fuerzas políticas, desde conservadoras a progresistas, que han tratado de frenar, prohibir, limitar la enseñanza de la sexualidad a través de los sistemas educativos formales, por un lado, y las tendencias progresistas que han pugnado por poner los conocimientos científicos producidos en este campo, a disposición de los jóvenes desde los primeros años de escolaridad, reconociendo que así se complementa la tarea de la familia en este aspecto de la vida humana. Se puede considerar que todas estas posiciones son legítimas y se relacionan con el esfuerzo por construir un determinado modelo de sociedad, así, es posible señalar que lo

sexual, en este sentido, no es neutro ni ajeno al quehacer mismo de la política. (Instituto Nacional de la Juventud. 2009, p.24).

El resultado de tales pugnas de tipo ideológico ha conducido a la generación de programas de estudio diversos, heterogéneos, en cuanto a los contenidos teóricos y a los objetivos, todo ellos normados por diferentes instrumentos legales en cada país. (Navarro, I.1990, p.1).

6.3 Reseña histórica de la educación sexual en Europa

A continuación, se presenta una reseña de las tendencias y orientaciones de los programas de educación sexual en diferentes países.

6.3.1. Educación sexual en Suecia

A nivel mundial, Suecia es considerada como país pionero en introducir la educación sexual en las escuelas. En una escuela de niñas se realizó la primera conferencia sobre sexualidad, que fue organizada por la primera mujer médico del país en 1897. Pasaron algunos años, hasta que en 1905 el sindicato Sueco de Profesores solicitó a las autoridades que la educación sexual se entregara en las escuelas. Los médicos estaban preocupados por las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que verificaban año a año. Elise Ottensen Jensen funda la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) en 1933 y, es una de las fundadoras de la Federación Internacional de la Paternidad Planificada (IPPF). Ella se refirió a la educación sexual como un elemento clave en un programa social y económico extensivo para la igualdad y la educación. Ella y la RFSU tuvieron una enorme influencia social, desde el mismo momento de su fundación, siendo protagonistas e impulsoras de la educación sexual en su país. La RFSU tuvo gran influencia incluso en otros países (U. López, citado en Navarro.Y.1990, p. 2). Según Lindahl (1997, op.cit.), presidenta de la RFSU, los tres puntos principales del programa son los siguientes: a) información gratuita sobre contraceptivos y acceso gratuito a ellos; b) legalización del aborto, sujeto a ciertas restricciones; c) educación de la sexualidad en las escuelas para alumnos de todas las edades, comenzando en primero de educación primaria (niños de 7 años). Estos han sido y siguen siendo los pilares básicos de la educación sexual en el mencionado país. Se ha agregado la aceptación de la homosexualidad como un elemento específico

Luego, en 1957 en Suecia se publica el primer manual oficial de educación sexual. Un grupo de profesionales, en 1966, rechaza dicho manual por considerarlo moralizante y cargado de intencionalidad política y elaboran otro manual llamado Sampell. En él reivindican, entre otros aspectos, el derecho al placer y al conocimiento de técnicas anticonceptivas. Diez años después, en 1976 una comisión estatal hizo una evaluación de la educación sexual en el país y detectó una serie de vacíos en el modelo existente. El informe evaluativo confirmó que la educación sexual era demasiado biologicista y se destaca el ineludible papel que juegan en la sexualidad las emociones y la sociabilidad, considerándolas dimensiones fundamentales de la personalidad. A la vez, se enfatiza el derecho a una sexualidad vivida en un contexto de tolerancia y de valores éticos que permitan libertad de elección a las personas. Como producto de estas reflexiones, en 1977 se publica un nuevo manual que recoge las necesidades anteriormente enunciadas.

Conforme a lo señalado por Elman (citado en Navarro, Y.1990, p.3), los logros de la educación sexual en Suecia, según este mismo informe, parecen indudables: se ha logrado mejorar el nivel de información de toda la población, no ha aumentado el número de embarazos no deseados, al contrario de lo que ocurre en otros países occidentales, y han disminuido las enfermedades de transmisión sexual. El citado autor también señala que, a pesar de contar con un manual de referencia, casi un tercio de los profesores señala estar faltos de información y carentes de recursos para abordar la tarea en el aula, esta situación se repite en, prácticamente, todos los países. La investigadora que suscribe opina que esta situación se produce, en los docentes, por inseguridades de su propia formación como personas maduras, en temas tan vitales para la vida humana como es la sexualidad.

6.3.2. Educación sexual en Francia

El aborto es legal desde 1975; en el año 2001 se modificó la ley ampliando el plazo para llevarlo a cabo hasta las doce semanas y se autorizó la operación en menores sin permiso paterno. También se facilitó el acceso a anticonceptivos y se implantó la educación sexual en los colegios, lo cual no ha evitado que Francia sea el segundo

país europeo en número de abortos, tras Reino Unido ([www.larazon.es/la-ley-Aido-fracasa-en Francia.2010](http://www.larazon.es/la-ley-Aido-fracasa-en-Francia.2010)). El estudio, titulado «Evaluación de las políticas de prevención de embarazos no deseados y de apoyo a las interrupciones voluntarias del embarazo», tiene una conclusión clara: «La difusión masiva de anticoncepción no ha disminuido el número de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) que se mantienen en cifras de 200.000 al año». (Ley Veil. Wikipedia.org,1982).

Uso de anticonceptivos: El citado informe recuerda que Francia se caracteriza por una cobertura amplia de anticoncepción, con el 80 por ciento de los métodos dispensados bajo prescripción médica, «con una fuerte predominancia de la contracepción hormonal (píldora). Pero el nivel de fracasos anticonceptivos es preocupante: el 70 por ciento de los abortos fueron realizados a mujeres que tomaban anticonceptivos, y en el 42 por ciento de esos casos, la anticoncepción se basaba en un método médico teóricamente muy eficaz». Los autores del informe consideran que el 40 por ciento de las francesas se verán abocadas en algún momento de sus vidas a un aborto, y éste se convertirá en un «elemento estructural» de la vida de la mujer. Uno de cada tres embarazos en Francia es «imprevisto» y, de ellos, el 60 por ciento será interrumpido de forma voluntaria.

Uso de la píldora del día después: En el 2001 se decidió facilitar el acceso a la píldora del día después, también con el objetivo de reducir los abortos, «sobre todo en chicas jóvenes», como reconoce el estudio. Tampoco esta vía ha funcionado. El recurso a esta «anticoncepción de emergencia» aumentó un 72 por ciento entre los años 2000 y 2005 y, sin embargo «el número de interrupciones practicadas continúa estable». (op.cit)

La educación sexual no ha producido los resultados esperados; es así como se informó que los contenidos sugeridos no se han tomado como una «obligación legal», y se aboga por introducirlos a edades más tempranas. Sin embargo, se reconoce que más que la enseñanza influye otros factores, como las familias monoparentales, las dificultades económicas, el origen extranjero, etc. A nuestro juicio, esta arista no ha sido suficientemente investigada o no da cuenta de ello el citado Informe.

Además, la objeción de los médicos para practicar el aborto se mantiene.

Algo que no ha cambiado en casi una década de ley del aborto en Francia es el rechazo de los profesionales sanitarios a esta práctica. Al igual que ocurre ahora en España, Francia quiso generalizar la interrupción del embarazo como una intervención más en los hospitales y centros de salud, pero se encontró con la negativa de la mayor parte de los médicos y de los enfermeros. Por ello ha tenido que fomentar el aborto «en casa», con la píldora llamada RU-486. El informe del Gobierno galo reconoce que «la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sigue siendo poco atractiva para el personal sanitario». (Maceiras, L. et als. 1995). © Copyright 2012, La Razón C/ Josefa Valcárcel 42, 28027, Madrid. España).

6.3.3. Educación sexual en Italia

Este país de larga tradición cristiana proyecta su influencia en el tema objeto de estudio. La iglesia al expresarse sobre el tema a través de sus representantes aporta su visión acerca del tema; el Papa Benedicto XVI señaló que la enseñanza de la educación sexual en algunos países europeos presenta “concepciones de la persona y de la vida presuntamente neutras, pero que en realidad reflejan una antropología contraria a la fe y a la recta razón”. (Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante el Cuerpo Diplomático. Enero 2011). Pese a la fuerte oposición de la máxima autoridad de la Iglesia Católica, en la ciudad de Milán se acordó comenzar con programas de educación sexual obligatoria en la escuela primaria. Informaciones proporcionadas por las autoridades del hospital Fatebenefratelli de la ciudad citada, la edad de inicio de la vida sexual estaba disminuyendo drásticamente; si bien la edad media estaba alrededor de los 14 años, estaban ingresando al hospital niños de 12 y hasta 11 años que habían contraído ETS debido a la desinformación. Así, las autoridades establecieron, pese a la oposición de los padres, que desde los 9 años los niños recibieran este tipo de educación.

Para llevar adelante el programa en Milán se estableció la siguiente estrategia: primero los maestros de primaria recibirían la formación adecuada para el tratamiento en el aula. Junto a ello, se estudian sistemas interactivos para comunicarse con los

adolescentes a través de teléfonos móviles e Internet, por la proximidad del grupo etéreo con estas tecnologías. Otra fase contempla la participación de connotados deportistas en una campaña denominada “Juega seguro”. La intencionalidad de ella es transmitir la seguridad en el sexo, sin necesariamente condenar su práctica. (Italia: educación sexual desde niños. Del Rosal, M. 2008, p.1).

Considerando que Italia es un país católico, donde por asuntos morales prima la desinformación de los adolescentes respecto a la sexualidad, diversos sectores han planteado la necesidad de superar los tabúes y promover la seguridad sanitaria y la salud en este aspecto. Es así como el Secretario de Salud y la Asociación Nacional de Comités y Padres en la Escuela apoyan la medida, con reservas debido a la temprana edad en que los niños reciban información explícita sobre sexualidad. Sin embargo, se estima que ya se abrió un camino importante (op.cit).

6.3.4. Educación sexual en España

El caso de España refleja las controversias que se producen en el seno de la sociedad cuando un sector político desde el poder trata de introducir cambios en la educación sexual.

Hasta el curso escolar 2007-2008 la educación sexual podía incluirse dentro de los temas transversales de educación en valores, concretamente en el denominado «educación para la salud». Sin embargo, al tratarse de temas transversales no obligatorios, los centros educativos y los profesores tenían un amplio margen de decisión sobre los temas que debían abordarse en educación para la salud.

Así, por ejemplo, la mayor parte de los centros educativos han optado por enseñar a los niños y adolescentes hábitos de higiene, criterios de alimentación, costumbres sanas, etcétera. Las administraciones educativas y sanitarias han editado numerosos materiales didácticos sobre educación para la salud y a menudo han introducido (en el horario escolar) talleres de salud sexual sin informar a los padres ni de la realización ni de los contenidos. En algunos casos, estos materiales han incluido contenidos de educación sexual que claramente vulneraban la intimidad del alumno y los derechos

fundamentales de los padres recogidos en el artículo 27 de la Constitución Española. Sin embargo, las cifras de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos adolescentes aumentaban.

Como un modo de introducir el tema en las escuelas, a partir de septiembre de 2007 el Área de Educación para la Ciudadanía (EpC) y los Derechos Humanos (que incluye una asignatura del mismo nombre para un curso de Primaria y otro de Secundaria, además de Educación ético-cívica de 4º de ESO y Filosofía y Ciudadanía de 1º de Bachillerato) introdujo la educación afectivo-sexual como parte de materias: «la educación afectivo-emocional, las relaciones interpersonales, la homofobia, la orientación sexual, los sentimientos y emociones, la ternura, la crítica de normas y valores morales aprendidos». (Velandia, M.A. 2001, pp.56-58).

Los libros de texto y los recursos didácticos del Área de Educación para la Ciudadanía resultan muy desiguales, aunque no faltan los que recomiendan páginas de contactos homosexuales y recomiendan practicarlo todo en cuanto a relaciones sexuales.

Las razones que han impulsado a las autoridades españolas a introducir casi subrepticamente los temas de educación sexual en las escuelas pueden tener que ver con diversos estudios realizados. Se puede citar:

Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) realizada por el Plan Nacional contra el SIDA. Ministerio de Sanidad. (2003). Se constata que hay adelantamiento en la edad de inicio de las relaciones sexuales a medida que disminuye la edad; tomando como edad de corte 16 años, en los hombres el 16,1% marca la primera relación, en tanto en las mujeres es el 8,1%. Se está constatando que los menores de 16 años ya están iniciando su vida sexual activa. (Velandia, M.A.2011, p.28).

Si se mira a la población, en general, el 80,0% de la población tiene su primera relación sexual entre 15 y 23 años; el 10,0% inicia sus relaciones con 15 años o menos; otro 10,0% con 23 años o más.

Aparecen otros datos, marginales por el momento, a los que se debe poner atención: el 3,9% de los hombres y el 2,7% de las mujeres, señala haber tenido relaciones con alguien del mismo sexo.

Se ha reportado que el 75% del embarazo adolescente se genera en niñas de entre 15 y 21 años. (Velandia, 2011.p.28).

También se da como dato que “uno de cada 10 adolescentes menores de 20 años “sufre” un embarazo no deseado, siendo la proporción de abortos sobre embarazo de un 45,0% en el año 2001”, lo que supone un problema médico y social en España. (Velandia. 2011.p.28).

Se concluye que la tendencia al inicio temprano de las relaciones sexuales, indica la necesidad de empezar en la enseñanza primaria con educación para la salud sexual. Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). Esta encuesta señala que el 40,0% de hombres y mujeres no han utilizado ninguna protección para prevenir embarazo en las primeras relaciones. (Velandia, M.A. 2011, p.33

En España, desde 1985, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es legal. El 44,0% de las adolescentes lo practica y el 31,0% de las mujeres entre 20 y 24 años.

España aprobó la “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva” el día 2 de marzo de 2010. Dicho texto recoge los avances en materia de reconocimiento de los derechos de la mujer a decidir en qué momento de su vida se siente en condiciones de optar por la maternidad, en un marco de libertad garantizado legalmente. También establece un marco legal para la interrupción voluntaria del embarazo, en los casos en que la concepción sea producto de una violación, en que se ponga en riesgo la

vida de la madre o en que el feto presente graves deficiencias orgánicas que sean incompatibles con la vida. El Estado se compromete a facilitar todas las atenciones profesionales requeridas para la interrupción del embarazo.

La Ley contempla también disposiciones referidas a la educación sexual. La Ley parte del supuesto de que una educación sexual adecuada, la mejora del acceso a métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos. (eurActiva.com)

1. “La promoción de la igualdad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
2. El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
3. El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con la personalidad de los jóvenes.
4. La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
5. La prevención de embarazos no planificados. “(Ley Orgánica de salud Sexual y Reproductiva.2010).

Finalmente, el capítulo educativo de la norma legislativa indica que: “Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.” (op. Cit.)

La educación sexual antes de la Ley:

Hasta el momento de la aprobación de la Ley, las escuelas impartían educación sexual a través de las asignaturas de Educación para la Ciudadanía, a pesar de que este contenido no se encontraba en el currículo oficial de manera explícita. Había capítulos

enteros que hablaban de sexualidad y sexo seguro; se enseñaba a usar correctamente el preservativo y otros asuntos relacionados con la sexualidad. (2009).

Después de la Ley:

A partir de la aprobación de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Ministerio de Sanidad está elaborando una normativa legal que obligará a los Centros Educativos, sin excepción, a impartir educación sexual a todos sus alumnos.

La formación en esta materia no la proporcionarán los profesores del centro sino personal sanitario externo designado por la Administración, especialmente farmacéuticos y enfermeros, pero también psicólogos, sexólogos y todos aquellos profesionales que el Gobierno quiera capacitar y acreditar.

De esta manera, no corresponderá que los centros educativos apelen a su ideario para oponerse, ya que, de hacerlo, serán acusados de no colaborar con la salud pública. Por tanto, es muy probable que a partir del curso que viene, en todos los centros educativos españoles impartan educación sexual y reproductiva personas dependientes del Ministerio o las consejerías de Sanidad, profesionales de la salud ajenas al centro escolar. Naturalmente, los contenidos serán definidos por una norma legal y vigilados por Sanidad a través de la Inspección correspondiente.

A pesar de que la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva se aprobó en el 2010, sus detractores continúan haciendo oposición a su aplicación, invocando que “el ejercicio de la sexualidad pertenece al ámbito personal y afecta a los valores y convicciones y, por lo tanto, a la libertad ideológica y de conciencia”. (Profesionales por la ética. 2012)

Esta aseveración no se hace cargo del serio problema de los embarazos no deseados, que conducen al aborto, como se ha demostrado. El embarazo juvenil y el aumento de las ETS están indicando la falta de comunicación entre padres e hijos en estos temas tan cruciales para la vida.

Si la familia no asume su rol en estos temas, tendrá que hacerlo la escuela, de manera que los jóvenes tengan oportunidad de despejar sus dudas y angustias con personal experto en el tema.

Conclusiones y posiciones de los sectores renuentes a la aplicación de la mencionada “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva en España”.

Las medidas educativas previstas en la “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo” se dirigirán de manera obligatoria a menores de edad como una estrategia de salud en la que no contará la opinión de los padres ni el proyecto educativo del centro.

De esta manera, el Estado se entromete de nuevo en la intimidad de los alumnos ya que el ejercicio de la sexualidad pertenece al ámbito personal y afecta a los valores y convicciones y, por tanto, a la libertad ideológica y de conciencia (es.wikipedia.org/wiki)

La impartición obligatoria de determinados contenidos de educación sexual contraviene la legislación fundamental internacional (Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Convención sobre los Derechos del Niño (1989), Convenio Europeo de Derechos Humanos (1950), la Constitución Española (1978) y la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y Supremo y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (1953).

El propio Consejo de Estado, en su dictamen sobre el proyecto de “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo” ya manifestó que este apartado de la norma choca expresamente con el artículo 27.3 de la

Constitución Española, según el cual «los poderes públicos garantizarán el derecho que asiste a los padres para que sus hijos reciban la formación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones». El Consejo de Estado advierte que puede suceder algo parecido a lo que está sucediendo con Educación para la Ciudadanía al advertir que no “debe exaltar el sexo ni incitar a los alumnos a dedicarse precozmente a prácticas peligrosas para su equilibrio, su salud o su futuro o reprehensible para los padres”.

Las sentencias de febrero de 2009 del Tribunal Supremo en materia de derecho a la objeción de conciencia a Educación para la Ciudadanía exigían a las Administraciones educativas que no impusieran criterios en asuntos sobre los que no existiera un consenso social o fueran cuestiones morales controvertidas. Es evidente que en el campo de la educación sexual y reproductiva no existe un consenso social. La carga moral e ideológica connatural a esta materia hace imposible que su transmisión sea neutral. Por tanto, impartir determinados contenidos obligatorios en esa materia implica imponer una antropología y moral concreta que no todos los ciudadanos comparten.

Por otra parte, las políticas de prevención, en especial en la prevención de las ETS y el SIDA que pretende llevar el Gobierno a la escuela no tienen un consenso científico, ya que frente al preservativo como único método existen otras estrategias, incluidas las que hacen énfasis en la educación en valores para la fidelidad y reducción del número de intercambios sexuales. En concreto, la Guía terminológica de ONUSIDA (2011, p.23) recoge en referencia al término «relaciones sexuales seguras o sexo seguro» que es preferible usar relaciones sexuales más seguras, ya que relaciones sexuales seguras puede implicar una seguridad completa. Las relaciones sexuales son ciento por ciento seguras, es decir, que no son el vehículo de transmisión del VIH, cuando los dos miembros de la pareja conocen su estado serológico VIH-negativo y ninguno de ellos se encuentra en el período silente que va de la exposición al VIH a la aparición de anticuerpos contra el VIH detectables mediante la prueba del VIH. En otras circunstancias, la reducción del número de parejas, y el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos, pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH.

Bajo la denominación «diversidad sexual» se justifica una determinada difusión de la sexualidad como opción voluntarista y desvinculada de la anatomía, la promoción de las relaciones homosexuales y lésbicas entre menores. (Navarro, Y. et als. 2010, p.6).

Por tanto, los contenidos de educación sexual dirigida a menores no pueden tener carácter obligatorio. Si fueran, sería absolutamente ilegal y los padres, con todo derecho, podrán oponerse a que sus hijos la reciban en los centros educativos.

El ejemplo de España en materia de educación sexual refleja claramente las posiciones ideológicas que cohabitan en el espacio de poder político.

6.4. Reseña histórica de la educación sexual en América

6.4.1. Educación sexual en Canadá

La experiencia de Quebec (Canadá). (Gaudreau, 1985; Samson, 1981, citados en Navarro, Y. et al.2010, p.3). Se ha considerado como un país pionero tanto en la implantación de la educación sexual como materia obligatoria en la escuela, como en instalar un programa universitario para la formación de educadores especialistas en sexualidad. Entre los años 1963 y 1984 hubo una implantación paulatina de diferentes programas de educación sexual que provocaron importantes debates en los distintos órganos de gobierno del país. Surgieron desacuerdos e inconvenientes ante este tipo de educación; pese a ello, en 1984 se llegó a un acuerdo oficial mediante el cual la educación sexual pasaba a ser materia obligatoria en todos los colegios. Simultáneamente se inicia un período en que se crean numerosos talleres y cursos de formación para los docentes a fin de cualificarlos para la tarea encomendada. A partir de entonces la educación sexual forma parte del currículum de formación personal y social oficial de la enseñanza en Canadá. Se distinguen las siguientes áreas: educación para la salud, educación sexual, educación para el consumo, relaciones interpersonales y vida en sociedad.

6.5. La educación sexual en los Estados Unidos

La historia de la educación sexual en los Estados Unidos, ha estado marcada por dos ideologías totalmente opuestas y enfrentadas permanentemente: por un lado, un período caracterizado por acciones a nivel estatal con apertura hacia una educación sexual positiva, democrática y libre para todos los ciudadanos; por otro lado, a partir

de la década del setenta se introduce un movimiento conservador que prevalece en la actualidad, aunque cada vez con mayor oposición, expresada en la reducción paulatina de los fondos destinados a financiar los programas que expresan esas posturas.

A finales del siglo XIX, en los Estados Unidos (Brown, 1981 citado en Navarro, Y.2010, p.5), con el objetivo de evitar enfermedades de transmisión de sexual, embarazos no deseados, así como potenciar la educación en valores morales, se introduce en diversos estados del país un modelo de educación sexual basado en la prevención. En 1959 comenzó un período de apoyo a la educación sexual creyendo que, si se ofrecía una visión más positiva acerca de la sexualidad, se eliminarían conductas de riesgo promoviendo a su vez una adecuada salud sexual. En la década del sesenta comienza un período que plantea la educación sexual como ineludible para el desarrollo integral de la persona. Dicho período culmina en 1965 con la implantación de asignaturas específicas de educación sexual en los programas escolares. En esta época, la educación sexual se encontraba claramente apoyada por las administraciones estatales y locales de casi todo el país, siendo recomendada para los jóvenes desde comisiones estatales tan importantes como la Population Growth (1971) y las Comissions on Obscenity and Pornography (1970) (Brown, 1981). En esta misma etapa, más concretamente en 1964, se constituye la principal organización que promueve la educación sexual en los Estados Unidos: la Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS), creada según el modelo de la asociación sueca (Navarro, Y. et als. 2010.p.4).

Paralelamente, en 1969 se gestaba un movimiento conservador seguido por los gobiernos conservadores y la derecha religiosa de ese país, responsable de la promoción de poderosas campañas. Por un lado, la eliminación de la educación sexual, ya que, según ellos, contribuía al deterioro moral de la sociedad y al incremento de todos los riesgos relacionados con la actividad sexual (aumento de los embarazos no deseados, abortos, pornografía infantil, aumento de la paidofilia (Kempnec, 2004 en op.cit.); por otro lado, la difusión del lema «Sólo Abstinencia»

como único método para evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Este movimiento conservador aboga por la supresión de la educación sexual o por instaurar un modelo basado en la enseñanza de la moral y en la prevención de los numerosos riesgos asociados a la libertad sexual.

Desde principios de la década del ochenta, el movimiento a favor de los «valores familiares» ha contado con la colaboración de los gobiernos y las instituciones públicas, desde el Congreso hasta las juntas escolares locales. En la actualidad, las escuelas se oponen a que los estudiantes tengan acceso a información sobre salud sexual en la clase, en la biblioteca escolar y a través de los portales de Internet de las bibliotecas públicas. También, censuran la libertad de expresión de los estudiantes al prohibir la publicación de artículos que tengan contenido temático referido a la educación sexual. A su vez, los programas que promueven el enfoque «sólo abstinencia», promulgan una política sexual basada en el miedo, difundiendo con frecuencia información errónea y alarmista sobre salud sexual e inculcando en los estudiantes una ideología religiosa que condena la homosexualidad, la masturbación, el aborto y el control de la natalidad (Boonstra, 2004; Committee on Government Reform, 2004, pp34-35).

En 1981, el Congreso aprobó la “Ley de Vida Familiar de los Adolescentes”, también conocida como «ley de castidad», que financia programas educativos para «promover la autodisciplina y otros enfoques prudentes» con respecto al sexo adolescente o con el fin de «educar para la castidad». Fueron muchas las subvenciones destinadas a estos programas con destino a las iglesias y a los conservadores religiosos de todo el país (Heins, 2001; Levin- Epstein, 1998; Pardini, 1998; Schemo, 2000. Citados en: Navarro, Y. et al. 2010, p.4). Doce años más tarde, la Corte Suprema de los Estados Unidos determinó que los programas que cuentan con financiación deben suprimir las referencias directas a la religión para evitar el enriquecimiento de grupos fundamentalistas cristianos.

En 1996 el Congreso incorporó una disposición a la “Ley de Bienestar Social” que creaba un programa federal para financiar exclusivamente programas que promovían

el método de «sólo abstinencia». Desde la aparición del movimiento «Sólo abstinencia», se han invertido aproximadamente ciento treinta y cinco millones de dólares por año, llegando a un total de casi mil millones en programas cuyo único objetivo es enseñar los beneficios sociales, psicológicos y de salud que se pueden lograr mediante la abstinencia sexual (Boonstra, 2004, p.56).

Durante el año 2005, el Congreso destinó aproximadamente ciento setenta millones de dólares a promover la educación basada en el enfoque «Sólo Abstinencia» (Committee on Government Reform, 2004; Schemo, 2000. En op. cit)). En cada estado, las respectivas legislaturas estaban copiando dicha ley federal y a menudo incorporaban disposiciones explícitas para una censura previa. Por ejemplo, Nueva Jersey propuso un control estricto de los materiales didácticos y también de los maestros. Aún en el caso de que no se aprueben dichas propuestas, estos proyectos de ley operan a modo de censura y, a la vez, tienen un efecto paralizante. El gobernador de Utah vetó un proyecto similar en ese estado, pero encomendó a los organismos de gobierno que se controlaran los programas de educación sexual para detectar lenguaje y contenido «inapropiados» (op.cit.)

El resultado de toda esta campaña en contra de la educación sexual basada en la consigna «Sólo abstinencia», es que ella (Kempnec (2004, p.60), no funciona. Un conjunto de investigaciones científicas ha probado que el enfoque para la educación sexual basado solamente en la abstinencia no ha sido efectivo para evitar embarazos no deseados, ni para proteger a la juventud del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, ha habido una proliferación de la educación basada solamente en la abstinencia, dado que el gobierno de los Estados Unidos ha aumentado el financiamiento de este tipo de programas desde el año 1996 a pesar de la falta de evidencia que apoye su efectividad. La llegada de la Administración de George W. Bush llevó consigo políticas que atacaban la sexualidad positiva en los Estados Unidos y en el exterior. La mayoría de los currículos basados en la abstinencia que están actualmente en uso, presentan la sexualidad juvenil como algo inmoral y universalmente dañino; algunos llegan al extremo de proporcionar información inexacta. A nivel internacional, los representantes de los Estados Unidos han presionado continuamente para la inclusión del lenguaje de la abstinencia en los

documentos de las Naciones Unidas, a la vez que minimizan la importancia de los condones en la prevención del VIH.

A pesar del fuerte apoyo gubernamental a todo nivel, de la consigna “Sólo Abstinencia” en educación sexual, la sociedad civil no ha permanecido indiferente, dado que la mencionada campaña ha fracasado en evitar los embarazos no deseados y en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, es así como se han generado iniciativas diversas bajo la forma de organizaciones no gubernamentales, asociaciones de padres y/o docentes interesados en brindar a los jóvenes apoyos más eficientes, por la vía de informar adecuadamente y sin prejuicios, acerca del sentido de la sexualidad.

Planned Parenthood (PPFA): Esta organización no gubernamental se define como “un líder respetado en la educación sobre salud sexual y reproductiva de los estadounidenses”. (Web). Ofrece información integral, científicamente válida a fin de que hombres, mujeres, adolescentes, familias tomen decisiones informadas respecto a su vida sexual y lleven una vida saludable. Tiene 86 entidades afiliadas a nivel nacional y que operan localmente en todos los estados de la Unión. Tienen en funcionamiento más de 825 centros de salud, de acuerdo a las necesidades de las comunidades.

El Planned Parenthood Action Fund (Fondo de Acción de Planned Parenthood) es una organización independiente, sin afiliación política ni fines de lucro, formada como el brazo político y defensor de Planned Parenthood Federation of America.

Su programa internacional promueve, también, políticas exteriores sólidas en los Estados Unidos que mejoren la salud y el bienestar sexual de personas y familias en todo el mundo.

En la actualidad, a pesar de que el programa “Solo Abstinencia” sigue vigente, diversas investigaciones e intervenciones en salud reproductiva abren espacios para llevar adelante una política de educación sexual que sea efectiva para disminuir los riesgos asociados a la sexualidad juvenil sin protección. La doctora Patricia Cavazos-Rehg de Washington University, St. Louis y su equipo, comparó los programas educativos de 24 estados con la cantidad de embarazos adolescentes (entre 15 y 17 años) entre 1997 y el 2005.

Las diferencias fueron enormes: desde un parto por cada 100 adolescentes de Nuevo Hampshire hasta tres o cuatro partos por cada 100 adolescentes de Arkansas.

Los autores explican en *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* que cuantos más distritos de un estado enseñaban cómo usar un preservativo, prevenir el VIH y otros temas, menos partos adolescentes había en ese estado.

Sin embargo, ese resultado comenzó a desvanecerse al considerar la etnia, la pobreza y la cantidad de delitos. (Agencia Infancia Hoy. 2012).

Los estados con una mayor cantidad de minorías y delitos eran los que menos educación sexual impartían y los que más nacimientos de madres adolescentes registraban. (Cavazos- Rehg, P.2009, p.2). Y al sumar al análisis la "religiosidad" y las leyes sobre el aborto, los programas de educación sexual ya no permitían pronosticar las tasas de partos de madres adolescentes.

Para los autores, estos resultados tienen varias interpretaciones, pero ninguna sugiere que los programas de educación sexual no ayuden a los adolescentes. (Cavazos. PA.2010, p.45)

"Pueden existir diferencias enormes entre los estados, aunque en ambos se enseñe cómo utilizar un preservativo o evitar un embarazo", sostuvo Amy Bleakley, de University of Pennsylvania, Filadelfia. Cavazos-Rehg consideró que los abortos explicarían una parte de esas diferencias en la cantidad de partos de madres adolescentes, pero no todo.

Aunque los datos sobre los embarazos adolescentes no fueron tan amplios, su investigación demostró que las tasas son mucho más altas en Arkansas y Misisipi que, por ejemplo, en Nueva Inglaterra. Independientemente de lo que los adolescentes aprenden en el colegio, la posibilidad de acceder fácilmente a los preservativos y que sus padres respalden "las decisiones sexuales saludables" dependería más de las políticas y los factores sociales de cada estado, opinó Marla Eisenberg, de University of Minnesota, Minneapolis.

Aun así, los expertos coinciden en que la educación sexual puede mejorar y avanzar en el sentido de disminuir las tasas de embarazos adolescentes. Para evitar el embarazo adolescente, Cavazos-Rehg consideró que los alumnos deben aprender algo más que cómo usar un preservativo; hay que explicarles qué consecuencias tiene el embarazo y la llegada de un hijo para sus vidas.

6.6. La educación sexual en México

Los primeros antecedentes en esta materia datan del año 1932. En ese entonces asumen el poder gobiernos revolucionarios que se definían como socialistas y anticlericales. En este contexto político, la Secretaría de Educación encabezada por Narciso Bassols, promovió el primer proyecto de educación sexual, para ser impartido a los jóvenes de los grados superiores. Incorporaba contenidos de historia natural e higiene escolar. Este proyecto colocaba a México en situación de vanguardia mundial en el tema. Sin embargo, fue derribado por la iglesia católica, en alianza con las familias defensoras de la decencia y la moralidad, que lucharon en contra de tal tipo de educación. (Rodríguez, G. 2009, p.9). Se constituyó una Comisión Técnica Consultiva que recomendó que la educación sexual, a partir del tercer año de primaria, se concentrara en “explicar las leyes biológicas que contribuyen al perfeccionamiento de la especie humana” e incluyera en sus programas educativos “las clases de higiene y moral sexual como obligatorias en las escuelas oficiales y particulares” (Gayet, 2005, en Segura, L. 2011. s/n).

La medida levantó una ola de críticas por parte de la Iglesia Católica y de las corrientes conservadoras que se oponían a la orientación declaradamente socialista del gobierno. Opiniones como “la educación sexual, cualesquiera que sean los beneficios que reporte, no compensará la pérdida de pudor que trae consigo”; “los asuntos sexuales, dichos al oído por no importar qué persona y cualquiera que sea la forma, causan menos daño que el que causarán expuestos en forma científica por los maestros”. (Segura, L. 2011, p.s/n). Son palabras dichas por la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), organización creada por el gobierno federal para impulsar los cambios en la educación, que luego se unió a las voces más conservadoras.

La conclusión de la UNPF fue que “La educación sexual no debe ser colectiva, para que los educandos no se pierdan entre sí el mutuo respeto que se deben. En consecuencia, la educación sexual debe ser individual y no debe ser impartida por los maestros, dada su ignorancia y falta de preparación; tarea tan delicada sólo puede ser encomendada al confesor”. (Segura, L. 2011, p.s/n).

Las fuerzas opositoras al proyecto de educación sexual ganaron tanto espacio público, que promovieron huelgas, con el apoyo de líderes del magisterio, expresando que el proyecto de Bassols era parte de la ofensiva comunista de desestabilización de la cultura y de la tradición familiar del país. Bassols renunció a la Secretaría de Educación en mayo de 1934.

Los sucesivos gobiernos trataron de restablecer la educación sexual, en el contexto ideológico de una educación impartida por el Estado, que fuera socialista, que excluyera toda doctrina religiosa y combatiera el fanatismo mediante la inculcación de un concepto racional y exacto del universo y de la vida social. (Segura, L. 2011.p.s/n).

En 1939 se discutió otro proyecto destinada a proporcionar educación sexual en todas las escuelas primarias, públicas y privadas. La oposición conservadora, una vez más no dejó pasar la propuesta. (Segura, L. 2011.p.s/n).

El año 1970, el aumento de la población obliga al gobierno a crear un organismo especializado como es el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Su misión es la planeación demográfica del país a fin de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulan en el sector gubernamental. Las metas de dicho organismo contemplaron: “Reducir la tasa de crecimiento anual al 2,5 por ciento para 1980, así como modelar la conducta sexual de los mexicanos en cuanto a la educación sexual y el uso de anticonceptivos” (Segura, L. 2011, s/n). Surge una interesante coordinación entre la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el CONAPO. En la Ley Federal de Educación se señala que una de las finalidades de la educación sería: “Hacer conciencia sobre la necesidad de planificación familiar sin menoscabo de la libertad personal”. (Segura, L. 2011, s/n).

Ayudó en la toma de estas decisiones el hecho de que México se convirtió en la segunda nación a nivel mundial con el índice más alto de madres solteras, de acuerdo al informe del Consejo Nacional Técnico de la Educación; el mencionada informe señaló que este ha sido un efecto de la ignorancia y de la falta de información sobre el tema. (Segura, L. 2011, s/n). A pesar de la oposición manifestada por la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), la Reforma Educativa de los años setenta, institucionalizó los temas de sexualidad en los planes y programas de estudio en la educación básica.

Una encuesta aplicada en junio del año 1970 por la empresa Gallup y auspiciada por el Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y la Población, mostró que el 95 por ciento de las madres apoyaban la educación sexual en las escuelas (Segura, L. 2011, s/n).

A pesar de los avances logrados, las pugnas seguían subsistiendo. Fue así como el modelo de educación sexual, además de ubicarse en el contexto internacional para modificar las variables demográficas, consideró las tradiciones culturales mexicanas acerca de la familia, de los roles de género y de acuerdo con omisiones acerca de la sexualidad. Se produjo el forcejeo entre fuerzas sociales que pugnaron “por la moral y las buenas costumbres” y fuerzas que, desde una postura progresista, defendieron un modelo básicamente informativo y centrado en la descripción biológica. Además, se justificaba el control natal por el hecho “de ser muchos y pocos los recursos”. Los dos ejes principales del modelo que se plasmó en textos de estudio fueron la reproducción de roles estereotipados y la intención de introyectar en los niños modificaciones en la conducta sexual con miras a lograr el control natal, (Segura, L. 2011, s/n).

En medio del ambiente contradictorio de la época, los libros de 5º y 6º grado de primaria tratan el tema de la sexualidad humana con una mirada más integral. Se incorporan temas como la violencia de género, el uso del condón, las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, las adicciones de diverso tipo, la menstruación, la eyaculación, entre otros. Se produjeron encendidos debates por el nuevo enfoque; sin embargo, en la década de los 90 era más importante detener el avance del SIDA, junto con las otras enfermedades de transmisión sexual. En palabras del Secretario de Educación de la época, en su intervención ante el Congreso

Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, señaló que “la educación debe ser capaz de educar para la libertad, y que la formación para la libertad pasa por el conocimiento, manejo, goce y ejercicio responsable de la sexualidad”. (Segura, L. 1997. “Manual de sexualidad infantil y juvenil”). El nuevo enfoque pretendía terminar con la desigualdad de la mujer, los embarazos precoces, la violencia intrafamiliar, los casos de abuso sexual y las enfermedades de transmisión sexual, todos temas que comenzaban a aparecer en la sociedad mexicana.

Los nuevos libros fueron presentados públicamente en el año 2000. Se elaboró un texto para los docentes de educación básica y cuatro textos que formaron parte de la serie “Los libros de mamá y papá”: La sexualidad de nuestros hijos; El amor en la familia; La violencia en la familia y Cuidado con las adicciones. (El Universal, 30 de agosto del 2000)., citado en Segura, L., 2011.s/n).

Los periódicos hicieron ruido acerca de los nuevos textos con comentarios como: “Homosexualidad, por primera vez en libros de primaria y secundaria” (periódico Excélsior, agosto 2000, cita de Segura, L. 2011, p.s/n). Los cuestionamientos fueron respondidos por el Secretario de Educación Limón Rojas quien aseguró que los nuevos temas correspondían a situaciones que se estaban viviendo y “ocultarlos sería un crimen y una negligencia por parte del Estado”. (Juárez, F. y Gayet, C. 2005, p.45). Los textos proporcionaban información importante sobre aspectos fundamentales de las relaciones sexuales: el amor, el placer y las consecuencias de los embarazos no deseados. Con ello, respondían a las exigencias de la época, a los cambios que se estaban produciendo en el mundo en cuanto a las relaciones entre hombres y mujeres, dejando atrás los roles tradicionales del pasado.

El gobierno del presidente Fox (2000-2006) a pesar de su posición ideológica, no volvió atrás en materia de educación sexual. En este período se reformó la “Ley General de Educación”, que dispuso “que la educación sexual se imparta en todas las etapas escolares y no sólo a partir del quinto año de primaria. Debía incluirse en las pláticas con los niños desde el primer año de primaria, aunque no se encontrarán en los libros de texto gratuitos. Ya que la intención es el desarrollo de una educación sexual seria y profesional”. (Segura, L., 2011, s/n). A la llegada del nuevo presidente,

Felipe Calderón, se editaron los libros nuevos de Formación Cívica y Ética, con apartado de información sexual.

En la actualidad el texto “Tu futuro en libertad” editado por el gobierno del DF, de contenido progresista, ya toca temas actuales y no censura información relativa a la sexualidad. Aunque en muchos lugares, no pertenecientes al DF, continúan las pugnas políticas acerca del libro, éste es utilizado por los maestros como un libro complementario y fundamental para superar las deficiencias en el manejo de los temas de sexualidad.

La historia de la educación sexual en México es la historia de la lucha permanente entre los sectores conservadores que no quieren ver la irresponsabilidad social que significa mantener a los niños y jóvenes en la ignorancia en el tema de la sexualidad y los sectores progresistas, abiertos a las nuevas demandas de la ciudadanía. La psicóloga mexicana, Gabriela Rodríguez, (2009, p.8) resume así lo logrado por su país en esta materia:

“El siglo XXI comienza con una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia las prácticas preventivas, producto que ha resultado de la inversión de casi 30 años de actividades muy diversas por parte de diferentes agentes de cambio. Hoy podemos ver un efecto muy concreto entre los y las adolescentes que ha sido resultado de la educación sexual de la escuela, de la orientación de los centros de salud, de los mensajes de la televisión, así como de las madres y padres de familia que se han abierto a la comunicación”.

7. ÁMBITO EDUCATIVO

7.1. Sistema educativo secundario obligatorio, un cambio de paradigma.

A partir de los años 80, la reforma de la escuela secundaria es reconocida como uno de los principales desafíos de la educación en la Argentina. La idea tradicional de un modelo de institución educativa orientada hacia la universidad perdió sentido como objetivo excluyente frente a los desafíos de la masividad y heterogeneidad. La escuela secundaria no fue pensada con un criterio de universalidad como parte de un esquema de educación obligatoria. Más bien como una instancia preparatoria para aquellos sectores sociales que iban a acceder a estudios superiores o universitarios.

El aumento de la matrícula en la educación básica se tradujo en una mayor demanda y en el ingreso de nuevos sectores sociales a la escuela secundaria, provocando no solo un crecimiento cuantitativo en la educación media sino una transformación cualitativa. En otras palabras, una heterogeneidad y diversidad del alumnado que no guardaba muchos paralelismos con lo que ocurría en el pasado, sumado a nuevos modelos de familia, de organización del trabajo, de evolución del conocimiento, etc.

Este crecimiento se llevó a cabo en el marco de una escuela secundaria que, en tanto institución, seguía respondiendo al molde tradicional de enfocarse en la selección, dentro de un público homogéneo, de aquellos en condiciones de seguir “escalando en el sistema”. Esto se dio con relativa independencia de las exigencias de masividad y los desafíos de la heterogeneidad. De ese modo, y aun con los esfuerzos de inversión realizados en la última década por las autoridades, los niveles de fracaso escolar en las escuelas secundarias argentinas resultan ostensibles

De acuerdo con un estudio realizado por Unicef, la Argentina tiene una amplia cobertura que asegura el acceso a la escolaridad a la totalidad de la población, pero buena parte de los alumnos no terminan los niveles obligatorios y experimentan situaciones que dificultan su progreso y que conllevan al abandono. Si se toman los últimos datos publicados por DINIECE, entre 2009-2010, un 9,3% de los alumnos abandonan anualmente el ciclo básico de la escuela secundaria y un 15.5% hace lo propio en el ciclo de orientaciones.

En Mendoza, los índices son de 9,3% y 19,1% en el ciclo básico y en el de orientaciones respectivamente. (Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Dirección Nacional de Evaluación de la Calidad Educativa) Es importante entender que esos jóvenes en situación potencial de exclusión son adolescentes que se han inscripto en la educación secundaria, y todavía asisten, pero lo hacen en condiciones precarias. Y ello por la acumulación de fracasos previos y por los desafíos complejos de la organización escolar del nivel (Unicef).

7.2. Visiones sobre el nuevo rol de la escuela secundaria.

En este apartado se pretende caracterizar la nueva percepción de la escuela secundaria tanto en sus aspectos específicos como en términos de su contexto social más general. Parece claro que la relación entre la escuela secundaria y ese contexto social más general ha experimentado un conjunto de cambios importantes en las últimas décadas.

En el pasado, la escuela secundaria producía una cierta pirámide de estratificaciones mediante un conjunto de mecanismos de selección que estaban ampliamente legitimados en su seno: a nadie le parecía obvio que “todo el mundo” debiera graduarse. El éxito en los estudios admitía, como condición de borde, el fracaso. Aquella escuela secundaria, desprovista del imperativo de la obligatoriedad, estaba social, institucional e ideológicamente concebida como una etapa de transición hacia los estudios superiores, eventualmente universitarios. También, como preparación para la vida laboral.

En ese contexto, la discusión sobre la deserción escolar prácticamente no existía porque ella misma era un aspecto naturalizado del sistema: como se dijo, mientras algunos sorteaban con éxito sus mecanismos de selección, otros fracasaban en el intento. En la actualidad, la idea de una escuela secundaria obligatoria cambia todo un mundo de sobre entendidos referidos a la escuela media: allí donde la escuela que conocimos asumía alguna versión de la igualdad de oportunidades ahora parece reclamar alguna suerte de versión de la igualdad de hecho. Más como promesa que como resultado.

Al mismo tiempo, sin embargo, el cambio en el estatus de la escuela y en la naturaleza de su programa igualitario ha tenido lugar en paralelo a un cambio en el público que se relaciona con la escuela y en la naturaleza de los vínculos de esa institución con la sociedad. Allí donde en el pasado atendía a un público de jóvenes que procedían de una sociedad relativamente homogénea, hoy debe enfrentar el desafío de una creciente heterogeneidad social. Al mismo tiempo, su propia vinculación con ese contexto social ha cambiado: la escuela contra cultural del pasado se ha transformado en un recipiente pasivo de aquello que la sociedad produce, para bien y para mal.

Donde la escuela buscaba una igualación de los alumnos (algo que le era natural: igualaba las chances de personas a las que se reconocía las mismas potencialidades) ahora asume legitimar las diferencias, admitir la diversidad. De ese modo, el fracaso pareciera haberse naturalizado como algo que es propio de la escuela: allí donde antes una cantidad de alumnos iban dejando la escuela, ahora ella logra retenerlos (y no siempre con total eficacia) al precio de interiorizar la diferenciación entre alumnos que van “a distinta velocidad.”

La escuela sigue experimentando procesos de fracaso y deserción, a los que ahora parecen haberse añadido un proceso interno de diferenciación entre distintas categorías de alumnos, que es percibido por los más comprometidos como un exceso de aliento a los que menos responden. Y, en ese sentido, como algo injusto. (Estudio sobre jóvenes y fracaso escolar, Una aproximación basada en estudios cualitativos en las Provincias de Córdoba y Mendoza- Centro de estudio en políticas públicas, UNICEF, 2014).

7.3. Marco normativo del sistema educativo secundario.

Desde 2006, la Argentina tiene un marco normativo que reestructura el sistema educativo a nivel nacional. Tras las leyes de transferencia educativa (Ley N° 24049 /94), la Ley Federal de Educación (N° 24.195/93 ya derogada), en los últimos años, la Argentina amplió y reformuló el marco normativo del sistema educativo y avanzó en la legislación de los niños, niñas y adolescentes definiéndolos como sujetos de derecho. Se promulgaron las leyes de educación técnico profesional (Ley N° 26.058/05), la de Financiamiento Educativo (Ley N° 26075/05), la Ley Nacional de Educación (Ley N°. 26.206/06), la ley de educación sexual (Ley N° 26.150/06) y la Ley integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (ley N 26.061/05).

Leyes que, por un lado, han avanzado en procesos de regulación en áreas hasta entonces, vacantes y otras que han escrito otra letra sobre las características del sistema educativo.

En el marco provincial, es la resolución N° 682/12 la que regula el Régimen Académico del Nivel Secundario del Sistema Educativo Provincial; considerando:

- Que el Artículo 12° de la citada ley establece que el Estado Nacional y las Provincias, de manera concertada y concurrente, son los responsables de la planificación, supervisión y financiación del Sistema Educativo Nacional;
- Que el gobierno educativo provincial debe garantizar el derecho a la educación a todos los niños, adolescentes y jóvenes de la provincia en el sentido de asegurarles el ingreso, permanencia y egreso en los niveles obligatorios y trayectorias escolares relevantes en un ambiente de cuidado y confianza en sus posibilidades educativas;
- Que es prioridad de la Dirección General de Escuelas la mejora de la calidad de los aprendizajes de todos los alumnos de los niveles obligatorios del sistema educativo provincial a través de estrategias que integren en su justa medida exigencia y acompañamiento;
- Que el gobierno educativo considera que dicha mejora requiere de la implementación de acciones que garanticen el desarrollo profesional docente y lo reposicionen como actor central con autoridad pedagógica, que provean a las escuelas de equipamiento y recursos ricos y diversos y potencien su uso efectivo, que impulsen modelos pedagógicos flexibles y una gestión comprometida con la atención de la diversidad, que promuevan el deseo de aprender de los alumnos y su capacidad de esfuerzo sostenido a la hora de estudiar;
- Que el Artículo 6° de la Ley de Educación Nacional prevé que "el Ministerio de Educación de la Nación y las autoridades jurisdiccionales competentes asegurarán el cumplimiento de la obligatoriedad escolar a través de alternativas institucionales, pedagógicas y de promoción de derechos que se ajusten a los requerimientos locales y comunitarios, urbanos y rurales, mediante acciones que permitan alcanzar resultados de calidad equivalente en todo el país y en todas las situaciones sociales";
- Que la Dirección General de Escuelas ha realizado un proceso participativo de consulta a todos los Supervisores y Directivos de la provincia, en reuniones departamentales, sobre la base del Documento preliminar "Estrategia de

Calidad: Más y mejores aprendizajes" y que todos los Consejos de Supervisores y directores han expresado por escrito su visión y postura respecto de las diez líneas estratégicas explicitadas, enriqueciéndolas con diversos aportes;

- Que es necesario avanzar en la revisión de normas y prácticas que comprometan el derecho a la educación, así como en la institucionalización de nuevas regulaciones que generen condiciones para la renovación de las propuestas formativas, la reorganización institucional y el desarrollo de estrategias pedagógicas que favorezcan trayectorias escolares reales, continuas, completas y relevantes para todos los adolescentes y jóvenes mendocinos;
- Que es necesario revisar el Régimen Académico en tanto instrumento de gestión que ordena, integra y articula las normas y prácticas institucionales que regulan el proceso de enseñanza - aprendizaje y las trayectorias escolares reales de los estudiantes a fin de adecuarlos a los requerimientos de una educación obligatoria de calidad para todos, en el marco de las Resoluciones aprobadas por el Consejo Federal de Educación;
- Que en sesión del día 23 de abril de 2012, el Consejo General de Educación por mayoría aprobó el Régimen Académico para el Nivel Secundario;

De este modo, este encuadre normativo ha fijado la dirección para las próximas décadas de la mayor parte de las políticas públicas en función de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos de cada una de ellas.

7.4. Aproximaciones del Fracaso Escolar

En los últimos tiempos se ha evidenciado un aumento de fracasos escolares en los estudiantes de educación secundaria, que se manifiesta en un alto porcentaje de desaprobación de exámenes, materias previas, bajas calificaciones, ausentismo, etc., factores que suelen tener a posteriori consecuencias mayores, tales como repitencia y/o abandono del sistema educativo. Estas situaciones no representan en la actualidad eventos aislados y conflictivos, como pudieron haber sido considerados en años anteriores, sino que constituyen una problemática que se ha naturalizado,

debiendo implementarse estrategias de recuperación orientadas a la promoción de los estudiantes dentro del ciclo académico en curso.

La Escuela Secundaria se ha visto atravesada por los cambios sociales, culturales y tecnológicos de las últimas décadas. Desde la sanción de la Ley de Educación Nacional N° 26.206 se extiende la obligatoriedad escolar en todo el país desde la edad de cinco años hasta la finalización del nivel secundario; además se implementan políticas de retención e inclusión, orientadas a disminuir el fracaso y la deserción escolar. Aunque existen mayores posibilidades de recuperación y promoción para disminuir el fracaso escolar, se produce un fenómeno de naturalización del bajo rendimiento académico, de donde surge la necesidad de indagar los aspectos relativos a tales fenómenos, singularizando a los adolescentes y poniendo en tensión aquellas cuestiones que influyen en los adolescentes para llegar a una situaciones de repitencia e incluso abandono escolar.

Actualmente a partir de la sanción de la Ley Nacional de Educación N° 26.206 junto a la implementación de políticas educativas se facilitan mayores instancias de recuperación y aprobación de las materias, con el fin de disminuir la repitencia y demás problemáticas asociadas, promoviendo la inclusión y retención de los adolescentes al sistema educativo.

7.5. Definiciones de fracaso escolar

Para hablar de fracaso escolar es necesario entender que este es un concepto polimórfico, todos los que intervienen en la educación tienen su responsabilidad: la sociedad, la familia, la institución escolar, los profesores, los alumnos y aún los legisladores. En realidad, se trata de un fracaso social, porque de un modo u otro la disfuncionalidad afecta al conjunto de la sociedad. Es por estos que es tan difícil hablar de una definición exacta, lo que se propone es exponer distintas miradas y maneras de entender y definir la problemática. A continuación, se dan distintos conceptos.

“Fracaso escolar es toda insuficiencia detectada en los resultados alcanzados por los alumnos en los centros de enseñanza respecto de los objetivos propuestos para su nivel, edad y desarrollo, y que habitualmente se expresa a través de calificaciones escolares negativas”. (Martínez y Pérez, 2009).

Este concepto necesita de un análisis de dos aspectos:

- La insuficiencia en los resultados: Este aspecto informa en mayor o menor cuantía de un malogro en el rendimiento esperado y en él se advierte un nuevo elemento de complejidad, pues las causas del desajuste académico entre lo alcanzado y lo deseado pueden ser numerosas.
- Las calificaciones escolares negativas: Aun cuando su equiparación con fracaso implica una reducción del problema, lo cierto es que las notas son a menudo el indicador oficial del rendimiento académico.

El fracaso escolar es una expresión que tiene la virtud de señalar de forma inmediata una realidad social, pero el defecto de cargar dicha realidad negativamente. La expresión de fracaso escolar ha sido criticada, debido a sus connotaciones negativas y a ciertos presupuestos que se le asocian. Por un lado, la palabra “fracaso” tiene una alta carga negativa, remite a la idea de perdedor, de frustración, y puede contribuir tanto a mermar la autoestima de quienes no obtienen el título como a generar un estigma social. Por otro lado, parece apuntar a que el estudiante es el único responsable, cuando cada vez se insiste más en que es resultado de un proceso en el que interviene el contexto sociocultural del alumno, la familia, los modelos didácticos, la labor docente, la política social, etc. (Marchesi 2003; Cunchillos y Rodríguez 2004).

Se han propuesto otras expresiones más precisas, y largas, como “alumnos con bajo rendimiento académico” o “alumnos que abandonan el sistema educativo sin la preparación suficiente”. Pero el término fracaso escolar está ampliamente acuñado en todos los países y es mucho más sintético que otras expresiones, por lo que no es fácil modificarlo. (Marchesi, 2003)

7.6. Educación y Adolescencia

Ante esto surge el planteamiento del problema ¿Cuáles son los aspectos que influyen para que estudiantes del nivel secundario lleguen a ser considerados en riesgo de repitencia, riesgo académico o fracaso escolar? Desde el diccionario de la Real Academia Española, se define riesgo como “contingencia o proximidad de un daño”. En el presente escrito se considera importante reconocer los signos de alerta para evitar un daño mayor. Ante esto surgen algunos cuestionamientos tales como ¿por qué el adolescente llega a esta situación?, ¿cuáles son los factores de riesgo que los predisponen?

“En general los factores de riesgo han sido definidos como aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad, una salud deficiente o lesiones (OMS; 1998). Es fundamental identificarlos ya que se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud”.

Adhiriendo a esta definición, se ha categorizado las condiciones en externas e internas al estudiante, con el fin de poder lograr un mejor entendimiento teórico, teniendo siempre presente la inseparables interacción de ambos en su práctica.

Dentro de las **condiciones externas** se puede mencionar en primer lugar las dificultades que enfrenta el sistema educativo. Es posible advertir fracturas entre el sistema educativo en general y las instituciones educativas en particular, que se manifiestan en el desfase existente entre la demanda social (lo que se desea el adolescente y necesita aprender) y la oferta brindada por las instituciones (estructuras rígidas, atrapadas en teorías y prácticas con escasa o nula funcionalidad para sus destinatarios).

A continuación, se hará referencia a las condiciones internas que podrían predisponer en mayor o menor medida a algunos estudiantes para llegar al riesgo de repitencia

Las **condiciones internas** hacen referencia a las características del adolescente actual en relación al proceso de aprendizaje. Françoise Dolto (2004), define a la

adolescencia como el “...Periodo de pasaje que separa a la infancia de la edad adulta...”, en esta etapa ocurren grandes cambios a nivel bio-psico-social que afectan en mayor o en menor medida dependiendo de la construcción subjetiva de cada individuo. Sumado a esto y sin olvidar las características propias de esta etapa que, junto a la posmodernidad, llevan constantemente a redefinir a este adolescente.

La etapa adolescente es crucial en el desarrollo, ya que en ella “se diferencia progresivamente la identidad, se esboza la personalidad y comienzan definiciones que incluyen lo personal, lo familiar, lo social”. Esta identidad está atravesada por el contexto sociocultural en el cual el sujeto está inmerso.

Se visualiza en:

- Desinterés por el estudio y desvalorización de la escuela como anticuada e ineficiente;
- La necesidad de vivir sin represiones, sin tener en cuenta las normas planteadas, mostrando una rebeldía contra los límites de adultos y de la escuela;
- Valoración del grupo de pares, como referente primario, llevándolos en muchos casos a la homogenización con características distintivas, ejemplo de ello son las tribus urbanas;
- La importancia de la inmediatez, careciendo de la planificación y los proyectos a futuro;
- Aprecio de los adelantos tecnológicos y de la comunicación multimediática e informatizada junto a la valoración por la imagen y el sonido considerándose herramientas esenciales para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En este sentido, se ha afirmado que el permanecer en la escuela, es un factor protector que, por sí solo, es capaz de mejorar las posibilidades futuras de las personas, a pesar de que éstas enfrenten otras adversidades en su vida (Lerner, 1998). En este sentido, el abandonar los estudios prematuramente, merma las posibilidades de desarrollo e inserción social y cultural de las personas que lo protagonizan. Se convierte en antecedente de bajos ingresos, inestabilidad laboral,

desempleo y aparece asociada con otros fenómenos de desintegración y exclusión social, como por ejemplo la delincuencia (Richards, Sotomayor y Pérez, 2000).

Todo ello condiciona favorable o desfavorablemente el aprendizaje de los estudiantes, por lo que será necesario poder detectar donde se evidencia el conflicto para poder prevenir que los estudiantes lleguen a esta situación límite.

7.7. Dimensión Educativa

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de todos los infantes, adolescentes y de la juventud a una educación de calidad; asimismo, la Constitución de la República de Honduras plantea su accesibilidad para toda la población. Desde la reforma educativa de 1959, el nivel de educación media se estructura en dos grandes ciclos: ciclo común y ciclo diversificado. La duración del ciclo común es de tres años, y la del ciclo diversificado varía según la modalidad incluyéndose en este último ciclo la educación normal (formación docente) que hasta la fecha se imparte en institutos de nivel medio (UNICEF, 2010). La educación nacional se organizará como un proceso integrado y correlacionado en todos sus niveles. (Cap.IV, Art. 16). El sistema educativo comprende dos aspectos fundamentales:

- La educación escolar, que se impartirá en los establecimientos de enseñanza propiamente dichos.
- La educación extraescolar, que se obtiene a través de bibliotecas, museos, teatros y otros medios de difusión y formación cultural (Cap. IV, Art.17).

La educación escolar se adaptará al desarrollo psico-biosocial de los educandos y comprenderá los siguientes niveles: Educación preescolar, Educación primaria, Educación media y Educación superior (Cap.IV, Art.18) (República de Honduras, 2016). En cada una de estas etapas que forman la educación de un individuo hondureño se toma como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión

7.8. Educación Preescolar:

Debe ser impartida a todos los niños de edades entre 4 a 6 años, el cual tiene una duración de tres años y acoge a párvulos con el fin de inducirles en los primeros pasos en la educación formal, como ser la escritura, manualidades, vocablos, cantos, alfabeto, números, etc. En Honduras, la educación preescolar es obligatoria, se

imparte a través de dos modalidades: formal (jardines de niños) y no formal (CEPENF Centros de Educación no Formal) y a través de centros comunitarios de escolar.

Es impartida con el objetivo de estimular al niño en la formación de hábitos, la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades que favorezcan su desarrollo integral; sienta las bases de una incorporación positiva a la sociedad, a partir de la satisfacción de sus necesidades e intereses. Este tipo de educación la recibe el niño en las escuelas de párvulos y jardines de infancia con el objetivo de guiar sus primeras experiencias, estimular el desarrollo de su personalidad y facilitar su integración al medio (Cap. I, Art.19) (República de Honduras, 2016).

7.9. Educación primaria:

La educación primaria es gratis, obligatoria e impartida a niños en edades comprendidas entre 7 a 12 años; es el subsecuente de la educación formal integral y tiene una duración de seis años (primer grado a sexto grado), ya con niños preparados para un estudio más completo. Algunas escuelas primarias a partir del año 2000 se identifican con el sistema de educación básica llegando hasta el noveno año; o sea, tres años más en los cuales abarca la educación básica secundaria. Este nivel educativo tiene por objeto ofrecer los instrumentos y contenidos básicos de cultura, y el desarrollo integral de la personalidad (Cap. II, Art. 21) (República de Honduras, 2016).

7.10 Educación secundaria o media

La cual es impartida a estudiantes entre los 13-18 años; se divide en dos ciclos: Ciclo común y Ciclo diversificado. El Ciclo Común llamado de Cultura General es de tres años y el diversificado comprende las carreras según su metodología de estudio y exámenes, entre dos a tres años, siempre en el último contando con una práctica.

Atiende la formación integral de los adolescentes, continúa el proceso formativo de la educación básica, capacita para el ejercicio de determinadas profesiones y oficios que requiere el desarrollo económico y social del país, y prepara para seguir los estudios del nivel superior (Cap. III, Art.27). El egresado del nivel medio adquiere los

conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas en un campo específico de estudios que le permiten incorporarse en el mercado laboral y participar activamente en el desarrollo del país (República de Honduras, 2016).

7.11. Educación superior

Es impartida a estudiantes de 17 a 18 años en adelante, es la educación universitaria. El nivel de educación superior medio comprende las carreras universitarias con grado de Licenciatura y Técnico Universitario. El Nivel Superior Universitario es el que comprende las especializaciones en los grados de licenciaturas y técnicos universitarios mediante, Diplomados, Post grados, máster y Doctorados.

Representa la más alta aspiración del ciudadano hondureño; ya que por medio de ella se contribuye a la formación científica, humanística y tecnológica, a la difusión general de la cultura y al estudio de los problemas nacionales. En este nivel se imparte la educación tecnológica que forma a los profesionales competentes para desempeñarse en los campos técnicos y tecnológicos, destinados a satisfacer necesidades del sector productivo del país; prioriza la formación académica e investigativa, y promueve la sistematización del conocimiento universal y del trabajo académico por áreas disciplinarias. Incluye los estudios de grado y postgrado orientados a formar profesionales capaces de difundir y producir ciencia, tecnología y cultura en la creación y aplicación de conocimientos en función de las demandas y expectativas del país (República de Honduras, 2016).

7.12. La adolescente embarazada y su entorno

Es importante considerar que “la maternidad no convierte a una adolescente en adulta mágicamente”, sino más bien que se pueden presentar una serie de complicaciones durante el periodo de gestación. Todo el personal involucrado en la asistencia de las adolescentes embarazadas debe saber que siguen tratando con una adolescente, con todas las características de esta etapa de la vida.

Las

diferencias entre una embarazada adolescente y una adulta son, entre otras:

- Tienen poca información sobre todo el proceso de la maternidad.
- Tienen dificultades para asumir un autocuidado.
- Temen a los procedimientos invasivos.
- Están más preocupadas por lo que el embarazo les genera que por cuidarlo.
- El pensamiento mágico está presente todavía.
- Tienen dificultades para establecer un vínculo con su hijo y cuidarlo.
- Manejan los tiempos en forma diferente de los adultos.

La edad, o, mejor dicho, la etapa de la adolescencia que estén atravesando, juega un rol muy importante que debe ser tenido en cuenta.

En la adolescencia temprana, al impacto de los cambios que el embarazo impone, se sumará el que ha experimentado por la aparición de la pubertad, y la confusión mental que esto ocasione puede llegar a ser muy intensa. También, por la atención que la adolescente presta en esta etapa a su cuerpo, la posibilidad de experimentar algún dolor (extracciones sanguíneas para análisis, colposcopia, episiotomía, cesárea) le produce un intenso temor. Se debe tener en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene el parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permita ayudarla.

Está comprobado que la mayoría de los embarazos que sobrevienen a esta edad son producto del abuso sexual o violaciones, por lo que la situación emocional de estas jóvenes es, muchas veces, muy dramática.

En la Adolescencia media se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, y la impotencia es una de sus características principales. Por este motivo, en muchas oportunidades, no concurren al control prenatal o no realizan los estudios solicitados. A veces, no manifiestan temor al parto, pero al comienzo de las contracciones suelen asustarse mucho.

En la Adolescencia tardía, sobre todo cuando no hay otras opciones por su condición social (estudiar, acceder a trabajos donde pueda progresar), el embarazo suele ser el proyecto de vida, y aunque no lo hayan planificado, es como si lo hubieran estado esperando.

En cuanto a las ansiedades básicas del embarazo, aquellas que experimentan las mujeres, en la adolescencia, la más marcada es el temor al dolor, como ya fue dicho anteriormente. Excepto que haya casos de malformación fetal en su familia o haya habido alguna muerte materna durante el parto en su entorno, en general, estos dos temores no se manifiestan abiertamente y, en general, los tienen poco en cuenta.

7.13. El hijo de la madre adolescente

El vínculo que la adolescente establezca con su hijo va a depender de numerosos factores, entre ellos: la significación del embarazo según el contexto social y familiar, la etapa de la adolescencia que esté atravesando, el origen del embarazo (violación, abuso), factores individuales (proyecto de vida, pérdidas importantes, migraciones, carencias afectivas crónicas).

En algunos casos, cuando hay dificultades para establecer un vínculo adecuado, puede haber una inconstancia para los cuidados rutinarios, bajo registro de los signos de alerta, dificultades para prevenir conductas de riesgo.

Estadísticamente, los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de nacer con bajo peso, entre otras cosas, por una mayor proporción de niños de pretérmino, y presentan tasas de mortalidad perinatal más altas. Hay autores que han reportado una mayor incidencia de muerte súbita.

El riesgo de morbilidad debida a accidentes, heridas y quemaduras permanece, particularmente, alto, sugiriendo que es la falta de un adecuado conocimiento por parte de estas madres sobre el crecimiento y desarrollo infantil, lo que ocasiona estos accidentes, más que la falta de cuidado en sí misma.

7.14. El padre adolescente

En la mayoría de los casos, el padre también es un adolescente y requiere la atención del equipo de salud, ya que, aunque de características diferentes, ambos padres se encuentran en una importante crisis cuando el embarazo se hace presente.

La paternidad será asumida en forma diferente según los distintos estratos sociales, ya que el adolescente tratará de asemejarse a sus propios padres, lo cual no siempre da óptimos resultados y, en otros casos, intentará desarrollar un modelo propio de paternidad. Es importante que el equipo de salud trabaje para estimular el compromiso con la situación y que la actitud del adolescente no sea de huida.

8. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

8.1 Cuidado profesional de enfermería

El cuidado de los pacientes es el aspecto más importante de la profesión de enfermería, esta actividad podría definirse “como acciones que necesitan de una valoración personal y profesional encaminada a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente” (Rodríguez & García, 2014)

No obstante, existen contextos que intervienen en la labor del cuerpo de enfermería, como es el hecho de que muchos profesionales hoy en día olvidan que la parte fundamental de esta actividad es el compromiso que se debe tener hacia la vida de otro ser humano. Por este tipo de razones nace como un requerimiento importante reflexionar en relación a todo lo que engloba la atención apropiada que se le debe otorgar al paciente y sus repercusiones en la realización de servicios sanitarios, vistos como indispensables procesos para lograr ciertos resultados concluyentes como, los niveles de satisfacción de las personas intervenidas y menores estancias hospitalarias de los mismos, asimismo mejor productividad, calidad de profesionalismo y la conservación de la imagen de la entidad responsable en el cuidado de la salud.

El cuidado de los pacientes personifica un sin número de actos de vida (voluntad deliberada del hombre) que se basan en un único propósito y contexto el cual es, conservar el bienestar de los seres humanos, protegiendo sus vidas con el objetivo de

reproducirse y subsistir, de tal manera, el cuidado radica en la conservación y preservación de la existencia de la vida resguardando la satisfacción de un grupo de requerimientos para las personas, en términos médicos pacientes (familia, grupo, comunidad). “Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida” (Rodríguez & García, 2014).

Indudablemente, enfermería debe ofrecer mucho apoyo a la adolescente embarazada; para fortalecer su identidad como madre, debe motivarla a participar activamente en actividades que fortalezcan el vínculo afectivo, madre-hijo, la integración familiar, la relación de pareja, pero es fundamental ante todo, la aceptación del embarazo; porque, la mayoría de las adolescentes no esperan quedar embarazadas, cuando éste, sucede pueden negarlo hasta que los signos se hacen muy evidentes y no pueden continuar con la negación ante la familia o por contrario, la familia no pueda seguir ignorándolo. De allí que, como lo señalan Leonard, L. D; Perry, S. y Bobak, I. (1998), las tareas de desarrollo en el embarazo que “...la adolescente debe afrontar, incluyen aceptar la realidad biológica del embarazo..., aceptar la realidad del niño que está por nacer..., aceptar la realidad de la maternidad” (Pág. 959), esto es, preocuparse y ser capaz de auto cuidarse, aprender de los cuidados ofrecidos por enfermería, los cuidados que su hijo necesitará, a través de la asistencia a la consulta prenatal.

En el diario vivir, la adolescente embarazada se enfrenta a situaciones de salud, en muchos casos por la falta de control. El control prenatal en palabras de López de Piña, B. (1994): Es el conjunto de acciones realizadas por el equipo de salud, orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia, según el enfoque de riesgo, a fin de preservar la salud de la mujer y el hijo durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y se obtenga un recién nacido sano (Pág.95).

La atención de enfermería desde la consulta prenatal debe sustentarse en acciones de salud, sustentadas en la realización de apropiados cuidados a la adolescente embarazada. Leininger, M. (1989), al hacer referencia al término cuidados dice “...los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distinto de esta disciplina... la enfermería y un elemento central, dominante y distinto

de esta disciplina... la enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados... cuyo fin es atender a los seres humanos”, (Pág. 447).

Consideraciones conceptuales que las autoras de este estudio comparten plenamente, porque, como anteriormente se ha dicho, las adolescentes embarazadas son seres humanos, con sentimientos encontrados, que requieren de enfermería cuidados significativos en vista que vive una situación de riesgo para su salud, puesto que el embarazo en adolescentes es considerado como de alto riesgo, porque como bien lo señala Harris citado por Duarte, M. (1998): “...obedece al hecho de que en su organismo aún no se encuentran en proceso de maduración sus estructuras anatómicas para el desempeño de sus funciones propias “ (Pág. 42).

Desde lo citado, se tiene por cierto que el riesgo del embarazo en adolescentes está asociado con la presencia de preeclampsia, hipertensión inducida por embarazo que indirectamente puede conducir a la prematernidad y al bajo peso al nacer, deficiencia nutricional, que puede conducir a estados de anemia, en su conjunto son productos de la falta de un apropiado control prenatal, traducido a su vez en la entrada tardía al sistema de atención integral, identificado en términos normativos como atención o control prenatal, definido en las normas de atención materna y planificación familiar (1992), como un componente de la atención materna que busca:

El cuidado y protección integral de la mujer, en particular de su esfera obstétrica y ginecológica, a través de la educación para la vida familiar, de la vigilancia, de las distintas etapas de su vida reproductiva, con criterio de riesgo y el tratamiento oportuno y adecuado, que le permita a ella, a su núcleo familiar y a la comunidad los mejores niveles de salud y calidad de vida (Pág. 21).

Dentro de los programas de salud materno infantil, las necesidades sentidas por la adolescente embarazada han hecho que las miradas se dirijan no sólo a la prevención de problemas relacionados con el embarazo, sino que ha cobrado gran importancia la promoción de su bienestar, éste en palabras de Chambers, C., citada por Sánchez Herrera, B. (1997), es entendido como “un proceso de movimiento hacia una mayor conciencia de sí mismo y del ambiente” (Pág. 21)

Que la lleva hacia un aumento en las interacciones con su pareja y con su grupo familiar, mediadas por los cuidados que le ofrece enfermería, buscando a través de

sus interacciones con la adolescente embarazada, que ésta tenga un propósito de vida para ella y si hijo, así como una apreciación profunda por vivir y disfrutar de su maternidad y de la vida. También en la atención a la adolescente embarazada ha cobrado vigencia el cuidado humano que, en palabras de Watson, J. citada por Wesley, R.L. (1997), supone que: El cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interpersonal... consta de factores de cuidados que pueden satisfacer las necesidades humanas..., promueve la salud y el crecimiento del individuo y la familia..., responde aceptando a una persona como es y lo que parece, además de lo que podría llegar a ser. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con el conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud... (Pág. 129- 130).

8.2 Atención de enfermería

Los procesos de enfermería o procedimientos de atención por profesionales de enfermería son conjuntos de actividades que se desarrollan de forma intencionada por los capacitados en la salud, apoyándose en metodologías y teorías aprendidas con el transcurso de los años, efectuadas en un orden establecido, con el propósito de atestiguar a todos los pacientes que requieran de atención, a los cuales se les brindaran las mejores disposiciones por parte de los profesionales de la salud. “Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud” (Wong, 2015). Básicamente este método está adaptado como un modelo para resolver contratiempos y esta categorizados como un estudio deductivo en sí mismo.

La utilización de procedimientos de enfermería permite el desarrollo de un plan de cuidados centralizado en las respuestas humanas. Los procesos de enfermería tratan a los pacientes atendidos en una institución de salud como el elemento más relevante, básicamente como un todo, los pacientes son personificaciones únicas, que requieren de atención y conservación enfocándose de forma general en el individuo y no únicamente en su padecimiento

Los procesos de enfermería se lo pueden definir como las distintas aplicaciones en donde se involucra la metodología científica en las prácticas asistenciales de la

profesión, de tal manera que se logre brindar, desde un enfoque médico, con cuidados de manera sistematizada, lógica y racional. Los procedimientos de enfermería le dan a esta profesión la categorización de ciencia.

8.3 Rol de enfermería en el embarazo

El rol que cumple el cuerpo de enfermería en etapa de embarazo de una entidad dedicada a la salud radica en instruir y fortificar el conocimiento de la valoración de la salud; suministrar los cuidados, emplear procesos de intervención y analizar los resultados. Por tal motivo el control en etapa de gestación reside en “un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas”(Colmenares & Montero, 2010) este tipo de visitas programadas se las efectúa de manera continua con el cuerpo médico, con el propósito de tener controlado el desarrollo del feto y la salud de la madre, a su vez contribuye con la obtención de una correcta preparación para el alumbramiento.

Es prudente destacar que el propósito de la salud en la fase de gestación es el bienestar tanto de las futuras madres como de sus hijos, situando énfasis en promover un embarazo sin complicaciones. De esta forma, se involucran los controles y la vigilancia de los pacientes, con el objetivo de establecer de manera oportuna los peligros que podrían aparecer en el transcurso de la gestación y pueden originar alteraciones en el transcurso fisiológico del mismo, así como reubicar pacientes que presenten complicaciones en cuidados médicos específicos, especializados y eficaces.

8.3.1 Relación interpersonal.

En el marco de la atención a la adolescente embarazada, en la consulta prenatal, enfermería realiza múltiples actividades en diferentes momentos, comúnmente llamadas Preclínica y Clínica, pero que, en su conjunto, diferentes autores les conciben en términos de consulta de enfermería, que Frías Osuna, A. (2000), define como “una vía de interacción en el proceso buscar, facilitar y recibir ayuda”

(Pág.202); adicional a ello, Borrel Carrió, F. (1992), considera que la consulta de enfermería es “una interacción profesional entre el usuario y la enfermera... centrada en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad... mediante un proceso de

interacción específico y terapéutico” (Pág. 37). En ambas definiciones surge un denominador común, se da un proceso de relación entre los usuarios y enfermería, mediante una revista cara a cara.

La relación interpersonal, permite el establecimiento de lazos significativos entre el personal de enfermería y la adolescente embarazada. Es una relación privilegiada favorecedora que como bien lo señala Phaneuf, M. (1993), “le conduce a avanzar en su evolución a ver la vida de forma más positiva, a sentirse menos sola, más aceptada” (Pág. 12). La relación interpersonal es además un proceso dinámico que envuelve adaptación y ajustes continuos entre la díada enfermera-adolescente embarazada, este proceso de relacionarse interpersonalmente con otros en palabras de Montes Valverde, M. M. (op.cit), es “una clave básica para relaciones saludables que contribuyan al crecimiento personal, al desarrollo de la autoconfianza a través de la autoaceptación y una cooperación benéfica por medio de la responsabilidad compartida...” (Pág. 55).

Como se sabe, las adolescentes embarazadas vivencian no sólo transformaciones propias de su embarazo sino, también, las de su ciclo vital, presentando características de rebeldía, rechazo, negación; y, el auxiliar de enfermería, para ofrecerles cuidados en la consulta prenatal, deben establecer con ellas relaciones interpersonales significativas, sustentadas en la comprensión de su situación de salud, promoviendo el dialogo, en un ambiente de confianza, para permitirle exteriorizar y verbalizar sus sentimientos frente el embarazo. Mediante las relaciones interpersonales significativas, el personal de enfermería –enfermeras (os), y/o auxiliares de enfermería – tiene la oportunidad de ofrecerle ayuda a la adolescente para que aprenda a vivenciar su embarazo y muestre interés por su futuro hijo, adoptando un rol maternal apropiado.

8.3.2 Apoyo emocional.

El apoyo o soporte social es una práctica del cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre personal de enfermería y adolescentes embarazadas, caracterizada por expresiones de respeto, afecto, confianza, calidez para fortalecer la autoestima. Muñoz de Rodríguez, L. (2000), afirma que “el fenómeno de soporte social ha sido

estudiado desde tres perspectivas: la estructura, la función y la naturaleza² (Pág. 100).

Argumenta además que la función se refiere a los tipos de apoyo que ofrece las fuentes:

Emocional: La fuente es asilo, descanso y contribuye al dominio emocional de la persona necesitada.

Informacional: La fuente es como un colector y diseminador acerca del mundo de las experiencias vividas.

Alabanzas, apreciativo o valorativo: La fuente actúa como retroalimentación, guía y media la solución de problemas, contribuye a elevar la autoestima del usuario.

Instrumental: La fuente brinda ayuda práctica y concreta (Pág. 100).

En el contexto de la adolescente embarazada, el apoyo emocional se traduce en valioso y significativo desde la acción de enfermería en la consulta prenatal, puesto que acompañan el proceso del embarazo y las adaptaciones. Esto se logra mediante interacciones y valoraciones que permite al personal de enfermería constituirse en elemento de apoyo emocional para la adolescente embarazada centrando principalmente su atención en el respeto, porque como lo señalan Kozier, B.; Erb, G.; Blais, K y wilkinson, J. (op.cit) "...la enfermera debe mostrar respeto para poder contar con la buena disposición del cliente y el deseo de trabajar con él" (Pág. 384).

El respeto supone el miramiento, la comprensión y aceptación de los valores de la adolescente embarazada, así como el principio ideológico, ético y moral que pudieran influir en la conducta de la adolescente.

En otras palabras, es la capacidad que tiene el auxiliar de enfermería para ponerse en lugar de la adolescente embarazada, mostrándole comprensión, afecto, es reflejar la dignificación personal de las palabras de la adolescente, en su justo sentido, es comunicarse, es responder de forma que indiquen que han escuchado, lo que ella ha dicho y comprende lo que ella siente. También es importante considerar las conductas no verbales. Para Kozier, B.; Erb, G.; Blais, K y Wilkinson, J. (op.cit), las conductas no verbales "...que indican empatía son afirmar moderadamente con la cabeza, mirada continua, gesticulación moderada y escasa actividad y movimiento corporal" (Pág.

383), el resultado de la empatía es dar atención, apoyo emocional a la adolescente embarazada, estableciendo una relación útil, sana y sincera, sustentada a sí mismo en la calidez, entendida en palabras de Frías Osuna, A. (op.cit), como “la proximidad afectiva que existe entre el usuario y la enfermera” (Pág. 208). La calidez entre el auxiliar de enfermería y la adolescente embarazada puede darse a través de miradas francas y directas, sonrisas oportunas, extendiendo los brazos para saludarla al recibirla en la consulta o al despedirla.

8.3.3 Apoyo valorativo.

La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, su núcleo de acción son las necesidades básicas, centradas en alcanzar el bienestar de la persona que atiende, en este caso la adolescente embarazada. El apoyo valorativo – valoración de la situación materna y fetal – supone un elemento diferencial importante para el resultado del embarazo. En términos generales, la finalidad de la valoración es crear una base de datos a partir de las respuestas del usuario de los servicios, para identificar con precisión los cuidados de enfermería que requiere.

la valoración “...consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente” (Pág. 91). Para una efectiva valoración se precisa aplicar distintos métodos como. Observación, entrevista y examen físico, en la consulta prenatal, el auxiliar de enfermería como norma institucional, debe entrevistar a la adolescente embarazada para coleccionar datos que luego, registrará en la historia clínica, la recogida de datos dice Frías Osuna, A. (op.cit), “debe ser: planificada, sistemática, exhaustiva y objetiva” (Pág. 168). El auxiliar de enfermería, mediante entrevista individualizada, colecciona de la adolescente embarazada, en la primera consulta de control sus datos personales, antecedentes relacionados con enfermedades que ha vivenciado, alergias, etc., antecedentes ginecológicos, menarquia, duración de cada período menstrual, dolor, etc. Medición de signos vitales, temperatura, pulso, respiración, tensión arterial, se determinan en cada control prenatal con el fin de vigilar las funciones orgánicas durante el embarazo. En este orden de ideas, Dickason, E.; Silverman, B. y Schult, M. (1995), enfatizan:

8.4 Adolescentes gestantes y el cuidado de enfermería

De acuerdo a datos proporcionados por la organización mundial de la salud, la adolescencia transcurre “entre los 10 y los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años” (Bravo, 2016). De igual forma se destaca que una de cada cinco individuos tomando en consideración cantidades globales, es adolescente o pertenece a las edades antes mencionadas, el 85% de estos adolescentes conviven en naciones subdesarrolladas o de poco poder monetario como es el caso de Ecuador.

Sin embargo, establecer la conceptualización de adolescente es un poco complejo debido a que intervienen un sin número de aspectos, entre los cuales se puede destacar “la manera en que cada persona experimenta este periodo de la vida va a determinar su madurez física, emocional y cognitiva, entre otros” (Bravo, 2016). Asimismo el otro aspecto a considerar son el cambio de diversas sociedades es decir no se maneja la mayoría de edad igual en Estados Unidos como en el Ecuador, por ejemplo en el estado Mississippi, la mayoría de edad se la alcanza a los 21 años, mientras que en el Ecuador es a los 18 años, esto influye porque el adolescente desde este punto tiene la potestad de participar en la sociedad, cabe mencionar que el rango más común radica entre 18 a 21 años de edad para ser considerado un ciudadano adulto.

El autor (Issler, 2012) menciona que el embarazo precoz es un aspecto que declinan muchos complejos y problemas, influenciados más que todo por la sociedad; es una fase en donde intervienen tanto la situación en que se halle la adolescente como la edad o etapa de adolescencia en que se encuentre, de esto dependerá el afrontamiento que tome el paciente.

En los cuidados de enfermería con los embarazos precoces debe considerarse en primer lugar la edad del paciente debido a que gracias a ellos se pueden establecer las características del embarazo y posibles riesgos, posteriormente se efectúe la constante evaluación del cuidado del paciente hacia así mismo, en donde el cuerpo de enfermería debe desarrollar y practica y trato humanizado adaptado a los requerimientos del paciente. Asimismo, avalar que los gestantes que asisten a la

unidad estén tomando la atención que necesitan aparte de que se realicen seguimientos y las variaciones adecuadas a la actividad de enfermería

8.5 Intervención de enfermería en el embarazo de adolescentes.

El apoyo de la enfermera hacia la mujer gestante es instruir y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, emplear procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Por lo tanto, la consulta prenatal reside en un conjunto de actividades y procedimientos que consienten el cuidado apropiado de la evolución del embarazo, que se puntualiza en visitas programadas con el equipo de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y conseguir una apropiada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con el fin de reducir los riesgos de este proceso fisiológico.

Según (Colmenares, Montero, & Reina, 2014), indica “cabe destacar que el objetivo de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos”. De este modo, se incluye el debido control y vigilancia durante el estado de gestación, con el propósito de identificar riesgos o complicaciones que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica, especializada y eficaz.

Por lo tanto, las (os) enfermeras (as) deben tener vigilancia en las adolescentes, correspondiente a la evolución del embarazo mediante lo siguiente:

- **Alfafetoproteínas en suero materno.** Se utiliza en la detección en sangre materna la presencia y volumen de alfafetoproteínas en la circulación. Solo es un método de detección. No diagnostica defectos del tubo neural ni anormalidades cromosómicas.
- **Ultrasonidos.** Permiten observar la imagen del feto y determinar la presencia de posibles anomalías y deformidades evidentes como la hidrocefalia, espina bífida y onfalocele; y sutiles como los defectos cardíacos.
- **Amniocentesis.** Análisis de los componentes del líquido amniótico mediante su aspiración con aguja transabdominal, con ultrasonido continuo. Permite el estudio de las células que se encuentran en el líquido, que son de origen fetal

y contienen información genética idéntica al feto. También es posible diagnosticar anomalías cromosómicas (Down, afecciones autosómicas y ligadas al sexo, enfermedades metabólicas, enfermedades hematopoyéticas e inmunodeficiencias). Después que se realice se debe brindar apoyo emocional para controlar la ansiedad y el temor por el resultado (mínimo de 3 semanas para su cultivo y valoración total). Apoyar si fuera necesaria la interrupción del embarazo.

- **Pruebas de vellosidades coriónicas.** Método alternativo para obtener información, en el que se analiza el material coriónico de la placenta con la utilización de una sonda transvaginal y ultrasonido continuo. Permite un diagnóstico más temprano que la amniocentesis, es más terapéutico en el primer trimestre, si fuera necesario y respeta integridad. (BVSCuba, 2015).

8.6 La escala profesional del cuidado de Kristen Swanson

Se desarrollaron tres instrumentos a partir de la teoría de Swanson: "Caring Professional Scale" (CPS) escala profesional del cuidado que mide el cuidado ofrecido por el profesional y "CaringOtherScale" (COS) Escala no profesional del cuidado, que mide el cuidado ofrecido por otros (no profesionales ej. cuidador familiar), la tercera fue elaborado por (Doziner et. al., 2013), "es un instrumento diseñado para medir el grado de percepción que tienen los pacientes de que se satisfacen sus necesidades durante la hospitalización" Caring Professional Scale' (CPS), esta permitirá a la adolescente gestante tener una valoración durante su estado de gestación, contando con el cuidado ofrecido por la enfermera en la atención prenatal desde la perspectiva de Kristen Swanson. Esta herramienta fue desarrollada para valorar el cuidado recibido por el médico y/o la enfermera cuando una mujer tiene un aborto espontáneo, pero de igual manera puede ser aplicado en diferentes contextos. Es considerada esta herramienta como un prometedor en la medición del cuidado pues tiene validez teórica y empírica.

La escala de cuidado profesional ha sido desarrollada para monitorizar los cuidados como la variable intervención/ proceso. La escala original consta de 15 ítems

distribuidos en una escala tipo Likert que cuenta con seis elecciones de respuesta. Estos ítems son derivados de categorías y procesos propuestos por Swanson en su teoría, de igual manera, se agrupan en dos subescalas: sanador compasivo y sanador competente.

a) Primera subescala:

Sanador Compasivo: Comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza. Consta de 8 ítems: Reconfortante, positiva, escucha atentamente, atenta de sus sentimientos, visiblemente afectada por su experiencia, capaz de ofrecer esperanza y respetuosa.

b) Segunda subescala

Sanador Competente: Comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos. Consta de 7 ítems: Informativa clínicamente competente, personal, Apoyo, técnicamente hábil, cuidado y centrada en usted. A partir de lo anterior, se evidencia que el instrumento permite evaluar dentro del cuidado profesional las necesidades manifiestas de la adolescente gestante de: apoyo, escucha y trato humanizado.

8.7 Consecuencias del embarazo adolescente

Cuando una adolescente se embaraza, ocurre un sinnúmero de cambios, tanto físicos, psicológicos y sociales, lo que ocasiona que la misma opte por ideas erróneas, que como consecuencia se refleja durante el estado de gestación y del bebé cuando nace. “El embarazo precoz es considerado como de alto riesgo, ya que ni física ni mentalmente una joven se encuentra preparada para la maternidad” (Calatrava, 2014).

- Un grave problema es la falta de atención médica, porque generalmente las adolescentes no avisan de sus padres sobre su estado a tiempo, lo que genera que sus primeros meses no tengan revisión alguna y no lleven una alimentación y medicación adecuada.

- Las adolescentes de entre 11 a 16 años tienen el riesgo de preeclampsia y eclampsia.
- Como factores para que los niños nazcan con problemas o malformaciones en su organismo se debe a anomalías placentarias, mal nutrición, consumo de drogas y alcohol.
- En la actualidad en países en vía de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes por embolias, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.
- También las adolescentes optan por realizarse abortos en lugares clandestinos, poniendo en riesgo su vida, a causa de hemorragias y sepsis que se pueden producirse durante la extracción del feto
- Correspondiente a lo psicosocial, algunas adolescentes toman la decisión de dar en adopción a sus hijos, generando en ellas con el tiempo sentimiento de culpa
- Algunas de ellas dejan los estudios a causa de que ya no tienen el apoyo de sus padres o no cuentan con recursos económicos que les permita mantener a sus hijos bien, por lo cual buscan empleo para poder subsistir y de igual forma crían a sus hijos en lugares desfavorables.
- Otras, si tienen la oportunidad se unen a su pareja, lo cual muestra poca probabilidad que resulte, porque suelen ocurrir problemas, ya que se enfrentan a un evento inesperado, porque son demasiados jóvenes y no están preparados para “formar una familia”

8.8 Factores de riesgo durante etapas de la gestación.

Como factores de riesgo en una adolescente embarazada, tiene que ver primeramente con la salud, costumbres y hábitos de esta, lo cual debe propiciar un ambiente crítico para el desarrollo del feto dentro de ella. A causa de la edad, se debe llevar un debido cuidado prenatal, además de una buena nutrición, para evitar complicaciones a futuro, tanto para la madre como para el niño. “Determinados factores parecen ser de enorme importancia a la hora de valorar los riesgos de que un embarazo evoluciones mal” (Niswander, 2013)

- Las que se encuentran en probabilidad de tener un hijo con algún problema médico son las mayores de 36 y menores de 16 años. Se puede prever un peso menor tanto en el bebé, y especialmente las adolescentes
- La inasistencia a los controles prenatales origina un riesgo mayor de que se rompan las membranas amnióticas antes de tiempo, teniendo como resultado un bebé prematuro y de bajo peso.
- A causa de las enfermedades que la madre pueda tener, como diabetes o alguna enfermedad venerea y no lleve un control prenatal, puede conducir que él bebe pueda nacer con algún problema o deficiencia.
- Las adolescentes deben llevar una alimentación balanceada y nutritiva, como un efecto considerable en la salud del bebé; mediante su alimentación diaria debe ingerir por medio de sus alimentos vitaminas, minerales y en especial ácido fólico para reducir la incidencia de un tipo de defecto como la espina bífida.
- El consumo de drogas o alcohol perjudica el desarrollo del feto, lo que como resultado se presentan abortos, alteraciones en el crecimiento, malformaciones, problemas respiratorios o cardíacos, microcefalia, anomalías neurológicas o urogenitales etc.
- Las infecciones que suelen tener las embarazadas es la toxoplasmosis, la rubéola, el citomegalovirus, el herpes y la sífilis.

Hay una serie de factores de riesgo prenatales que complican el desarrollo óptimo del feto durante el embarazo y de igual manera a la hora de alumbrar lo que genera complicaciones, poniendo en riesgo la vida del bebé como la mama, por no llevar un debido control de esta.

8.9 Control de embarazo de las adolescentes

Para una adolescente es importante llevar un control prenatal adecuado, porque permite que tanto ella como él bebe se encuentren en perfectas condiciones durante esta etapa, por eso es necesario plantear todas las preguntas y temores hacia los doctores, que permita responder las dudas que se tienen con respecto a un embarazo y más que todo a las adolescentes que no tienen la madurez completa de cómo actuar antes esta situación. “Una adecuada asistencia y control del embarazado en las

adolescentes, lleva aparejados unos buenos resultados obstétricos y perinatales, obteniéndose los mismos que en las mujeres adultas” (Redondo & Galdó, 2013)

Al asistir a la primera cita con la ginecóloga, se realizará un examen pélvico para conocer el tiempo de gestación de la paciente y efectuará un ultrasonido para corroborar la sospecha de que no sea un embarazo ectópico. Además, es indispensable efectuarse pruebas de laboratorio para conocer si la adolescente tiene algún tipo de enfermedad de transmisión sexual, que generara complicaciones, si no se lleva un adecuado tratamiento durante el embarazo.

Para que se establezca una completa atención integral, la doctora debe tomar en cuenta aspectos físicos como emocionales de la paciente adolescente y entrar en confianza, realizándole una serie de preguntas, para conocer cómo se siente o como esta correspondiente a la maternidad, de igual manera aconsejarla para que no tome decisiones erróneas que a futuro la pueden afectar aún más en su vida.

Es importante crear un cronograma que permita llevar una frecuencia de visitas a la ginecóloga, para conocer por medio de ecografías el desarrollo del feto, de igual manera tomar los medicamentos acorde al embarazo como vitaminas, minerales, hierro, yodo, ácido fólico, calcio, zinc, etc., para evitar que el feto tenga deficiencias en su desarrollo. Además, es importante que la adolescente cree hábitos alimenticios.

8.10 Teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson, estadounidense nacida en Kansas especializada en enfermería docente, por su larga carrera como autora de investigación en 1960 fue asesora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Doctora de Honoris causa de varias universidades. Creo un modelo de enfermería adecuado a las necesidades y desarrollo humano del paciente para orientación del cuidado de enfermería (Martínez, 2013) (p. 30). Presentados en orden biopsicosocial:

8.10.1 Respiración

Los sistemas respiratorios, cardiovasculares y hematopoyéticos necesitan ser oxigenados. En la etapa de embarazo se sufre una serie de alteraciones debido a un aumento de la comprensión venosa que se ejerce a medida que el 37 útero crece, presiones cardiovasculares causantes de las varices, hemorroides. Además, durante

el embarazo se debe tener en cuenta el padecimiento de anemia fisiológica típica de la gestación, la cual será fisiológica si la hemoglobina no es inferior a 11 mg/100ml. Si esta es menor entonces si se estuviese tratando de un embarazo con anemia. A continuación, se presentan varios aspectos que se deben tener en cuenta:

Datos a tener en cuenta en necesidades de oxigenación:

DATOS A TENER EN CUENTA EN NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

- Vigilar la aparición de 
 - Edemas maleolares
 - Varices en EEII
 - Hemorroides
 - Varices Vulvares
- Vigilar la aparición de anemia (< 11 mg/100 ml)

8.10.2 Alimentación

En el embarazo la función del sistema digestivo es normal, a pesar de que en las encías se puede producir una hiperemia que con el cepillado se origina un sangrado que altera la necesidad de comer. Su hidratación es normal por cuanto sus riñones van a funcionar correctamente, su piel se verá más fresca reflejando a una mujer sana que con poca ayuda de acercamiento de sus alimentos y reposo absoluto pronto su salud se verá restablecida.

8.10.3 Eliminación

Se refiere a la función renal, la vejiga en esta etapa experimenta relajación, sufre compresión del útero, y frecuentemente tiene reflujo vésico-uretral, de ahí su

PROBLEMA DETECTADO:

- Riesgo de estreñimiento

DATOS A TENER EN CUENTA:

- Tendencia a la infección de orina

importancia por vaciar frecuentemente su vejiga evitando la proliferación de bacterias e infecciones urinarias. Por el reposo absoluto le es difícil ir al baño por sí sola, por lo que se le debe acercar el bidet. Necesidad no alterada en su sistema gastrointestinal el tono y la motilidad disminuyen por lo que el tránsito se vuelve lento y provoca estreñimiento, obligada tiene que levantarse al baño.

8.10.4 Movilización

Toda mujer embarazada tiene la necesidad de moverse, aunque con limitaciones por su estado, a pesar de que su patología le exige reposo absoluto durante todo el proceso. Ninguno de sus movimientos se verá alterado por lo que se considera una necesidad cubierta.

PROBLEMA DETECTADO:

- Prescripción de reposo absoluto

8.10.5 Reposo y sueño

Por su estado especial comienza a sentir temor, dudas, de lo que le puede suceder a ella o a su bebé, lo que le va a dificultar conciliar el sueño y provocar insomnio.

PROBLEMA DETECTADO:

- Riesgo de alteración sueño/descanso (insomnio)

8.10.6 Vestirse y desvestirse

Esta necesidad no se verá alterada pues si se le acerca la ropa la paciente por sí sola se puede vestir y desvestirse por no tener pauta de restricción de movimientos.

8.10.7 Temperatura

Su temperatura corporal estará equilibrada, el funcionamiento de los centros de termorregulación del hipotálamo es correcto, con una buena y equilibrada

alimentación sumada a una adecuada temperatura ambiental esta necesidad no se verá alterada.

8.10.8 Higiene y estado de la piel

Como todo ser humano tiene la necesidad de estar limpio, su piel no tendrá alteraciones salvo las comunes en un embarazo como las estrías o arañas vasculares. Acercándoles todo lo que necesitan ellas por sí solas se pueden asearse, solo que su estado no lo permita irán al baño en sillas de rueda una vez por semana con el fin de evitar esfuerzos. Necesidad no alterada

8.10.9 Seguridad

Necesidad de evitar los peligros que puede ser alterada por el riesgo de padecer alguna infección hospitalaria o por el catete endovenoso periférico que portan para suministrar medicamentos (Martínez, 2013).

PROBLEMAS DETECTADOS

- **Riesgo de infección (catéter venoso)**

8.10.10 Comunicación/Relación

Necesidad considerada como satisfecha porque sus órganos de los sentidos no se verán alterados por su patología.

8.10.11 Creencias/Religión

Relacionada con los valores, se la considera una necesidad independiente que no altera llevar a un embarazo a término.

8.10.12 Aprendizaje

La necesidad de aprender sobre su estado y proceso patológico es indispensable, su desconocimiento puede traer consecuencias negativas para su salud y la del bebe.

PROBLEMAS DETETADOS:

- Posible déficit de conocimientos

8.10.13 Autorrealización

Por lo general cuando una paciente tiene problemas en el embarazo y tiene que alejarse de su familia sin saber que sucederá con ella o su bebe, todo esto hace que presente ansiedad, nerviosismo, le de insomnio, puede provocar un no afrontamiento a todo lo que le está ocurriendo.

8.10.14 Ocio.

Se refiere a la necesidad de recrearse, a pesar de que la paciente no pueda movilizarse su recreación puede ser ver televisión, leer, conversar, todo lo que no requiera esfuerzo por lo que se la categoriza como necesidad independiente (Salud Madrid, 2015).

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Riesgo de ansiedad por su cambio de salud, su cambio de rol
- Riesgo de no afrontar la situación

9. CONCLUSIÓN

Como se mencionó anteriormente, estamos en una época donde la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos siguen siendo un tabú, y nos sigue costando trabajo hablar sobre el tema, pero, sin embargo, seguimos jugando un papel muy importante, el hecho de que los adolescentes no lleven una buena educación sexual adecuada, tanto en el ámbito escolar como familiar, implica una libertad sexual que a su vez se lleva una gran responsabilidad ante las consecuencias de sus actos.

Después de haber realizado las encuestas correspondientes, los resultados obtenidos mostraron que poseen información necesaria sobre los métodos anticonceptivos, y conocen algún tipo de método anticonceptivo.

Por último y el principal descubrimiento que resultó de la realización de esta investigación, que, a pesar de tener la información necesaria sobre algún método anticonceptivo y las consecuencias al no usarlos, no se toma la suficiente precaución para utilizarlos.

Concluyendo que esto ha formado parte de la causa principal por la que se llega a tener un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual, el ver diariamente a niñas adolescentes cada vez más jóvenes que quedan embarazadas por falta de información, pues muchas y no solo mujeres si no también hombres toman la sexualidad como un juego y no como algo que puede afectar en su futuro, sin embargo, tomando consciencia y teniendo la información adecuada se podría evitar muchos embarazos no deseados en el futuro, pues para los jóvenes es muy importante tener un futuro próspero y un hijo a muy temprana edad no está en los planes de una adolescente. “Educadores, médicos, funcionarios de la salud pública y los médicos de difusión deben brindar al público más educación sexual”. (Reinisch & Beasley, 1992).

Gracias a las encuestas podemos darnos cuenta que los jóvenes quiroguenses saben que existen las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo no se protegen lo suficiente pues también se observa que con sus parejas sexuales no se tiene la precaución de los antecedentes de salud de la otra persona, y que la mayoría de las veces no se acude por información, sin embargo podemos rescatar que gran parte de

los jóvenes de la comunidad de Quiroga conocen y usan los métodos anticonceptivos, lo que brinda un aumento favorable en la prevención de la salud propia y de su entorno.

Así mismo podemos concluir que existe una interacción entre género, sexualidad y embarazo en adolescentes; la cual adopta expresiones diferentes y desiguales atendiendo a los contextos socioculturales donde conviven y se desarrollan las personas. El embarazo en la adolescencia es un problema que se da actualmente en todas las partes del mundo, y que adquiere importancia dadas las consecuencias que puede acarrear, esta problemática se da más marcadamente en edades de la adolescencia, y con más frecuencia cuando son solteras o pertenecen a niveles socioeconómicos bajos.

El embarazo adolescente genera externalidades negativas individuales que se relacionan con la culminación de la formación escolar, acceso a fuentes de trabajo, continuar o caer en la pobreza, y asumir los riesgos en cuanto al crecimiento integral de sus hijos e hijas. Para la sociedad el embarazo adolescente acelera el crecimiento de la población, genera gastos para el cuidado de la madre y el hijo o hija, aumenta la probabilidad de permanecer, caer o incrementar la situación de pobreza y el generar dependencia de la ayuda estatal.

El inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, en los diversos contextos estudiados, puede darse en un escenario no planificado, donde prima la espontaneidad; y el factor de "enamoramamiento" tiene un efecto impulsor en la medida que condiciona la necesidad de dar y recibir (Aunque de manera desigual para hombre y mujer), lo cual se expresa en el ámbito de la sexualidad y específicamente a través de las relaciones íntimas.

Las motivaciones que llevan a consumir una primera experiencia sexual coital por parte de una o un adolescente están mediadas por las concepciones de género. El análisis de esta dinámica indica que está implícita la relación de poder, concentrada

en la masculinidad; y en función de esta el varón pide, exige, propone y consigue; mientras que por su parte la mujer responde y complace.

En el sexo femenino las motivaciones para el inicio de las relaciones sexuales fueron las siguientes: complacer a la pareja; presencia del deseo y la relación sexual como intercambio oportunidad de escape ante una situación de violencia y vulnerabilidad en el hogar de origen. Por su parte, en los varones la presencia del deseo también fue identificada como motivación para el iniciar las relaciones sexuales; sin embargo, en el sexo masculino este “móvil” está vinculado a una necesidad de demostración de virilidad y de asumirse y ser reconocido como ‘hombre’.

Si bien los adolescentes y jóvenes tienen mayor sentido de autonomía en torno a la sexualidad convirtiéndose en protagonistas de sus propias trayectorias de vida, el problema es la falta de información y/o concientización sobre una sexualidad responsable y los riesgos que corren por la falta de uso de métodos de prevención, especialmente en sectores socioeconómicos más bajos, donde la libertad de las personas jóvenes de decidir sobre su propia sexualidad se ve limitada por condiciones de vulnerabilidad respecto un menor acceso y oportunidades, la ausencia de redes, esto dificulta el desarrollo de capacidades y herramientas para enfrentar los diversos riesgos.

Las trayectorias sexuales y biográficas de los adolescentes reflejan una serie de transformaciones en torno al conjunto de normas y representaciones asociadas al ejercicio de la sexualidad y la reproducción, lo que afecta principalmente al grupo adolescente ya que se encuentran más vulnerables de ejercer sus derechos. Además, los adolescentes son influenciados por los compañeros que tienen poca información de fuentes inadecuadas y estos mismos ejercen presión por las mismas limitaciones de conocimiento que existen además de la poca comunicación que existen con los padres.

Cabe mencionar que el sistema de salud actual no satisface las necesidades de salud de la población adolescente, ya que existe una estructuración inadecuada de la atención. Sigue existiendo una falta de normativas que regulen la atención de acuerdo a los distintos grupos de edad en adolescentes. Se requieren nuevas formas de

aproximación a la promoción, prevención de salud en adolescentes y detección de problemas y necesidades de esta población en el país y de acuerdo a sus realidades regionales.

Hay que considerar una red integral en la atención en salud sexual y salud reproductiva para atender y prevenir casos de embarazo adolescente en el país. Dicha red implica no sólo la participación de usuarios y/o profesionales de la salud, sino también el involucramiento de aspectos familiares, de parejas, comunitarios, sociales, judiciales, así como las propias emociones y juicios de valor de las partes involucradas.

Derribar falsos mitos sobre la idea de que los adolescentes no deben tener una sexualidad activa, y que al educarlos en sexualidad podría contribuir a aumentar su excesivo libertinaje en torno a sus prácticas sexuales, esto sólo los descalifica como sujetos de derechos y usuarias/os potenciales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Se deben erradicar también las inequidades de género respecto el público objetivo de atención en los programas, ya que existe una percepción social de que la mujer debe ser el foco de atención de los servicios sobre sexualidad y reproducción, asignándoles una serie de roles, entre ellos el hacerse cargo de la crianza y cuidado de sus hijos/a, mientras que los hombres se encargan de la función económica-productiva.

Es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental en las futuras madres adolescentes.

La educación brindada por el profesional de enfermería a los adolescentes es una oportunidad para comprometerse con el cumplimiento de los logros de los objetivos del milenio y con la responsabilidad social que se tiene con los jóvenes y la Nación generando no solo conocimiento sino contribuyendo con la búsqueda de mejores oportunidades para los adolescentes.

10. BIBLIOGRAFÍAS

10.1 Básica

- Cruz, A. (2012). Ciencias de la salud 2. México, D.F.: Editorial Nueva Imagen
- Castelo-Branco Flores C. Sexualidad Humana: Una aproximación integral. Métodos anticonceptivos y su impacto en la relación sexual. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2009, pp. 85-98.
- Schwarcz R, Castro R, Galimberti D. Guía para el uso de los métodos anticonceptivos. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal. Buenos Aires, 2002.
- Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para profesionales de la Salud. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR). Ministerio de Salud de la Nación. Marzo de 2012.
- Rodríguez AY. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 39-40 (110).
- Rodríguez A. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 40 (110).
- Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.14)
- Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.20)
- Lawrence B. Finer, Ph.D. Guttmacher Institute 125 Maiden Lane, New York; 1994.

- Duschatzky S, Corea C. Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires: Paidós; 2002.
- Marcus J. Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. Rev. argent. social. 2006; 4(7): 99 -118
- Piñero L. Embarazo adolescente. La experiencia de los sectores populares de la ciudad de Santa Rosa. La Pampa: Facultad de Cs Hs. Universidad Nacional de La Pampa, La Pampa; 1990.
- Archivo: Norma de Planificación Familiar MSP 2009 - Capítulo Adolescentes.1-24
- Suarez S, Vera R. Estudio con enfoque de género de las consecuencias sociofamiliares del embarazo en adolescentes. El caso del centro artesanal “24 de mayo” del cantón Sucúa, Morona Santiago. 2005 -2009. (tesis de licenciada en género y desarrollo) Cuenca. Universidad de Cuenca, 2011
- INJUVE. XXI siglo. Plan de Acción Global en materia de Juventud 2000/2003. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum R, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, BearingerLH, Udry JR. Protecting adolescents from harm. JAMA 1997; 278 (10): 823-832
- Pascualini D, Llorens A, Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. 1a ed. Buenos Aires: OPS. 2010. Págs.: 47
- Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Publicación: WHO/FWC/MCA/12.02
- Dickens, B. Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer. FIGO. 2012.
- Zimmermann, M.” Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia”, Madrid-España. Cultural.S.A.1996.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. La adolescencia una época de oportunidades. 2011.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

- DOLTÓ, FRANCOISE (1995). “Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta”. Buenos Aires. Ed. Atlántida.
- DONAS BURACK, SOLUM (compilador) ((2001). Libro Universitario Regional. “Adolescencia y Juventud en América Latina”; Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes; Protección, Riesgo y Vulnerabilidad. Cap. 24 (pág. 469 a 487) y cap. 25 (pág. 489 a 499). Ed. Aique.
- ESPÓSITO, ADRIANA (2010) Documento de cátedra: “Psicología del desarrollo”. Licenciatura en Niñez, Adolescencia y Familia. Facultad de Psicología. UDA. Mendoza. Argentina.
- FADÍN, HILDA M. (2014) Tesis de Maestría en Criminología. Facultad de Facultad de Psicología. UDA. Mendoza, Argentina.
- MARTÍNEZ VALENTÍN Y OTERO PÉREZ (2009); Diversos condicionantes del fracaso escolar en la educación secundaria. Revista Iberoamericana de Educación (55). Pág. 67 a 85.
- MORENO, AMPARO Y DEL BARRIO CRISTINA (2000) “La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo”. Cap. 2, 3 y 4 (El desarrollo físico y sus efectos psicológicos durante la adolescencia. Pág. 17 a 23; El desarrollo intelectual en la adolescencia. Pág. 63 a 90; El desarrollo del autoconcepto y los cambios en la identidad. Pág. 91 a 113. Buenos Aires. Editorial Aique.
- Alarcon Argota, R., Coello, J., Cabrera, J., & Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería.
- Alicia, X., & Diaz, H. (2012). Embarazo Adolescente y madres jóvenes en Mexico. Secretaria de Educacion Publica.
- Barrozo, M., & Pressiani, G. (2011). EMBARAZO ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 19 AÑOS.
- Carlos, G., & Montoya, P. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana. Rev Salud Publica, 394-406.
- Aravena, A. y Fritz, H. (2010). Sexualidad juvenil y exposición a riesgos sanitarios. Una aproximación desde los imaginarios sociales y el enfoque de género. Observatorio de juventud. N° 27: 23-36.

- Benedic, R. y Stocke (2004). Jóvenes en situación de desventaja social. Rev. Estudios de Juventud.Nº65.Madrid. Instituto de la Juventud.
- Callejas, S. et al. (2005).” Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo”, en Revista Española de salud Pública, 79 (2005). Pp. 581-589.CARVAJAL, P & Godoy, I (2005). Sexualidad de los adolescentes: cómo afectan sus significados y prácticas al cuidado de la salud sexual y reproductiva: investigación descriptiva interpretativa con estudiantes de la comuna de Lo Prado. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social.
- La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy. Concepto- Filosofía- Objetivos. Trabajo presentado en “Seminario Taller: Incorporación formal de la educación sexual en el sistema educativo público uruguayo”. Montevideo.
- Congreso español de sexología y III Encuentro Iberoamericano de profesionales en sexología. (1-4 junio 2006). Madrid
- Cedeño K.2013 El Embarazo Precoz En Las Estudiantes Del Colegio Nacional Portoviejo Y La Incidencia En Su Proyecto De Vida, Período 2012.
- Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pág.24-25)
- Rodríguez A. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 02 (110)
- Carpio CE, Factores de biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto. [Tesis de licenciado] de pregrado. Iquitos-2010.pag. 02
- Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.20)

- Rodríguez A. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 40 (110).

10.2 Complementaria

- La sexualidad de los adolescentes. (2015). Recuperado el 19 de marzo del 2017, de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/Teenage-Sexuality.aspx>
- Ojanguren, S. (2008) Los jóvenes comienzan su vida sexual cada vez más temprano y los riesgos de un embarazo no deseado aumentan. Recuperado el 13 de abril del 2017, de: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/371907.el-sexo-y-la-juventud.html>
- OMS (2017). Salud sexual. En Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 14 de marzo del 2017, de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- REA (2017) Responsabilidad. En Real Academia Española. Recuperado el 19 de marzo del 2017, de: <http://dle.rae.es/?id=WCqQQIf>
- Salud medicinas (2000) Recuperado el 6 de abril del 2017, de: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-femenina/articulos/los-mexicanos-reprobados-en-educacion-sexual.html>
- Taringa! (2010) *Métodos anticonceptivos en la antigüedad*. Recuperado el 14 de marzo del 2017, de: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/7087479/Metodos-anticonceptivos-en-la-antigüedad.html>

- Ávila, José Luis, Carlos Fuentes, Rodolfo Tuirán (2001), Índices de marginación, 2000. México, CONAPO, p126.
- Acevedo, María e Iván Restrepo (1991), Los Valles Centrales de Oaxaca. Centro de Ecodesarrollo, Gobierno de Oaxaca.
- Atkin, Lucille C., Noemí Ehrenfeld y Susan Pick de Weiss (1998), “Sexualidad y fecundidad adolescente”, en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council – Edamex, pp. 39-84.
- Beltrán, Fernando, y Celia Benet (2001),” Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: Un paso para el bienestar futuro”, en Claudio Stern y Elizabeth García (coords.), Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes de México. Aportaciones para la investigación y la acción. El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad.
- Bongaarts, John (1978), “A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility”, Population and Development Review, vol. 4, issue 1, Mar. pp. 105-132.
- Bourdieu, Pierre (2000), Cuestiones de Sociología, Núm. 166 de Fundamentos, Ediciones Istmo.
- Buvinic, Mayra, et al. (1998), “La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile”, en Beatriz Schmukler (coord.), Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe, México, Edamex – The Population Council.
- Camarena, Rosa y Susana Lerner (2008), “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), Salud

reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I, El Colegio de México.

- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2008). Región Sur. Tomo 1. Oaxaca, en Condiciones Socioeconómicas y Demográficas de la Población Indígena, México, CDI y PNUD.
- González, Humberto, (2000), “Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente”, en Revista Frontera Norte, enero-junio, vol. 12, núm. 23. El Colegio de la Frontera Norte.
- Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES, 2009), Boletín Estadístico: Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Consultado en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf
- Investigación en Salud y Demografía, S.C., (INSAD, 2010), “Research to generate statistical information on the reproductive and sexual health of adolescents in rural communities in Oaxaca. Final report”. México.
- Maldonado, Pedro (2005), Demografía. Conceptos y técnicas fundamentales. México, Instituto Tecnológico de Oaxaca-Plaza y Valdés. S.A de C.V.
- Menkes, Catherine, y Leticia Suárez (2003), “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, Papales de Población, núm. 35, pp 233-262.
- Mora, Minor, y Orlandina de Oliveira (2009), “Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades”. México, Estudios Sociológicos, XXVII: 79.
- Organización Mundial de la Salud (OMS 1986), “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de

Estudio de la OMS sobre la Salud, de los jóvenes y la Salud para todos en el años 2000”, Serie de informes Técnicos, núm. 609.

- Mora, Minor, y Orlandina de Oliveira (2009), “Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades”. México, Estudios Sociológicos, XXVII: 79.
- Ortiz, Celso (2002), “¿Existen los jóvenes rurales e indígenas?” Versión breve en artículo de la tesis de licenciatura “Las venas del campo: las tagotg (las jóvenes) y los chogotg (los jóvenes) en la comunidad de Pajapan, Veracruz y sus estrategias de vida”, en Araujo Monroy (coord.), El Imaginario Social. El cuento de la pérdida. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

10.3 Electronica

- Gaugy, P. (1999). Operabase WWW Site9972Mike Gibb. Operabase WWW Site. Date of publication: URL: <http://www.operabase.com/>. Electronic Resources Review, 3(7), 78-79. <https://doi.org/10.1108/err.1999.3.7.78.72>
- Liz, M. (1997). Filosofía de la mente: historia, perspectivas, conceptos, personajes y algunos C. (2019, 22 junio). Tipos de Tesis. Clasificación De. <https://www.clasificacionde.org/tipos-de-tesis/>
- http://epa.oszk.hu/02500/02535/00015/pdf/EPA02535_acta_med_2016_22-23_049-078.pdf. (2016). Acta Medicinae et Sociologica, 7(22-23), 48-79. <https://doi.org/10.19055/ams.2016.7/22-23/4>
- Zita, A. (2020, 13 mayo). Hipótesis: Qué es, definición y ejemplos. Toda Materia. <https://www.todamateria.com/hipotesis/>
- Balseiro Almario, L. (2013). guía Metodológica Para La elaboración De Las Tesinas. Una Opción De titulación De Los Profesionales De Enfermería Del Pre Y Posgrado (2.a ed., Vol. 125).

- Trillas.problemas. Arbor, 158(621), 65-102.
<https://doi.org/10.3989/arbor.1997.i621.1812>
- Coelho, F. (2019, 17 mayo). Significado de Planteamiento del problema. Significados.
<https://www.significados.com/planteamiento-del-problema/>
 - Acero, G.R.; Adrianzén, M.I.; Aguilar, J. I.; Asca, J.O.; Asencios, R.W.; Echevarría, J.A. et al. (2012) Protocolo de investigación. Recuperado el 2 de abril del 2017, de:
<http://documents.mx/documents/universidad-ricardo-palma-protocolo-de-investigacion.html#>
 - Chávez, F.; Fabela, D.M.; Rojas, N.G.; Saucedo, L.I. (2010) Métodos Anticonceptivos. Recuperado el 2 de abril del 2017, de:
<http://metodosanticonceptivosceb.blogspot.mx/>
 - Docente. Yáñez M.L, Teorías del funcionamiento familiar [citado marzo 2011]. Disponible en URL:
<http://es.slideshare.net/nbvbgcbfhhbfngghm/teoras-del-funcionamientofamiliar>
 - Ramiro L, Reis M, Gaspar de Matos M, José Alves Diniz J. (2012). Knowledge, Attitude and Behaviour Related to Sexually Transmitted Infections in Portuguese School (Adolescent) and College Students, Sexually Transmitted Infections, Malla N (Ed.), Available from:
<http://www.intechopen.com/books/sexually> DOI: 10.5772/33185.
 - Riopeche P. Anticoncepción y sexualidad. El inicio de las relaciones sexuales en jóvenes. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) 2004. Disponible en <http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com>
 - Ulanowicz M, Parra K, Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2011Pág. 13-17 Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm
 - Quintero, K. (2010.). Embarazo de adolescentes y su impacto en la sociedad. Retrieved from

- <http://www.scribd.com/doc/249034/EMBARAZO-ENADOLESCENTES>. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>
- BEGOÑA, Odriozola. “Enciclopedia de los Padres de hoy” Ser Padres de un adolescente. D. C. 2011. Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4857/1/ENF168.pdf>
 - HARRE Y LAMB. Diccionario de psicología evolutiva y de la educación Barcelona: Paidós. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/osnaya_n_a/capitulo1.pdf
 - Secretaria de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lic. Carmen Villa González. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/osnaya_n_a/capitulo1.pdf
 - Salud Sexual y Reproductiva N.º 2, año 2, Junio (2011) pág. 10-12 –Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/678/3/06 ENF412](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/678/3/06_ENF412)
 - Cuevas G. Instrumentos para evaluarla funcionalidad familiar. [citado marzo 2003]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/ivanalonsosaldivar/instrumentos-para-evaluar-lafuncionalidad-familiar-ivan-alonso>
 - . Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes Organización Mundial de la Salud. [citado 2012]. Disponible en URL: <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-guidetofpforchws.pdf>
 - . La planificación familiar salva vidas y mejora la salud. [citado 2012]. Disponible en URL:

- http://www.countdown2015europe.org/wpcontent/upLoads/2012/07/IPPF_FactSheet-4_Health-ES1.pdf
- Definición de antecedentes [citado 2007]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/antecedente.php>
 - Docente. Yáñez M.L., Teorías del funcionamiento familiar [citado marzo 2011]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/nbvghbcfhhbfgnghm/teoras-del-funcionamientofamiliar>
 - OPS-OMS, Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción. [citado 2014]. Disponible en URL: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/PROM OC.pdf>.
 - Puyana Villamizar Y, Mosquera Rosero C. Traer "hijos o hijas al mundo": significados culturales de la paternidad y la maternidad. Rev. latinoam.cienc.soc. niñez juv [revista en Internet]. 2005 Julio [fecha de consulta 01 de julio 2012]; 3 (2): 111-140. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2005000200005&lng=en.
 - Universidad Nacional de Colombia. Cambios en la adolescencia http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/uv00002/docs_curso/adolescente/imagenes/cambios.pdf
 - MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 12 ago. 2005]. Embarazo en la adolescencia; [actualizado 9 dic. 2011; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>
 - Hernández G, Ruiz J. Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la Adolescencia, en el área de salud Taguasco, en

Revista Caribeña de Ciencias Sociales, enero 2013. Disponible en <http://caribeña.eumed.net/estrategia-educativa-disminuir-embarzoadolescencia/2008-2012>.

- Benedicto XVI. (10 de enero 2011). Discurso al cuerpo diplomático acreditado ante la Santa Sede. En: www.vatican.va/holy_father/benedic_xvi
- Contreras, J.L. Las cifras de VIH y SIDA en Chile (2009). www.laopinion.cl Extraído enero 2021.

12. GLOSARIO

A

- **Aborto:** Es la interrupción y finalización prematura del embarazo puede referirse al fracaso por interrupción o malogramiento de cualquier proceso o actividad.
- **Ácido fólico:** Vitamina esencial durante el embarazo, responsable en gran medida del crecimiento de las células del feto y la producción del ADN.
- **Adolescencia:** La Adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico psicológico sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.
- **Alumbramiento:** Se denomina alumbramiento a la fase final del parto, cuando por fin, después de haber ayudado al bebé a nacer, se expulsa la placenta.
- **Amenaza de aborto:** Se define como el sangrado genital durante el principio de la gestación con un cuello uterino sin modificaciones cervicales.
- **Ansiedad:** Los cambios hormonales durante la gestación pueden producir ansiedad en la embarazada.
- **Anidamiento:** Es la implantación o fijación del embrión al endometrio, esa mullida capa que recubre el útero por dentro.

B

- **Bajo peso al nacer:** Término que se usa para describir a un bebé que al nacer pesa 5,5 libras (2.500 gramos) o menos.
- **Biopsia de Corion:** Es una prueba prenatal que consiste en extraer una muestra de tejido uterino para comprobar o detectar si existen determinadas enfermedades genéticas o malformación en fetos con muchas posibilidades de tenerlas.
- **Bolsa amniótica:** Es la bolsa que recubre y contiene el líquido amniótico, ese líquido que protege al bebé de golpes y le permite estar seguro en un estado de ingravidez y una temperatura constante.
- **Bradicardia fetal:** Se produce bradicardia fetal cuando los latidos del corazón del bebé disminuyen de forma alarmante. A esto también se le conoce como 'sufrimiento fetal'.

C

- **Calostro:** Es la primera leche materna que consume el bebé.
- **Canal de parto:** Conducto por donde saldrá el bebé durante el parto. Va desde la parte superior de la pelvis al orificio vaginal, e incluye también el útero y el cuello uterino.
- **Cesárea:** El parto por cesárea es un parto intervenido quirúrgicamente.
- **Ciclo menstrual:** Ciclo de fertilidad de la mujer que se produce cada 28 días.
- **Cigoto:** Es la célula resultante de la unión del espermatozoide y el óvulo tras la fecundación.
- **CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado):** Término que se utiliza para decir que el bebé se desarrolla de forma más lenta de lo normal durante el embarazo.
- **Concepción:** Se conoce como concepción al momento de fecundación del óvulo.

D

- **Depresión posparto:** Estado de ánimo prolongado de tristeza asociado con los días posteriores al parto.

- **Desprendimiento de la placenta:** La placenta no debe desprenderse hasta el momento del alumbramiento.
- **Diabetes gestacional:** Algunas embarazadas presentan de forma puntual durante la gestación un elevado índice de azúcar en sangre.
- **Días fértiles:** El ciclo menstrual de la mujer dura 28 días, pero de todos ellos sólo entre 4 y 7 son días fértiles.
- **Dilatación:** Fase del parto de ensanchamiento del cuello uterino para permitir el paso del bebé por el canal de parto.
- **Disnea:** Denominan disnea a la respiración dificultosa
- **Doppler:** Ecografía de última generación que permite ver la cantidad de fluido que circula por las venas del bebé.

E

- **Eclampsia:** Situación de riesgo para la embarazada y el bebé originada por la hipertensión acentuada.
- **Ecografías:** Pruebas ginecológicas que permiten ver el desarrollo del feto durante el embarazo
- **Embarazo de riesgo:** Se considera embarazo de riesgo aquel cuya evolución y características aumentan los riesgos para la madre y el bebé.
- **Embarazo ectópico:** El embarazo ectópico se produce cuando el óvulo se implanta fuera del útero.
- **Embarazo múltiple:** Es el embarazo de dos o más embriones, debido a la fecundación de un óvulo por parte de dos o más espermatozoides o de la fecundación de dos o más óvulos al mismo tiempo por distintos espermatozoides.
- **Espermatozoides:** Células masculinas encargadas de fecundar el óvulo femenino y participar de esta forma en la creación de una nueva vida.
- **Esterilidad:** Mientras que la infertilidad se refiere a las dificultades para lograr el embarazo, la esterilidad es la imposibilidad de conseguir un embarazo.

F

- **Fagocito:** Tipo de célula inmunitaria que puede rodear y destruir microorganismos, ingerir material extraño y eliminar células muertas.
- **Fase lútea:** Se trata de la tercera fase del ciclo menstrual. Comienza cuando termina la ovulación y termina el día antes de que el siguiente período menstrual comience.
- **Fecundación:** la concepción o fertilización es el momento en el que el óvulo es fecundado por un espermatozoide.
- **Fecundación in vitro:** También conocida como FIV, es una técnica de reproducción asistida para lograr el embarazo que no se consigue por vía natural.
- **Feto:** Se llama así al futuro bebé que nacerá tras 40 semanas de gestación.

G

- **Genitales:** Órganos sexuales y reproductivos externos – el pene y el escroto en los hombres, la vulva en las mujeres.
- **Gente joven:** Niñas y niños en edades entre 10 y 24 años.
- **Gestación:** Llevar en el seno un embrión o feto. Sinónimo: embarazo. Algunas veces se usa para referirse a la ‘duración de la gestación’ (en días, semanas o meses).
- **GIPA:** Principio de Mayor Participación de las Personas que Viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA, por sus siglas en inglés).
- **GLBTC:** Gays, lesbianas, bisexuales, personas transgénero y personas que cuestionan su identidad sexual.
- **Gonorrea:** Infección de transmisión sexual causada por una bacteria. Si no se sujeta a tratamiento, puede causar infertilidad.

H

- **Hemorragia vaginal:** El sangrado vaginal que se produce en cualquier momento del embarazo se conoce como hemorragia obstétrica.
- **Hipertensión:** Los médicos consideran que la mujer embarazada tiene hipertensión cuando su tensión diastólica es superior a 90-100 mm Hg y su tensión sistólica es superior a 140- 160 mm Hg.
- **Hiperémesis gravídica:** En medicina se denomina hiperémesis gravídica a náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso y desequilibrio metabólico.
- **Hipo del feto:** La mujer embarazada percibe de vez en cuando unos movimientos rítmicos en el bebé que inducen a pensar que tiene hipo. Es una situación normal y muy común.
- **Hormonas:** Desde el momento de la fertilización, una serie de hormonas comienzan a realizar su papel para que el embarazo llegue a buen término.

I

- **Ictericia:** La ictericia del bebé recién nacido ocurre cuando tanto su piel como la parte blanca del ojo tienen un color amarillento.
- **Incompetencia cervical:** Es la incapacidad del cuello uterino para permanecer cerrado hasta el final del embarazo.
- **Inestabilidad emocional:** La mujer embarazada suele encontrarse muy sensible y, a menudo, tiene sentimientos contradictorios.
- **Insuficiencia placentaria:** Es la incapacidad de la placenta para cumplir correctamente sus funciones.
- **Infeción vaginal:** Los síntomas que presenta una infección vaginal en el embarazo es irritación, ardor, dolor o picazón en la zona genital.
- **Infertilidad:** A diferencia de la esterilidad que supone la imposibilidad de concebir un bebé, en la infertilidad la pareja sí puede conseguir un embarazo, sin embargo, éste no suele llegar a término y se produce un aborto.

- **Incompatibilidad de Rh:** Se da cuando la embarazada tienen un factor Rh negativo mientras que el bebé lo tiene positivo.

L

- **Líquido preseminal:** Fluido corporal segregado por el hombre instantes antes de la eyaculación.
- **Líquido seminal:** Fluido corporal que forma parte del esperma y en el cual los espermatozoides están en suspensión.
- **Lubricante/lubrificante:** Sustancia untuosa que sirve para facilitar el contacto entre superficies sin que se produzca abrasión o fricción.

M

- **Macrosomía:** Es el desarrollo excesivo del bebé, por encima del peso y tamaño que se considera normal.
- **Mastalgia:** Es el dolor que aparece en las glándulas mamarias que generalmente es causado por el ciclo menstrual.
- **Matrona:** Es el profesional especializado que proporcionan a la mamá cuidados y atención desde el momento de la concepción y hasta el puerperio.
- **Masturbación:** Práctica sexual consistente en la estimulación manual de los órganos sexuales de uno mismo o de una pareja para llegar al orgasmo, sin coito
- **Meconio:** Es la materia que se va acumulando en el intestino del bebé durante el embarazo y que elimina al nacer cuando hace las primeras deposiciones.
- **Mucosa:** Membrana que cubre el interior de los órganos vacíos que comunican con el exterior, como el tubo digestivo, el aparato urinario, reproductor, etc.

N

- **Norplant:** Sistema anticonceptivo reversible que contiene la progestina levonorgestrel y que se inserta bajo la piel, usualmente en la parte superior del brazo.

- **Nuligrávida:** Mujer que nunca ha estado embarazada.
- **Nulípara:** Mujer que nunca ha dado a luz a un infante vivo.

O

- **Orgasmo:** Punto más alto de la excitación sexual. En los hombres, el orgasmo está casi siempre acompañado de eyaculación.
- **Orientación sexual:** Se refiere a la atracción sexual primaria al mismo sexo, al sexo opuesto, o a ambos sexos.
- **Orquitis:** Inflamación de los testículos.
- **Ovulación:** Se trata de uno de los procesos que se desencadenan durante el ciclo menstrual por el que un folículo ovárico se rompe y libera un óvulo, también llamado ovocito.
- **Óvulo:** Es la célula femenina que libera el ovario una vez al mes, aproximadamente en el día 14 del ciclo menstrual (en ciclos regulares de 28 días).

P

- **Pene:** Órgano genital masculino, que en erección sirve para la realización de un coito y la consecución de placer sexual.
- **Penetración:** Movimiento por el cual un cuerpo (habitualmente el pene) se introduce en el interior de otra cavidad u organismo. Acto sexual o coito.
- **Perianal:** Dícese de la zona cercana al ano o que lo rodea.
- **Período ventana:** Tiempo que transcurre desde que se produce la infección por VIH hasta que es detectable en los análisis (seroconversión).
- **PF:** Planificación familiar.
- **Población diana:** Grupo de personas al que pretendemos alcanzar mediante una actividad o intervención.
- **Portador-a:** Persona seropositiva o enferma de sida, tanto sintomática como asintomática, y por tanto susceptible de transmitir el VIH en prácticas de riesgo.

- **Preservativo:** Funda con que se cubre el órgano genital (habitualmente el masculino, si bien también puede ser el femenino), para prevenir enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida o bien evitar el embarazo.
- **Prevalencia:** Término que indica la proporción de afectados de una determinada enfermedad de un área geográfica o social, en un momento dado o en un período de tiempo determinado.
- **Promoción de la salud:** Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- **PSMI:** Programa de salud materno e infantil.
- **Pubertad:** Período de cambios físicos y psicológicos que denotan un desarrollo de niño a adulto.

Q

- **Quirúrgico, aborto:** Aborto realizado usando técnicas quirúrgicas: aspiración al vacío (manual o eléctrica); dilatación y legrado, o dilatación y extracción o evacuación.
- **Quiste ovárico:** Saco lleno de fluido que se desarrolla en el ovario o su superficie.

R

- **Regulación menstrual:** Evacuación del útero de una mujer, si ocurre dentro de los 14 días siguientes al retraso de la menstruación, en un ciclo que solía ser regular y después de haber estado expuesta al riesgo de la concepción.
- **Relaciones sexuales Actividad sexual** entre dos personas, en la cual ocurre la inserción del pene esto incluye las relaciones sexuales vaginales, orales y anales.
- **RM:** Regulación menstrual.
- **Retención de líquidos:** El porcentaje de líquidos en el organismo aumenta durante la gestación debido a los cambios hormonales y a la presión que ejerce el útero sobre los vasos linfáticos, que tienen dificultad para vaciarse.

- **Rotura prematura de las membranas:** Se habla de rotura prematura de las membranas cuando la bolsa amniótica se rompe antes de iniciarse las contracciones de parto.

S

- **Salud sexual:** Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; que implica no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias.
- **Sexo:** Características biológicas que definen a los seres humanos como femeninos o masculinos.
- **SGI:** Sistema gerencial integrado
- **Sífilis:** Infección de transmisión sexual causada por una bacteria.
- **SR:** Salud reproductiva.
- **SSSR:** Servicios de salud sexual y reproductiva.

T

- **Testículos, testes:** Los testículos o testes son las gónadas masculinas o glándulas sexuales.
- **Testosterona:** Hormona esteroide de ocurrencia natural producida por los testículos y las glándulas adrenales.
- **TPA:** Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivo.

V

- **Vagina:** Canal elástico que forma el pasaje desde el útero hasta el exterior del cuerpo. La apertura está en la mitad de la vulva.
- **Vaginitis:** Inflamación de la vagina.
- **Vaginosis bacteriana:** Inflamación de la vagina causada por un cambio en el balance de bacterias vaginales.

- **Vasectomía:** Bloqueo quirúrgico o remoción de una pequeña parte de cada uno de los dos canales a través de los cuales suben los espermatozoides desde los testículos, para una anticoncepción permanente en los hombres
- **Verrugas genitales:** Abultamientos en la vulva, la pared vaginal y el cuello uterino en las mujeres; y en el pene en los hombres.
- **Virginidad:** Condición que caracteriza a alguien que nunca ha tenido una relación sexual.