



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL**

**Estrategias psicosociales para reducir la vulnerabilidad en
las madres adolescentes en el Cantón Azogues 2011**

Tesis de Grado previo la
Obtención del título de Magister en
Gestión y Desarrollo Social

Autor: Sigüenza Rojas, Juan Diego

Director: Vallet Carroza, David Armando, Mgs.

Centro Universitario: Azogues

2011



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



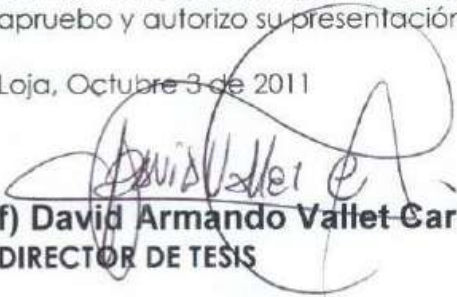
MAESTRÍA EN GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

Mgs. David Armando Vallet Carroza
DIRECTOR DE LA TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado **"ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES PARA REDUCIR LA VULNERABILIDAD EN MADRES ADOLESCENTES EN EL CANTÓN AZOGUES 2011"** realizado por el estudiante: Juan Diego Sigüenza Rojas, del Centro UTP Azogues, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que apruebo y autorizo su presentación.

Loja, Octubre 3 de 2011


f) David Armando Vallet Carroza
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, JUAN DIEGO SIGÜENZA ROJA, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

AUTOR DE LA TESIS

C.I.: 030086265-3

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, JUAN DIEGO SIGÜENZA ROJA, declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad técnica Particular de Loja en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

Loja, septiembre 30, 2011

AUTOR DE LA TESIS

C.I.: 030086265-3

AGRADECIMIENTO

El agua de los ríos hacen surcos en la corteza de la tierra, las ramas de los árboles dibujan en el aire la imagen de la libertad, con su lenguaje silencioso al compás de la brisa; las células de nuestro cuerpo funcionan en sinfonía rítmica, todo esto, gracias al soplo de un Ser Superior, que con su divina gracia realiza su voluntad por los siglos de los siglos. Este ser animado o inanimado representado en una trilogía ofrece la esperanza de un reino donde existe la paz. Aquel que nos dio los diez compromisos no como Ley si no como caminos a seguir para no caer en el abismo.

A este señor que es toda bondad le brindo mi gratitud eterna, que me llevo por los caminos agujoneados, por las barreras infranqueables por pantanos lúgubres y por mares infinitos; ahí me dejo aprender la diferencia entre la luz y oscuridad; pero durante este trajinar siempre estuvo a mi lado sin dejarme desmayar; sentía su presencia cuando al tocar fondo me tendía su suave mano para no ahogarme de la inmundicia.

A ti señor mi dios, te venero desde el principio y el fin de las cosas, estas en todas partes pero te adoro a aquí: en el suave capullo de una flor, en el llanto de un niño, en la sonrisa del anciano, en la alegría del humano, en todo ser viviente a quien inmerecidamente como tu hijo prodigo, diste el mana de la vida.

Gracias amigo, mi compañero.

DEDICATORIA

A la mujer, a mi madre, a mis hijas y en especial a las todas madres, pero sobretodo a aquellos seres invisibles que ya son visibles ¡las madres adolescentes!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Certificado del director	ii
Autoría	iii
Cesión de derechos	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Cuadros	x
Índice de Gráficos	xii
Índice de Apéndices	xi
Resumen	xv

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACION O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION ...	¡Error! Marcador no definido.
1. EL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	¡Error! Marcador no definido.
3. MARCO TEÓRICO.....	¡Error! Marcador no definido.
4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1 VARIABLES	¡Error! Marcador no definido.
5. PLAN DE CONTENIDOS.	¡Error! Marcador no definido.
5.1 CAPITULO UNO	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1. Embarazo y adolescencia.	¡Error! Marcador no definido.
5.1.3 Situación en el Ecuador del adolescente	¡Error! Marcador no definido.
5.1.3.1 Análisis de la situación de los y las adolescentes¡Error! Marcador no definido.	
5.1.3.1.1 Aspectos demográficos, sociales y culturales¡Error! Marcador no definido.	
5.1.3.1.2 Situación social de los adolescentes y jóvenes (15 a 29 años).....¡Error!	
Marcador no definido.	
5.1.3.2.3 Perfiles de morbilidad y mortalidad en adolescentes tempranos y tardíos	¡Error! Marcador no definido.
5.1.4 EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR... ¡Error! Marcador no definido.	
5.1.5 Situación de las adolescentes en la provincia del Cañar.... ¡Error! Marcador no definido.	
1.1 Cuadro N° 1	¡Error! Marcador no definido.
Población juvenil por provincia	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Cuadro N° 2.....	¡Error! Marcador no definido.
Población joven que vive en condiciones de pobreza (por región y provincia) sobre NBI	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Cuadro N° 3.....	¡Error! Marcador no definido.
Población joven que vive en condiciones de extrema pobreza por NBI (por provincia)	¡Error! Marcador no definido.
1.4 Cuadro N° 4.....	¡Error! Marcador no definido.
Madres jóvenes (por provincias)	¡Error! Marcador no definido.

1.5 Cuadro N° 5.....	¡Error! Marcador no definido.
Población emigrante e inmigrante joven por provincia	¡Error! Marcador no definido.
1.6 Situación de los adolescentes en el Cantón Azogues.	¡Error! Marcador no definido.
1.6 Cuadro N° 6.....	¡Error! Marcador no definido.
DISTRIBUCION POLITICA DEL CANTON AZOGUES	¡Error! Marcador no definido.
1.7 Cuadro N° 7.....	¡Error! Marcador no definido.
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Gráfico N°1	¡Error! Marcador no definido.
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010	¡Error! Marcador no definido.
1.8 Cuadro N° 8.....	¡Error! Marcador no definido.
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010	¡Error! Marcador no definido.
1.9 Cuadro N° 9.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Gráfico N° 3.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	¡Error! Marcador no definido.
1.10 Cuadro N° 10.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	¡Error! Marcador no definido.
1. 4 Gráfico N° 4	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	¡Error! Marcador no definido.
1.11 Cuadro N° 11.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto	¡Error! Marcador no definido.
1.5 Gráfico N° 5.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto	¡Error! Marcador no definido.
5. 1.7 Análisis de la situación del Embarazo en adolescentes en el HHCC 2010	¡Error! Marcador no definido.
5.2. Capitulo dos	¡Error! Marcador no definido.
5.2.1 Vulnerabilidad.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.3 Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad .	¡Error! Marcador no definido.

5. 2.3.1 Grupos de adolescentes y jóvenes viviendo en condiciones de vulnerabilidad	¡Error! Marcador no definido.
5.2.4 Vulnerabilidad del adolescente en la escuela.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.4.1Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto	¡Error! Marcador no definido.
5.2.5 Vulnerabilidad de los Adolescentes indígenas, afrodescendientes y rurales	¡Error! Marcador no definido.
5.2.6 Vulnerabilidad de los Adolescentes migrantes o hijos de migrantes	¡Error! Marcador no definido.
5.2.7 Vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes del cantón Azogues. ...	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Cuadro N°1.....	¡Error! Marcador no definido.
Adolescente embarazada Vive con	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Grafico N°1	¡Error! Marcador no definido.
Adolescente embarazada.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Cuadro N°2.....	¡Error! Marcador no definido.
Estado Civil	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Gráfico N°2.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3 Cuadro N° 3.....	¡Error! Marcador no definido.
Nivel Escolar	¡Error! Marcador no definido.
2.3 Gráfico N° 3.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4 Cuadro N°4.....	¡Error! Marcador no definido.
Grado / Curso.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5 Cuadro N° 5.....	¡Error! Marcador no definido.
Problemas en el escuela	¡Error! Marcador no definido.
2.5 Gráfico N° 5.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7 Cuadro N ° 7.....	¡Error! Marcador no definido.
Percepción familiar	¡Error! Marcador no definido.
2.8 Cuadro N° 8.....	¡Error! Marcador no definido.
Deserción	¡Error! Marcador no definido.
2.9 Cuadro N° 9.....	¡Error! Marcador no definido.
Trabajo Actividad.....	¡Error! Marcador no definido.
2. 10 Cuadro N° 10.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad de inicio de Trabajo.....	¡Error! Marcador no definido.

2.1 Grafico N°10.....	¡Error! Marcador no definido.
2.11 Grafico N°11.....	¡Error! Marcador no definido.
2.12 Cuadro N° 12.....	¡Error! Marcador no definido.
Razón de trabajo.....	¡Error! Marcador no definido.
2.12 Grafico N°12.....	¡Error! Marcador no definido.
2.13 Cuadro N° 13.....	¡Error! Marcador no definido.
Tipo de trabajo.....	¡Error! Marcador no definido.
2.13 Grafico N°13.....	¡Error! Marcador no definido.
2.14 Cuadro N° 14.....	¡Error! Marcador no definido.
Vida Social Aceptación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.14Grafico N°14.....	¡Error! Marcador no definido.
2.15 Cuadro N° 15.....	¡Error! Marcador no definido.
Novio.....	¡Error! Marcador no definido.
2.15 Grafico N°15.....	¡Error! Marcador no definido.
2.16 Cuadro N° 16.....	¡Error! Marcador no definido.
Actividad Grupal.....	¡Error! Marcador no definido.
2.16 Gráfico N°16.....	¡Error! Marcador no definido.
2.17 Cuadro N° 17.....	¡Error! Marcador no definido.
Su Madre fue Madre Adolescente.....	¡Error! Marcador no definido.
2.17 Grafico N°17.....	¡Error! Marcador no definido.
2.18 Cuadro N° 18.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabaco.....	¡Error! Marcador no definido.
2.18 Grafico N°18.....	¡Error! Marcador no definido.
2.19 Cuadro N° 19.....	¡Error! Marcador no definido.
Cuantos al día.....	¡Error! Marcador no definido.
2.19 Grafico N° 19.....	¡Error! Marcador no definido.
2.20 Cuadro N° 20.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad de Inicio.....	¡Error! Marcador no definido.
2.21 Cuadro N° 21.....	¡Error! Marcador no definido.
Necesita Información de Sexualidad.....	¡Error! Marcador no definido.
2.21 Grafico N° 21.....	¡Error! Marcador no definido.
2.22 Cuadro N° 22.....	¡Error! Marcador no definido.

Relaciones sexuales	¡Error! Marcador no definido.
2.22 Grafico N° 22	¡Error! Marcador no definido.
2.23 Cuadro N° 23	¡Error! Marcador no definido.
Pareja	¡Error! Marcador no definido.
2.23 Grafico N° 23	¡Error! Marcador no definido.
2.24 Cuadro N° 24	¡Error! Marcador no definido.
Inicio relaciones sexuales	¡Error! Marcador no definido.
2.24 Grafico N°24	¡Error! Marcador no definido.
2.25 Cuadro N° 25	¡Error! Marcador no definido.
Anticoncepción	¡Error! Marcador no definido.
2.26 Grafico N°25	¡Error! Marcador no definido.
2.26 Cuadro N° 26	¡Error! Marcador no definido.
Condón	¡Error! Marcador no definido.
Grafico N°26	¡Error! Marcador no definido.
2.27 Cuadro N° 27	¡Error! Marcador no definido.
Abuso sexual	¡Error! Marcador no definido.
2.27 Grafico N° 27	¡Error! Marcador no definido.
2.28 Cuadro N° 28	¡Error! Marcador no definido.
Imagen corporal	¡Error! Marcador no definido.
2.28 Grafico N° 28	¡Error! Marcador no definido.
2.29 Cuadro N° 29	¡Error! Marcador no definido.
Auto percepción	¡Error! Marcador no definido.
2.29 Grafico N° 29	¡Error! Marcador no definido.
2.30 Cuadro N° 30	¡Error! Marcador no definido.
Referente Adulto	¡Error! Marcador no definido.
2.30 Grafico N°30	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro N° 31	¡Error! Marcador no definido.
Proyecto de vida	¡Error! Marcador no definido.
2.31 Grafico N°31	¡Error! Marcador no definido.
2.32 Cuadro N° 32	¡Error! Marcador no definido.
Control del Embarazo	¡Error! Marcador no definido.
2.32 Grafico N°32	¡Error! Marcador no definido.

2.33 Cuadro N° 33.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad inicio alcohol	¡Error! Marcador no definido.
2.33 Grafico N°33.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3 Análisis de los Resultados de las encuestas.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 2.2	¡Error! Marcador no definido.
5.3.1 Escala de Vulnerabilidad	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 2. 3	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2Condición de Vulnerabilidad.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3 CAPITULO TRES.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.1 Estrategias psicosociales	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2 El enfoque de los derechos humanos	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2.1 PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN	¡Error! Marcador no
definido.	definido.
ADOLESCENTES EN ECUADOR 1	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2.1.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL	¡Error! Marcador no
definido.	definido.
5.3.2.2 Política de Estado de Protección integral de la Niñez y Adolescencia. ..	¡Error!
Marcador no definido.	Marcador no definido.
5.3.2.3 Estrategias del Plan.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2.2.1 Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos	¡Error! Marcador no
definido.	definido.
Tabla 3.1 Enfoque de Derechos.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.2	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4Estrategias en el Enfoque de derechos.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.3	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.2.- Servicios de Salud amigables	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.4	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.3.- Cuestiones de género y edad	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.5	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.4.- Participación y ciudadanía	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.6	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.5.- Compromiso del Estado	¡Error! Marcador no definido.
5.3.5 Estrategia del Enfoque de Riesgo	¡Error! Marcador no definido.

5.3.5.3.1 Usos del enfoque de riesgo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.1	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.2	¡Error! Marcador no definido.
5.3.6 Enfoque de Riesgo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.3	¡Error! Marcador no definido.
5.3.7 Factores de riesgo en la adolescente.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.3.4	¡Error! Marcador no definido.
5.3.8Cuadro comparativo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.5	¡Error! Marcador no definido.
5.3.9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA;	¡Error! Marcador no definido.
4. CAPÍTULO CUARTO	¡Error! Marcador no definido.
4.1 Entrevistas a Expertos en Adolescencia:	¡Error! Marcador no definido.
(Comisión de derechos niños y adolescentes)	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1 Análisis de las entrevistas:	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 4.1	¡Error! Marcador no definido.
4.2. Entrevistas al responsable del manejo del embarazo de adolescentes en las instituciones con mayor índice de madres adolescentes.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4.2	¡Error! Marcador no definido.
5.4.2 Análisis de las entrevistas a los encargado del manejo de la embarazo en adolescentes	¡Error! Marcador no definido.
5.4.3 GRUPO FOCAL "REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLECENTES"	¡Error! Marcador no definido.
5.4.3.1 CONCLUSIONES del grupo focal	¡Error! Marcador no definido.
6. DISEÑO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.
6.1 CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.
6.2 POBLACION Y MUESTRA.....	¡Error! Marcador no definido.
6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS;	¡Error! Marcador no definido.
6.3.1 Grupo Focal.....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.2 Cuestionario.	¡Error! Marcador no definido.
6.3.3 Entrevista.	¡Error! Marcador no definido.
6.3.3.1 Entrevista estructurada:.....	¡Error! Marcador no definido.

6.4 Procesamiento de los datos	¡Error! Marcador no definido.
6.5 Herramientas.....	¡Error! Marcador no definido.
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
7. 1 CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
7.1.1.- La vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes en el Cantón Azogues fue demostrada a través de:.....	¡Error! Marcador no definido.
7.1.2 Análisis de personal del enfoque de derechos y de riesgos para disminuir el embarazo en adolescentes	¡Error! Marcador no definido.
7.4.2. Recomendaciones.....	¡Error! Marcador no definido.
7.4.2.1 A los técnicos	¡Error! Marcador no definido.
7.4.2.2 A la comunidad.....	¡Error! Marcador no definido.
7.4.2.3 A los jóvenes	¡Error! Marcador no definido.
8. BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.
8.1 Referencias Bibliográficas.....	¡Error! Marcador no definido.
8.2 Referencias Electrónicas.....	¡Error! Marcador no definido.
9. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Anexo No.1: Cuestionario SNS-MSP/HCU form # 056/2009.	¡Error! Marcador no definido.
Anexo No.2: Cuestionario de entrevista estructura para expertos	¡Error! Marcador no definido.

Índice de Cuadros

5.1 CAPITULO UNO	¡Error! Marcador no definido.
5.1.5 Situación de las adolescentes en la provincia del Cañar	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Cuadro N° 1	¡Error! Marcador no definido.
Población juvenil por provincia	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Cuadro N° 2	¡Error! Marcador no definido.
Población joven que vive en condiciones de pobreza (por región y provincia) sobre NBI	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Cuadro N° 3	¡Error! Marcador no definido.
Población joven que vive en condiciones de extrema pobreza por NBI (por provincia) ...	¡Error! Marcador no definido.
1.4 Cuadro N° 4	¡Error! Marcador no definido.
Madres jóvenes (por provincias)	¡Error! Marcador no definido.
1.5 Cuadro N° 5	¡Error! Marcador no definido.
Población emigrante e inmigrante joven por provincia	¡Error! Marcador no definido.
1.6 Situación de los adolescentes en el Cantón Azogues	¡Error! Marcador no definido.
1.6 Cuadro N° 6	¡Error! Marcador no definido.
DISTRIBUCION POLITICA DEL CANTON AZOGUES	¡Error! Marcador no definido.
1.7 Cuadro N° 7	¡Error! Marcador no definido.
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	¡Error! Marcador no definido.
1.8 Cuadro N° 8	¡Error! Marcador no definido.
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	¡Error! Marcador no definido.
1.9 Cuadro N° 9	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	¡Error! Marcador no definido.
1.10 Cuadro N° 10.....	¡Error! Marcador no definido.
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	¡Error! Marcador no definido.
1.11 Cuadro N° 11	¡Error! Marcador no definido.

Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto.....	¡Error! Marcador no definido.
Marcador no definido.	
5.2. Capitulo dos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Cuadro N°1	¡Error! Marcador no definido.
Adolescente embarazada Vive con	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Cuadro N°2	¡Error! Marcador no definido.
Estado Civil.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3 Cuadro N° 3	¡Error! Marcador no definido.
Nivel Escolar	¡Error! Marcador no definido.
2.4 Cuadro N°4	¡Error! Marcador no definido.
Grado / Curso.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5 Cuadro N° 5	¡Error! Marcador no definido.
Problemas en el escuela	¡Error! Marcador no definido.
2.7 Cuadro N ° 7	¡Error! Marcador no definido.
Percepción familiar.....	¡Error! Marcador no definido.
2.8 Cuadro N° 8	¡Error! Marcador no definido.
Deserción.....	¡Error! Marcador no definido.
2.9 Cuadro N° 9	¡Error! Marcador no definido.
Trabajo Actividad.....	¡Error! Marcador no definido.
2. 10 Cuadro N° 10.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad de inicio de Trabajo	¡Error! Marcador no definido.
2.12 Cuadro N° 12.....	¡Error! Marcador no definido.
Razón de trabajo	¡Error! Marcador no definido.
2.13 Cuadro N° 13.....	¡Error! Marcador no definido.
Tipo de trabajo	¡Error! Marcador no definido.
2.14 Cuadro N° 14.....	¡Error! Marcador no definido.
Vida Social Aceptación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.15 Cuadro N° 15.....	¡Error! Marcador no definido.
Novio.....	¡Error! Marcador no definido.
2.15 Grafico N°15	¡Error! Marcador no definido.
2.16 Cuadro N° 16.....	¡Error! Marcador no definido.
Actividad Grupal	¡Error! Marcador no definido.
2.17 Cuadro N° 17	¡Error! Marcador no definido.

Su Madre fue Madre Adolescente	¡Error! Marcador no definido.
2.18 Cuadro N° 18.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabaco	¡Error! Marcador no definido.
2.19 Cuadro N° 19.....	¡Error! Marcador no definido.
Cuantos al día.....	¡Error! Marcador no definido.
2.20 Cuadro N° 20.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad de Inicio	¡Error! Marcador no definido.
2.21 Cuadro N° 21.....	¡Error! Marcador no definido.
Necesita Información de Sexualidad.....	¡Error! Marcador no definido.
2.22 Cuadro N° 22.....	¡Error! Marcador no definido.
Relaciones sexuales	¡Error! Marcador no definido.
2.23 Cuadro N° 23.....	¡Error! Marcador no definido.
Pareja	¡Error! Marcador no definido.
2.24 Cuadro N° 24.....	¡Error! Marcador no definido.
Inicio relaciones sexuales	¡Error! Marcador no definido.
2.25 Cuadro N° 25.....	¡Error! Marcador no definido.
Anticoncepción.....	¡Error! Marcador no definido.
2.26 Cuadro N° 26.....	¡Error! Marcador no definido.
Condón.....	¡Error! Marcador no definido.
2.27 Cuadro N° 27.....	¡Error! Marcador no definido.
Abuso sexual.....	¡Error! Marcador no definido.
2.28 Cuadro N° 28.....	¡Error! Marcador no definido.
Imagen corporal.....	¡Error! Marcador no definido.
2.29 Cuadro N° 29.....	¡Error! Marcador no definido.
Auto percepción.....	¡Error! Marcador no definido.
2.30 Cuadro N° 30.....	¡Error! Marcador no definido.
Referente Adulto.....	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro N° 31.....	¡Error! Marcador no definido.
Proyecto de vida.....	¡Error! Marcador no definido.
2.32 Cuadro N° 32.....	¡Error! Marcador no definido.
Control del Embarazo	¡Error! Marcador no definido.
2.33 Cuadro N° 33.....	¡Error! Marcador no definido.
Edad inicio alcohol	¡Error! Marcador no definido.

5.3 Análisis de los Resultados de las encuestas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 2.2.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.1 Escala de Vulnerabilidad.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 2. 3.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2Condición de Vulnerabilidad	¡Error! Marcador no definido.
5.3 CAPITULO TRES	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.1 Enfoque de Derechos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.2.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4Estrategias en el Enfoque de derechos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.3.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.2.- Servicios de Salud amigables.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.4	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.3.- Cuestiones de género y edad.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.5	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.4.- Participación y ciudadanía	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.6	¡Error! Marcador no definido.
5.3.4.5.- Compromiso del Estado	¡Error! Marcador no definido.
5.3.5 Estrategia del Enfoque de Riesgo	¡Error! Marcador no definido.
5.3.5.3.1 Usos del enfoque de riesgo.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3..3.1.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.2.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.6 Enfoque de Riesgo.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.3.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.7 Factores de riesgo en la adolescente	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3.3.4	¡Error! Marcador no definido.
5.3.8Cuadro comparativo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3.3.5.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3.9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	¡Error! Marcador no definido.
4. CAPÍTULO CUARTO	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1 Análisis de las entrevistas:.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 4.1.....	¡Error! Marcador no definido.

4.2. Entrevistas al responsable del manejo del embarazo de adolescentes en las instituciones con mayor índice de madres adolescentes.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 4.2.....¡Error! Marcador no definido.

5.4.2 Análisis de las entrevistas a los encargado del manejo de la embarazo en adolescentes¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE ANEXOS

6. ANEXOS143

Anexo No.1: Cuestionario SNS-MSP/HCU form # 056/2009. 143

Anexo No.2: Cuestionario de entrevista estructura para expertos¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Las investigaciones muestran que la mayor parte de los factores que inciden en las conductas de riesgo están fuera del control de las y los jóvenes. Los factores como la pobreza, el abuso sexual, la ausencia de los padres, el nivel de educación y las cuestiones culturales de género (que afectan a ambos sexos) pertenecen a un nivel estructural, y las personas jóvenes no pueden cambiarlas. Sin embargo, para que las personas jóvenes puedan actuar sobre ellos, no solamente deben tener información, conocer sus derechos y tener acceso a los servicios, sino también ser asertivas y tener auto determinación, ambas cualidades muy condicionadas -sobre todo en mujeres jóvenes- por las pautas culturales de género y de edad. Responder al embarazo en adolescentes desde la perspectiva de los derechos significa comprender un conjunto de determinantes personales, sociales, culturales y económicos que actúan sobre las personas jóvenes y su entorno, moldeando sus oportunidades y su capacidad de acción. En este sentido, podría ser el resultado de una decisión autónoma por parte de las mujeres jóvenes que optan por ser sexualmente activas y/o madres en una etapa muy joven o adolescente. Más aún, el gran número de embarazos tempranos que ocurren dentro de uniones formales tampoco son necesariamente producto de decisiones autónomas.

Se trata de modificar la estructura de oportunidades de educación, recreación, empleo y desarrollo personal de la población adolescente y joven.

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de adolescentes es una etapa muy difícil en la vida. Durante este capítulo es posible sentirse entre ser niño y adulto, buscando la independencia cuando todavía hay el deseo de divertirse con los juguetes también .es un tiempo de descubrimiento de varios aspectos de la identidad. Una parte de ellos es la sexualidad, que muchos no esperan para explorarla.

En el pasado, las adolescentes, embarazada eran invisibles e innombrables, pero el secreto de ayer se ha convertido en un dilema a voces hoy.

Los estudios transculturales indican que Estados Unidos tiene uno de los índices de embarazos adolescentes más altos de todo el mundo, a pesar del considerable descenso que se produjo en la década de los noventa (Alan Guttmacher Institute, 2000; Center for Disease and Prevención, 2001)¹

Aunque a partir de la década de los 70 en el siglo XX empieza a disminuir la tasa de natalidad en América Latina hasta los 80 los índices indicaban que el mismo fenómeno se extendió en las mujeres adolescentes. Sin embargo a partir de esa década solo en cuatro países se mantiene disminuido el porcentaje de madres adolescentes y el resto de países en la región tiende a crecer superando los índices en África.

En Ecuador, el problema del embarazo de adolescentes es muy grande: 20% de las nuevas madres son menores de edad y muchas de esas niñas no tienen relaciones familiares estables. (Dannie Higginbotham, www.elmercurio.ec. marzo de 2011.)²

JUSTIFICACION O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

La Organización mundial de la Salud comienza a estudiar la problemática del adolescente en la década de los 60 y la Organización Panamericana de la Salud a principios de los 70.

¹ Alan Guttmacher Institute, 2000; Center for Disease and Prevención, 2001

² www.elmercurio.ec. marzo de 2011

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El grado de vulnerabilidad de un adolescente y una adolescente, depende de varias factores, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, recreación, la calle, etc.), la cultura y el contexto socioeconómico y político del país donde vive; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud enfermedad.

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas.

El inicio de investigaciones sobre el desarrollo personal de las adolescentes embarazadas, es un aspecto que se enmarca en la grave problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud reproductiva en donde los de mayor daño bio-psico-social es la alta morbilidad materna por causas de abortos criminales, aumento del maltrato infantil y de la niñez abandonada, mayor promiscuidad, delincuencia, pérdida del proyecto de vida de los jóvenes, y en definitiva mayor pobreza.

Dentro de este marco, para los profesionales de desarrollo social, los indicadores psicosociales exhortan a reflexionar sobre el compromiso de dar respuesta a la población de mayor vulnerabilidad, desde tempranas edades, en diferentes contextos: al individuo, grupos familiares y comunidad. La atención integral de los y las adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo de los países y el futuro inmediato de la sociedad.

1. EL PROBLEMA

Según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social “En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Los años de escolaridad promedio de nuestros jóvenes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios. El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo.”³

El hecho de quedarse embarazada durante la adolescencia incrementa los riesgos para la salud de la madre como para la del hijo. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de dejar los estudios y tener trabajos peor remunerados que las adolescentes que no tienen hijos. Las madres adolescentes suelen tener niveles socioeconómicos bajos y no eran buenas estudiantes antes de quedarse embarazadas.

Las causas pueden ser innumerables pero destacaremos: La pobreza, el hacinamiento, el divorcio de sus padres, los conflictos matrimoniales, no utilización de anticonceptivo o empleo incorrecto de los mismos, privación afectiva en el seno de la familia, el retraimiento social, rivalidad con sus padres o venganza en contra de ellos, falta de amor, para despertar la atención de sus amigas y compañeras, para convertirse en el centro de atención del medio familiar y social, por huir del colegio, por conseguir algo gratificante.

Las causas que acabamos de señalar derivan según Agustín Sivilisaca Cuenca (Psicología del Adolescente. UTPL. 2000)⁴ de cuatro fuentes: a) Extrema Pobreza, b) Falta de afectividad, c) Promiscuidad; y, d) Falta de orientación adecuada y oportuna.

³ <http://www.mies.gob.ec/>

⁴ Sivilisaca, A. (2000) Psicología del Adolescente. UTPL

Las consecuencias del embarazo de las adolescentes son muy variadas pero sobretodo: las alteraciones del ritmo de la vida de chica, angustia y culpabilidad que le lleva a tratar de ocultar su embarazo, problemas psicológicos porque la mayor parte de estos embarazos son no deseados, la madre generalmente rechaza a sus futuros hijos, partos prolongados, y prematuro, divorcios, toxemia, la anemia, tendencia a engordar demasiado, abortos, deficiencias físicas del niño al momento de nacer y toda una cadena de secuelas que esta generaría.

Si las situación de embarazos adolescentes se mantiene estas consecuencias pueden generar mayores impactos en la sociedad sobre todo en la familia primero hay que reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud Pública dentro de la subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral, por ello el gobierno para combatir el problema del embarazo de las niñas ha declarado que quiere empezar a dar más información sobre la salud sexual, junto con el acceso a anticonceptivos y la píldora “un día después”⁵

Es imprescindible dar soluciones primero se necesita explorar por qué se da este problema. Varias organizaciones están dando educación de salud a los adolescentes, enseñándoles a protegerse contra el embarazo y enfermedades sexuales.

En este contexto de la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las y los Adolescentes, el Ecuador forma parte del Organismo Regional Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue,

El Ecuador desde ese año forma parte del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, y como antecedentes, el 26 de septiembre de cada año se declaró mediante acuerdo ministerial el “Día de la prevención del embarazo adolescente” desde el año 2005⁶

⁵ Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe, (2007) UNICEF, CEPAL, Revista Desafíos, Número 4, enero

⁶ Boletín informativo sobre embarazo adolescente en el Ecuador, Dirección de la Juventud, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito, Ecuador.

Además en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010 se propuso como objetivo el reducir en un 25% el embarazo adolescente hasta el año 2010.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1 OBJETIVO GENERAL.

- Contribuir a la disminución de la vulnerabilidad de las madres adolescentes cuyos partos se dieron en el Hospital Homero Castanier Crespo del Cantón Azogues, en el año 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conceptualizar la condición de vulnerabilidad de las madres adolescentes.
- Diagnosticar la condición de vulnerabilidad de las madres adolescentes
- Diseñar estrategias psicosociales orientadas a la disminución de la condición de vulnerabilidad de las madres adolescentes.
- Validar la propuesta de intervención.

3. MARCO TEÓRICO

La salud sexual y reproductiva de jóvenes, hasta no hace poco se miraba desde una perspectiva de riesgo, y sobre todo el embarazo de adolescentes, tanto en términos de investigación como de políticas y servicios. Desde este enfoque, el embarazo sería el resultado de conductas poco saludables (enfoque de riesgo) por parte de las mujeres jóvenes.

El enfoque de los derechos humanos sostiene que los derechos - y en este caso, los derechos sexuales y reproductivos - son fundamentales (necesarios), inalienables (no podemos renunciar a ellos); universales (para todos y todas) e indivisibles (conectados entre sí y con otros derechos). También destaca la obligación de los Estados de respetar, proteger y satisfacer los derechos establecidos en los tratados internacionales que firmaron y ratificaron. O sea, por ejemplo, significa que deberían reformar cualquier legislación o norma que limite el acceso de adolescentes y

jóvenes a educación de la sexualidad o a servicios de salud confidenciales. La obligación de satisfacer implica que los Estados deben adoptar medidas concretas, y asignar los recursos necesarios para que toda la población de adolescentes y jóvenes de una nación alcance a gozar de sus derechos sexuales y reproductivos, independientemente de su edad, condición social, orientación sexual, cultura o etnia.

Un enfoque basado en los derechos humanos supone que se puede demandar toda violación de los derechos. También implica poner en funcionamiento mecanismos de control social para monitorear la forma en que las y los adolescentes y jóvenes disfrutan, ejercen y demandan sus derechos sexuales y reproductivos.

Como corolario, los derechos sexuales y reproductivos son una herramienta ética y política que puede ser utilizada por adolescentes y jóvenes para mejorar su acceso a educación sexual y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

“Las estrategias psicosociales reducen la vulnerabilidad de las madres adolescentes.”

4.1 VARIABLES

V. INDEPENDIENTE: Estrategias psicosociales

V. DEPENDIENTE: Vulnerabilidad de las madres adolescentes

5. PLAN DE CONTENIDOS.

5.1 CAPITULO UNO

En este capítulo se realizó un análisis descriptivo de la adolescencia desde sus principales definiciones, luego se investigó el fenómeno desde su presencia a nivel mundial, latinoamericano, nacional, provincial y cantonal. Para nivel cantonal se recurrió a determinar la situación partos de las adolescentes en el Hospital Homero Castanier Creso, que es una casa de salud de base del cantón Azogues, durante el año 2010. Al encontrar el indicador de embarazo en adolescencia nos va permitir realizar comparaciones con otros indicadores nacionales y abrir el camino para demostrar la vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes en nuestra área de estudio.

5.1.1. Embarazo y adolescencia.

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. Para efectos legales de protección integral y especial se tomarán en cuenta estos dos conceptos.⁷

La **adolescencia**, según la OMS, es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los

⁷ Código de la Niñez y Adolescencia, Teoría de la Protección Integral.

10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años.⁸

En 2007 el *Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres* de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.⁹

Embarazo adolescente o embarazo precoz, es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.¹⁰

5.1.2 Situación del embarazo adolescente en la subregión andina.

La situación del embarazo en la adolescencia en la región andina está exhaustivamente descrita en el diagnóstico de situación elaborado en el marco de PLANEA por el equipo de proyecto de Bolivia¹¹. De este documento, destacamos los siguientes hallazgos:

⁸ La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pag. 12 OMS

⁹ http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo#cite_note-1

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente#cite_note-0

¹¹ Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. (Noviembre 2009). Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina, Lima: ORAS-CONHU. Disponible en <http://www.planandinopea.org>

- * Si bien la fecundidad general ha descendido significativamente en todos los países del área andina, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad) se ha estancado o ha descendido moderadamente en la subregión y, en algunos países como Ecuador, ha incluso aumentado.
- * Las mujeres andinas inician su reproducción en edades más tempranas y solamente después del primer o segundo hijo empiezan a aplazar su fecundidad, seguramente debido a su contacto con los servicios de salud y dependiendo de la calidad de atención integral que reciban.
- * En Perú, Bolivia y Chile entre el 12.7 y el 15.7 por ciento de las adolescentes son madres o están embarazadas, mientras que este **porcentaje es de alrededor del 20% en Ecuador**, Colombia y Venezuela. Se estima que alrededor de 1.2 millones de adolescentes (18%) ya son madres o están actualmente embarazadas.
- * El porcentaje de embarazos no deseados para ALC está entre el 35 y 52%, pero algunas cifras para la subregión andina sugieren porcentajes mayores. Por ejemplo, en Bolivia, Colombia y Perú, el porcentaje de embarazos no deseados asciende a 70, 58 y 65% respectivamente.
- * En todos los países analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico.
- * El porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas que no accedieron a educación formal es cuatro veces mayor que el porcentaje observado entre muchachas que accedieron a educación secundaria o superior.

5.1.3 Situación en el Ecuador del adolescente

Actualmente el Ecuador tiene una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre

estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.¹²

5.1.3.1 Análisis de la situación de los y las adolescentes

5.1.3.1.1 Aspectos demográficos, sociales y culturales

En el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años).¹³

5.1.3.1.2 Situación social de los adolescentes y jóvenes (15 a 29 años)

La información nacional sobre adolescentes de 10-19 años es escasa, y la mayoría de estadísticas oficiales toma como referencia más bien a la juventud. El SIISE (www.siise.gov.ec) en base al Censo INEC (www.inec.gov.ec) presenta el siguiente análisis estadístico para jóvenes de 15 a 29 años de edad, y destaca que:

- 77.79% se identifica como mestizo, 10.05% como blanco, 6.4% como indígena, 5.41% como afroecuatoriano y 0.35% como perteneciente a otras etnias.
- 16% de la población joven no ha terminado la educación primaria, 69% la educación secundaria y apenas 8 de cada cien jóvenes que ingresan a la universidad obtienen un título universitario.
- 40.1% de jóvenes urbanos ha terminado la secundaria, mientras que en el campo lo hizo apenas el 14.6%. En la zona rural sólo el 2.9% del total de jóvenes ha culminado su carrera universitaria, cifra que en la urbana asciende al 11.2%.
- Las mujeres indígenas y afroecuatorianas tienen las mayores brechas educativas en la terminación de primaria, secundaria, universitaria y titulación.

¹² Comité Subregional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2007) "Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Línea Estratégica 1: Diagnostico e Información". Lima. Agosto

¹³ MSP. (2008) Principales indicadores demográficos y de salud.

- El mayor porcentaje de extrema pobreza entre los y las jóvenes (31.2%) se ubica en los adolescentes entre 15 y 18 años.
- 6 de cada 10 jóvenes son pobres en el Ecuador y 3 de ellos viven en condiciones de extrema pobreza. La pobreza se concentra más en afroecuatorianos (7 de cada 10) e indígenas (9 de cada 10).
- 7 de cada 10 adolescentes de 15 a 18 años migran al extranjero y 4 de cada 10 migran del campo a la ciudad. La migración se da por igual en hombres y mujeres.
- 54% de los adolescentes comenzó a trabajar entre los 10 y 14 años de edad, y el 18 % lo hace en la calle o en la construcción, sin protección alguna¹⁴.

5.1.3.2.3 Perfiles de morbilidad y mortalidad en adolescentes tempranos y tardíos

La información disponible sobre los y las adolescentes es limitada, dispersa y discontinua, lo que dificulta el análisis integral de la problemática del país. El 13,34% del total de egresos hospitalarios en el año 2006 se debe a morbilidad adolescente (115.149/863.037). De este total, el mayor porcentaje (77.6%) le corresponde al grupo de adolescentes tardíos (89.350/115.149). El 3,29% de la mortalidad sucede en adolescentes (1.909/57.940) y de este total el 64.58% corresponde al grupo de 15-19 años.¹⁵

Las principales causas de **morbilidad en adolescentes tempranos de 10-14 años** corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva. La **mortalidad** en este mismo grupo fue causada por accidentes de tránsito, lesiones autoinfligidas y neumonía por organismo no especificado.

En el grupo de **adolescentes tardíos de 15-19 años** la carga de **morbilidad** está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y reproductiva, otras

¹⁴ Estadísticas vitales-INEC, (2002) Elaboración: SIISE.

¹⁵ INEC, Estadísticas vitales 2006. Análisis de la situación de los y las adolescentes

que demandan resolución quirúrgica y enfermedades ligadas a la violencia. La **mortalidad** se explica en cerca de la mitad de casos por causas asociadas a la violencia, accidentes de tránsito y lesiones autoinfligidas¹⁶

La **prevalencia de discapacidades**, entre 11-19 años es de 145.388, equivalente al 1% del 12% del total nacional. En el grupo poblacional de 11-19 años los adolescentes discapacitados representan el 5.7%. De ellos, el 55% tiene sólo deficiencias, 17% deficiencia más una limitación leve y/o moderada, 19% limitaciones graves estructurales y 10% limitaciones graves funcionales.¹⁷

En relación al tema de **anticoncepción** (ENDEMAIN 2004) en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos.

La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.¹⁸

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. En Ecuador la tasa es mayor al promedio regional, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años¹⁹.

Respecto a las **determinantes de la salud y el embarazo en adolescentes** se halla (ENDEMAIN 2004 e INEC 2006), que:

¹⁶ Ibídem.

¹⁷ Ecuador, CONADIS-INEC (2004) "Ecuador, la Discapacidad en Cifras".

¹⁸ ENDEMAIN 2004.

¹⁹ CIPEA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

- 43% de adolescentes sin educación versus 11% con secundaria completa es madre o está embarazada por primera vez.
- Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre, en contraste con sólo una de cada diez de las del mayor nivel de ingresos.
- El total de partos institucionales en adolescentes de 10-19 años fue de 50.350, que representan el 15% del total de partos del país.
- Del total de niños inscritos, el 12% de recién nacidos fue hijo de adolescentes de 10-19 años.
- El embarazo causa 1.15 años de adolescencia perdida en cada mujer.²⁰

En el año 2007 el MSP reportó, a través del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna SIVEMM-MSP , 168 casos de **muerres maternas**; 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10-19 años (20.8%) y la mayoría se debieron a causas evitables.²¹

La **malnutrición** adolescente se ha estudiado en el país; en una muestra de 2.829 adolescentes escolarizados entre 12-19 años se reporta 21.3% con sobrepeso u obesidad, versus 16.8% con peso bajo. Se observa mayor porcentaje de sobrepeso en el sexo femenino (21.5 versus 20.8%), más en la Costa que en la Sierra (24.7 contra 17.7%) y más en adolescentes de colegios privados que públicos.²²

Según los datos de la encuesta ENDEMAIN del 2004, el 24% de mujeres en edad fértil sufrió **violencia** física y 22% psicológica antes de los 15 años, y 3% de jóvenes ha vivido algún tipo de experiencia de abuso sexual.²³

En cuanto a las **infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA**, 32% de todas las muertes por SIDA ocurre en hombres de 15 a 29 años (105/328), en tanto que la

²⁰ Estadísticas vitales- (2006) INEC,

²¹ SIVE MM-MSP, 2007.

²² Yépez R. y col. Obesidad. (2008) CESIAN, Quito.

²³ Camacho G. Secretos Bien Guardados, jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual. (2003) Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer, CEPAM.

mortalidad por SIDA en mujeres ocurre con mayor frecuencia en el grupo de 15 a 29 años, con un porcentaje de 39,4% (28/71)²⁴. En el quinquenio 2003-2008 los casos de personas viviendo con VIH se incrementaron; en el grupo de 10-14 años de uno a diez casos, en tanto que en el grupo de 15-19 el incremento fue de 30 a 228 casos (8 veces más)²⁵.

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

Estudios realizados por el Consejo Nacional de Sustancias Sicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) en el año 2002 demuestran que el 12% de adolescentes consume drogas, y su uso empieza cada vez a edades más tempranas.

La edad del primer contacto es precoz: entre los 13 y 15 años, cuando hace una década estaba entre los 16 y 17 años. Las drogas de iniciación son los inhalantes o solventes, a los 13 años en promedio, seguido a los 14 años por la pasta de coca, y un poco más tarde por marihuana, hachís, alucinógenos, morfina y éxtasis. En los consumidores la droga de preferencia es la marihuana, seguida de los inhalantes y el éxtasis, pero hay quienes optan por mezclar varias sustancias²⁶.

5.1.4 EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR

El Ecuador en el 2009 tiene una población de 14.005.449 de personas de las cuáles el 80% son mestizos o mulatos. De esta población, 2 .792.686 de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, lo cual constituye cerca del 20% de la población total.

²⁴ Estadísticas vitales-(2002) INEC.

²⁵ Programa Nacional de SIDA,(2008) MSP.

²⁶ CONSEP.(2002) Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Quito.

La fecundidad adolescentes ha mostrado una tendencia al aumento en los últimos años, y es la más alta de la subregión andina con unos 100 nacimientos por cada mil mujeres²⁷, afectando sobre todo a los segmentos de población viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad. Por ejemplo, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madre so están embarazadas; la proporción de maternidad adolescente es 4 veces más alta (43%) entre las mujeres que no tienen educación comparada con aquellas que tiene secundaria completa (11%). Esto es especialmente grave siendo que en Ecuador menos del 50% de los y las jóvenes asisten a nivel secundario de educación.

A pesar del tener un alto conocimiento de métodos anticonceptivos (97%) pocos lo utilizan (47%) y, una proporción de adolescentes unidos utilizan sobre todo métodos tradicionales poco efectivos (12%). La tasa de protección en la primera relación sexual es asimismo muy baja (13%) debido a desconocimiento o a imprevisión²⁸.

Estos datos se asocian también con una gran dificultad de acceso a información relevante y a los servicios de salud: muchos adolescentes no están expuesto a mensajes informativos ni tienen oportunidad de hablar o preguntar sobre estos temas. La cobertura del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad (PRONESA) aún es baja, lo cual explica que tampoco llega suficiente información a través del sistema de educación.

Dos de cada tres adolescentes sin educación están embarazadas Dos de cada tres adolescentes sin educación en Ecuador, son madres o están embarazadas por primera vez, una estadística que despertó la alarma en el Gobierno, que emprendió una campaña de control de la natalidad criticada por la Iglesia católica. La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, dijo Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud."Dos de cada

²⁷ CELADE 2004. Boletín Demográfico 68, América Latina y el Caribe, Fecundidad 1050-2050, Santiago de Chile.

²⁸ ENDEMAIN 2004.

tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %", añadió. Según Guijarro, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media. "Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad", dijo.

El Gobierno sostiene que el pilar fundamental para afrontar el embarazo adolescente es la educación pero, a riesgo de duras críticas de sectores como la Iglesia, también ha decidido hablar de frente sobre métodos anticonceptivos, no abortivos. "Estamos dispuestos a asumir el desafío e ir a una agresiva campaña de planificación familiar porque no podemos aceptar que adolescentes se embaracen a los 14 años", dijo recientemente el presidente de Ecuador, Rafael Correa, al comentar que incluso hay embarazos de niñas de diez y doce años. El mandatario, que es católico practicante y en su juventud fue voluntario en una misión de padres salesianos en una comunidad andina, no ha tenido reparos en ir en contra de la opinión de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana en este tema.

El ministro de Salud, David Chiriboga, anunció que habrá "acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y de la red pública de salud". La información y orientación se dirigirán en particular a los casi 2,8 millones de adolescentes de Ecuador, un país que tiene un alto porcentaje de población joven

5.1.5 Situación de las adolescentes en la provincia del Cañar.

La provincia del Cañar al igual que en el resto del país tiene una población joven según el censo del 2001, como lo demuestra el siguiente cuadro:

1.1 Cuadro N° 1 Población juvenil por provincia

Composición de la población juvenil (por provincia)

	Grupos etáreos	Porcentaje de Jóvenes	Jóvenes por grupos etáreos	Población total joven
Cañar	Total jóvenes	100,0	53.739	53.739
	Mujeres	56,7	30.441	53.739
	Hombres	43,4	23.298	53.739
	15 a 18	37,3	20.049	53.739
	Mujeres	52,5	10.515	20.049
	Hombres	47,6	9.534	20.049
	19 a 24	39,8	21.372	53.739
	Mujeres	58,5	12.492	21.372
	Hombres	41,6	8.880	21.372
	25 a 29	22,9	12.318	53.739
	Mujeres	60,4	7.434	12.318
	Hombres	39,7	4.884	12.318

Fuente: Censo de Población y Vivienda – INEC.

Elaborado: SIJOVEN-SIISE. Año: 2001

Las desigualdades sociales y la pobreza continúan siendo un grave problema en el Ecuador, y la provincia del Cañar no escapa de eso, las poblaciones más afectadas son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Es necesario que se adopten medidas específicas encaminadas a una mejor distribución de la riqueza, acceso a la educación y empleo, oportunidades de participación y representación política, etc. Es fundamental el fortalecimiento de la institucionalidad Estatal en el nivel nacional y local, encaminada a desempeñar papeles protagónicos en el desarrollo de los y las jóvenes, reconociéndoles como sujetos de derechos y actores estratégicos para el crecimiento.

En la provincia del Cañar su población joven tiene un porcentaje del 66,6% que viven en condiciones de pobreza sobre NBI ver cuadro N° 2.

1.2 Cuadro Nº 2

Población joven que vive en condiciones de pobreza (por región y provincia) sobre NBI

		Jóvenes pobres	Jóvenes pobres por grupos etáreos	Población total joven
Región	Provincia	(n/N)*100	n	N
	Cañar	66,6	35.798	53.739

Fuente: proyecciones de población – INEC.

Elaboración: SIJOVEN-SIISE.

Año: 1950 - 2025

En la provincia del cañar su población joven tiene un porcentaje de 34,4% que viven en condiciones de extrema pobreza por NIB.

1.3. Cuadro Nº 3

Población joven que vive en condiciones de extrema pobreza por NBI (por provincia)

		Grupos etáreos	Jóvenes en extrema pobreza	Jóvenes con pobreza extrema por grupos etáreos	Población total joven
Región	Provincia	(años de edad)	(n/N)*100	n	N
	Cañar	Total jóvenes	34,4	18.504	53.739

Fuente: proyecciones de población – INEC.

Elaboración: SIJOVEN-SIISE.

Año: 1950 - 2025

En la provincia del Cañar tiene según el censo de población y vivienda del 2001 un porcentaje de 42,7% de madres jóvenes.

**1.4 Cuadro Nº 4
Madres jóvenes (por provincias)**

	Porcentaje Madres jóvenes	Madres jóvenes	Total de mujeres jóvenes
Región Provincia	$(n/N)*100$	n	N
Cañar	42,7	12.987	30.441

Fuente: Censo de población y vivienda – INEC.

Elaboración: SIJOVEN-SIISE.

Año: 2001

En la provincia del Cañar tiene una población emigrante e inmigrante un porcentaje de 69.5 % entre la edades de 15 - 29

**1.5 Cuadro Nº 5
Población emigrante e inmigrante joven por provincia**

Región Provincia	(años de edad)	Porcentaje de emigrantes jóvenes $(n/N)*100$	Jóvenes migrantes internos $(n/N)*100$
Cañar	15 a 29	69,5	12,6

Fuente: Censo de población y vivienda – INEC.

Elaboración: SIJOVEN-SIISE.

Año: 2001

Como podemos observar en estos indicadores de la provincia del Cañar su población es relativamente joven, con un alto porcentaje de madres jóvenes (47.7%) con una condición de pobreza de 66.6% y con una condición de extrema pobreza del 34.4%. y con una población emigrante e inmigrante de 69.5%.

Según la coordinadora de la DNI-E, en un estudio realizado en la provincia del Cañar, donde se tomaron muestras de los cantones Azogues, Cañar, Biblián y La Troncal, sobre la situación de los adolescentes por la migración de sus padres. La encuesta se aplicó a adolescentes entre 12 y 17 años de edad, con un universo nacional limitado de 918 hijos migrantes.

La situación económica en Ecuador es la causa principal para la emigración de padres a Estados Unidos y Europa (89.1 por ciento). La mayoría de hijos no fueron consultados por sus padres antes de emigrar (56.7 por ciento). Los hijos quedaron al cuidado de los hermanos (58.1 por ciento), abuelos (69.9) y tíos (50.8). La manera más frecuente para comunicarse con los padres es por medio del teléfono convencional, celular e Internet. La mayoría de los encuestados responde que sus padres no les visitan desde que se fueron, situación que les causa tristeza.

Las expectativas de los adolescentes están relacionadas con las posibilidades de la reunificación familiar. Pese a que reconocen que la situación económica ha cambiado en algo, pero el tema de la afectividad y la unidad cada vez afecta cada vez más. Ellos creen que el incremento de fuentes de trabajo detendrá la migración.²⁹

1.6 Situación de los adolescentes en el Cantón Azogues.

1.6 Cuadro N° 6
DISTRIBUCION POLITICA DEL CANTON AZOGUES

Distribución de la Población del Cantón Azogues por Parroquias		
PARROQUIA	TIPO	# HABITANTES
AZOGUES, BAYAS, BORRERO	Urbanas	33.980
COJITAMBO	Rural	3.801
GUAPAN	Rural	8.979
JAVIER LOYOLA	Rural	5.420
LUIS CORDERO	Rural	3.335
PINDILIG	Rural	2.262
RIVERA	Rural	1.781
SAN MIGUEL	Rural	3.686
TADAY	Rural	1.666
TOTAL	9	64.910

Fuente: INEC - Censo de Población 2001

²⁹ http://www.infanciahoy.com/despachos.asp?cod_des=2736&ID_Seccion=136

Para poder apreciar el fenómeno del embarazo en adolescentes en el cantón Azogues, provincia del Cañar, hemos recurrido al Hospital base Homero Castanier Crespo que ofrece sus servicios a la comunidad de Azogues y sus parroquias.

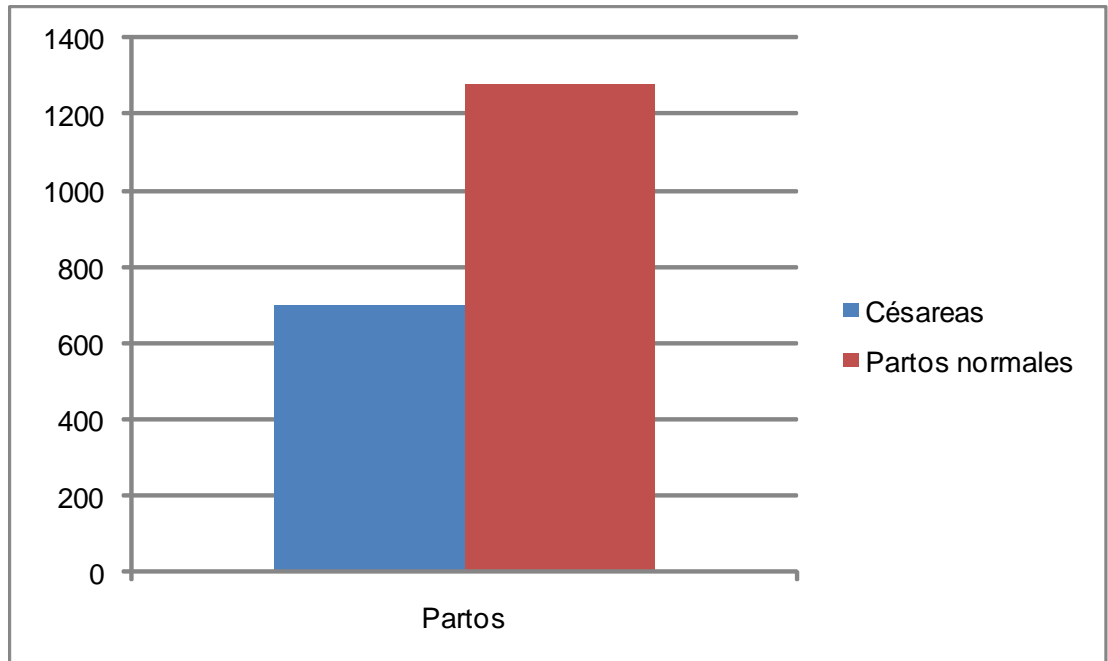
El Hospital Homero Castanier Crespo, unidad hospitalaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con 160 camas y una cobertura poblacional de 220.000 habitantes.

En el año 2010 en el Hospital Homero Castanier Crespo del cantón Azogues se atendió 1 977 partos, de los cuales 698 eran por cesárea o sea un 35.31%, y partos normales 1279, con un 64.69%. Como se aprecia en el siguiente cuadro.

1.7 Cuadro Nº 7
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010

Tabla Nº 1		
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010		
Descripción	Nº	%
Césareas	698,00	35,31
Partos Normales	1279,00	64,69
	1977,00	100,00
Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010		
Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas		

1.1 Gráfico N°1
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010
Gráfico N° 1



Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010
 Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

En el año 2010 de los 1977 partos, los 460 son de adolescentes, con un porcentaje del 23,27%, ver cuadro

1.8 Cuadro N° 8
Partos en el Hospital Homero Castanier
Crespo 2010

Descripción	N°	%
Partos	1977,00	100,00
Partos de Adolescentes	460,00	23,27
	1977,00	100,00

Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

De acuerdo a la edad de las adolescentes embarazadas tenemos que con mayor frecuencia está entre la edad comprendida de 16 a 18 años con un porcentaje del 64,8%. Y con un 25,2% las adolescentes de 19 años. Ver cuadro N° 9

Partos de Adolescentes en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar. En el año 2010. Según la edad.

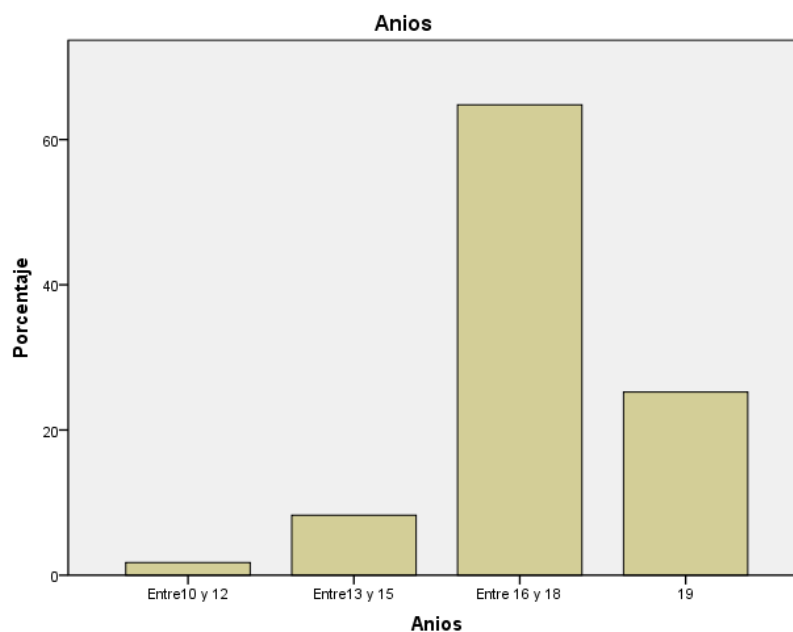
1.9 Cuadro N° 9
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre 10 y 12	8	1,7	1,7	1,7
Entre 13 y 15	38	8,3	8,3	10,0
Entre 16 y 18	298	64,8	64,8	74,8
19	116	25,2	25,2	100,0
Total	460	100,0	100,0	

Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

1.3 Gráfico N° 3
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad



Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

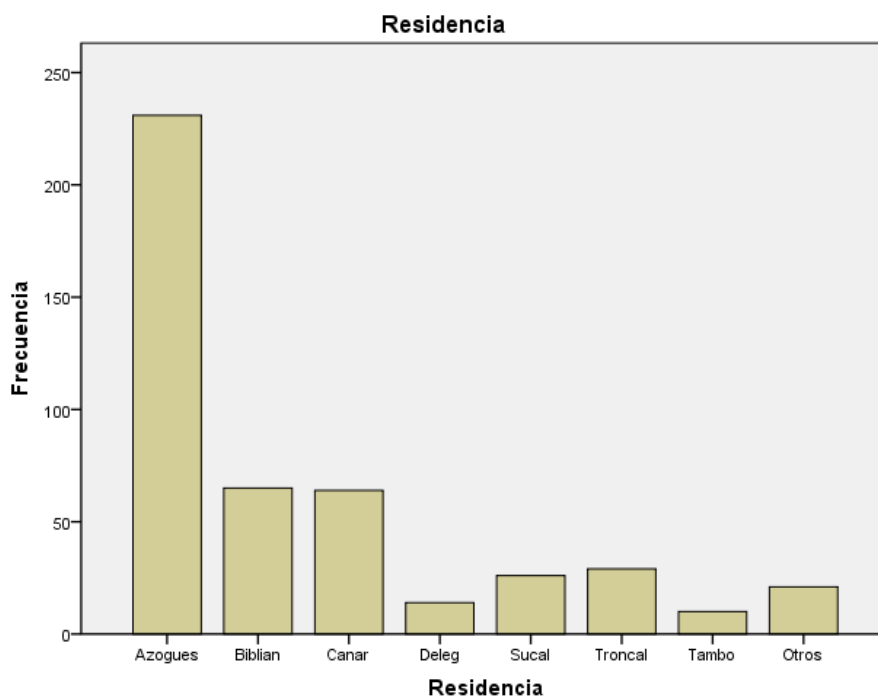
Las embarazadas adolescentes residen en la ciudad de Azogues con una frecuencia de 231 con un porcentaje de 50,2%, Biblián con un 14.1% y Cañar con un 13.9%

1.10 Cuadro Nº 10
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010.
Según la Residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Azogues	231	50,2	50,2	50,2
Biblián	65	14,1	14,1	64,3
Cañar	64	13,9	13,9	78,3
Déleg	14	3,0	3,0	81,3
Suscal	26	5,7	5,7	87,0
Troncal	29	6,3	6,3	93,3
Tambo	10	2,2	2,2	95,4
Otros	21	4,6	4,6	100,0
Total	460	100,0	100,0	

Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010
 Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

1. 4 Gráfico Nº 4
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia



Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010 Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Las embarazadas adolescentes en un gran porcentaje del 71,3% tienen a su hijos con un parto normal, y un 28,7% mediante un parto cesárea.

1.11 Cuadro Nº 11

Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto

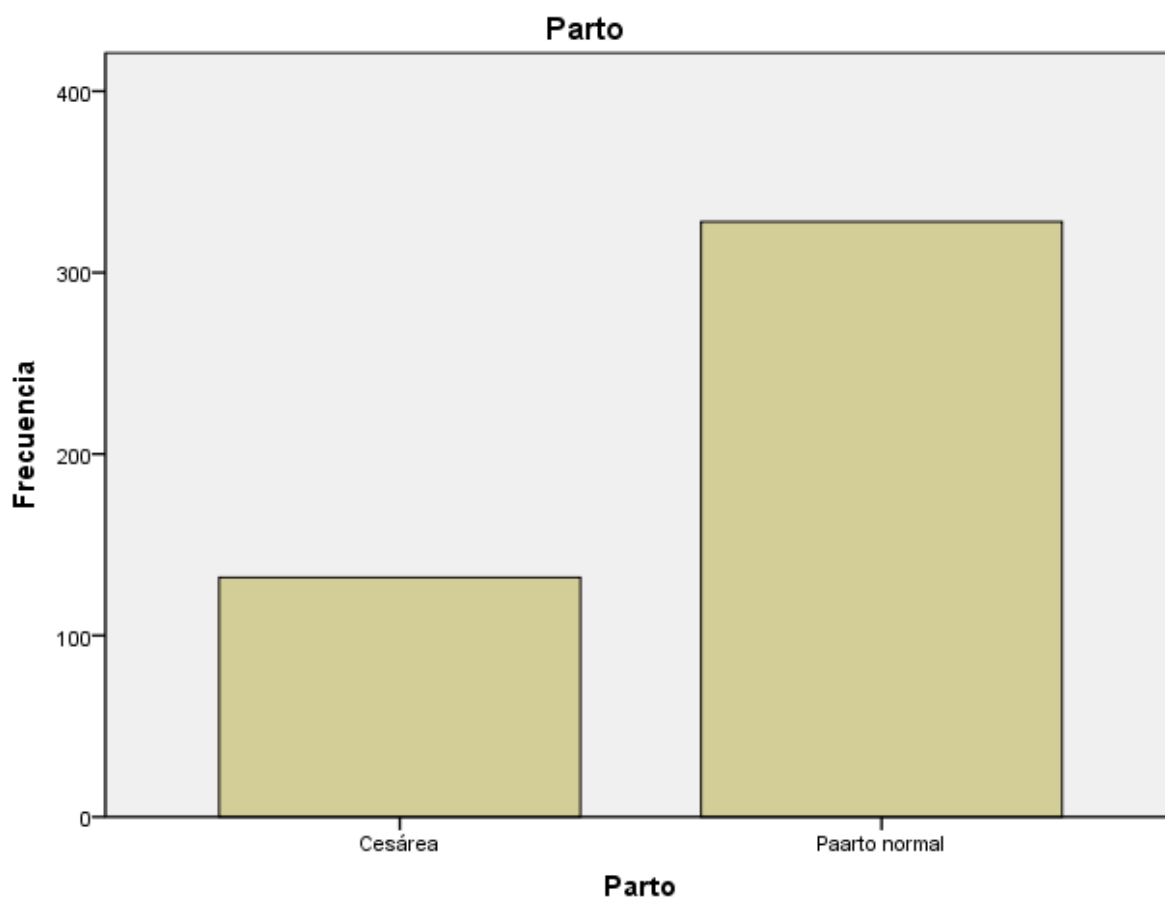
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Cesárea	132	28,7	28,7	28,7
Parto normal	328	71,3	71,3	100,0
Total	460	100,0	100,0	

Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

1.5 Gráfico Nº 5

Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto



Fuente: Egresos Hospitalarios HHCC 2010

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

5. 1.7 Análisis de la situación del Embarazo en adolescentes en el HHCC 2010

En el año 2010 en el Hospital Homero Castanier Crespo del cantón Azogues se atendió 1 977 partos, de los cuales 698 eran por cesárea o sea un 35.31%, y partos normales 1279, con un 64.69%.

El Indicador de partos por cesárea es: Número de partos por cesárea/número total de partos* 100

Indicador = $698/1977 \times 100 = 35.31\%$

Las tasas de esta cirugía son elevadas, sobre todo a nivel privado. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que "se está exponiendo a las mujeres y bebés de Latinoamérica a riesgos innecesarios por el abuso de la cesárea".

Después de un estudio realizado en 19 países de la región, la OMS constató que las tasas de operaciones de cesárea oscilaban entre el 16,8 y el 40 por ciento, cuando no deberían superar el 15 por ciento, establecido en función de los parámetros investigados y planteados por la organización a nivel mundial.³⁰

En 1998, uno de cada cuatro partos (25%) de mujeres de 20 a 49 años durante los últimos 5 años fue vía cesárea. La proporción de operaciones cesáreas era mayor en los partos de adolescentes de 15 a 17 años (29%).³¹

En nuestro estudio tenemos un indicador de 35.31% elevado en comparación con otros indicadores a nivel nacional e internacional.

En el año 2010 de los 1977 partos, los 460 son de adolescentes, con un porcentaje del 23,27%,

³⁰ www.oms.org.com

³¹ INNFA, Ministerios del Frente Social, INEC, UNICEF. SINIÑEZ - SIISE.

El indicador de partos en adolescentes en nuestro estudio es: Número de partos de adolescentes /número total de partos* 100

Indicador = $460/1977 \times 100$

Indicador = 23.27

Actualmente Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina. Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados. 10% de las mujeres entre 15 y 24 años, que estuvieron embarazadas antes de los 15, señalan que su embarazo terminó en un aborto.

Las consecuencias de un embarazo en la adolescencia son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico.³² El embarazo en adolescentes es uno de los grandes desafíos de la salud reproductiva y de los sistemas educativos:

- Es un reflejo de una deficiente educación sexual impartida a las/os adolescentes desde la niñez; alude a factores culturales y normativos que se expresan, por ejemplo, en la oposición a la oferta de servicios de salud reproductiva e información para los jóvenes.
- El embarazo en las adolescentes implica mayores riesgos de mortalidad y morbilidad derivados de la maternidad que los que enfrentan las mujeres de mayor edad; así mismo, implica mayores riesgos para sus hijos/as (como por ejemplo, bajo peso al nacer o mayor probabilidad de muerte)

³² <http://periodicoexpectativa.com/laclavedelainformacion/index.php/14-noticias-noticias/541-ecuador-tiene-la-tasa-mas-alta-de-embarazos-en-adolescentes>

- Las madres adolescentes tienden a tener una mayor fecundidad en su vida reproductiva, esto es un mayor número de hijos/as que las mujeres que inician su familia más tarde. Cuarto, el inicio de la reproducción durante la adolescencia provoca limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica, especialmente en aquellas de hogares pobres. El embarazo temprano limita las oportunidades para las jóvenes y su integridad emocional sufre ante una experiencia para la que no están preparadas y para la cual la sociedad no tiene mecanismos de apoyo.

La incidencia del embarazo y la maternidad adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales. Evidencia que la socialización de niños/as y jóvenes no transmite adecuadamente ciertos valores y responsabilidades. Se trata, en este sentido, de un indicador de resultado o de garantía de derechos que alerta sobre la necesidad de contar con políticas apropiadas de educación y salud. Las Naciones Unidas han exhortado a los países a organizar servicios de atención de salud integrada, que incluyan información a los/as adolescentes y promuevan los derechos de los adolescentes (Cf. UNFPA, 1998).

5. 1.7.1 Según el Código de la Niñez y Adolescencia:

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- (... El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes ...).

1.7.2 Según el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia:

Política 22.- Alcanzar los mejores niveles de salud y el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos en los y las adolescentes.

Meta: Disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas³³.

En nuestro caso en el cantón Azogues el indicador de embarazo en adolescentes en el Hospital Homero Castanier Crespo es de 23.27%. Es alto este indicador De acuerdo a la edad de las adolescentes embarazadas tenemos que con mayor frecuencia está entre la edad comprendida de 16 a 18 años con un porcentaje del 64,8%. Y con un 25,2% las adolescentes de 19 años.

Las embarazadas adolescentes residen en la ciudad de Azogues con una frecuencia de 231 con un porcentaje de 50,2%, Biblián con un 14.1% y Cañar con un 13.9%

Las embarazadas adolescentes en un gran porcentaje del 71,3% tienen a su hijos con un parto normal, y un 28,7% mediante un parto cesárea.

³³ CEPAR, Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN

5.2. Capitulo dos

En este capítulo se enfocó la vulnerabilidad desde su conceptualización, sus condiciones de vulnerabilidad de las madres adolescente en la vida intrafamiliar, en la sociedad, en la escuela, con sus amigos, etc. Se demostró la situación de vulnerabilidad de las madres adolescentes del cantón Azogues a través de instrumentos de investigación con el concurso de 33 adolescentes embarazadas estudiantes de secundaria de los colegios del cantón

5.2.1 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad se entiende como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social de sujetos u colectivos se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar en el futuro para lograr mejores niveles de bienestar.³⁴

5.2.2 Concepto.

La vulnerabilidad se entiende, en general, como una sumatoria de factores o determinantes sociales, culturales, históricos, geográficos, biológicos y económicos que se expresan como la factibilidad de que el sujeto o el sistema expuestos se vean afectados por el fenómeno que caracteriza la amenaza.³⁵

³⁴ CAZAR, Ramiro (2010): Exclusión Social de Vida. Guía didáctica UTPL 2010

³⁵ Cardona, O. (2003). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Bogotá: CEDERI -Centro de estudios sobre desastres y riesgos, Universidad de Los Andes.

El vivir en situación de vulnerabilidad implica estar en condiciones de especial fragilidad frente a posibles amenazas que pueden violentar el ejercicio de derechos. Es importante reconocer que ningún sujeto de derechos es vulnerable per se; por el contrario son las condiciones sociales de inequidad las que ponen a las personas en situaciones de constante amenaza, particularmente a las personas que están en peores condiciones para enfrentar problemas y superarlos.

Las situaciones de vulnerabilidad son fruto de relaciones de poder inequitativas que colocan a ciertos grupos en difíciles condiciones de vida. Por lo general, se trata de grupos que no han sido tradicionalmente parte de los grupos hegemónicos, como por ejemplo, las mujeres, las personas GLBTI (gay, lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales), las poblaciones indígenas o afroamericanas, así como las y los jóvenes y adolescentes.

El concepto ha cobrado actual relevancia en el ámbito de las políticas sociales y en el debate sociológico, para referirse a la aparición de nuevas formas de desigualdad que van más allá de las viejas fracturas sociales en un contexto de profundas transformaciones económicas y sociales a escala global. En este sentido, podemos definir la exclusión social como “una situación de acumulación y combinación de diversos factores de desventaja vinculados a diferentes aspectos de la vida personal, social, cultural y política de los individuos”³⁶

La vulnerabilidad hace referencia a las características de una persona o grupo en cuanto a su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y recobrase de un evento negativo. La vulnerabilidad está marcada por la pobreza, la desigualdad y la exclusión.

³⁶ Subirats, J. (2006, mayo) ¿Es el territorio urbano una variable significativa en los procesos de exclusión e inclusión social?. IV Seminario de Investigación en Ciencia Política, Madrid, : Universidad Autónoma de Madrid.

El concepto de exclusión social va mas allá de los aspectos económicos y sociales que definen la pobreza; incluye los aspectos políticos tales como los derechos políticos y de ciudadanía que vinculan la relación entre los individuos y los estados.

La noción de exclusión social hace referencia a un proceso social de desintegración, en el sentido de una progresiva ruptura de las relaciones entre los individuos y la sociedad.

Santos explica que “La desigualdad y la exclusión son dos sistemas de pertenencia jerarquizada”. En el sistema de desigualdad la pertenencia se expresa en la integración subordinada, y en el de exclusión en la falta de acceso y la limitada participación. La desigualdad es un fenómeno socioeconómico y la exclusión es un fenómeno cultural y social.³⁷

En un mismo contexto, puede existir un capital social que supere las situaciones que se considerarían propiciatorias de riesgos y más bien permita evitarlas, es lo que se ha denominado resiliencia social.

Ciertas características del entorno sociocultural se traducen en que haya una mayor o menor vulnerabilidad para jóvenes y adolescentes en diferentes sectores sociales; ciertos hechos circunstanciales (muerte de un padre o madre) pueden o no contribuir a que se produzcan eventos no deseados como el embarazo en la adolescencia, dependiendo de una serie de características situacionales subyacentes. Es el conjunto de esas características lo que denominamos vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social para que ocurran embarazos en la adolescencia se ubica en una combinación de: falta de plan de vida, dificultad para el acceso a la educación formal, una elevada valoración de la maternidad, conocimientos escasos o imprecisos sobre la reproducción y anticoncepción, y el rol que juega la familia en la

³⁷ Sousa Santos, B. (2003). La caída del Angelus Novus: ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política, Bogotá: ILSA -Instituto Latinoamericano para una sociedad y un derecho alternativos.

transmisión de valores, estilos de vida, límites y normas que orientan a las y los jóvenes³⁸

Se han descrito varios niveles de vulnerabilidad que deben ser analizados en su contexto y en sus relaciones, entre estos se resaltan: la pobreza, la ruralidad, el bajo nivel educativo, la desintegración familiar y/o la familia numerosa, ser adolescentes menores (10-14 años), ser mujer, pertenecer a poblaciones indígenas o poblaciones afrodescendientes. Todos estos factores se suman en términos de vulnerabilidad social.

El embarazo adolescente sitúa a las y los adolescentes en situación de vulnerabilidad, pero a su vez las personas que viven en situación de vulnerabilidad son más propensas a un embarazo no planificado y no deseado, con las importantes consecuencias que esto trae.

5.2.3 Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad

El desarrollo de las capacidades y potencialidades de las y los adolescentes se relaciona con determinantes sociales, culturales y económicos, que permiten o limitan su construcción como sujetos de derecho, para que puedan sortear las vulnerabilidades y enfrentar los riesgos; por tanto va más allá de la voluntad de las personas.

El término vulnerabilidad describe las condiciones de quienes viven en situaciones de riesgo y afrontan dificultades para tomar decisiones asertivas y beneficiosas para su salud y vida. Incluye muchas formas y grados de exclusión social y pobreza; por ejemplo, se puede estar excluido de los beneficios de la salud, pero estar incluido en los de educación o trabajo.

³⁸ Stern, C. (2004, enero/marzo). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de población. 39:129-58, Toluca: Universidad Autónoma de México.

Factores como la pobreza, la desigual distribución de los recursos por territorio geográfico (urbano-rural), el bajo nivel educativo, las migraciones, la falta de vínculos afectivos, apoyo y seguridad familiares, las diversidades (de identidad, de edad, de orientación sexual), el ser mujer, indígena o afrodescendiente, así como tener capacidades diferentes son, entre otros, los elementos que el personal de salud debe considerar en los procesos de abordaje de la salud adolescente y en los procesos de organización de la atención en la red de servicios de salud.

Hay que considerar que existen situaciones especiales como VIH-SIDA, diabetes, hipertensión, obesidad u otras problemáticas que combinan factores de desventaja diversos, vinculados a diferentes aspectos de la vida personal, social y cultural de los y las adolescentes, que los sitúan en condiciones de especial vulnerabilidad.

Es necesario que el personal de salud considere las implicaciones que estas situaciones tienen en la forma en la que los y las adolescentes viven su sexualidad, vida y relaciones, informando respecto a las precauciones que tales condiciones demandan pero sin limitar o coaccionar sus derechos.

La adolescencia puede estar marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, fácil acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual. Sin embargo, para una mayoría, este período puede ser de alta vulnerabilidad debido a la pobreza, las exclusiones, la necesidad de asumir roles adultos (trabajo), la estigmatización de la sexualidad, el desconocimiento de los adolescentes como sujetos de derecho, especialmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la falta de asistencia a la escuela, situaciones de violencia doméstica o pública, VIH y SIDA, migración. Estos factores potencian las situaciones de alta vulnerabilidad. Por ello es necesario que las políticas y los programas dirigidos a adolescentes contemplen a estos grupos vulnerados como prioritarios.

Como todo sujeto de derechos los y las adolescentes tienen especificidades sociales, culturales y económicas, que determinan su grado de exposición a la vulnerabilidad. Las necesidades específicas se dan en los siguientes ámbitos:

- * Económico: recursos para la salud y la vida, tener una familia que le sustente o propicie una movilidad saludable.

- * Social: Contar con redes sociales que los potencien como sujetos individuales y colectivos; y una institucionalidad que les permita el desarrollo integral de sus capacidades.

- * Cultural: que promueva la inclusión y la no discriminación, evitando formas adultocéntricas, androcéntricas, o etnocéntricas que establecen estigmas frente a la vida y la sexualidad de los y las adolescentes.

Cuando las condiciones de desarrollo para un sujeto de derechos no son las óptimas hablamos de vulnerabilidad y exclusión. Consideramos aquí algunos factores que pueden incidir para superar estas dificultades:

- * Atención en salud sexual y reproductiva.

- * Acción positiva para que hombres y mujeres adolescentes y jóvenes puedan estudiar y desarrollarse de forma integral.

- * Educación de la sexualidad integral que incluya a la comunidad educativa (docentes, estudiantes, padres y madres de familia) con enfoque de derechos, intercultural, de género e intergeneracional.

- * Organización y participación juvenil, construyendo procesos de veeduría y rendición de cuentas.

- * Capacitación en derechos a funcionarios de salud y educación de manera de contribuir a modificar miradas adultocéntricas, etnocéntricas y/o androcéntricas.

- * Estos determinantes de la vulnerabilidad y el riesgo no son responsabilidad del individuo, sino que son responsabilidades del Estado, el cual debe procurar igualdad en el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

5. 2.3.1 Grupos de adolescentes y jóvenes viviendo en condiciones de vulnerabilidad

Adolescentes muy jóvenes (AMJ), entre 10 y 14 años

Los y las AMJ experimentan cambios físicos, psicológicos, culturales y sociales. Algunos inician su vida sexual y en el caso de las mujeres pueden en este período embarazarse o contraer matrimonio. Los grupos de adolescentes muy jóvenes suelen quedar invisibilizados en los programas públicos de salud, sobre todo en las áreas rurales.

Entre los adolescentes, los y las AMJ han recibido atención mínima; la inmunización y otras iniciativas de salud infantil pueden alcanzar a niños para inscribirlos en las escuelas, mientras que los adolescentes mayores pueden constituir la población objetivo de la educación de pares o de las actividades de centros juveniles; pero los y las AMJ tienden a quedar desprotegidos por los vacíos existentes en los servicios sociales básicos.

No se han investigado a fondo los factores que contribuyen a la vulnerabilidad y a la precaria situación de salud de los y las AMJ. Los jóvenes de 15 años son, típicamente, los adolescentes más jóvenes incluidos en las encuestas demográficas y de salud nacionales. Y aunque hace mucho que se recaba información sobre escolaridad y bienestar general de los adolescentes jóvenes, la mayoría de los investigadores se ha negado a cubrir temas sensibles, sea por las normas sociales relacionadas con los comportamientos propios de la edad, por consideraciones éticas acerca de efectos potencialmente dañinos de la investigación, o por dudas sobre la validez de sus respuestas.

Los y las AMJ, en algunas ocasiones, se han visto profundamente afectados por la epidemia del VIH, ya sea por la pérdida de sus padres o de otros miembros de la familia o por haberse infectado de bebés y tener los primeros síntomas en esa edad.

La actividad sexual entre los y las AMJ es más común de lo que muchos legisladores y miembros de la comunidad reconocen. Y, por otra parte, una proporción importante de los encuentros sexuales que involucran a AMJ son forzados o se experimentan mediante coacción³⁹

En algunos países, la prevalencia del matrimonio infantil es la causa predominante del debut sexual temprano⁴⁰

5.2.4 Vulnerabilidad del adolescente en la escuela

Debemos considerar a los adolescentes y jóvenes empobrecidos que no asisten a ninguna institución escolar formal como grupo prioritario dentro de las políticas públicas y como población de alta vulnerabilidad para los equipos de salud y los equipos docentes. Los profesionales, docentes y toda persona que trabaje con adolescentes y jóvenes deben realizar un buen seguimiento del rendimiento escolar, apoyarlos en sus dificultades, buscando su mayor permanencia dentro del sistema escolar. Cuando esto no se da, se deben buscar alternativas para el desarrollo de estas poblaciones. Toda exclusión de un sistema obliga al adulto responsable a pensar en otra inclusión.

Dentro de este contexto de pobreza, la posición desventajosa además está dada porque las y los jóvenes: a) están rodeados de adultos que no pueden acompañar el proceso educativo por su baja escolarización; b) concurren a establecimientos con menor calidad educativa; c) presentan mayores dificultades personales para un desempeño eficiente, y d) tienen necesidad temprana de ingresar al mundo del trabajo para contribuir a la economía familiar. Un ingreso prematuro al mercado laboral, sin una formación adecuada, con una elección precaria y poco calificada, sin protección laboral y beneficios sociales, hace que la estabilidad laboral sea frágil y el futuro incierto.

³⁹ Jejeebhoy, S. y Bott, S. (2003). Non-consensual sexual experiences of young people: A review of the evidence from developing countries. South & East Asia Regional Working Paper (no. 16).

⁴⁰ Chong et al. (2006). Invertir cuando hacerlo cuenta: generando evidencia base para políticas y programas para adolescentes muy jóvenes, New York: Population Council, UNFPA, UNICEF, USAID.

Los porcentajes de maternidad adolescente son hasta siete veces más altos entre las que no tienen educación formal, comparados con los de niveles educativos más altos, en sus respectivos países. En Ecuador, dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Adolescentes en situaciones de calle y/o de explotación sexual.⁴¹

Los datos indican que casi un 65% de los niños en situación de calle en las capitales latinoamericanas “se involucra, de un modo u otro, en la explotación sexual. De estos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución aunque no de manera sistemática”⁴²

La desigualdad, la inequidad, y la desintegración familiar, son algunos de los factores de riesgo en relación a la violencia y la explotación sexual. Hay algunos factores determinantes de la violencia sexual; por ejemplo, la mayor parte de los niños y adolescentes que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas de la violencia sexual intrafamiliar. La sociedad es indiferente, relegando la problemática al ámbito privado y no como fenómeno social. En consecuencia, existe un alto grado de impunidad.

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual están excluidos del sistema escolar. Más del 50% abandona la escuela antes de completar el primer ciclo escolar. Este grupo sufre de mala salud, con altas tasas de ITS, incluido el VIH, embarazo precoz no deseado, abortos provocados y no asistidos, mortalidad materna, lesiones físicas, deficiencia en el crecimiento (mala alimentación, pérdida del sueño y peso), enfermedades alérgicas y respiratorias, así como dependencia química, entre otras.

⁴¹Esta sección fue adaptada de La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina. Segunda edición. (2003). Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescentes.

⁴² Castanha, N. (2001) Hacia la definición de una norma modelo sobre abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en las Américas. Documento interno del Instituto Interamericano del Niño (Montevideo). Citado en: La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina. Segunda edición. (2003, p.3). Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescentes.

En el aspecto psicológico la depresión y la agresividad presentan una prevalencia muy elevada y han sido responsables de muertes violentas y de suicidios. Estos son algunos de los factores en el campo de la salud del niño y la niña adolescente que pueden comprometer el desarrollo de una sexualidad saludable y perpetuar la explotación sexual como forma de vida.

5.2.4.1 Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto

Otras poblaciones viviendo en situación de vulnerabilidad que merecen atención especial son los refugiados – de los cuales hay casi dos millones en edades de entre 10 y 14 años en la región. Muchos han perdido a uno de sus padres o a ambos, no asisten a la escuela, se inician en la actividad sexual a muy temprana edad con poca o nula protección, y pueden comenzar a abusar de sustancias y drogas.

Un bajo nivel socioeconómico facilita la incorporación de niños y adolescentes como soldados en conflictos armados. Muchos de ellos se incorporan voluntariamente para sobrevivir o para vengar las atrocidades cometidas contra su familia o su comunidad, pero también se presenta el fenómeno de padres de familia que, ante una aguda crisis económica, entregan a sus hijos como soldados.

Los niños, las niñas y los adolescentes son más fáciles de condicionar para ejecutar órdenes que los adultos, y en situaciones de tensión pueden estar predispuestos a disparar sus armas por cualquier motivo. Los niños y adolescentes reclutados no sólo combaten en el frente, sino que también trabajan como espías, ayudantes, guardias, mensajeros, sirvientes y esclavos sexuales (hombres y mujeres)⁴³

⁴³ La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina, Segunda edición. (2003). Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescentes.

5.2.5 Vulnerabilidad de los Adolescentes indígenas, afrodescendientes y rurales

Las poblaciones indígenas presentan mayores niveles de pobreza y menores niveles de educación, mayores rezagos en salud y salud reproductiva, altas tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil. Las adolescentes indígenas inician la actividad sexual siendo aún niñas, y se casan a edades muy tempranas (12 a 14 años), lo que afecta sus oportunidades y posibilidades de superar la pobreza. Cabe mencionar que para las adolescentes de muchos pueblos y nacionalidades la maternidad temprana es una forma de legitimación social. Este es un factor que debe tenerse en cuenta a la hora de generar políticas de prevención de embarazo adolescente.

La diferencia en la edad de iniciación sexual de las mujeres residentes en las áreas rural y urbana es más alta en Perú, donde las mujeres de áreas rurales inician las relaciones sexuales en promedio dos años antes que las de áreas urbanas, mientras que en Colombia y Bolivia esta diferencia es de un año. En los demás países las mujeres de áreas rurales inician las relaciones seis meses antes que las urbanas⁴⁴

Se presentan diferencias en la maternidad adolescente entre áreas rurales y urbanas. Por ejemplo, en Bolivia y Perú, las tasas de fecundidad adolescente (15 a 19 años) en áreas rurales son el doble de las tasas en áreas urbanas (Encuestas DHS y ENDEMAIN)⁴⁵

Las condiciones de las madres jóvenes ecuatorianas muestra una diversidad compleja según la etnia y la región a la que se pertenezcan. Un mayor porcentaje de madres solteras se encuentra entre las mujeres afroecuatorianas, 8.2%, e indígenas 6.5%, que en la población mestiza, 5,5%, y blanca, 4,9%.⁴⁶

En todos los países de la región, la fecundidad real es más alta que la fecundidad deseada para las mujeres, principalmente en las áreas rurales y entre las mujeres pobres e indígenas. Las tasas de embarazos no deseados son más altas en Bolivia

⁴⁴ *Ibíd*em

⁴⁵ Gómes, C. (2007). Análisis de situación del embarazo adolescente en la región andina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México D.F.: UNFPA.

⁴⁶ Censo de población y vivienda – INEC. Elaboración: SIJOVEN-SIISE. Año: 2001

y Haití, países con las más altas tasas de fecundidad y de población rural en la región⁴⁷

5.2.6 Vulnerabilidad de los Adolescentes migrantes o hijos de migrantes

En las últimas décadas en la mayoría de los países de la región, ha aumentado la migración a las grandes ciudades y al extranjero en busca de mejores condiciones de vida, mejor calidad de educación para sus hijos y mayores oportunidades de trabajo. El resultado ha sido la construcción de grandes conglomerados de poblaciones excluidas en zonas urbanas y periurbanas, que viven en la marginación e inmersas en condiciones violentas de supervivencia.

Tanto para los niños, niñas y adolescentes que los migrantes dejan atrás como para los propios niños, niñas y adolescentes que migran, la pérdida de referentes afectivos (padres, madres, abuelos u otros) aumenta la probabilidad de que no reciban el mismo cuidado de salud y alimentación ni la protección adecuada contra todas las formas de violencia.

Las ausencias que supone la desintegración familiar conllevan un efecto psicosocial significativo que puede traducirse en sentimientos de abandono y vulnerabilidad para los que el embarazo aparece como una solución.

Otro efecto cuando la migración no es regular, es que muchos niños, niñas y adolescentes viven en los países de destino sin documentación, violándose de esta forma sus derechos a una nacionalidad y a un nombre, dificultándose su acceso a los servicios de educación y salud, y haciéndolos más vulnerables a la trata y a las adopciones ilegales⁴⁸

⁴⁷ Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. (noviembre 2009). Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina, Lima: ORAS-CONHU.

⁴⁸ Suazo, M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Presentación.

5.2.7 Vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes del cantón Azogues.

La vulnerabilidad en las embarazadas adolescentes es un hecho cierto según lo que se revisó en párrafos anteriores analizada por los diferentes autores, esta condición de vulnerabilidad sea familiar, económica, social y cultural. Para poder argumentar la tesis de vulnerabilidad se investigó a quienes son la parte principal del fenómeno, para lo cual se visitó todos los centros educativos secundarios del cantón Azogues con una hoja de ruta previamente establecida y con la colaboración de la Dirección de Educación del Cañar.

Luego de haber concluido la agenda encontramos que en el Cantón Azogues hay 33 adolescentes embarazadas matriculadas en los diferentes centros de educación secundaria como constatamos nosotros y según el registro de casos de adolescentes embarazadas en el ámbito educativo de la Dirección de educación del Cañar de enero hasta mayo 2011.⁴⁹

Las instituciones son: Luis Cordero, Juan Bautista Vázquez, Javier Loyola, Unidad Educativa La Salle, Unidad Educativa a distancia La Salle, Roberto Rodas, Ezequiel Cárdenas y Vicente Cabrera Vega.

A las embarazadas adolescentes matriculadas en estas instituciones se aplicó una encuesta en base a un cuestionario elaborado Ministerio de Salud Pública ver anexo 1 (SNS-MSP/HCU form # 056/2009)

A continuación los resultados:

⁴⁹ Registro de casos de adolescentes embarazadas de la dirección de educación del Cañar. 2011

La adolescentes embarazada entrevistadas vive con sus Abuelitos en un 40%, y con sus Padres en un 31, 4%. Como lo demuestra la tabla

2.1 Cuadro N°1
Adolescente embarazada Vive con

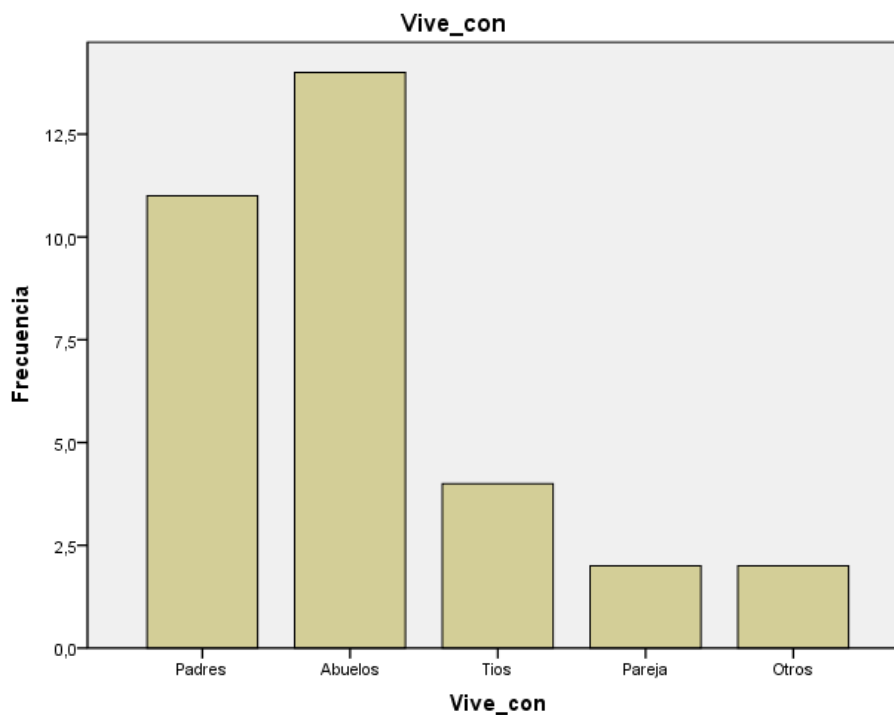
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Padres	11	31,4	33,3	33,3
	Abuelos	14	40,0	42,4	75,8
	Tíos	4	11,4	12,1	87,9
	Pareja	2	5,7	6,1	93,9
	Otros	2	5,7	6,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.1 Grafico N°1
Adolescente embarazada



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

El estado civil de las adolescentes embarazadas es el 51.4% es Soltera, y con el 25,7 en Unión Libre.

2.2 Cuadro N°2 Estado Civil

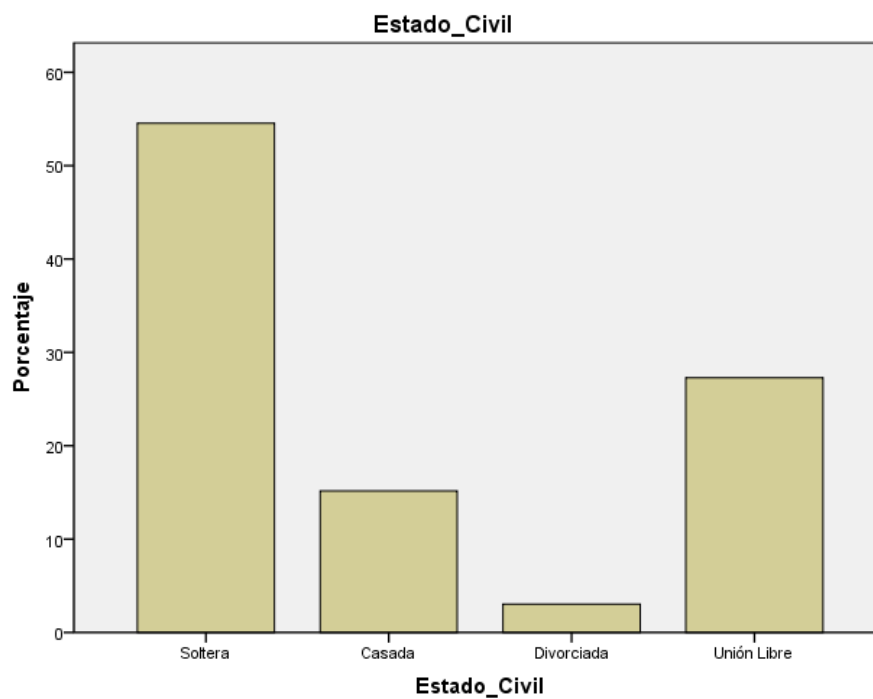
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	18	51,4	54,5	54,5
	Casada	5	14,3	15,2	69,7
	Divorciada	1	2,9	3,0	72,7
	Unión Libre	9	25,7	27,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.2 Gráfico N°2



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Todas están estudiando tienen nivel escolar están la es la secundaria en un 100%

2.3 Cuadro Nº 3
Nivel Escolar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Secundario	33	94,3	100,0	100,0
Perdidos Sistema	2	5,7		
Total	35	100,0		

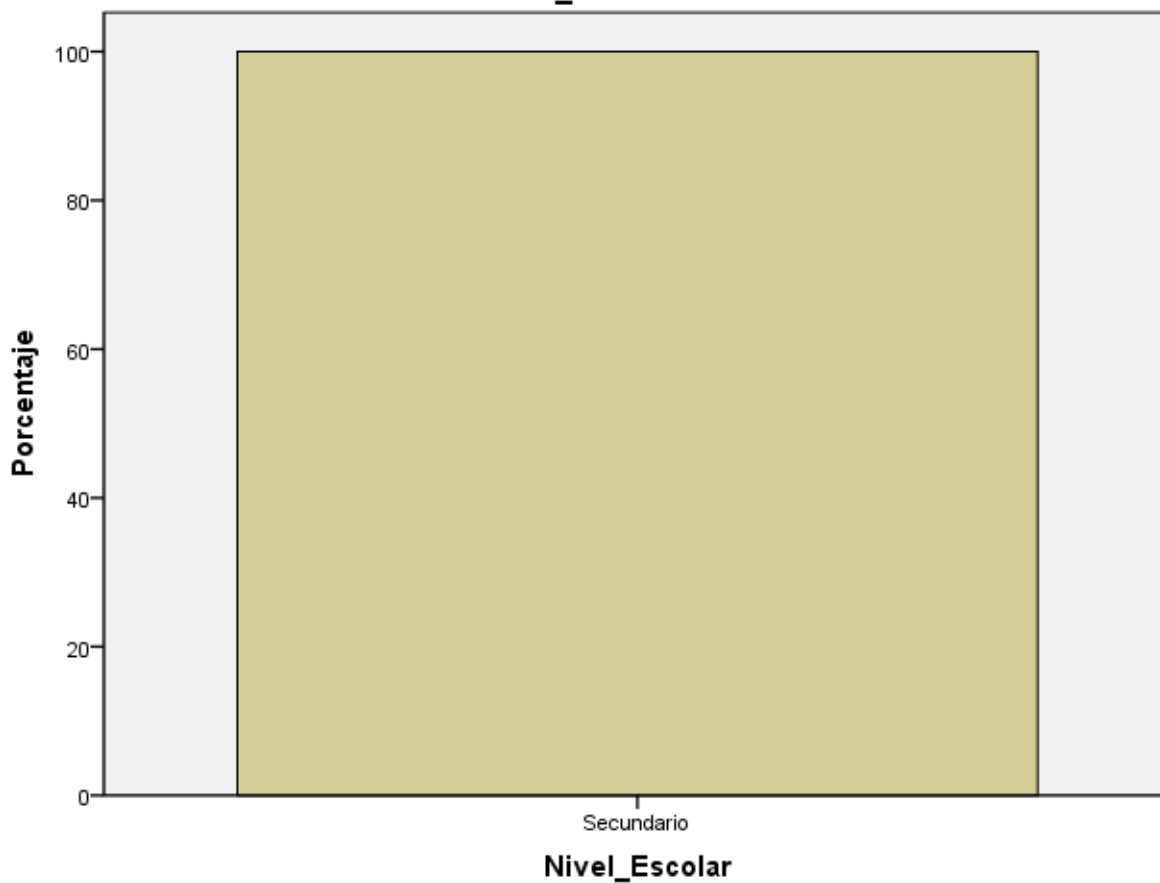
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.3 Gráfico Nº 3

Nivel_Escolar



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes están en un 45,7% de entre tercero y cuarto curso, y con el 25,7% entre el quinto a sexto curso. Y con el 22.9% entre el primero y segundo curso.

**2.4 Cuadro N°4
Grado / Curso**

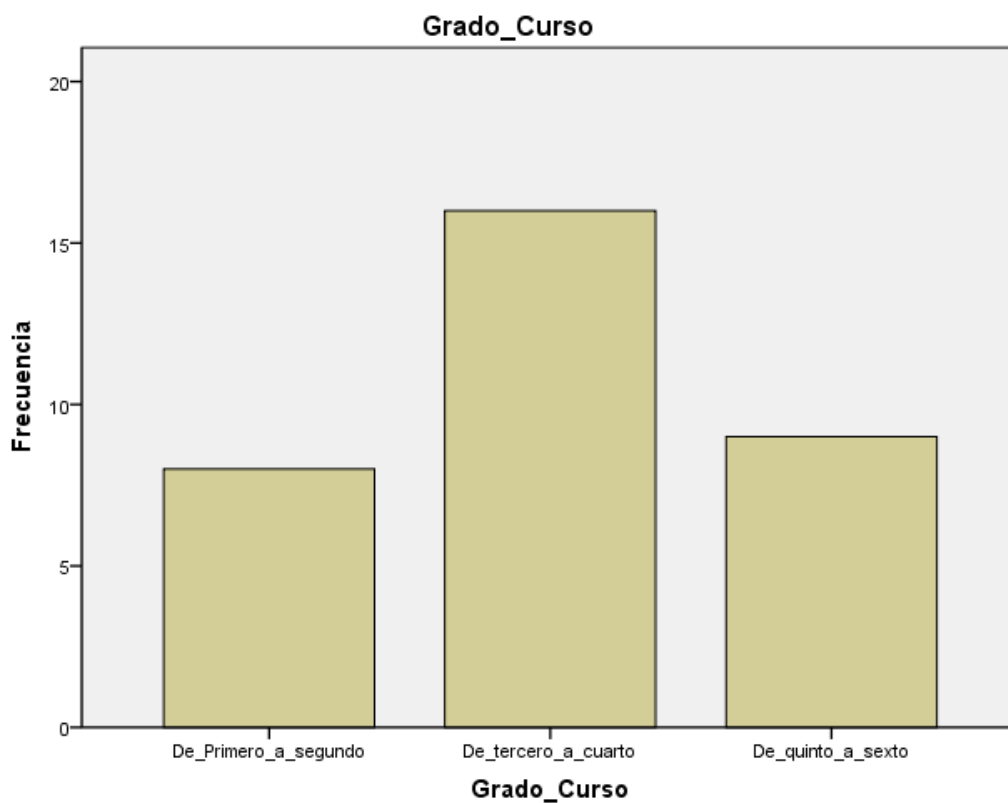
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De Primero a segundo	8	22,9	24,2	24,2
	De tercero a cuarto	16	45,7	48,5	72,7
	De quinto a sexto	9	25,7	27,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.4 Gráfico N° 4



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las adolescentes embarazadas en un 65,7% han atendido problemas en la escuela; y un 28,6% no ha tenido problemas en la escuela.

2.5 Cuadro Nº 5
Problemas en el escuela

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	10	28,6	30,3	30,3
	Si	23	65,7	69,7	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

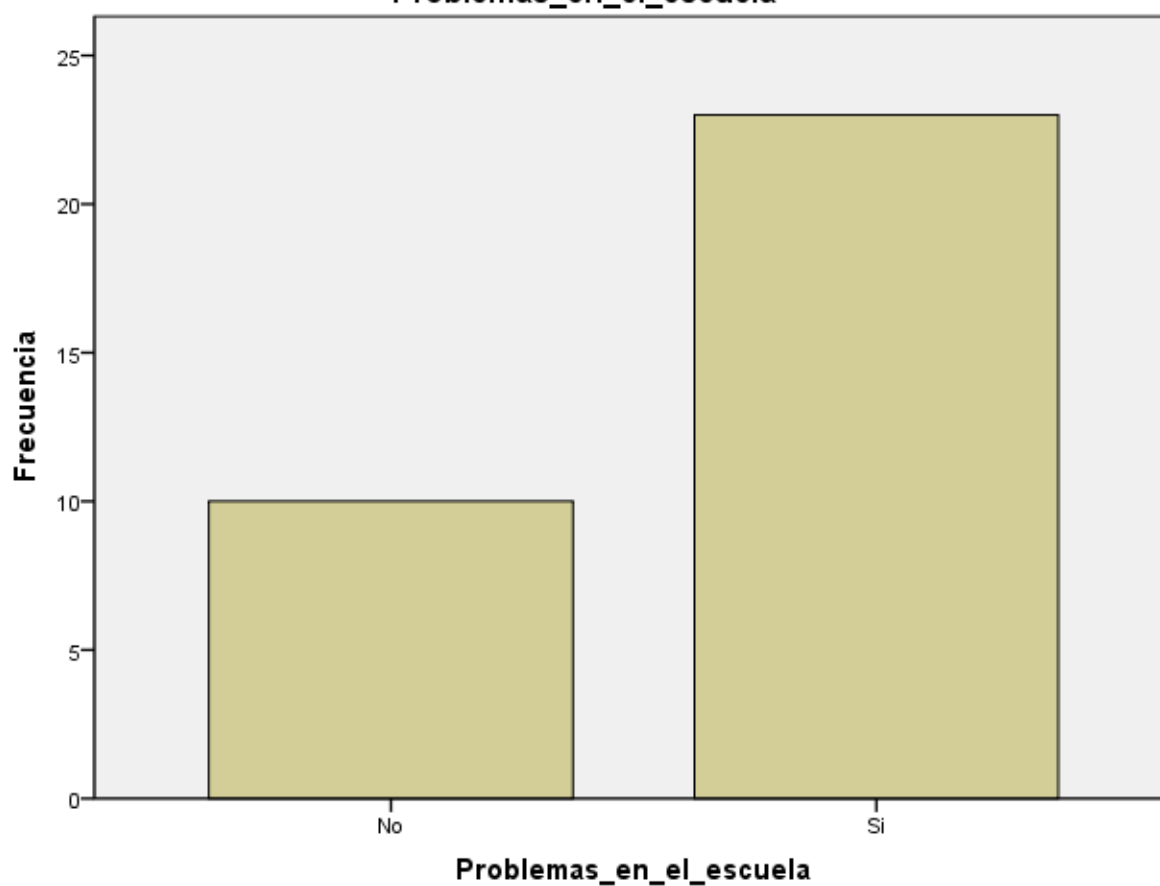
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.5 Gráfico Nº 5

Problemas_en_el_escuela



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las adolescentes embarazadas en un 71,4% han repetido años.

2.6 Cuadro Nº 6

Años repetidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	8	22,9	24,2	24,2
	Si	25	71,4	75,8	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

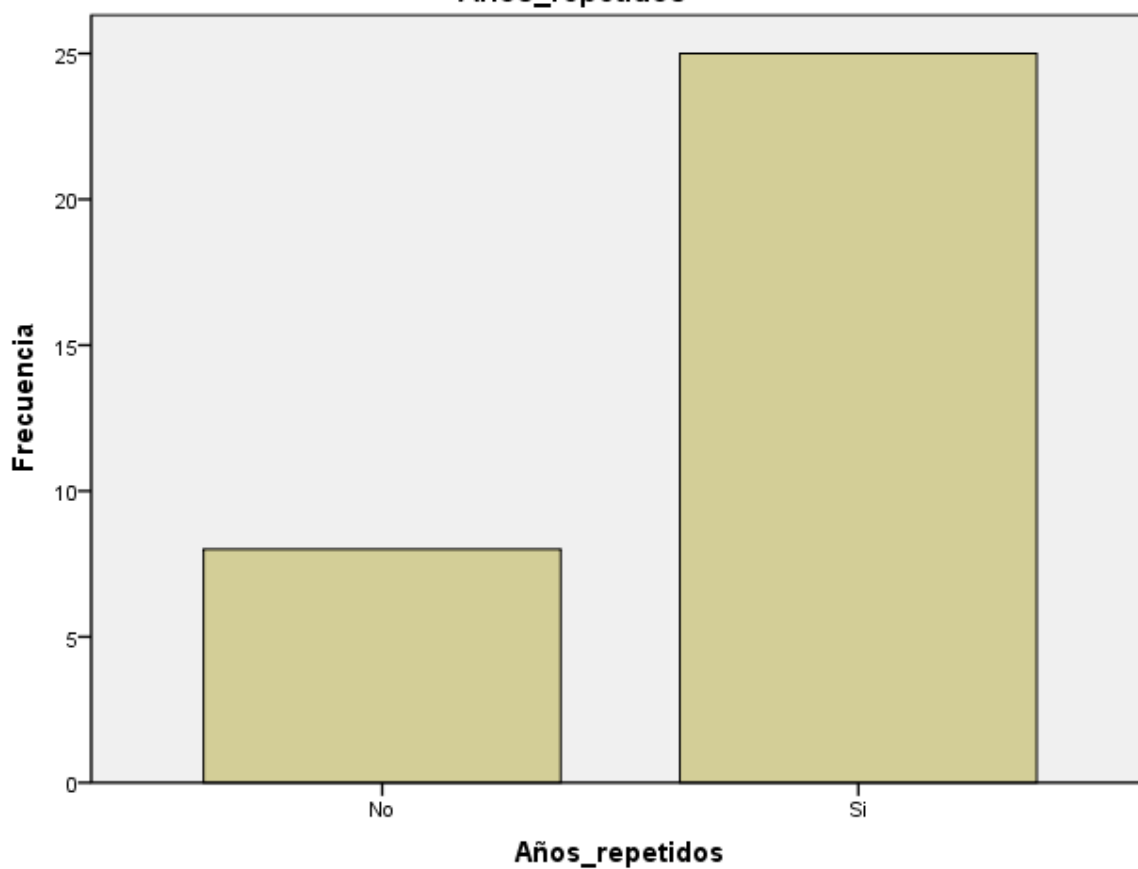
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.6 Gráfico Nº 6

Años_repetidos



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

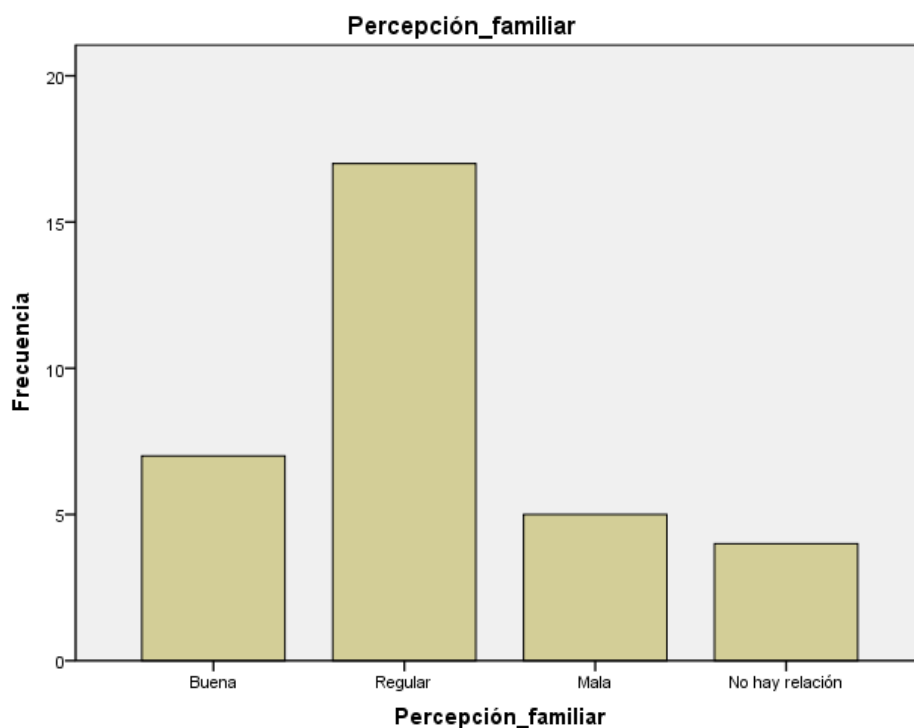
La percepción de la familia referente a su embarazo adolescente las encuestadas manifiestan que la percepción familiar es regular en un 48,6% y buena en 20 %..

2.7 Cuadro N° 7
Percepción familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	7	20,0	21,2	21,2
	Regular	17	48,6	51,5	72,7
	Mala	5	14,3	15,2	87,9
	No hay relación	4	11,4	12,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.7 Gráfico N° 7



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

Las adolescentes embarazadas debido a su condición hay desertado en un 54,3%.

**2.8 Cuadro Nº 8
Deserción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	14	40,0	42,4	42,4
	Si	19	54,3	57,6	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

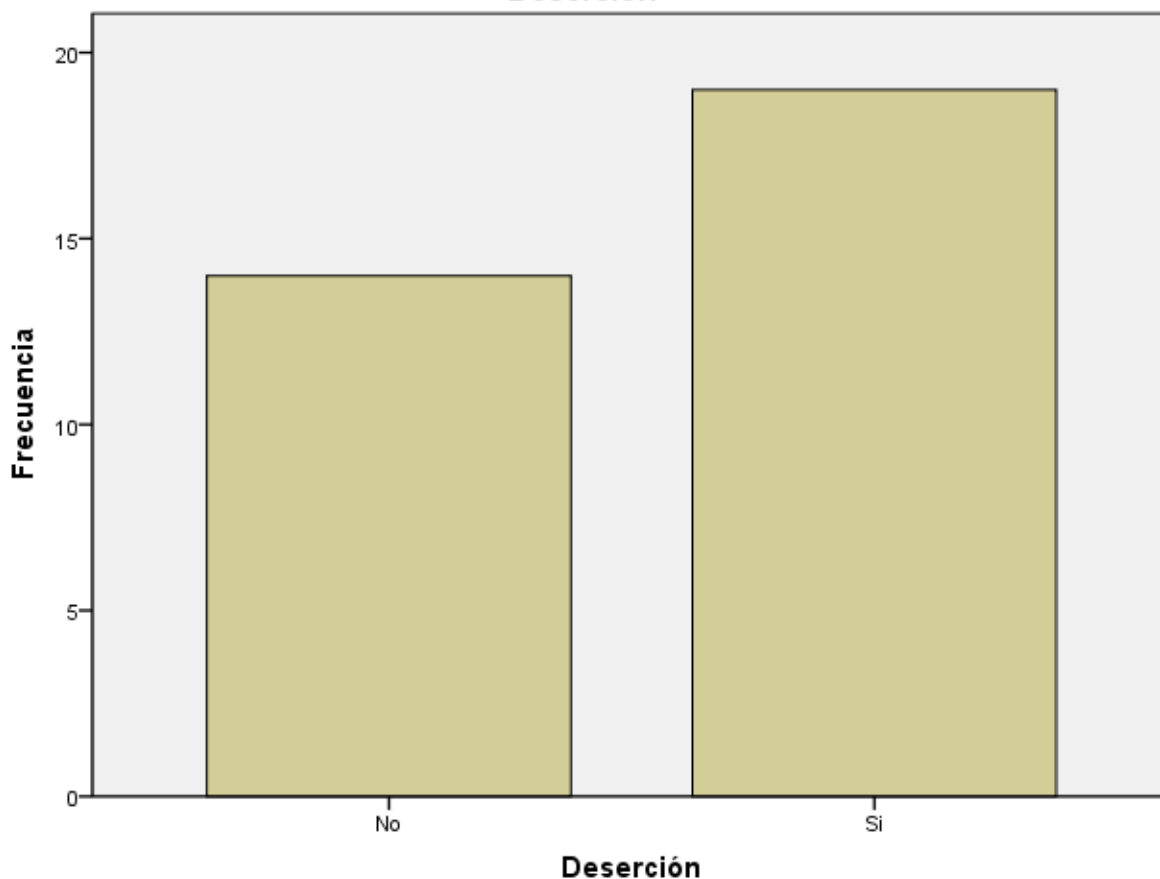
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.8 Gráfico Nº 8

Deserción



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes han buscado una vez trabajo en un 34,3%, y están desocupadas en un 31,4%, y No buscan trabajo con 17,1%

**2.9 Cuadro N° 9
Trabajo Actividad**

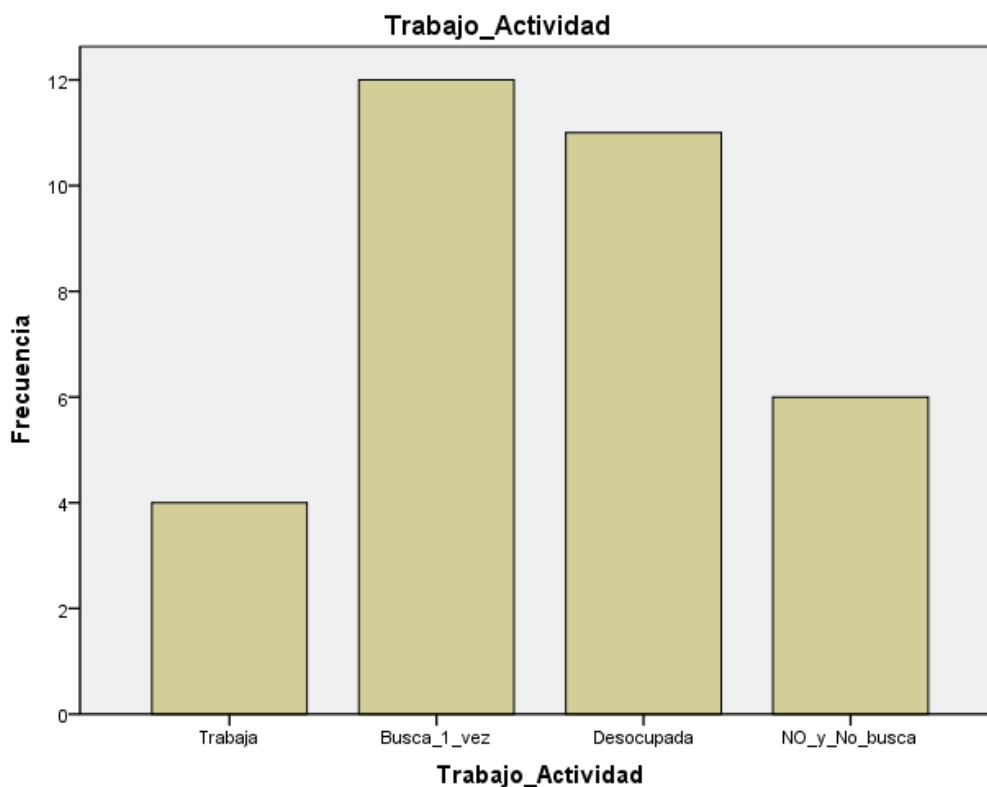
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabaja	4	11,4	12,1	12,1
	Busca_1_vez	12	34,3	36,4	48,5
	Desocupada	11	31,4	33,3	81,8
	NO y No busca	6	17,1	18,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Grafico N° 9



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

La edad de inicio de trabajo de las embarazadas adolescentes es de entre 13 a 15 años con un 37,1 %; y entre 16 a 19 años con 31,4 %: y de entre 10 a 12 años con un 25,7 %.

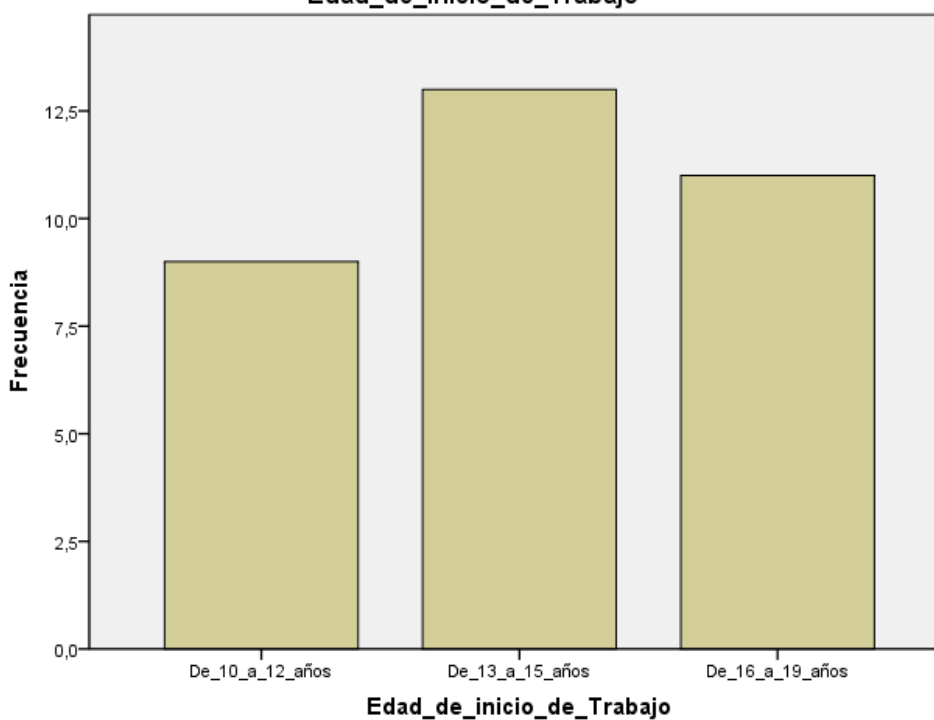
2. 10 Cuadro Nº 10
Edad de inicio de Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De_10_a_12_años	9	25,7	27,3	27,3
	De_13_a_15_años	13	37,1	39,4	66,7
	De_16_a_19_años	11	31,4	33,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.1 Grafico Nº10

Edad_de_inicio_de_Trabajo



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

El horario de trabajo de las embarazadas adolescentes el 34,3% es en la tarde, y con un 17,1% la noche y los fines de semanas cada uno.

2.11 Cuadro N° 11

Horario de Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tarde	12	34,3	36,4	36,4
	Noche	6	17,1	18,2	54,5
	Fin de semana	6	17,1	18,2	72,7
	N / c	9	25,7	27,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

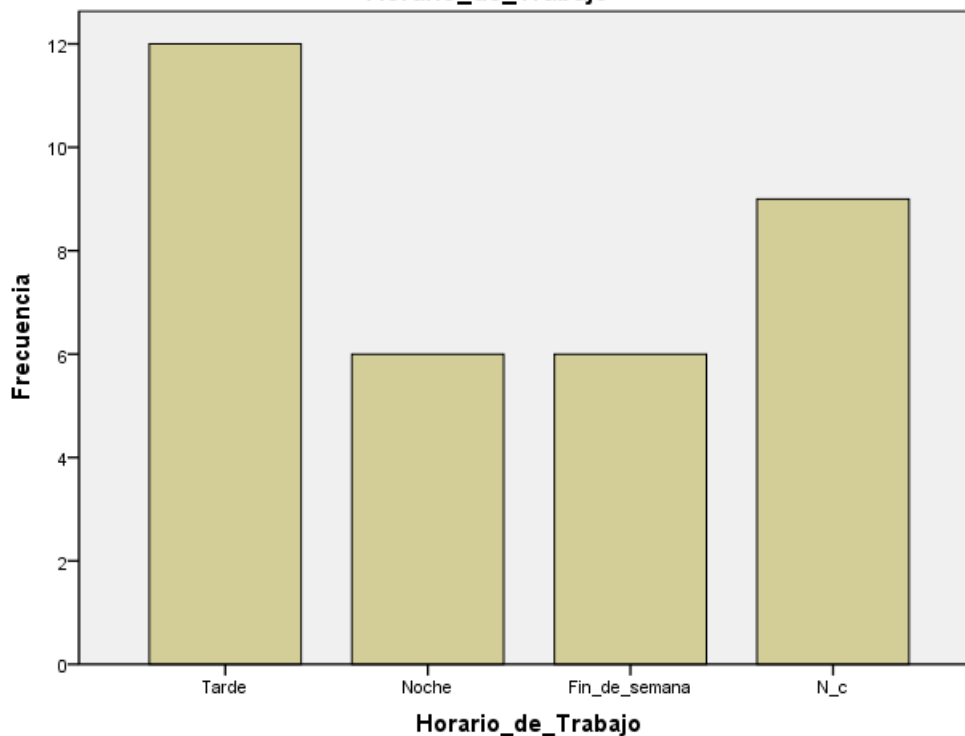
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.11 Grafico N°11

Horario_de_Trabajo



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

La razón de trabajar de las embarazadas adolescentes el 57,1% es por asuntos económicos, y el 14,3% por buscar autonomía.

2.12 Cuadro Nº 12
Razón de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Económica	20	57,1	60,6	60,6
	Autónoma	5	14,3	15,2	75,8
	N/C	8	22,9	24,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

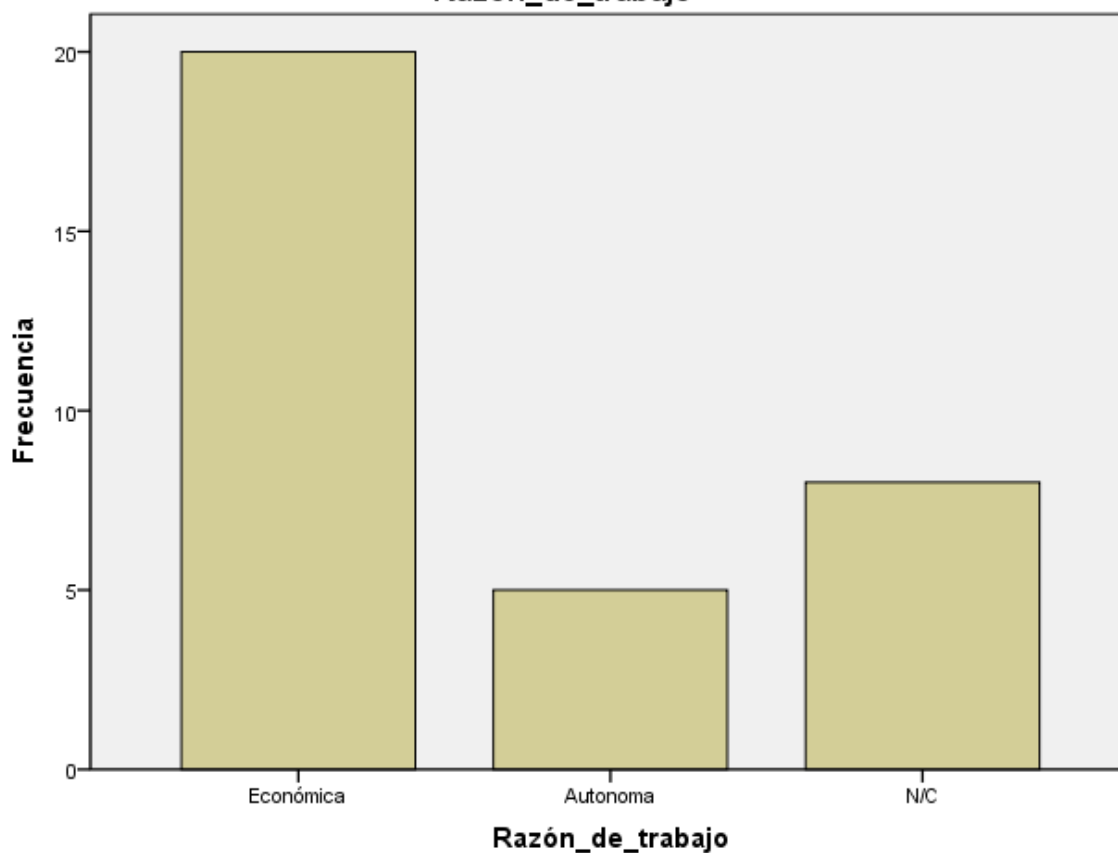
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.12 Grafico Nº12

Razón_de_trabajo



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

El tipo de trabajo de las embarazadas adolescentes es el 28,6% en QQDD; lavar y planchar con 25,7% y, cuidado de los niños con un 17.1%

2.13 Cuadro N° 13
Tipo de trabajo

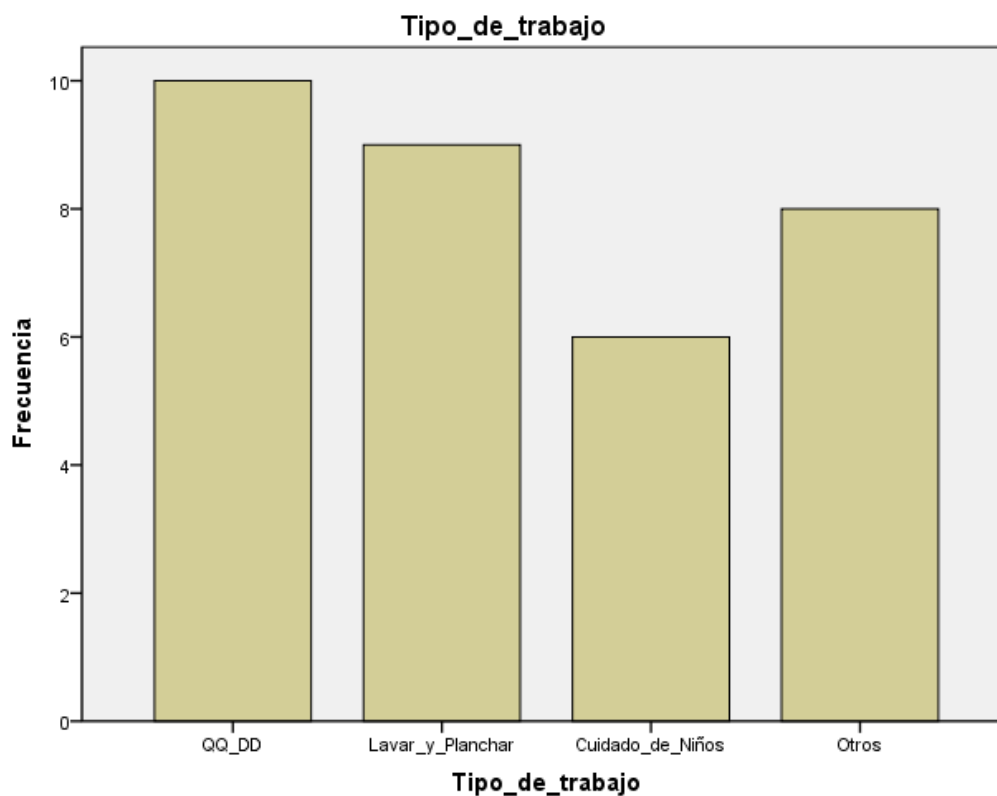
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	QQ_DD	10	28,6	30,3	30,3
	Lavar y Planchar	9	25,7	27,3	57,6
	Cuidado de Niños	6	17,1	18,2	75,8
	Otros	8	22,9	24,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.13 Grafico N°13



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

En cuanto a la vida social / aceptación las embarazadas el 54,3% son ignoradas; con el 22,9% son rechazadas; y un 11,4% son aceptadas.

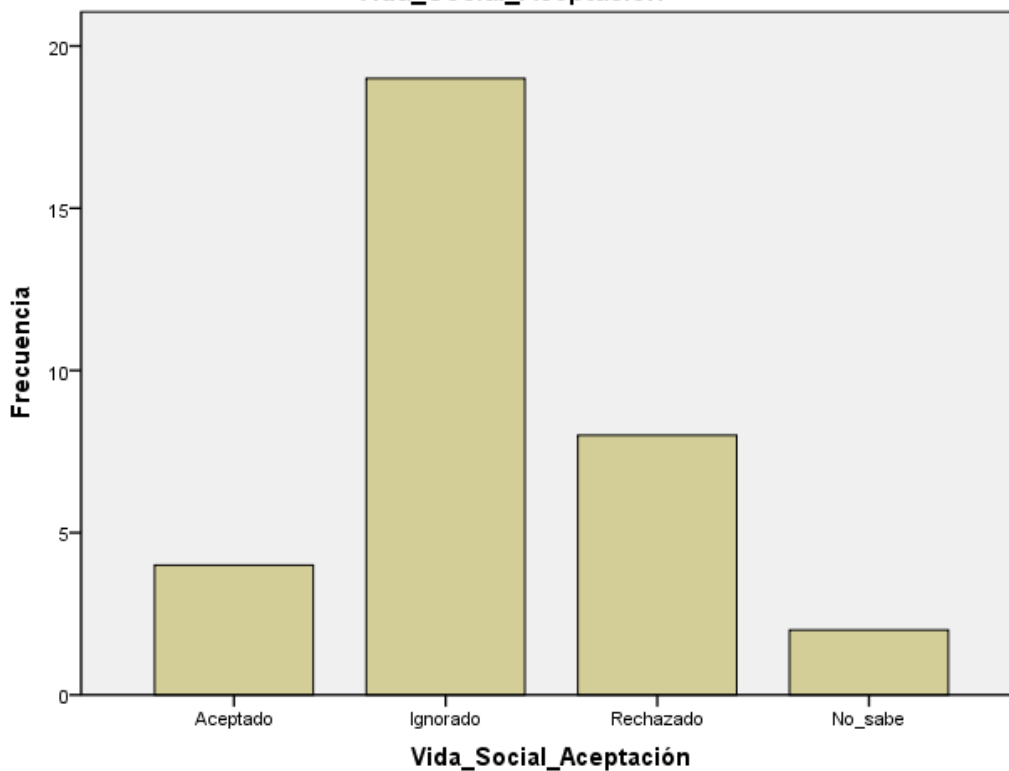
2.14 Cuadro Nº 14
Vida Social Aceptación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Aceptado	4	11,4	12,1	12,1
	Ignorado	19	54,3	57,6	69,7
	Rechazado	8	22,9	24,2	93,9
	No sabe	2	5,7	6,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.14 Grafico Nº14

Vida_Social_Aceptación



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes tienen Novio el 28,6% y no tienen con el 65,7%

**2.15 Cuadro Nº 15
Novio**

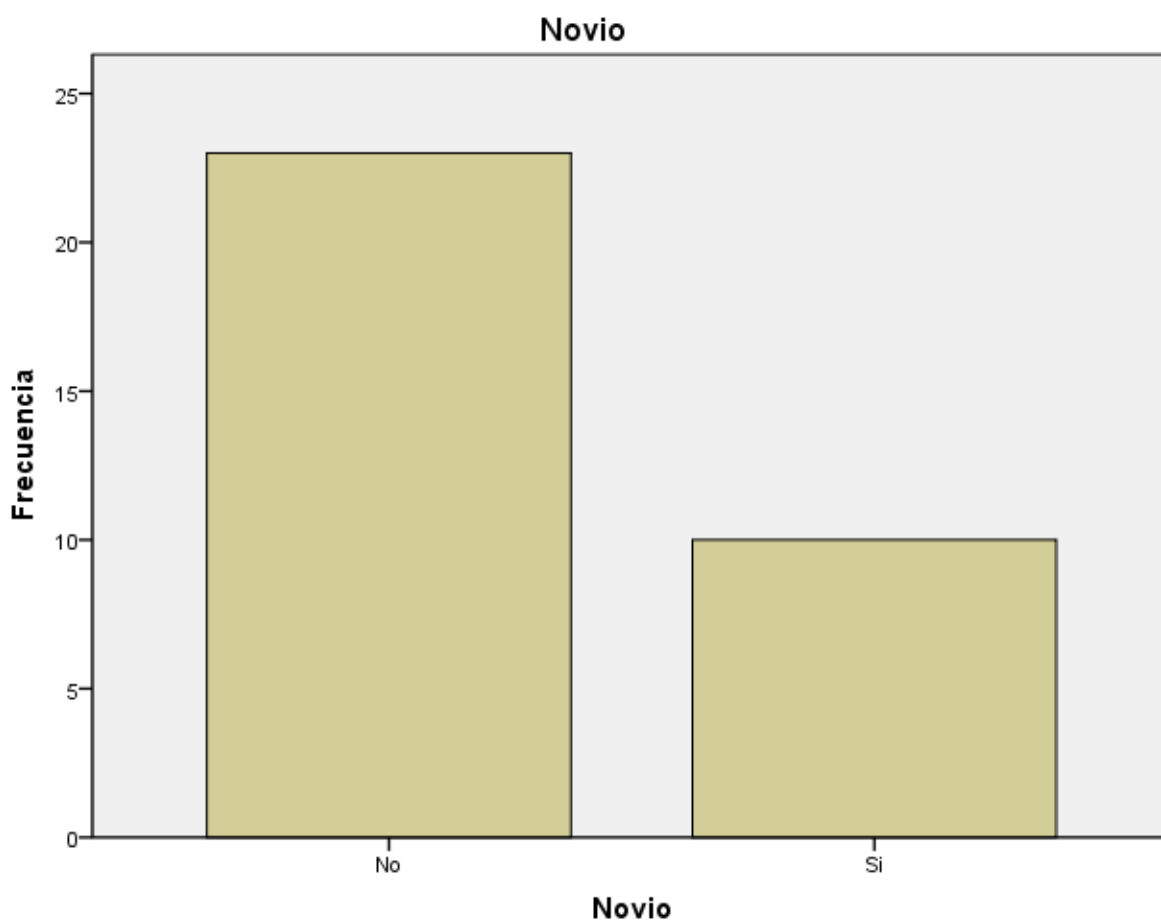
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	23	65,7	69,7	69,7
	Si	10	28,6	30,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.15 Grafico Nº15



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes tienen actividades grupales en un 51,4% y no tienen actividades grupales con 42,9%

2.16 Cuadro N° 16
Actividad Grupal

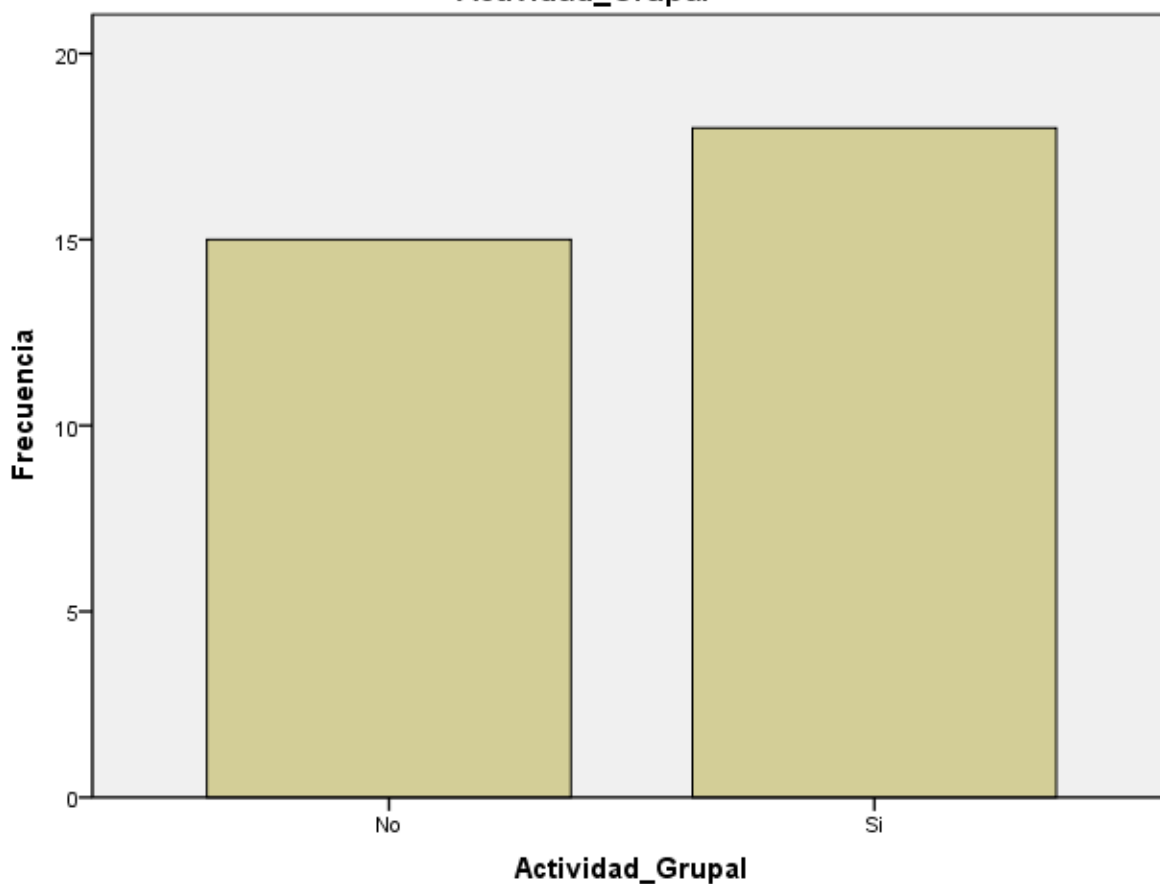
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	15	42,9	45,5	45,5
	Si	18	51,4	54,5	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.16 Gráfico N°16
Actividad_Grupal



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

De las embarazadas adolescentes el 62,9% sus madres fueron también madres adolescentes. Y sus madres no fueron madres adolescentes con un 31,4%.

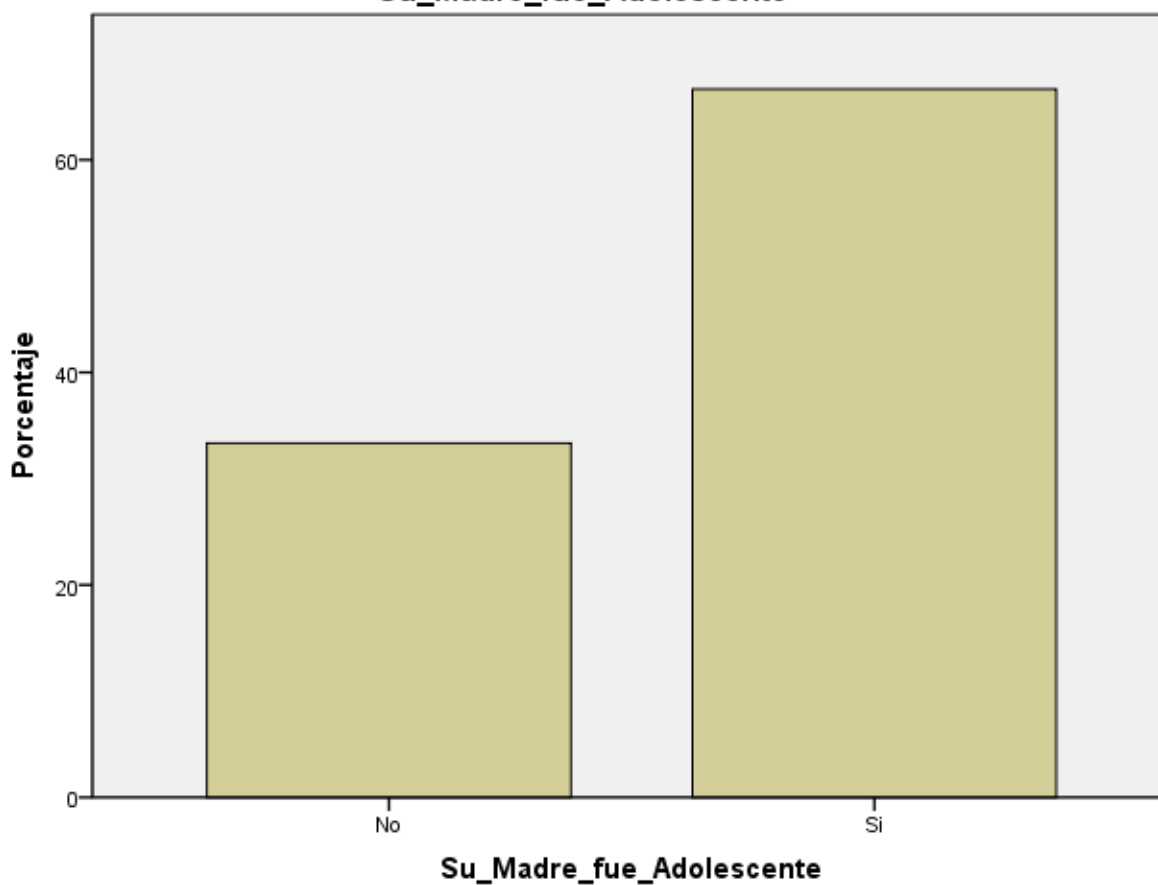
2.17 Cuadro Nº 17
Su Madre fue Madre Adolescente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	11	31,4	33,3	33,3
	Si	22	62,9	66,7	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos Sistema		2	5,7		
	Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.17 Grafico Nº17

Su_Madre_fue_Adolescente



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes en un 57,1% fuman tabaco. Y un 37,1 no fuman.

**2.18 Cuadro Nº 18
Tabaco**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	13	37,1	39,4	39,4
	Si	20	57,1	60,6	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

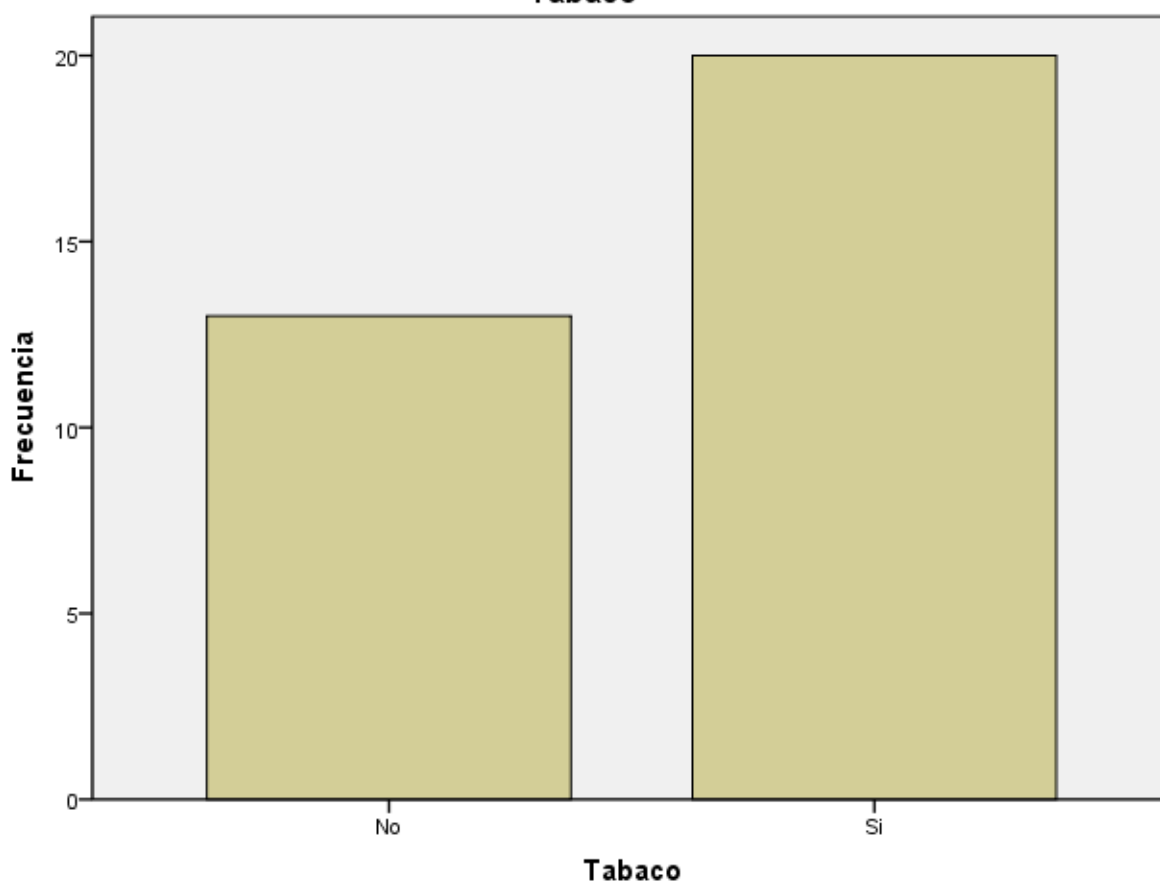
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.18 Grafico Nº18

Tabaco



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes que fuman cuantos al día consumen menos de cinco al día con el 85,7% y con el 8,6% consumen menos de 10 tabacos.

2.19 Cuadro N° 19
Cuantos al día

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de cinco	30	85,7	90,9	90,9
	Menos de diez	3	8,6	9,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

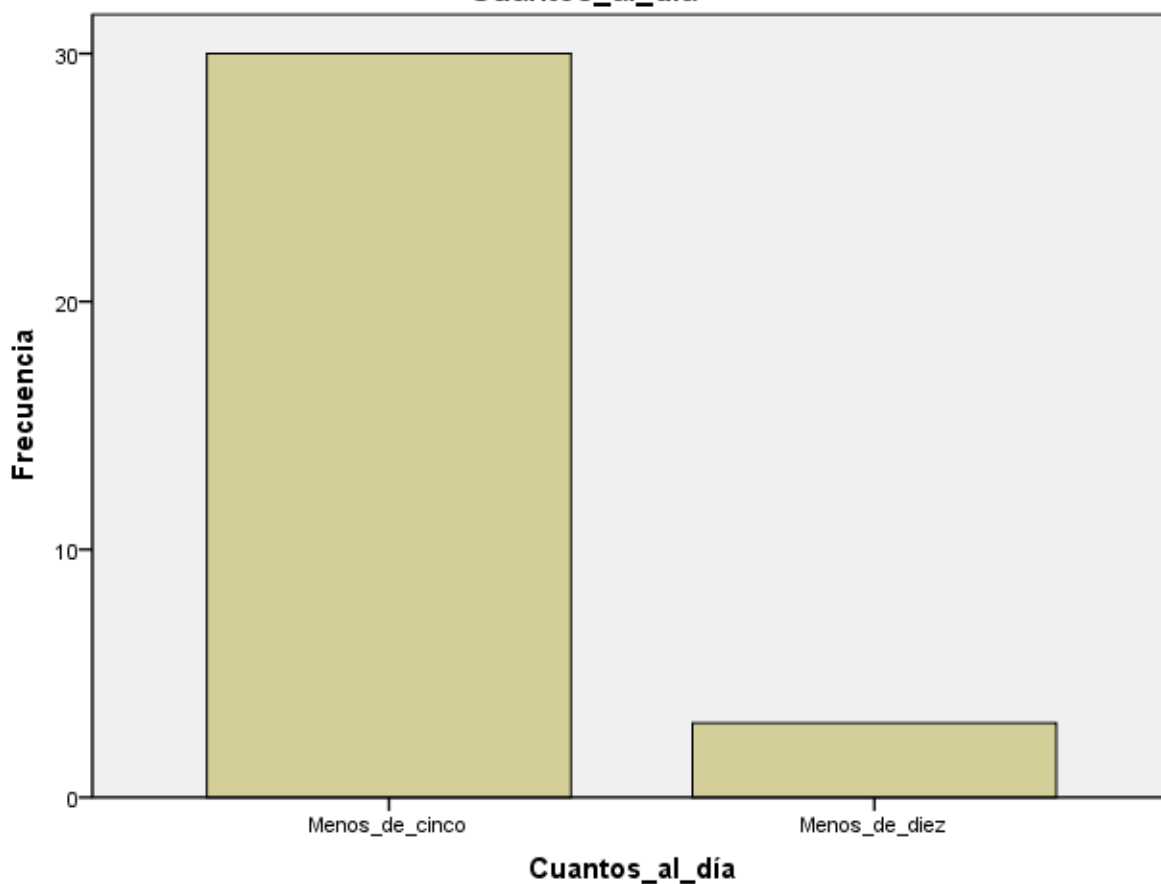
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.19 Grafico N° 19

Cuantos_al_día



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

La edad de inicio del consumo de tabacos de las embarazadas adolescentes es de 37,1% entre 16 a 19 años; de entre 10 a 12 años el 5.7%; y entre 13 a 15 años el 2.9%

2.20 Cuadro Nº 20
Edad de Inicio

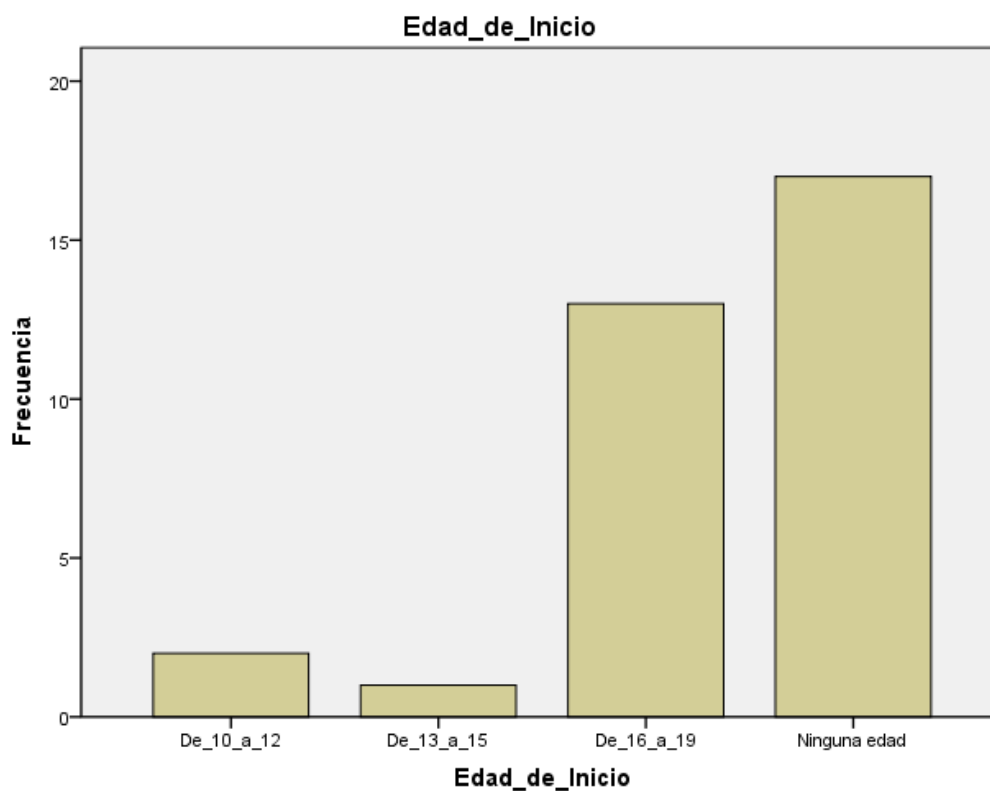
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De_10_a_12	2	5,7	6,1	6,1
	De_13_a_15	1	2,9	3,0	9,1
	De_16_a_19	13	37,1	39,4	48,5
	Ninguna edad	17	48,6	51,5	100,0
Total		33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.20 Grafico Nº20



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes necesitan información de sexualidad contestan en un 82,9% que si; y con un 11,4% manifiestan que si

2.21 Cuadro Nº 21
Necesita Información de Sexualidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	4	11,4	12,1	12,1
Si	29	82,9	87,9	100,0
Total	33	94,3	100,0	
Perdidos Sistema	2	5,7		
Total	35	100,0		

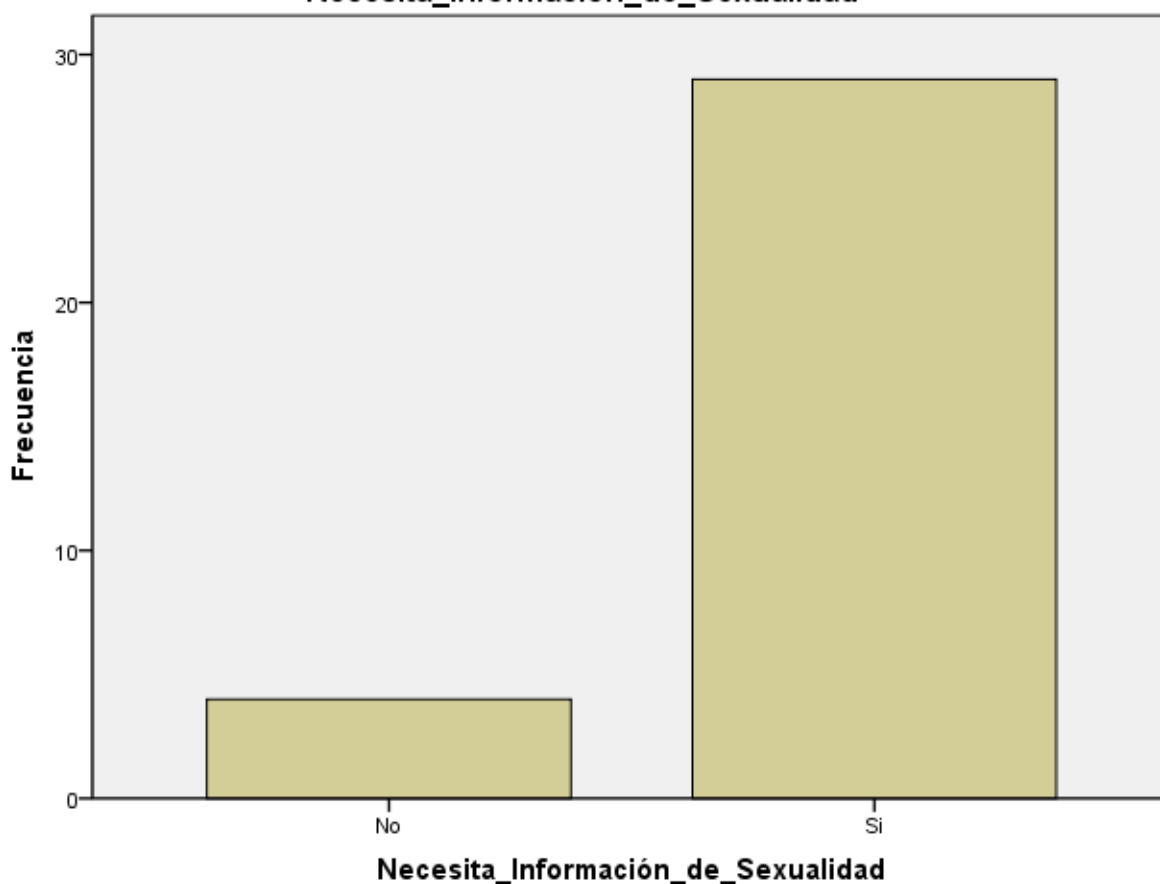
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.21 Grafico Nº 21

Necesita_Información_de_Sexualidad



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes tienen relaciones heterosexuales en un 94,3%

2.22 Cuadro N° 22
Relaciones sexuales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hetero	33	94,3	100,0	100,0
Perdidos Sistema	2	5,7		
Total	35	100,0		

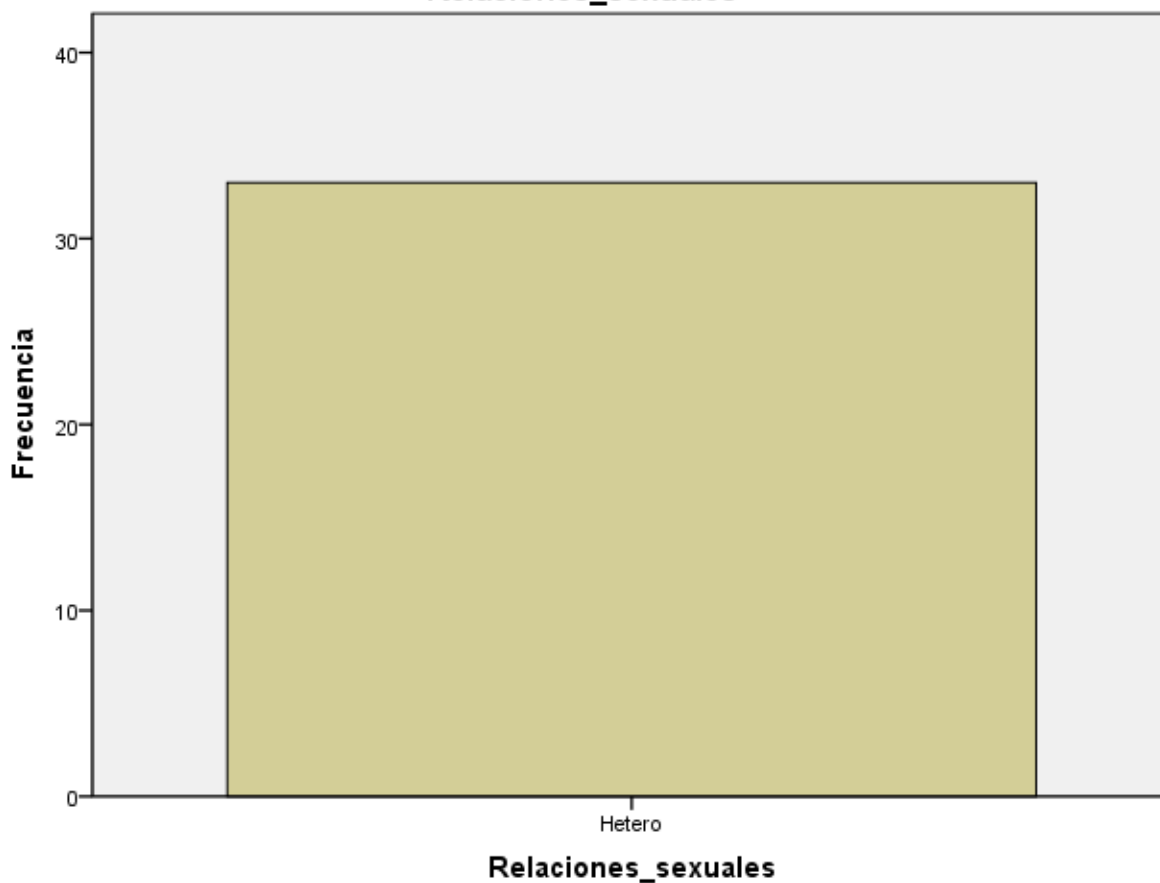
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.22 Grafico N° 22

Relaciones_sexuales



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes en referencia si tiene pareja única con 74,3% y tienen varias parejas con 5,7%.

2.23 Cuadro Nº 23
Pareja

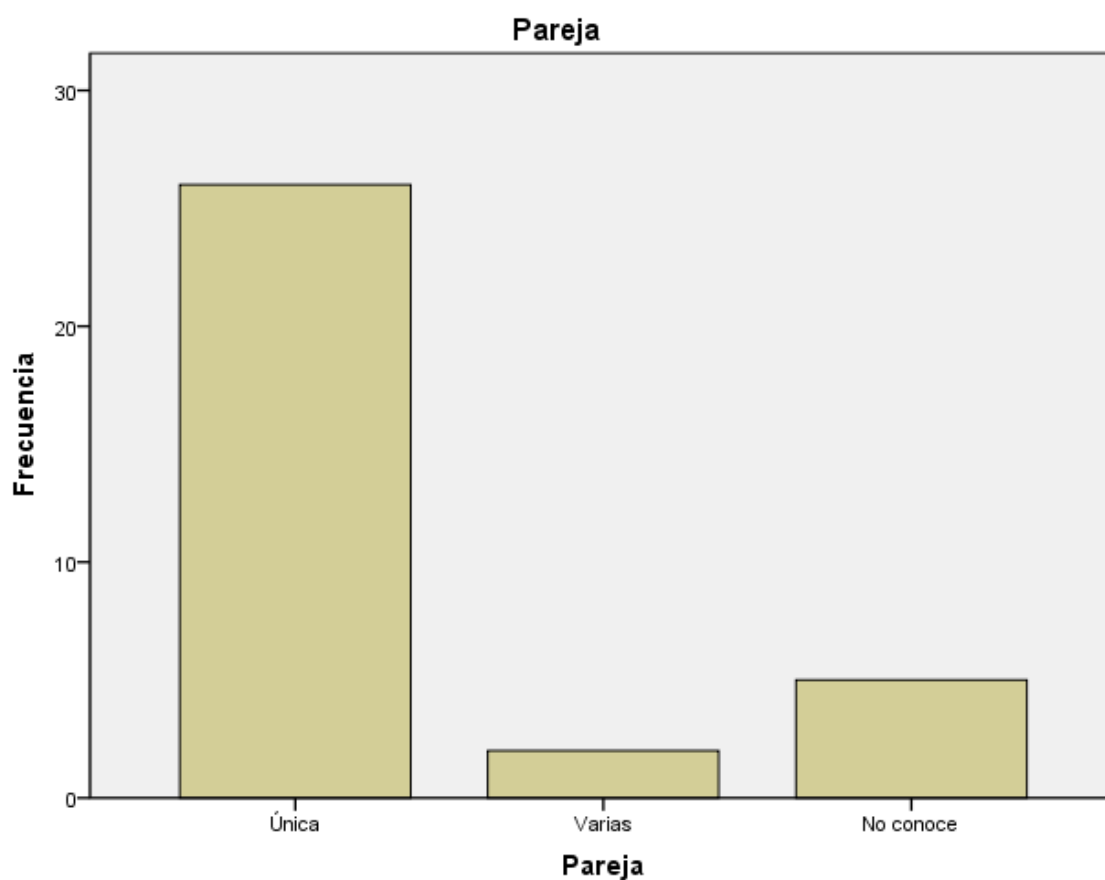
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Única	26	74,3	78,8	78,8
	Varias	2	5,7	6,1	84,8
	No conoce	5	14,3	15,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.23 Grafico Nº 23



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

El inicio de relaciones sexuales de las embarazadas adolescentes es con mayor frecuencia 62,9% entre los 13 a 15 años de edad; y de 16 a 19 años con un 25,7%

2.24 Cuadro N° 24
Inicio relaciones sexuales

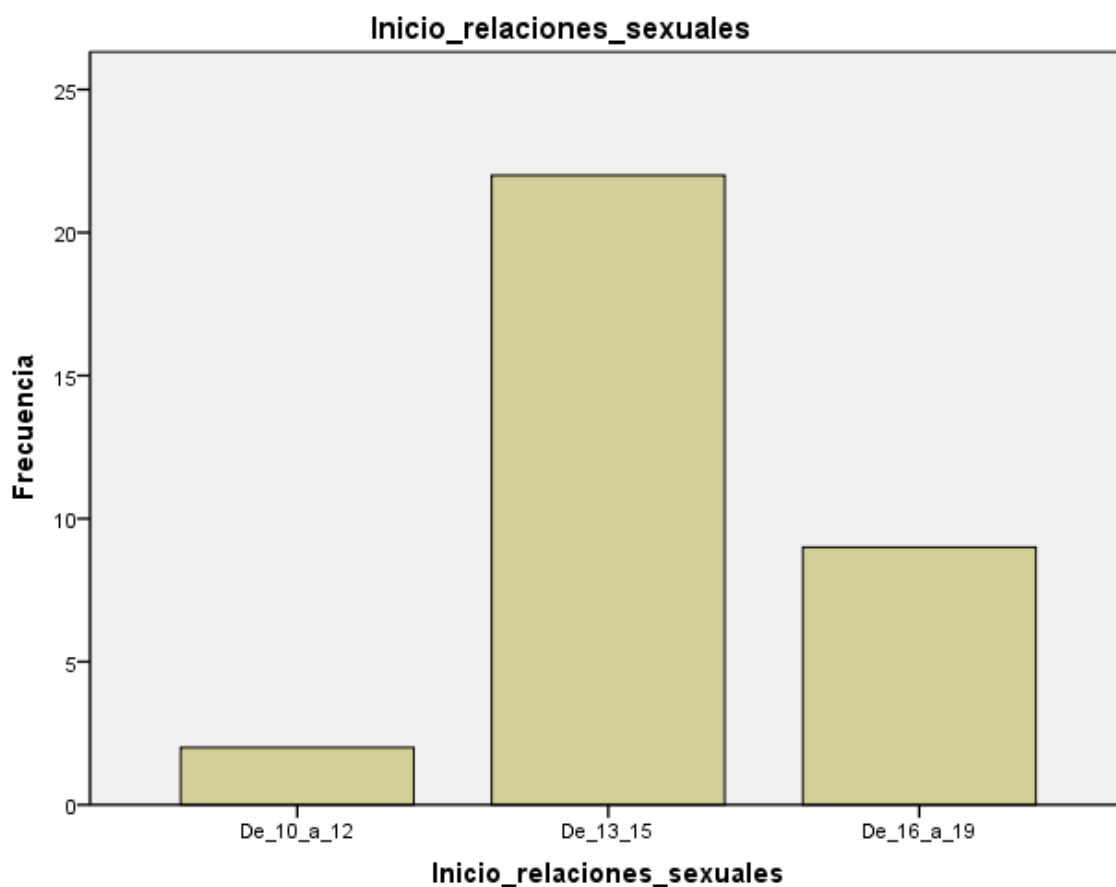
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De_10_a_12	2	5,7	6,1	6,1
	De_13_15	22	62,9	66,7	72,7
	De_16_a_19	9	25,7	27,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.24 Grafico N°24



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las adolescentes embarazadas con respecto a la anticoncepción responden en un 60,0% nunca; a veces con el 22,9% y no conocen con 8,6%, y siempre con el 2,9%

2.25 Cuadro Nº 25
Anticoncepción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	1	2,9	3,0	3,0
	A veces	8	22,9	24,2	27,3
	Nunca	21	60,0	63,6	90,9
	NO conoce	3	8,6	9,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

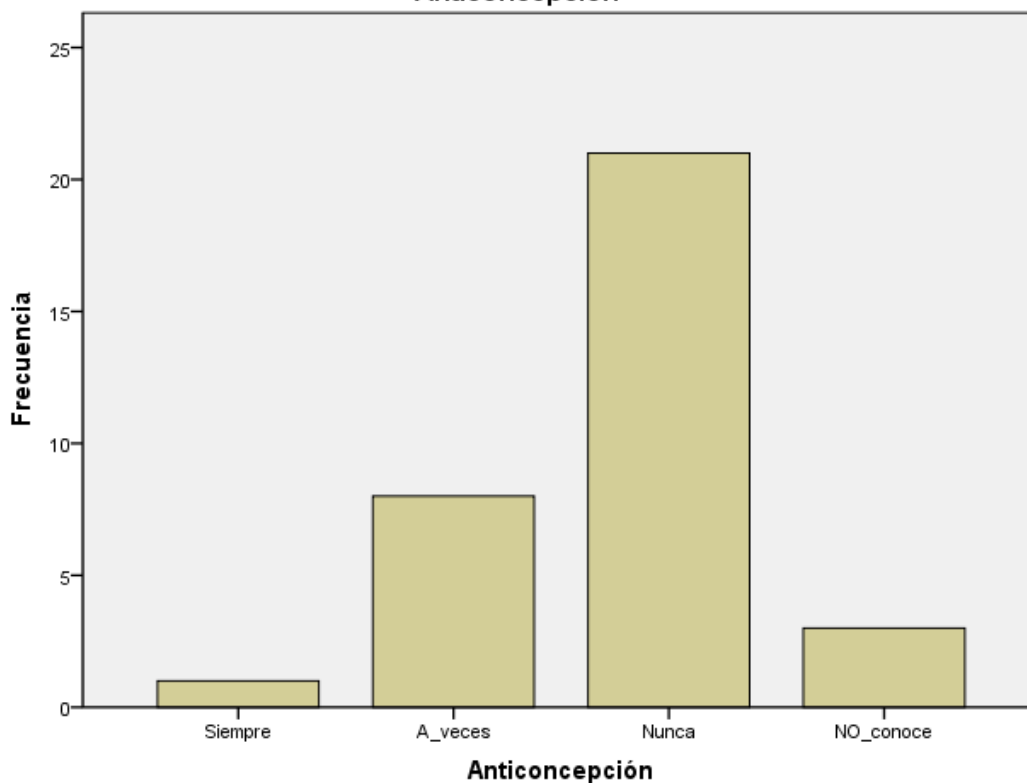
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.26 Grafico Nº25

Anticoncepción



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes utilizan condón nunca con el 71,4%, a veces con el 11,4% y no conocen el condón el 8,6%

2.26 Cuadro Nº 26
Condón

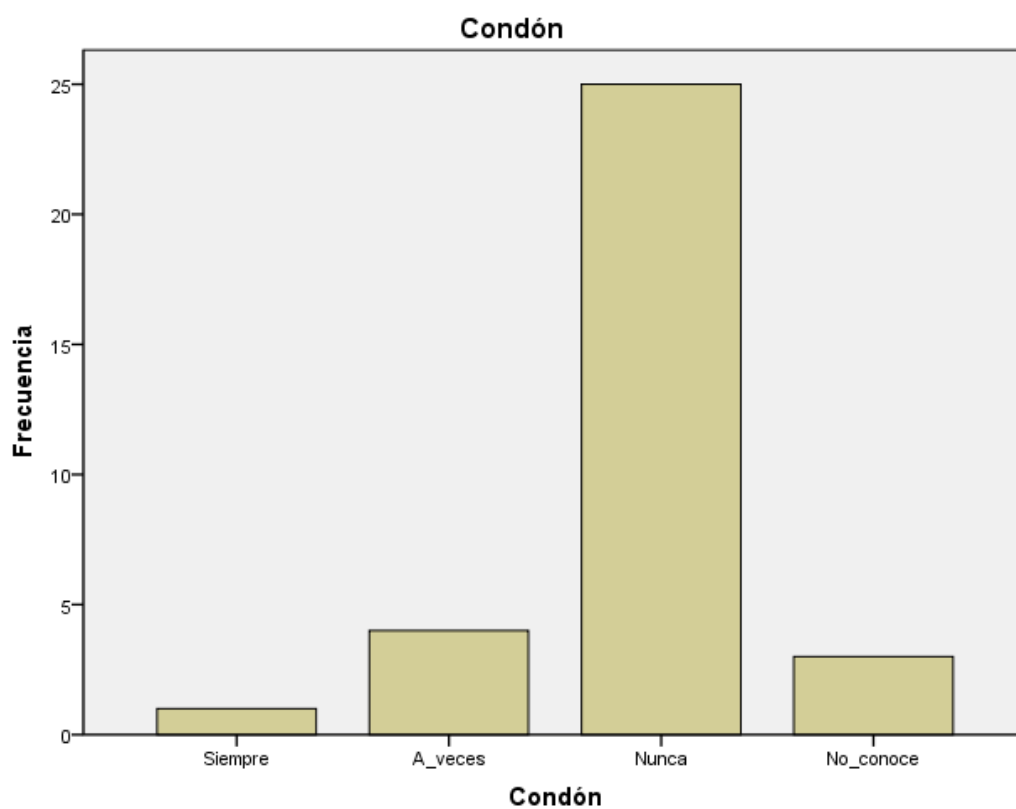
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	1	2,9	3,0	3,0
	A veces	4	11,4	12,1	15,2
	Nunca	25	71,4	75,8	90,9
	No conoce	3	8,6	9,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Gráfico Nº26



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

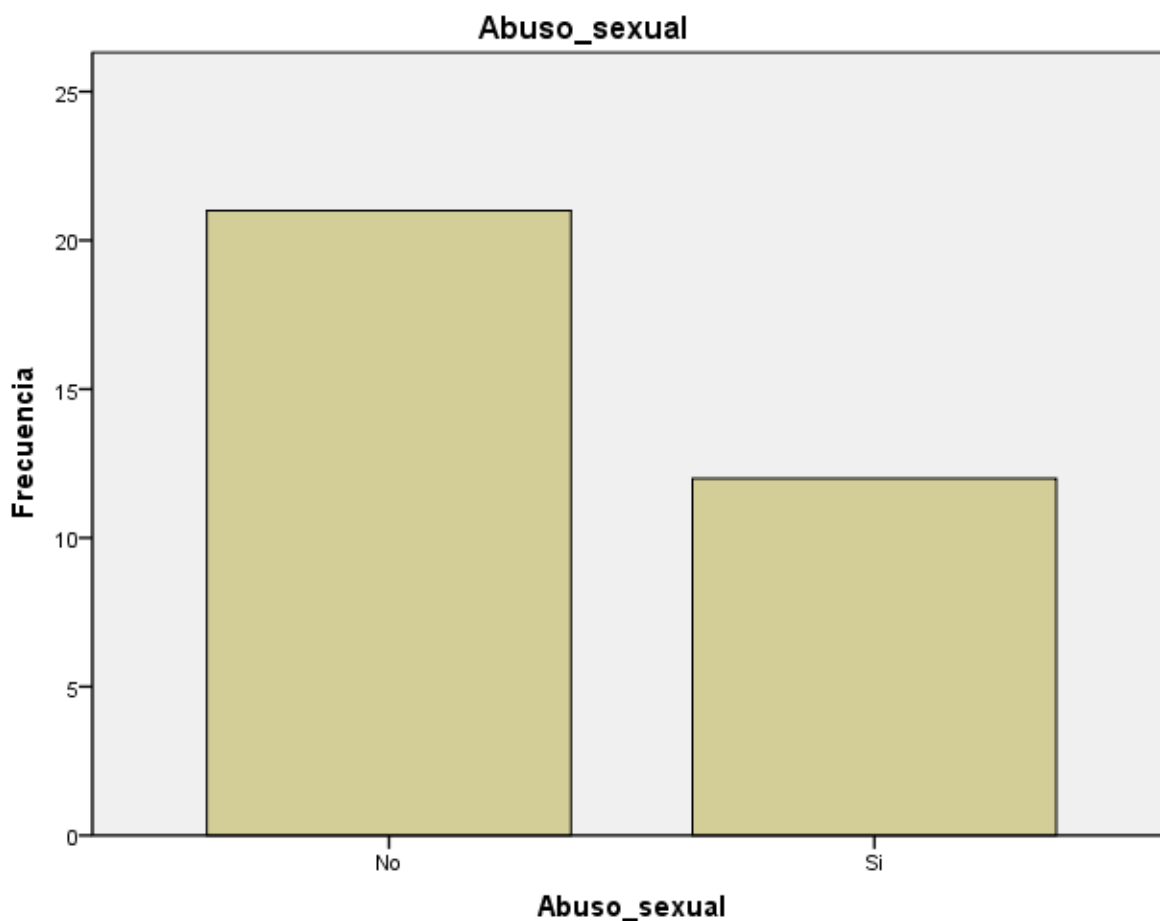
Las embarazadas adolescentes manifiestan en un 60% no han sido abusadas sexualmente y un 34,3% refieren que han sido abusadas sexualmente.

2.27 Cuadro Nº 27
Abuso sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	21	60,0	63,6	63,6
Si	12	34,3	36,4	100,0
Total	33	94,3	100,0	
Perdidos Sistema	2	5,7		
Total	35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.27 Grafico Nº 27



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

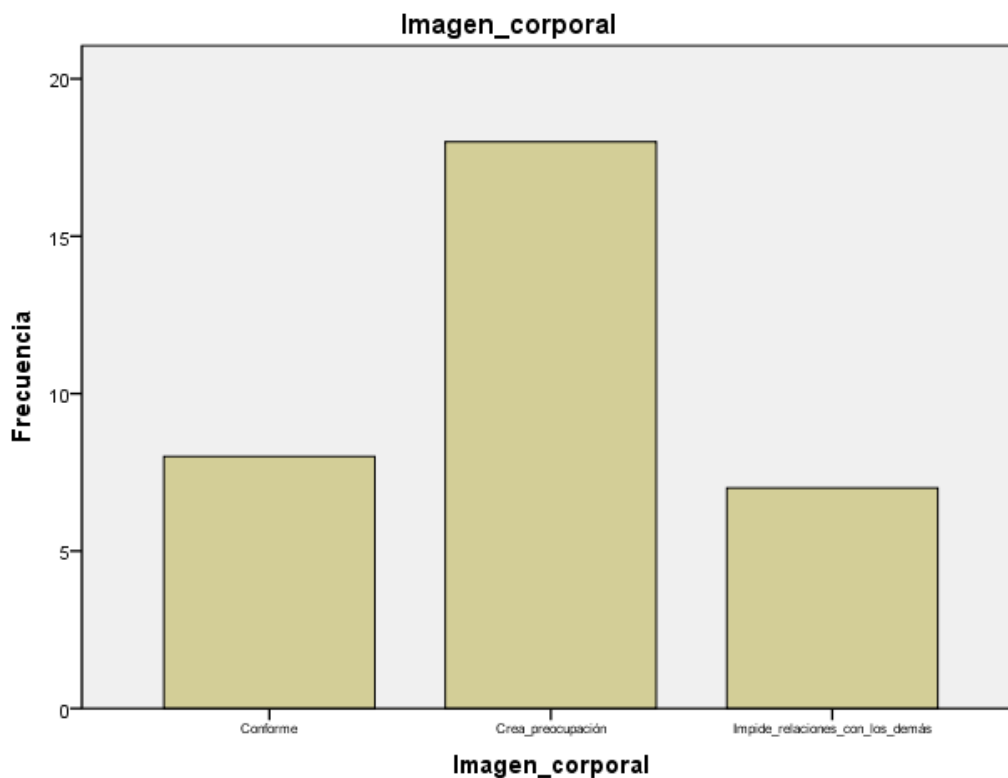
Las embarazadas adolescentes de acuerdo a su imagen corporal con el 51,4% están preocupadas, el 22,9% están conformes y un 20,0% la imagen corporal impiden relaciones con los demás.

2.28 Cuadro N° 28
Imagen corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Conforme	8	22,9	24,2	24,2
	Crea preocupación	18	51,4	54,5	78,8
	Impide relaciones con los demás	7	20,0	21,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.28 Grafico N° 28



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes tienen una auto percepción de ellas triste con un 37,1%; muy tímido con 22,9%; nerviosas con 20.0%

2.29 Cuadro Nº 29
Auto percepción

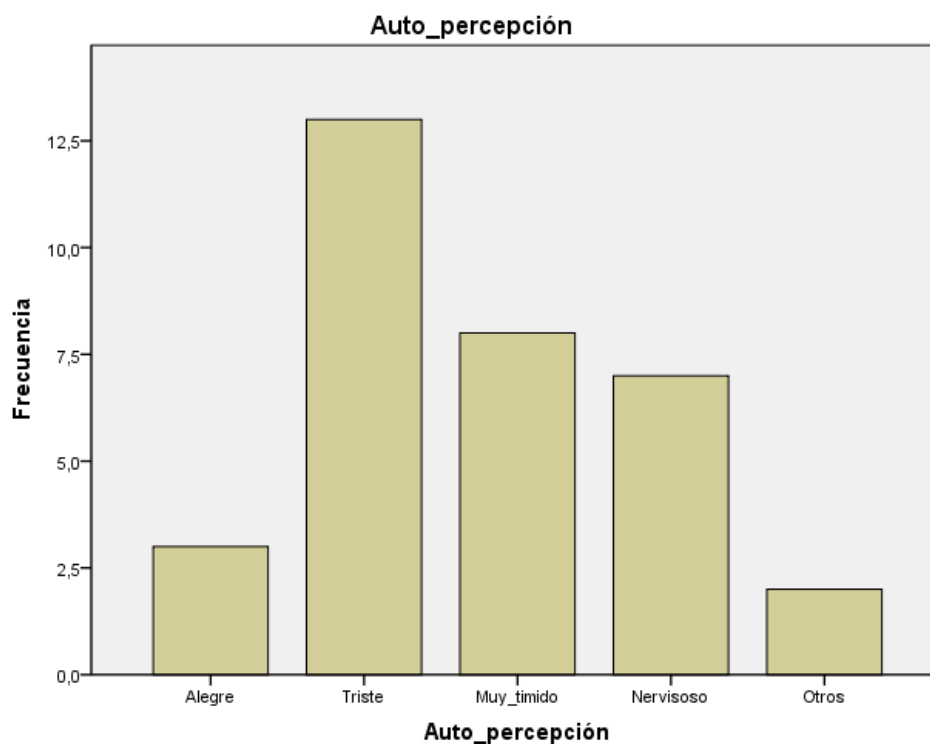
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alegre	3	8,6	9,1	9,1
	Triste	13	37,1	39,4	48,5
	Muy tímido	8	22,9	24,2	72,7
	Nervioso	7	20,0	21,2	93,9
	Otros	2	5,7	6,1	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.29 Grafico Nº 29



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes tienen un referente adulto a sus madres con 40,0%; con el 20,0% al padre y a ninguno respectivamente.

**2.30 Cuadro Nº 30
Referente Adulto**

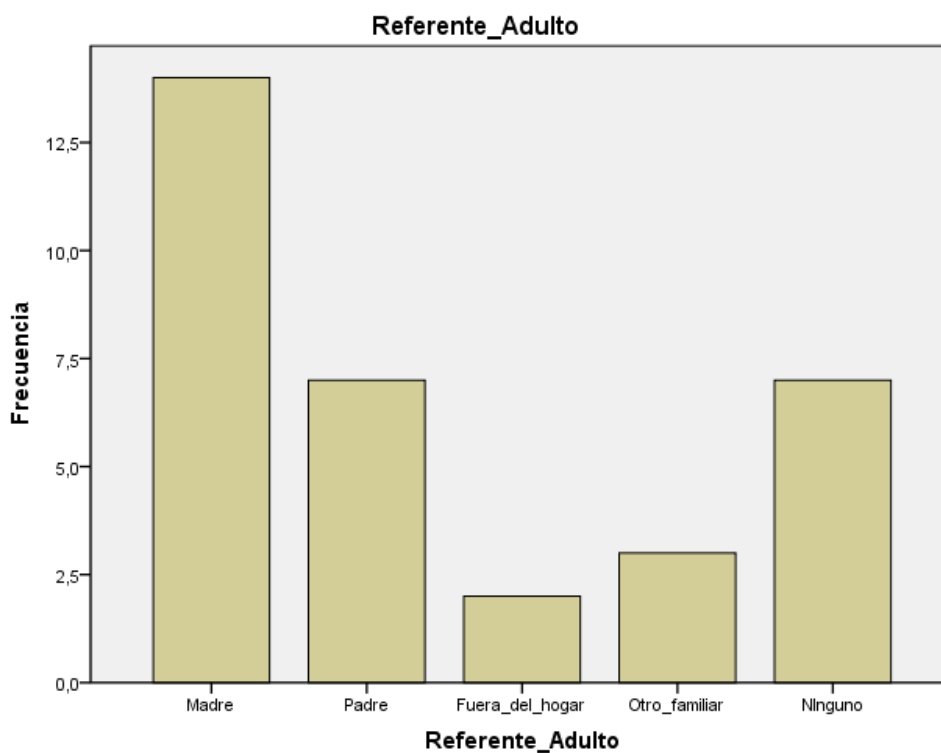
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Madre	14	40,0	42,4	42,4
	Padre	7	20,0	21,2	63,6
	Fuera del hogar	2	5,7	6,1	69,7
	Otro familiar	3	8,6	9,1	78,8
	Ninguno	7	20,0	21,2	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.30 Grafico Nº30



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Si las embarazadas adolescentes tienen un proyecto de vida responden el 45,7% confuso; el 31,4% ausente y un 17,1% tiene un proyecto de vida claro.

Cuadro N° 31
Proyecto de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Claro	6	17,1	18,2	18,2
	Confuso	16	45,7	48,5	66,7
	Ausente	11	31,4	33,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

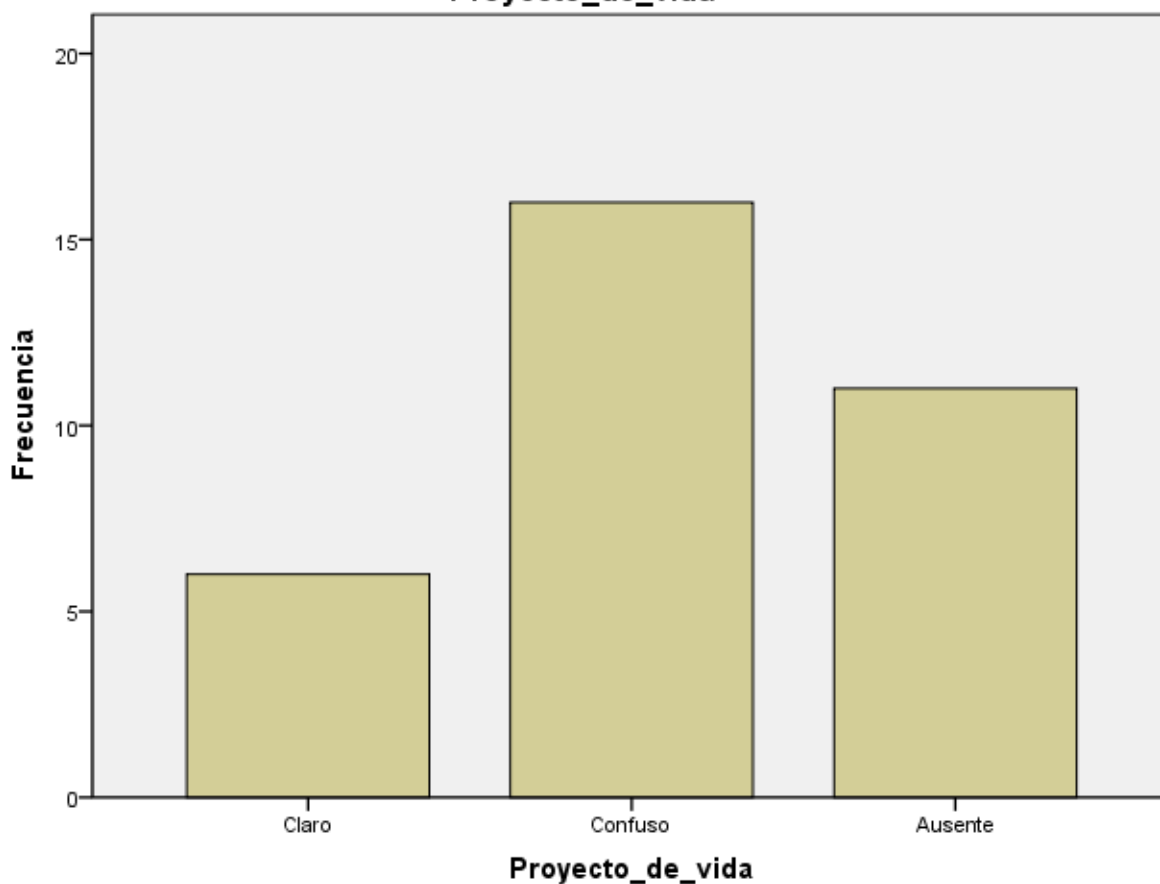
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.31 Grafico N°31

Proyecto_de_vida



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

Las embarazadas adolescentes de acuerdo si van a control del embarazo vemos que No en un 65,7% y con un 28,6% si acuden a control de su embarazo

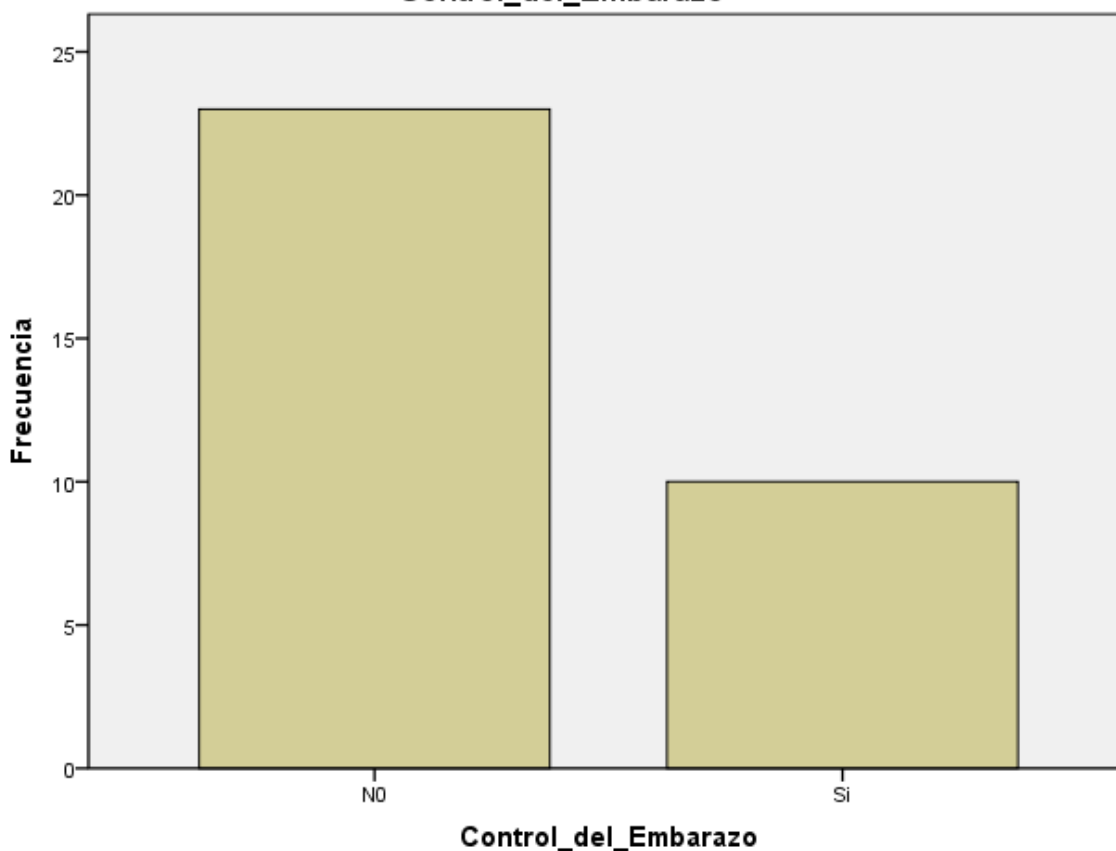
2.32 Cuadro Nº 32
Control del Embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	23	65,7	69,7	69,7
	Si	10	28,6	30,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

2.32 Grafico Nº32

Control_del_Embarazo



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas
Fecha: 28 de agosto 2011

La edad de inicio del alcohol en las embarazadas adolescentes es entre los 16 y 19 años con un 37,1% ; No consumen alcohol el 31,4%; y el 14,3% entre los 13 a 15 años

2.33 Cuadro Nº 33
Edad inicio alcohol

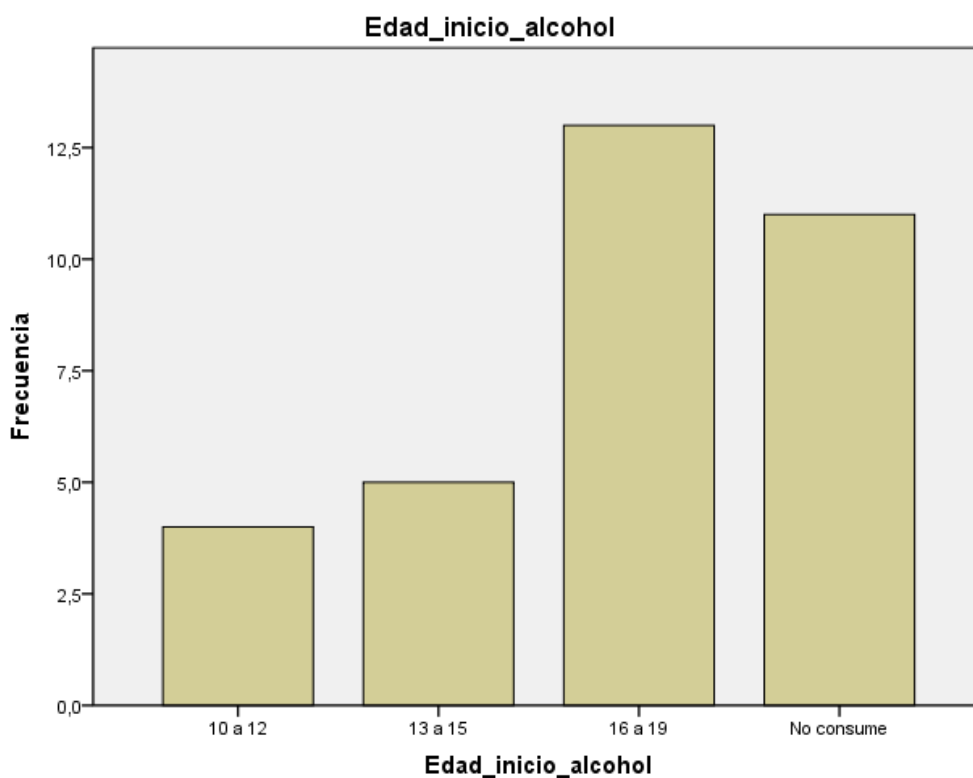
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10 a 12	4	11,4	12,1	12,1
	13 a 15	5	14,3	15,2	27,3
	16 a 19	13	37,1	39,4	66,7
	No consume	11	31,4	33,3	100,0
	Total	33	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,7		
Total		35	100,0		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

2.33 Grafico Nº33



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Fecha: 28 de agosto 2011

La población de adolescentes inscritas en los diferentes centros de educación secundaria colaboraron en la aplicación del cuestionario elaborado por SNS-MSP/HCU-056/2009 Atención adolescente ver anexo 1

Para visualizar la condición de vulnerabilidad recurrimos a la Tabla N° 1 que la denominaremos análisis de los resultados de las encuestas

Tabla N° 2. 1

5.3 Análisis de los Resultados de las encuestas

Variable	Indicador	Descripción	Condición de Vulnerabilidad	
			Escala	Vulnerabilidad
Hogares disfuncionales	51,40%	La mayoría de entrevistadas proceden de hogares extendidos sin núcleo familiar	3	Familiar
Estado civil adolescentes embarazadas	51.40%	La adolescente embarazada tiene un estado civil soltera mayoritariamente	3	Social
Escolaridad	100%	Todas están en proceso educacional	0	Educación
Curso	45,70%	La mayoría de adolescentes están en tercero y cuarto curso	1	Educación
Problemas en la escuela	65,70%	Las adolescentes en alto porcentaje tiene problemas en la escuela	4	Educación
Pérdida de año	71,40%	Porcentaje alto de las embarazadas adolescentes	4	Educación
Percepción familiar	48,60%	La percepción de la familia por su condición de embarazo es regular	2	Familiar
Deserción escolar	54,30%	Porcentaje mayor de deserción escolar	3	Educación
Buscado trabajo	34,30%	Un buen grupo de embarazada ha buscado trabajo	3	Económica
Edad de inicio de trabajo	37,10%	La adolescente embarazada inicio su trabajo entre los 13 y 15 años	3	Económica

Horario de trabajo	34,30%	El horario de trabajo de la adolescente embarazada es en la tarde	3	Económica
La razón de trabajar	57,10%	La adolescentes embarazadas trabajan por razones económicas	4	Económica
Tipo de trabajo	28,60%	de embarazadas trabajan en QQDD	3	Económica
Vida social/aceptación	54,30%	La embarazadas adolescentes son ignoradas alto porcentaje	1	Social
Tienen Novio	65,70%	No tiene novio en un alto porcentaje	0	Social
Actividades grupales	51,40%	Las adolescentes tienen actividades	2	Social
Antecedente que su madre fue madre adolescente	62,90%	Un alto porcentaje sus madres fueron madres adolescentes	4	Familiar
Fuman tabaco	57,10%	Un porcentaje mayor de adolescente fuman	4	Social
Cuantos tabacos fuman al día	85,70%	Alto porcentaje de adolescentes embarazadas que fuman consumen menos de 5 al día	4	Social
Edad de inicio de consumo de tabaco	37,10%	entre 16 y 19 años inicia su consumo de tabaco	4	Social
Información sobre sexualidad	82,90%	Mayoritariamente manifiestan que necesitan información sobre sexualidad	0	Cultural
Relaciones heterosexuales	94,30%	La mayoría de embarazadas tiene relaciones sexuales heterosexuales	1	Social
Pareja única	74,30%	Alto porcentaje de adolescentes embarazadas tienen pareja única	1	Social
Inicio de relaciones sexuales	62,90%	Relaciones sexuales tempranas entre 13 y 15 años	4	Social
Anticoncepción	60,00%	Alto porcentaje no conocen de anticoncepción	4	Social
Condón	74,10%	Las adolescentes embarazadas mayoritariamente no utiliza condón	4	Social
Abuso sexual	60,00%	Un buen número de embarazadas en sufrido alguna forma de abuso sexual	4	Social

Imagen corporal	51,40%	Las adolescentes embarazadas se encuentra preocupadas de su imagen corporal	1	Personal
Auto percepción	37,10%	Las adolescentes embarazadas se encuentra tristes mayoritariamente	2	Personal
Referente	40,00%	Su madre es su referente en las embarazadas adolescentes	2	Familiar
Proyecto de vida	45,70%	Las embarazadas adolescentes no tiene en su mayoría un proyecto de vida	3	Personal
Control de embarazo	65,70%	La mayoría de adolescentes embarazadas no acuden a control de su embarazo	4	Salud
Inicio de consumo de alcohol	37,10%	Entre 16 y 19 años inician su consumo de alcohol	4	Social

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Como podemos observar en esta Tabla N° 1 consta de una variable, un indicador, descripción, la condición de vulnerabilidad que se divide en una escala de ponderación y la condición en si misma de vulnerabilidad

Tabla N° 2.2

5.3.1 Escala de Vulnerabilidad		
Condición de Vulnerabilidad	Ponderación	Total
Nula	0	3
Muy poco	1	5
Poco	2	4
Frecuente	3	8
Muy frecuente	4	13
Total		33

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

En la Tabla N° 2 tenemos una escala de medición de vulnerabilidad y una ponderación para marcar la diferencia. Y poder discernir la frecuencia de la condición de vulnerabilidad que están las adolescentes embarazadas

Tabla N° 2. 3
5.3.2 Condición de Vulnerabilidad

Condición de Vulnerabilidad	Ponderación	%
Variable Social	40	44,94
Variable Económica	16	17,98
Variable educación	12	13,48
Variable Cultural	0	0,00
Variable Familiar	11	12,36
Variable Personal	10	11,24
Total	89	100,00

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

En la Tabla N° 2. 3 tenemos los resultados de este proceso para que no que desapercibidos en el contexto que sea parte fundamental de nuestra hipótesis; como observamos la condición de vulnerabilidad en la variable social es más frecuente en nuestro estudio con el 44,94% lo que implica que la sociedad es la que más le da las espaldas a las adolescentes embarazadas, igualmente la variable económica es una condición importante en el estudio con un 17,98% lo que limita a las adolescentes a continuar sus estudios por ejemplo y buscar fuentes alternativas de ingresos para solventar supervivencia y de su futuro hija o hijo; la variable educación es también representativa en el estudio con el 13,48% lo que indica que las adolescentes embarazadas no están en iguales condiciones que las que no son, puesto que este grupo de adolescentes embarazadas tienden a perder el año, desertar, etc.

La variable familiar se observa un indicador 12,36% no tan representativo pero importante, de una u otra la familia protege a la adolescente embarazada. La variable personal con 11,24% la embarazada adolescentes poco cuida de su apariencia y no tienen un proyecto de vida estable nunca estuvo preparada para ser madre.

5.3 CAPITULO TRES

En este capítulo se investigó la respuesta que dan los diferentes corrientes del pensamiento en un paraguas llamado enfoques a través de estrategias psicosociales. Habló del enfoque de derecho y del enfoque de riesgos, sus aspectos legales, normativa sus pros y sus contras en relación con el embarazo en adolescentes

5.3.1 Estrategias psicosociales

Para dar una respuesta al fenómeno de la vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas necesita ser analizados dentro de un contexto tales como transición demográfica, la desigualdad social y la pobreza, el ambiente político, y los procesos vigentes de cambio social y cultural, con el fin de obtener una comprensión realista de las razones que lo desencadenan (causas, determinantes) como de los límites de las posibles intervenciones; dentro de una política pública de un gobierno.

Las políticas y programas deben ser diseñados tomando en cuenta varios enfoques como el enfoque de riesgos y el que actualmente se encuentra en boga el enfoque de derecho, cuyas estrategias psicosociales son distintas a corto, mediano y largo plazo. Analicemos cada una de ellas

5.3.2 El enfoque de los derechos humanos

Mantiene que los derechos - y en este caso, los derechos sexuales y reproductivos - son fundamentales (necesarios), inalienables (no podemos renunciar a ellos); universales (para todos y todas) e indivisibles (conectados entre sí y con otros derechos).

En donde los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y satisfacer los derechos establecidos en los tratados internacionales que firmaron y ratificaron. La obligación de respetar implica que los Estados no deben tomar ninguna medida que viole directamente un derecho. O sea, verbi gracia, significa que deberían reformar cualquier legislación o norma que limite el acceso de adolescentes y jóvenes a educación de la sexualidad o a servicios de salud confidenciales.

La obligación de proteger implica que los Estados deben impedir y además penar todas las violaciones de derechos por parte de actores privados tales como la familia o cualquier miembro de la comunidad. Esto significa que debe haber penas que se apliquen cada vez que ocurran prácticas abusivas de cualquier tipo contra adolescentes o jóvenes.

La obligación de satisfacer implica que los Estados deben adoptar medidas concretas, y asignar los recursos necesarios para que toda la población de adolescentes y jóvenes de una nación alcance a gozar de sus derechos sexuales y reproductivos, independientemente de su edad, condición social, orientación sexual, cultura o etnia.

Un enfoque basado en los derechos humanos supone que se puede demandar toda violación de los derechos.

Implica además poner en funcionamiento mecanismos de control social para monitorear la forma en que las y los adolescentes y jóvenes disfrutan, ejercen y demandan sus derechos sexuales y reproductivos.

Como resultado tenemos que: los derechos sexuales y reproductivos son una herramienta ética y política que puede ser utilizada por adolescentes y jóvenes para mejorar su acceso a educación sexual y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Las políticas públicas basada en los derechos supone que tanto el Estado como la ciudadanía fortalezcan sus competencias en derechos humanos. El Estado con el objetivo de garantizarlos a todas las personas, y la ciudadanía con el objetivo de demandarlos y ejercerlos. Parte del fortalecimiento ciudadano implica que las y los titulares de derechos se empoderen con información y capacidades, participen en espacios políticos y públicos y se organicen para hacer incidencia política.

Los Derechos humanos vinculados con los derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes son:

- Derecho a la vida, la libertad y la seguridad
- Derecho a la decisión reproductiva.
- Derecho al consentimiento matrimonial.
- Derecho a la salud.
- Derecho a no ser discriminado/a
- Derecho a no ser sometido a tortura o a cualquier otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante.

Derecho a no sufrir violencia sexual derechos sexuales según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Alcanzar los niveles más altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de salud sexual y reproductivo
- Buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad.
- Recibir educación sexual.
- El respeto a la integridad física.
- La elección de pareja.
- Decidir ser sexualmente activo o no.
- Relaciones sexuales consensuales.
- Matrimonio consensual.
- Decidir sí o no, y cuándo tener niños; y
- Perseguir una vida sexual satisfactoria y placentera.

Asumir un enfoque de derechos es incorporar en nuestro sistema de pensamiento y de actuación, que todos los seres humanos, sin ninguna excepción, tenemos atributos propios de la dignidad humana. El ejercicio de estos derechos por parte de los ciudadanos y ciudadanas debe ser promovido y garantizado por el Estado y la sociedad, sea desde su actuación colectiva o individual, acorde con las responsabilidades y obligaciones específicas que le son asignadas en el sistema jurídico internacional de derechos humanos.

Las Declaraciones de Derechos Humanos a nivel mundial y regional han constituido un avance en este sentido y progresivamente han ido ampliando y profundizando sus contenidos y perfeccionando los mecanismos para su cumplimiento. El

cumplimiento real de los derechos humanos debería, hoy por hoy, ser una obligación ética y una meta de toda la humanidad, independientemente de su adscripción oficial o la ratificación que realice de cada uno de los instrumentos internacionales de derechos humanos; sin embargo, en el momento en que un país ratifica un instrumento, pasa a ser parte de un sistema jurídico internacional a través del cual las acciones u omisiones del Estado en su cumplimiento son monitoreadas de manera permanente y las violaciones de estos derechos -de igual forma por acción u omisión, son sujetas de demanda, exigibilidad y restitución ante los mecanismos Internacionales establecidos para ello.

- El principio de inviolabilidad establece que la obligación de respetar los derechos humanos concierne a todos especialmente al Estado, los ciudadanos tienen la obligación de respetar los derechos de los demás y hacer respetar sus derechos. (OACDH/NUU, 2006: 15)

El Ecuador ha ratificado los principales instrumentos internacionales, y establece, dentro de los principios fundamentales de la Constitución Política vigente, entre los deberes primordiales del Estado (Art.3) el de Asegurar la vigencia de los derechos humanos, las libertades fundamentales de mujeres y hombres y la seguridad social y manda, en los principios generales sobre los derechos, garantías y deberes (Art.16), que ***El más alto deber del Estado*** consiste en ***respetar y hacer respetar los derechos humanos*** que garantiza esta Constitución. El carácter esencial del Estado ecuatoriano como garante de Derechos no puede cambiar, aun cuando exista una nueva Constitución, dada su adscripción a un sistema normativo de derechos humanos más amplio, de nivel regional y mundial.

El Nuestro país sigue la corriente del enfoque de derechos, para lo cual diseñó un plan de prevención de embarazo en adolescentes. A continuación un esbozo del mismo:

5.3.2.1 PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ECUADOR 1

5.3.2.1.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL

La Constitución Política de la República del Ecuador que garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud. La Constitución Política en los artículos 42, 43, 47 y 49 dispone el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Además la Constitución Política de la República del Ecuador dispone atención prioritaria, preferente y especializada a niños/as, adolescentes y mujeres embarazadas. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten.

Nuestro país Ecuador es firmante de varias herramientas internacionales aprobadas por consensos en Conferencias y Convenciones Internacionales, entre las que podemos destacar:

- La Convención de Derechos Humanos que identifica los derechos culturales, sociales, económicos y políticos y determina que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.
- La Convención sobre los Derechos del Niño y sus protocolos facultativos determina cuatro tipos de derechos: a la supervivencia, desarrollo,

participación y protección integral; determina la necesidad de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

- La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece que los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fueren necesarios, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
- El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término "derechos reproductivos" de la siguiente manera: "(...) Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva..."
- En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual".
- La Cumbre del Milenio en el año 2000, establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna.

- El Estado Ecuatoriano ratificó la Convención Iberoamericana de Derechos de Juventud, donde se establecen como derechos fundamentales de adolescentes y jóvenes el acceso a educación de la sexualidad y a atención de salud sexual y reproductiva.
- El Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho a la vida de niños, niñas y adolescentes desde su concepción (Art. 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para atención durante el embarazo y el parto a favor de la madres y de niños/as, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2.500 gramos. En el artículo 50 establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.
- Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

Leyes como la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA, constituyen instrumentos jurídicos y legales que promueven y garantizan los derechos sexuales y reproductivos, al establecer el acceso universal a servicios de: atención integral en casos de violencia intrafamiliar y promoción del buen trato, salud sexual y salud reproductiva, educación sexual. Además establecen una articulación entre las acciones del Gobierno e instancias de control y veeduría social.

El Estado Ecuatoriano ha formulado y promulgado instrumentos de planificación y definido marcos institucionales con enfoque de derechos, particularmente los sexuales y reproductivos en adolescentes, para la operativización de las Políticas y preceptos constitucionales antes citados, así por ejemplo, el Plan Nacional de la

Educación de la Sexualidad; Plan de Igualdad de Oportunidades 2005- 2009 ; Plan de Acción Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia PNDPINA; Plan Decenal de Educación; Plan

Nacional de Desarrollo Social, Productivo y Ambiental 2007-2010, Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor-PRONESA; Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Agenda Social 2007; Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010; Decreto 620 del 10 de septiembre del 2007, Política de estado con enfoque de derechos Humanos para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres; Decreto 179 del 1 de junio del 2005,

5.3.2.2 Política de Estado de Protección integral de la Niñez y Adolescencia.

En el Ministerio de Salud Pública desde que se implantó el Programa de atención a adolescentes en 1992, sus normas estuvieron encaminadas a dar una atención integral a este importante grupo de edad, teniendo en consideración que la problemática que le envuelve es multicausal y si no hay una intervención intersectorial coordinada difícilmente podría ser solucionada.

En el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004-2014), como meta de la política 22 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 como meta del objetivo 3, se enuncia “disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas”.

El 30 de marzo del 2007 en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina uno de los temas priorizados en la región mediante la resolución XXVIII 437 fue la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se conformó un comité con representantes de los seis países, quienes elaborarán el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Lo que propende el gobierno nacional a través de sus ministerios es “contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de

los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil⁵⁰

Implementando un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.

Fortaleciendo la rectoría del Estado para la protección integral de los y las adolescentes.

Realizando y robusteciendo los servicios de atención integral, con énfasis en SSR y prevención del embarazo en adolescentes.

Respondiendo la participación de las/los adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local.

5.3.2.3 Estrategias del Plan

Los fundamentos estratégicos del presente Plan se corresponde a los planteados en la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.⁵¹

5.3.2.2.1 Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos

El Ecuador, durante la última década ha realizado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, los mismos que constan en diferentes cuerpos legales como: la Constitución, códigos, leyes, y ha ratificado los acuerdos internacionales relacionados con el tema, los esfuerzos en la ejecución del presente plan deberán encaminarse a que el enfoque de derechos sea transversal en todas las acciones de las instituciones y de la sociedad civil, de manera que en la vida

⁵⁰ Plan nacional de prevención del embarazo en Adolescentes en Ecuador

⁵¹ Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

cotidiana los y las adolescentes del país, ejerzan y gocen de estos derechos. En algunos aspectos será necesario armonizar la legislación nacional y los acuerdos internacionales y ampliar los derechos sexuales de grupos poblacionales tradicionalmente discriminados, la erradicación de la explotación sexual, el tráfico de personas, el turismo sexual y la pornografía infantil, así como para el ejercicio más seguro del derecho a la reproducción.

5.3.2.2 Intersectorialidad

Reconociendo que en el desarrollo de la sexualidad y reproducción humana intervienen una diversidad de factores, que rebasan los ámbitos del sistema de salud, y considerando que el embarazo en adolescentes es una problemática social multicausal el plan será trabajado desde los múltiples sectores e instancias gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil para juntar esfuerzos, evitar su duplicación y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y para que los y las adolescentes participen activamente en el proceso de conformación de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

La integración de lo local y de lo nacional, ordena y orienta las funciones de los distintos niveles de gestión de lo social, enfatizando en que la formulación participativa se hace desde lo local con la dirección estratégica objeto del Estado en el nivel central y la ejecución de acuerdo a las competencias definidas en el marco de un Estado unitario, desconcentrado y descentralizado.

La construcción y fortalecimiento de la Política Pública Social como sistema de protección integral, establece una interacción entre Estado y Sociedad Civil como dos espacios con la misma jerarquía de poder (entendiéndose el poder como la capacidad de hacer).

En ese sentido, la intersectorialidad es un elemento fundamental, pues es la necesidad de convocar a las voluntades de los múltiples sectores e instancias que inciden en el esfuerzo de hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para que participen activamente en el proceso de conformación de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

5.3.2.2.3 Promoción de la igualdad entre hombres y mujeres

Acorde con la Política Nacional de SDR, el presente plan considera un “marco de equidad de género”, sin embargo, debido a la situación de desigualdad de las mujeres, éste debe ser priorizada para las mujeres, como manifestaron todas las naciones en las Convenciones, Pactos y Conferencias Internacionales. Uno de los principales retos que tenemos es el fortalecimiento de la autonomía de la mujer como condición fundamental para el logro de un desarrollo humano sostenible y el mejoramiento de la salud sexual y salud reproductiva de todas y todos. La sexualidad y los cuerpos son el territorio por excelencia de las relaciones y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres, y sus resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. Es necesario aumentar la capacidad de las mujeres para defender sus derechos individuales y colectivos en todos los ámbitos que contribuyen a conformar la identidad de género”⁵²

El enfoque de género insertado en las Políticas Públicas constituyen una mirada fundamental para: "tomar en cuenta las diferencias entre los sexos en la generación del desarrollo y analizar en cada sociedad, las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos, así como elaborar políticas con estrategias para corregir los desequilibrios existentes"

⁵² Idem

5.3.2.2.4 Construcción de ciudadanía y participación social

Tradicionalmente en el país se ha enfatizado en la salud reproductiva y poco en la salud sexual, por tanto es necesario incrementar acciones tendientes al desarrollo de la sexualidad saludable en la población ecuatoriana, por esta razón, se considera que una de las mejores herramientas para lograr este objetivo es la educación sexual integral, científicamente fundamentada y que promueva el crecimiento afectivo, personal, familiar, social y la calidad de vida en hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital. Es importante apoyar para que los medios de comunicación promuevan imágenes femeninas y masculinas positivas y diversas que destaquen comportamientos en los que se comparten el poder, la práctica sexual responsable, segura y placentera y las relaciones sexuales basadas en el respeto mutuo y la autonomía.

Un aspecto fundamental es promover y fortalecer la organización y participación de adolescentes en la construcción del plan, en su ejecución, en la toma de decisiones y en los sistemas de vigilancia y veeduría social.

5.3.2.2.5 Respeto a la diversidad cultural y étnica

El Estado Ecuatoriano es un Estado Social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, por lo tanto la convivencia entre diferentes culturas en la sociedad ecuatoriana amerita la creación de conocimiento y líneas de acción que permitan el desarrollo de todos los grupos poblacionales que cohabitan en el territorio nacional.⁵³

El Estado ecuatoriano cuenta con la presencia de más de 13 nacionalidades indígenas, con cosmovisiones propias que afectan la salud de sus integrantes y de los y las adolescentes, es imperativo, incorporar el enfoque de interculturalidad en el Plan Nacional de Prevención de Embarazo Adolescentes, pues el ámbito local se

⁵³ ídem

matiza con las particularidades de los contextos geográficos y culturales en donde las desigualdades y exclusiones se profundizan.

5.3.2.3. Las líneas de acción de la Estrategia son:

1. Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
2. Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.
3. Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
4. Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales.

Las instituciones que llevan a cabo estas estrategias y líneas de acción son:

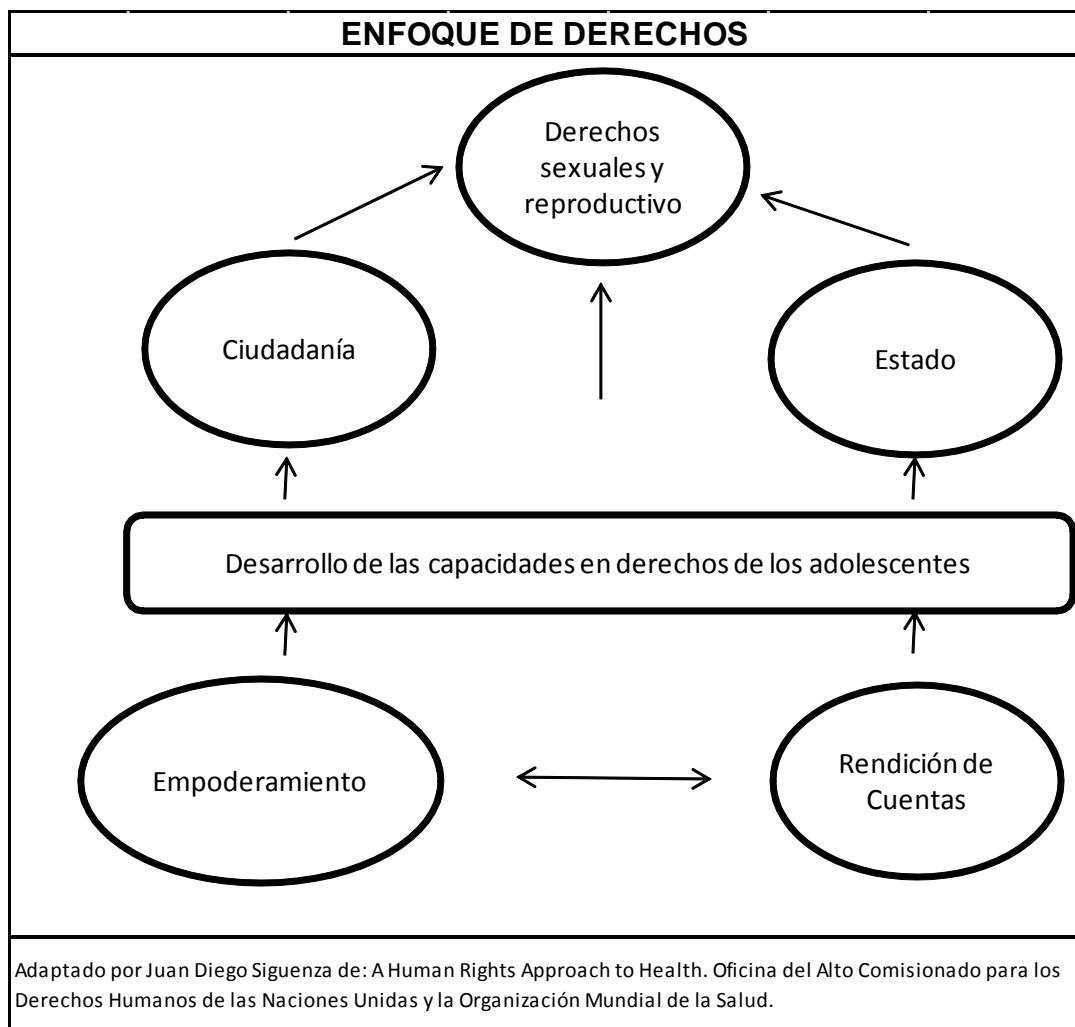
El Ministerio de Salud Pública – MSP en coordinación con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, con apoyo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, la Sociedad Civil y la ciudadanía implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA.

La ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar.

Es prioritario también para la ENIPLA la transformación de patrones socioculturales relacionados con la sexualidad y la planificación familiar, con el objetivo de que los hombres se involucren y corresponsabilicen en la salud sexual y salud reproductiva. Los cambios socioculturales se fomentarán en los ámbitos personal, familiar, comunitario, así como en los prestadores y decisores de políticas del Sistema Nacional de Salud.

La ENIPLA promueve el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo como un factor protector frente a embarazos no planificados.

Tabla 3.1 Enfoque de Derechos



En esta tabla N° 3.1 podemos observar los pilares fundamentales del enfoque de derechos sexuales y reproductivos: Ciudadanía y Estado. Con el desarrollo de las capacidad en derechos de los adolescentes: Empoderamiento y rendición de cuentas.

Tabla N° 3.2

5.3.4 Estrategias en el Enfoque de derechos
5.3.4.1.- Educación en la Sexualidad
Conceptualización: la educación integral sobre sexualidad debe acompañar todas las etapas de formación de una persona, abordando temas centrales tales como el desarrollo sexual, el amor, la intimidad, el placer, los roles sexuales y de género, de acuerdo a cada etapa del ciclo de vida
Objetivo: proporcionar herramientas para vivir positivamente su sexualidad.
Proceso: a través de la información clara y veraz sobre la salud sexual y la salud reproductiva, que permita la toma de decisiones autónomas y saludables
<p>Materiales y Metodología: Cubren un amplio abanico de temas que incluyen no solamente los aspectos biológicos sino también emocionales y afectivos, como el placer, el noviazgo, las relaciones personales y las cuestiones de derechos, de género, y de autoestima;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contienen mensajes claros, concisos y consistentes, dirigidos a crear autonomía desde la mirada de los derechos, evitando el lenguaje de riesgo; • Incorporan espacios para el desarrollo de habilidades personales tales como la comunicación (en pareja, con pares y con adultos), la negociación, y el desarrollo de la autoestima y la asertividad; • Son muy participativas y garantizan espacios para la reflexión conjunta sobre las vivencias, los mitos y los mandatos culturales predominantes que condicionan las relaciones y las decisiones; • Propician propuestas de acción personal y también colectiva tendientes a fortalecer y sostener las decisiones personales de autocuidado; y • Han sido validados por diferentes grupos de jóvenes para garantizar su eficacia
<p>Actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi la mitad de las personas inician su vida sexual antes de los 20 años. • Un porcentaje importante de las relaciones sexuales no son consensuadas y, sobre todo las mujeres jóvenes, tienen mucha dificultad para proteger sus relaciones. • La vivencia de la sexualidad en las y los jóvenes está a menudo condicionada por el temor, los mandatos de género, la desinformación. • La educación en sexualidad empodera a las personas y les permite elegir vivir saludablemente. • En todas las consultas hechas a grupos de jóvenes, la educación en la sexualidad es una demanda poderosa. • Es un compromiso asumido por los países en numerosos foros internacionales y forma parte de las políticas nacionales de desarrollo.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Tabla N° 3.3

5.3.4.2.- Servicios de Salud amigables
<p>Conceptualización: son un espacio donde adolescentes y jóvenes reciben atención médica e información y puedan –en un marco de respeto y confidencialidad– discutir las cuestiones que los afectan en relación a su salud, sus relaciones familiares y amorosas, sus decisiones en relación a la sexualidad y la reproducción, y su vida en general.</p>
<p>Objetivos: apoyar a las mujeres jóvenes a desarrollar su asertividad y su capacidad de actuar de forma informada y autónoma en relación a su sexualidad. Lamentablemente, tenemos un largo camino que recorrer aun en el fortalecimiento de los servicios y la sensibilización y formación del personal de salud.</p>
<p>Características que los jóvenes necesitan del servicio amigable: a) Accesibilidad del servicio. Los servicios más adecuados son aquellos de fácil acceso, que están bien identificados, y que tienen un espacio dedicado exclusivamente a adolescentes y jóvenes. b) Personal de los servicios de salud. El equipo de atención en los servicios amigables debe ser interdisciplinario y estar específicamente capacitado para atender a la población adolescente y joven, con buenas habilidades de comunicación. c) Procesos administrativos y de la atención. Los servicios de calidad se rigen por normas y protocolos que responden a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes con una mirada biopsicosocial integral. d) Disponibilidad de una gama de servicios ofrecidos. Ofrecen una amplia gama de servicios, tanto individuales como colectivos, que incluyen: información y protocolos de salud general preventiva y curativa, orientación y consejería colectiva e individual en salud sexual y reproductiva, incluyendo VIH, atención en sexualidad y anticoncepción, y detección oportuna de otros riesgos, como violencia doméstica, drogas, trastornos alimentarios, depresión, abuso sexual, etc. e) Participación juvenil, social y comunitaria y articulación intersectorial. Las y los jóvenes participan activamente en la implementación y evaluación de los servicios, y se dirigen esfuerzos para convocar el respaldo de la comunidad en general.</p>
<p>Anticonceptivos: urgente necesidad de promoción y acceso a servicios de anticoncepción. Las personas adolescentes y jóvenes sexualmente activas deben poder acceder con facilidad a anticoncepción mediando una consejería clara, sencilla y eficaz, que asegure una buena elección de un método y su uso continuo y correcto.</p>
<p>Condón: promover más intensamente el uso del condón y asegurar su disponibilidad permanente. Debe destacarse su eficacia en proporcionar doble protección (contra embarazo y contra VIH) para contrarrestar el persistente rechazo a su utilización, sea debido a una supuesta disminución de sensibilidad, sea debido a la supuesta fidelidad de la pareja que haría innecesario su uso.</p>

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Tabla 3.4

5.3.4.3.- Cuestiones de género y edad
Conceptualización: cuestiones de género y a favor de la igualdad de oportunidades, las mujeres, y en particular las mujeres jóvenes siguen sufriendo discriminación.
Objetivo: Disminuir la discriminación, violencia, y acoso sexual a las adolescentes.
Características: a) Terminar con la discriminación: Que limita su capacidad de acceder a la salud, a la educación, y en general, al desarrollo. b) Eliminar: Toda acción ejercida por una o varias personas, quienes, con un propósito definido, someten de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física como psicológica, moral o sexual de cualquier persona o grupo de personas. c) Desechar todo acto de forzar o intentar forzar a otra persona a involucrarse en una actividad sexual en contra de su voluntad. Puede tener una forma sutil, como la insistencia verbal, hostigamiento, o ser más explícita, como las amenazas o las agresiones físicas. El acoso se asocia a desigualdades de poder, ya sea entre hombre y mujer, adulto y menor, o empleador y empleado
Incluir a los varones: los jóvenes también necesitan una gama de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo educación, consejería, e información sobre anticoncepción e ITS para proteger su propia salud y también para prepararse para ser parejas responsables.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Tabla 3.5

5.3.4.4.- Participación y ciudadanía
<p>Conceptualización: En una democracia participativa, las decisiones sobre materias de interés público son asumidas por las autoridades en el marco de un proceso abierto a la incidencia ciudadana. La participación ciudadana consiste en el establecimiento, desarrollo y fortalecimiento de una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, dirigida al ejercicio o ampliación de sus derechos.</p>
<p>Objetivo: tomar parte activa, como ciudadanos y ciudadanas, en los procesos decisionales de una democracia.</p>
<p>Características: a incidencia ciudadana se sustenta sobre la firme convicción de que la diversidad social, económica, política y cultural debe ser reconocida y hallarse representada en las acciones e iniciativas emanadas desde el sector público. Es importante destacar que en un proceso de diálogo entre el Estado y la ciudadanía, es natural que haya, junto a los acuerdos, un margen explícito para las diferencias. Desde esta perspectiva, el valor de la democracia reside en buscar consensos plurales y no uniformes.</p>
<p>Participación ciudadana y el enfoque de derechos: La existencia de mecanismos de participación ciudadana se fundamenta en la firme convicción de que el Estado tiene el deber de garantizar los derechos de la población, especialmente cuando estos derechos se encuentran inequitativamente distribuidos en función de factores de género, edad, etnia, nivel socioeconómico, entre otros; como es el caso de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos.</p>
<p>Fortaleza: escuchar y considerar los planteamientos y propuestas de las personas beneficiarias de políticas y programas, contribuye al enriquecimiento de las democracias de la región. Esto implica un cambio cultural en la forma de gobernar y ejercer el poder.</p>
<p>Metas de una cultura Participativa: a) Generar políticas y programas de carácter participativo, que reconozcan las voces, perspectivas y vivencias de la población adolescente y joven. b) Reconocer a los y las adolescentes como sujetos de derecho y actores protagónicos del desarrollo, capaces de incidir y aportar con responsabilidad en los asuntos que los afectan. c) Fortalecer los vínculos sociales entre adolescentes y jóvenes, con el objeto de promover el desarrollo de acciones colectivas por parte de este grupo. d) Promover un proceso de visibilización y empoderamiento de la población adolescente y joven de carácter sostenible, que se aleje de lógicas instrumentalizadoras que restringen la participación en las agendas políticas. e) Instaurar una cultura participativa en el ámbito de las acciones dirigidas a la prevención del embarazo adolescente y, al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.</p>

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Tabla 3.6

5.3.4.5.- Compromiso del Estado
Conceptualización: El estado debe velar por los derechos humanos están que contenidos en acuerdos y convenciones internacionales y regionales adoptadas por los gobiernos, bajo el auspicio de las Naciones Unidas u otros organismos internacionales o regionales.
Objetivo: Respetar: marco jurídico internacional en materia de derechos humanos, y establecen principios y estándares de conducta que los gobiernos deben proteger y promover.
Los instrumentos vinculantes se refieren a tratados internacionales firmados y ratificados por los gobiernos, que imponen obligaciones en el marco del derecho internacional con las cuales los Estados Partes se comprometen a cumplir.
Convenios y acuerdos vinculantes: 1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) 2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) 3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) 4. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) 5. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) 6. Convención contra la Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) 7. Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
Los instrumentos no vinculantes se refieren principalmente a las conferencias de Naciones Unidas u otros organismos, así como a acuerdos o declaraciones adoptados por consenso intergubernamental. Si bien no son vinculantes en estricto sentido jurídico, estos acuerdos como, por ejemplo, el Programa de Acción de Viena sobre Derechos Humanos, la Plataforma de Acción de Beijing; o la Declaración del Milenio, se convierten en fuentes consuetudinarias del derecho internacional.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

5.3.5 Estrategia del Enfoque de Riesgo

Elaborar estrategias para brindar servicios preventivos a los/las adolescentes es un reto administrativo complejo, que debe enfrentar las diferencias culturales, las situaciones sociales y la situación económica que viven. Para vencer este reto, se requiere de dedicación y creatividad por parte de los prestadores de servicios. Se requiere también que tomen decisiones referentes a cuáles serán los grupos beneficiarios de los servicios, cuántas personas serán atendidas y si se extenderán los servicios existentes o se desarrollarán nuevos, adecuados a las necesidades específicas de la población objetivo.

Una estrategia se define como: “Principios y rutas fundamentales que orientarán el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar, esta muestra cómo una institución pretende llegar a sus objetivos (Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), 1997)”. Podemos decir que las estrategias son la acción o secuencia de acciones a desarrollar para el logro de los objetivos, derivados estos últimos a partir de las necesidades de la población específica.

Una decisión estratégica requiere considerar el escenario (o escenarios) de intervención y la acción (o acciones) mediante las cuales el prestador de servicios pretende intervenir. La decisión estratégica tiene como finalidad permitir a la organización alcanzar los objetivos que se haya fijado.

Antes de iniciar cualquier acción es necesario identificar la población a la que se pretende hacer llegar los servicios, identificar sus necesidades, plantear el objetivo a alcanzar y definir cuáles serían las acciones pertinentes para alcanzarlo. Posteriormente, el prestador de servicios aplicará el proceso administrativo para poder implementar, coordinar, supervisar y controlar las acciones encaminadas hacia el logro del objetivo.

Es necesario que durante el proceso de toma de decisiones se realice una evaluación de las características particulares de la población específica, para adecuar las decisiones y las acciones a partir de los resultados encontrados en dicha evaluación.

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención. (4-5)⁵⁴

El **enfoque de riesgo** fue concebido como una estrategia para aumentar la equidad y eficiencia de los servicios, sobre la base de diferentes probabilidades de padecer daño. La idea fundamental de este enfoque es que **el riesgo brinda una medida de la necesidad de atención a la salud**. La estrategia presupone que en materia de salud es necesario “tener algo para todos, y más para los que necesiten más” (Suárez-Ojeda y Krauskopf, 1995, p. 184). El conocimiento del riesgo y/o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

El riesgo para individuos y poblaciones es diferente. Una persona sometida a múltiples factores de riesgo bien puede no sufrir el daño previsto. Por el contrario, una persona con pocos factores de riesgo puede sufrir algún padecimiento. De manera que el riesgo solamente indica si existe una mayor o menor probabilidad de que una persona o un grupo determinado sufra un padecimiento. Así, podemos conocer con base en algunos antecedentes teóricos y de información bajo qué condiciones o circunstancias las adolescentes se embarazan, pero no podemos predecir quiénes lo harán.

⁵⁴ Kathl-Martín C. (1990) Fundamentos de epidemiología. Madrid: Editorial Díaz Santos, 169-82.

Algunas personas, en las que confluyen varios factores de riesgo, estarán expuestas a un riesgo muy elevado, la mayoría estarán expuestas a un riesgo moderado y otras a un riesgo muy bajo. Nadie está exento de riesgos.

Considerando una distribución estadística, existen grupos de población que están sometido a una gran cantidad de factores de riesgo por ejemplo: niños de la calle, adolescentes y ancianos, y son estos grupos los que requieren el impacto de servicios específicos.

Con respecto a los **factores de riesgo, entendemos que son características o cualidades de una persona o población que se sabe** (por investigación, teorías, observación, estadísticas, etc.) **están asociadas a una mayor probabilidad de daños a la salud**. La relación entre riesgo y daño es compleja, ya que los mismos factores de riesgo no pueden desencadenar la misma respuesta en diferentes individuos y en diferentes circunstancias.

Además, una consecuencia (daño) puede más adelante desencadenar otro problema o una sucesión de ellos. Por ejemplo: un embarazo en adolescentes puede acarrear abandono escolar, que a su vez se puede ocasionar bajos ingresos económicos y esto último acarrear desnutrición. De ahí la importancia de identificar la causa posible (factores de riesgo) de una secuencia de hechos, para controlar las causas y con ello eliminar o minimizar los efectos.

En el enfoque de riesgo se aplica la forma básica de pensamiento lógico: Sí "A" entonces "B". Es decir, si existe o se presenta el factor "A", entonces Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia se presenta "B". Ejemplo: Si una adolescente proviene de un embarazo de madre adolescente, luego entonces es probable que se embarace en la etapa adolescente.

Se ha advertido también la existencia de **condiciones que favorecen el desarrollo de los individuos y los grupos**, y en muchos casos, reducen los efectos de situaciones sumamente desfavorables. A estos factores se les ha denominado **factores protectores**.

La prevención con enfoque de riesgo requiere de adoptar estrategias que combinen de manera adecuada la neutralización de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores. Por ejemplo, la educación sexual acompañada de elementos o espacios de recreación.

La prevención de conductas de riesgo en los/las adolescentes requiere un enfoque multicausal y un abordaje multidisciplinario e intersectorial. El análisis de los aspectos psicosociales desempeña un papel relevante en el conjunto de causas que provocan este tipo de conductas en dicho periodo. el análisis puede efectuarse a partir de los aspectos psicosociales que son propios de la adolescencia y de los elementos culturales que pueden poner en riesgo la salud de los/las jóvenes.

Dentro de los factores de riesgo propios de la adolescencia destacan la violencia, la rebeldía, la impulsividad y la incapacidad de anticipación del futuro. Como señala Irwin (en Suárez-Ojeda y Krauskop, 1995, p. 187): “los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo”. Si bien es cierto que el adolescente requiere tomar riesgos para crecer, también es cierto que puede enfrentarlos con mayores elementos de información, que generalmente requiere ser proporcionada por otros jóvenes (que estén capacitados) debido a su tendencia de rechazar aquello que proviene de los adultos.

5.3.5.3.1 Usos del enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo puede utilizarse dentro o fuera del sistema de atención a la salud para:

- Definir políticas de educación para la salud.
- Mejorar la atención a la salud (aumento de cobertura).
- Modificar los factores de riesgo.
- Reorganizar el sistema de salud según niveles de atención.
- Adiestrar al personal de salud
- Autocuidado y atención a la familia.
- Atender a la comunidad.
- Política intersectorial.

Uso según los campos que abarca

5.3.5.2 Campo de la Salud.

Permite aumentar la cobertura de acciones sanitarias.

Eleva la calidad de los patrones de referencia.

Modifica cuantitativa y cualitativamente la incidencia de factores de riesgo en la comunidad.

Permite tomar medidas de reorientación de la estructura organizativa del sistema de salud en los diferentes niveles.

Eleva la eficiencia económica y la calidad de las acciones de prevención

Eleva el grado de capacitación del personal de salud I ser integrado a la educación continuada.

5.3.5.3 Campo de la Sociedad.

Instrumento poderoso para la Promoción de Salud:

Educación de la población

Fomentar estilos de vida más saludables

Estimular el autocuidado de la salud por los individuos

Herramienta para el desarrollo de una cultura sanitaria de la comunidad repercutiendo indirectamente en el desarrollo social.

Permite al Estado, sectores empresariales privados y organizaciones no gubernamentales establecer políticas sanitarias Intersectoriales y la cooperación en la ejecución de medidas de control de salud comunitaria.

Tabla 3..3.1

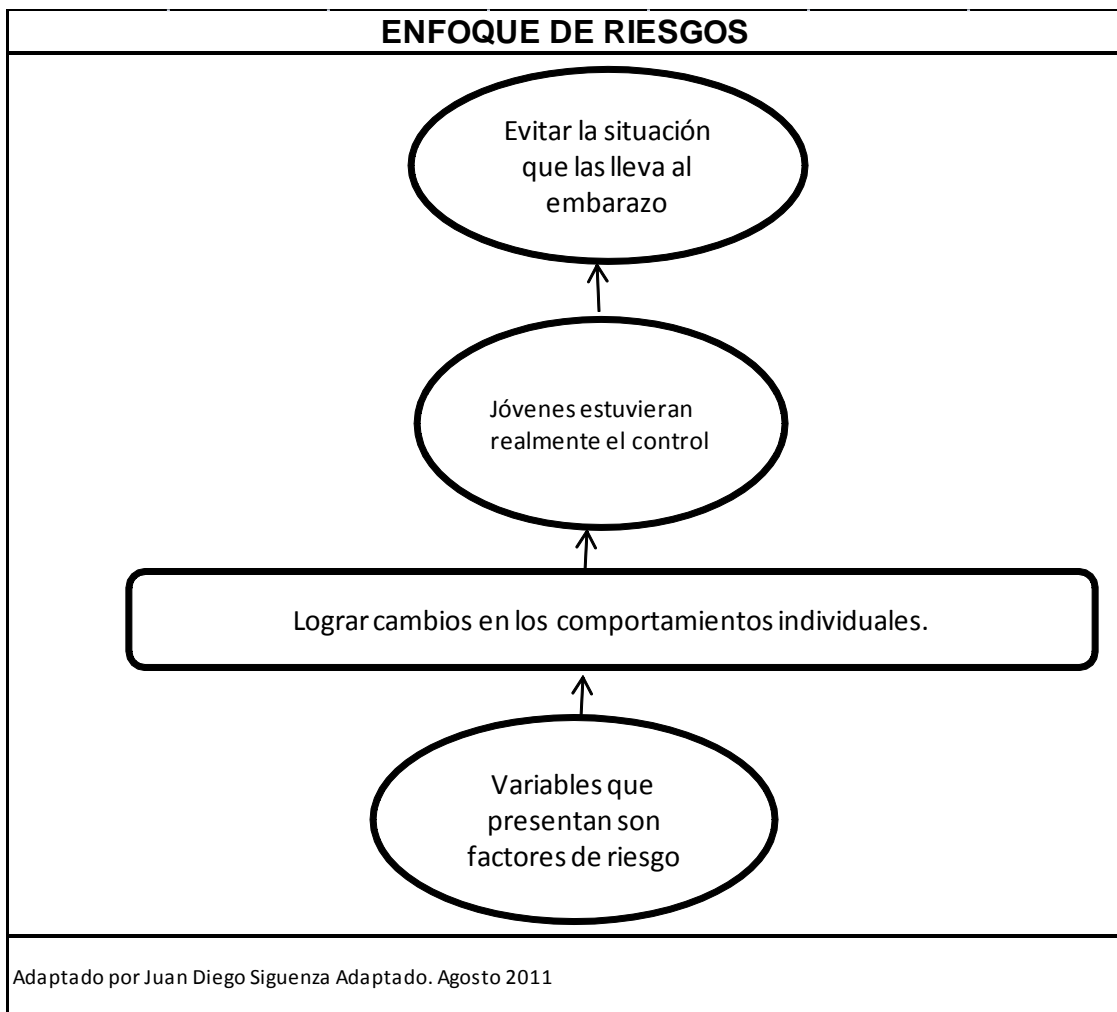


Tabla 3.3.2

5.3.6 Enfoque de Riesgo
<p>Implicación de riesgo: la presencia de un factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros Aspectos.</p>
<p>Conceptualización: Es una característica o circunstancia detectable en el individuo o grupo de personas, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud</p>
<p>Clasificación de Factores de Riesgo A. Por su Fuente de Origen: • Biológicos • Ambientales • De Comportamiento • Condicionantes de Vida • Socio-culturales • Económicos • Organización de la Atención Médica. B. Por sus Características: • Factores de Riesgo Modificables habito de fumar, dieta, etc • Factores de Riesgo No Modificables factores genéticos , hereditarios. C. Por las Personas a Quienes Afecta: • Riesgos Individuales •Familiares • Comunales</p>
<p>Tipos de Factores de Riesgo 1. FR Momentáneo 2. FR Continúo 3. FR Acumulativo</p>
<p>Objetivos del Conocimiento de los Factores de Riesgo • Predicción: sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad. • Causalidad: la presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. No es necesariamente causal •Diagnóstico: el conocimiento de un FR se utiliza en el proceso Dx • Prevención: si se conoce FR asociado a una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia.</p>
<p>Definición de Enfoque de Riesgo OMS: “El método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo, los factores de riesgo y la condición de riesgo individual o colectivo, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias o comunidades”.</p>
<p>En el Enfoque de RIESGO deben reconocerse: • Factores Protectores (apoyo familiar, vacunaciones, trabajo, acceso a servicios de salud, acceso a educación) • Conductas de Riesgo (conducir a excesiva velocidad, conductas impulsivas) • Factores de Riesgo (desempleo, agua estancada, etc)</p>
<p>El Enfoque de Riesgo Asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos.</p>
<p>El enfoque de riesgo es un método Que: • Se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. • Ayuda a determinar prioridades de salud • Es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. • Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más lo requieran • Es un enfoque que permite discriminar quienes tienen mayor necesidad de atención</p>

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Tabla 3.3.3

5.3.7 Factores de riesgo en la adolescente
<p>Biológicos</p> <p>- Edad de la pubertad, - El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica - El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.</p>
<p>Psicosociales</p> <p>1. Disfunción familiar: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. 2. Culturales: en un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo. Bajo estas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.</p> <p>3. Psicológicos: 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.</p> <p>4. Sociales: las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.</p>
<p>Las estrategias de prevención del embarazo deberán centrarse en: 1. Atención a las necesidades de salud de los adolescentes a través del desarrollo de servicios de salud diferenciados y amigables, consejería y educación en salud. 2. Promover actitudes y comportamientos saludables que los adolescentes adopten para toda la vida, haciendo énfasis en los preadolescentes en el entorno escolar y comunitario. 3. Promoción de los adolescentes como agentes de cambio de sus pares, familias y comunidades concentrándose en el empoderamiento y la participación de los jóvenes.</p>
<p>EJES DE ACCIÓN: § Educación § Desarrollo de habilidades § Abstinencia § Acceso a la anticoncepción § Participación masculina</p>
<p>PARTICIPACIÓN: § Adolescentes § Padres, Madres y Familia § Maestros (Ministerio de Educación) § Personal de Salud (Ministerio de Salud) § Comunidad religiosa (Iglesia) § Líderes comunales § Organismos no gubernamentales § Sociedad Civil.</p>
<p>Estrategias para la Prevención del Embarazo en Adolescentes:</p> <p>a) Educación para adolescentes: sobre salud Sexual y Reproductiva, paternidad y maternidad responsable, valores, autoestima, habilidades para la vida, etc. b) Fortalecimiento de las acciones de prevención del embarazo precoz y atención integral en los Servicios de Salud. c) Fortalecer la relación entre los adolescentes con sus familias y comunidad. d) Implementación de Programas de desarrollo juvenil y de adiestramiento escolar. e) Campañas masivas de Prevención del embarazo en Adolescentes a través de los Medios de Comunicación. f) Acceso a métodos anticonceptivos adecuados para los adolescentes.</p>

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Se realizó la descripción pormenorizada de estos dos enfoques: el de derecho y el de riesgos; ahora vamos a hacer un análisis comparativo de los enfoques ver Tabla 3.3.4

Tabla N° 3.3.4

5.3.8 Cuadro comparativo		
Característica	Enfoque de Riesgo	Enfoque de derechos
Concepto	Los derechos sexuales y reproductivos - son fundamentales (necesarios), inalienables; universales (para todos y todas) e indivisibles.	El embarazo sería el resultado de conductas poco saludables (de riesgo) por parte de las mujeres jóvenes.
Visión	si las jóvenes estuvieran realmente en control y pudieran evitar la situación que las lleva al embarazo.	Comprender un conjunto de determinantes personales, sociales, culturales y económicos que actúan sobre las personas jóvenes y su entorno, moldeando sus oportunidades y su capacidad de acción.
Limitaciones	Los factores como la pobreza, el abuso sexual, la ausencia de los padres, el nivel de educación y las cuestiones culturales de género (que afectan a ambos sexos) pertenecen a un nivel estructural, y las personas jóvenes no pueden cambiarlas.	los derechos no deben conceptualizarse solamente como un conjunto de leyes, medidas o normas,
Operatividad	el enfoque de riesgo es más operativo	Es menos operativo depende de varios factores de los involucrados
Ventajas	Los únicos dos factores que están más cercanos a sus vivencias cotidianas son la iniciación sexual temprana y el uso de anticonceptivos desde la primera relación.	no solamente deben tener información, conocer sus derechos y tener acceso a los servicios, sino también ser asertivas y tener auto determinación, ambas cualidades muy condicionadas -sobre todo en mujeres jóvenes- por las pautas culturales de género y de edad.

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Cómo toda estrategia es importante que los dos enfoques sea de derecho o de riesgos tengan un monitoreo y evaluación, para este fin proponemos el siguiente mecanismo de monitoreo y evaluación ver tabla N°3.3.3.5

Tabla 3.3.5

5.3.9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	
Nivel	Indicador
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> · Recursos financieros · Recursos Humanos · Equipos, suministros · Espacios para la atención
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> · Metodología de trabajo · Actividades de capacitación · Actividades de recreación · Sistemas de remisión o referencia · Monitoreo y supervisión del desarrollo de las estrategias · Coordinación multisectorial.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> · Anticonceptivos distribuidos · Servicios ofrecidos · Número de adolescentes multiplicadores capacitados · Número de profesionales capacitados · Padres y/o familias capacitadas · Materiales educativos producidos y distribuidos · Adolescentes informados sobre prevención del embarazo
Impacto a corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> · Incremento en la demanda de servicios · Incremento en la cobertura · Cambios en conocimientos y actitudes de adolescentes, maestros, padres, profesionales capacitados · Incremento en el uso de anticonceptivos por parte de los/las adolescentes.
Impacto a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> · Cambios en las prácticas y comportamientos de las/los adolescentes. · Cambios en la prevalencia de uso de anticonceptivos en la población adolescente · Cambios en la edad al primer embarazo entre adolescentes · Disminución de la prevalencia de embarazos en adolescentes · Aumento de la edad de inicio de relaciones sexuales

Realizado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

De estos dos enfoques propuestos ambos apuntan a disminuir la vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas y por ende disminuir el indicador de madres adolescentes.

Lo que implica que cual alternativa a utilizar puede ser una herramienta de prevención para disminuir el embarazo adolescentes en nuestro cantón, veamos en el siguiente capítulo que dicen los expertos sobre el tema.

4. CAPÍTULO CUARTO

En este acápite se realizó el análisis e interpretación de los datos recopilados en el trabajo de campo por medio de las entrevistas a los expertos, grupo focal

4.1 Entrevistas a Expertos en Adolescencia:

Lcda. Eulalia Palomeque.

(Comisión de derechos niños y adolescentes)

El embarazo en adolescentes es una situación muy preocupante que va aumentando día a día en nuestro medio. Que las principales causas en nuestro medio son: la falta de comunicación, la pérdida de valores, la migración, hogares disfuncionales y desorganizados, etc.

Cuyas principales consecuencias son adolescentes con responsabilidades sin haber alcanzado una madurez física y psicológica, abandono del proceso educativo, y falta de apoyo de la familia.

Para la solución de este problema se plantearía: más comunicación entre padres e hijos, y mejores estrategias educativas.

Las estrategias que plantea el gobierno nos son muy acertadas más bien se deberían buscar otras proponiendo sobre todo el diálogo asertivo y la comunicación.

He escuchado la estrategia del enfoque de riesgo. Que podría disminuir el embarazo de adolescentes, pero a su vez implicaría otro tipo de riesgos, pues al ser muy permisiva en el tema de relaciones sexuales, sin que los adolescentes estén bien preparados, acarrearía consecuencias negativas.

Lcdo. Jaime Chacha.

Profesor del Colegio “Lenin Ávila”

(Magisterio Cantonal)

Debemos buscar soluciones inmediatas al problema (DOVE) planteles educativos, docentes y prestadores de servicios de salud, una salud sexual y reproductiva en adolescencia.

Ecuador y nuestra provincia tiene la tasa más alta de América Latina en embarazos en adolescentes, se trata de un problema nacional que fundamentalmente la causa es la migración.

Hay una hipersexualidad en la sociedad, hay un bombardeo de imágenes, de cuestiones eróticas las pasiones están muy estimulados.

Para solucionar este problema se cree que educar es salir a repartir condones en la calle. El chico necesita que le hablen de lo que a él le interesa “una sexualidad responsable”

Se debe plantear una estrategia agresiva, como docente sugiero capacitar a padres para cambio de actitud. La educación sexual es cosa de todos los días.

El enfoque de riesgo como una estrategia par disminuir el embarazo es una alternativa, pienso que los padres deben formarse. Si los mismos padres no tienen conocimiento ¿cómo esperar que sus hijos lo entiendan? La información oportuna en la propia casa, ayudaría a paliar el fenómeno de embarazo en los adolescentes.

Dra. Betsabé Ulloa

Dirección de Educación del Cañar.

El embarazo en adolescentes al momento constituye uno de los problemas sociales de fuerte impacto psico-socio-emocional de nuestros adolescentes.

Cuyas causas son innumerables: el abandono y despreocupación de los padres, la influencia de la televisión y del internet son un despertad temprano a la sexualidad. Y sus principales consecuencias son: frustración, soledad, depresión, abandono de los estudios, matrimonios forzados, problemas familiares.

Las soluciones estaría en educar para prevenir, pero una educación que se a integral e integradora, con la participación de padres, docentes y adolescentes.

Las estrategias que plantea el gobierno son válidas pero insuficientes especialmente en su trabajo mancomunado y de coordinación interinstitucional al abordar temáticas semejantes.

Dr. Ernesto Martínez.

Médico pediatra del Hospital Luis F. Martínez de Cañar. Experto en adolescencia.

El embarazo en adolescentes es un problema que repuntado en los últimos años de manera especial en las comunidades rurales/ indígenas.

Las principal causa en nuestro medio es multifactorial: socioeconómicas, emigración, cambios en la estructura familiar, insuficiente aplicación y empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, limitaciones en la información de métodos anticonceptivos.

Sus principales consecuencias son: la perpetuación de la pobreza, madres (y Padres') con deserción escolar, niños y niñas (hijos) con desventajas biológicas (bajo peso, prematuridad), creciendo en hogares disfuncionales, con menos oportunidades.

Para solucionar este problema tenemos a largo plazo: estructurales (mejor redistribución de la riqueza, breza de pobreza, etc,) Inmediatas: fortalecimiento de las familias, sincerarse con la realidad, replanteamiento (evaluación) de planes de educación sexual de los ministerios.

Los planteamientos del gobierno son importantes, prevención con enfoque integral y de derechos, la limitación es que si no invierte en cambios estructurales: socioeconómicos el impacto no sería visible.

El enfoque de riesgos ayudaría parcialmente porque enfocaría las acciones en un cierto grupo de adolescentes, la definida como que tiene "factores de riesgo", parece que le enfoque de derechos involucra más a todos y todas las adolescentes que tienen a una sexualidad plena y a decidir conscientemente cuando tener familia (reproducir)

Dr. Alfredo Ávila.

Ministerio de Educación. (Evaluación del autoestima del adolescente en base al software afectograma .

Para reducir el embarazo tenemos que: 1) educación en valores 2) educación sexual y uso racional de las diferentes formas de anticoncepción 3) educación a los padres 4) repatriando a los padres de familia de niña abandonadas 5) decapitando a los funcionarios de la niñez y adolescencia que nada hace por la decapitación Claro 5. Terminar con la burocracia y algunos asambleístas que nada hacen.

Dentro de los enfoques para reducir el embarazo en adolescentes es partir de realidades con la experiencia a dejando de lado ciertos tabúes creo:

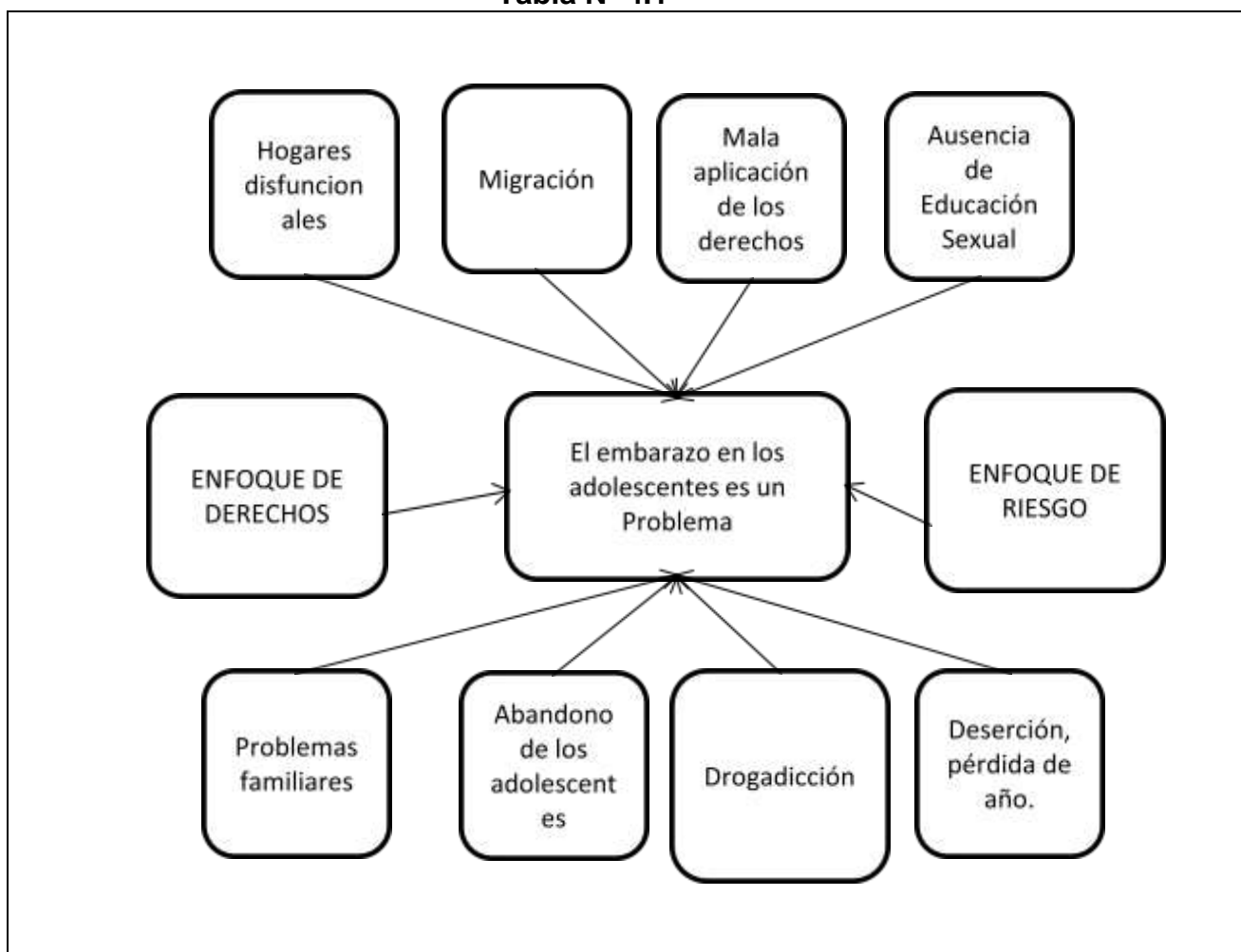
a) Una educación enfocad a la sexualidad, es decir que aprehenda a disfrutar de ella antes que el acto sexual mis por ejemplo pedir elaborar cien recetar de hacer el amor sin sexo y desarrollar talleres de recreación sana pero talleres vivenciales antes que los famosos retiro

b) Talleres de utilización de anticonceptivos no solo como anticonceptivo sino también profilaxis (método mixto) esto en caso de relaciones ya continuas muchos embarazos se dan por desconocimiento porque creen que únicamente con la eyaculación salen los espermatozoide total es que antes ya se pueden escapar algunos y si ya tuvieron relación y estaba en el día de ovulación soy partidario de la píldora del día después recetada por medico antes que empíricamente o un aborto

4.1.1 Análisis de las entrevistas:

Todos y todas nuestros entrevistados están en contacto con la problemática de los adolescentes sobre todo en lo que se refiere, al embarazo en la adolescencia en el Cantón Azogues son expertos en sus diferentes áreas, en diferentes instituciones como el MIESS, MSP, Ministerio de Educación, Gobierno Local.

Tabla N° 4.1



Elaborado por: Juan Diego Sigüenza Rojas

Todos coinciden que el embarazo en adolescentes es un problema no de hoy sino que viene desde algunas décadas. Que últimamente este fenómeno va en aumento en el cantón y provincia.

Las principales causas en nuestro medio es multifactorial, mencionan varias pero fundamentalmente están de acuerdo en que un hogar disfuncional es uno de las más influyentes para que se dé este problema, además mencionan de la migración, la insuficiente aplicación y empoderamiento de los derechos sexuales y

reproductivos, el papel de los padres en la guía de educación sexual y reproductiva, el rol de los establecimientos educativos en el acompañamiento del alumno desde sus inicios hasta su desarrollo integral, etc.

Las principales consecuencias en el cantón Azogues están de acuerdo en que la situación económica y su permanencia, educativas (deserción, pérdida de años, violencia, etc), familiares (matrimonios forzados, depresión, aislamiento, etc), social (tabaquismo, alcoholismo, violencia, suicidios, etc), salud (inmadurez física y psicológica, niños con bajo peso al nacer, prematuros, etc.) psicológicos (depresión, angustia, etc).

Dentro de las soluciones que plantean manifiestan planes y programas a largo plazo como la retribución de la riqueza, a corto plazo a nivel familiar con su fortalecimiento y mejorando el dialogo y la comunicación, con capacitación a los padres. Se plantea un rol importante de participación donde todos y todas los involucrados estén presente para la solución del problema es decir, adolescentes, padres, profesores y otros representantes de los organismos que velan la niñez y adolescencia. Un replanteamiento de los planes de educación sexual y reproductiva de los organismos encargados a trabajar con adolescentes.

Referente a las estrategias que plantea el gobierno las opiniones se encuentran divididas unos manifiestan que no son muy acertadas en cambio otros dicen que son importantes que apuntan hacia la prevención con un enfoque integral y de derechos. Unos se encuentran optimistas pero siempre escépticos, otros en cambio ven a la propuesta del gobierno no como una política de estado sino como una medidas parches, sin cambios estructurales por ejemplo económicos y el impacto no será visible. Se plantea una estrategia interinstitucional pero sin compromisos serios.

En cuanto al tema del enfoque de riesgos manifiestan que ayudaría a disminuir el embarazo en adolescentes, pero igual que en el enfoque de derechos se encuentran con muchas dudas y con muchas preguntas sin respuesta. Si bien el enfoque de derechos es integral y engloba varias aristas se queda él en discurso y con la disyuntiva de coste beneficios.

El enfoque de riesgos orientaría las acciones en un cierto grupo de adolescentes, la definida como que tiene “factores de riesgo”, que sería una alternativa.

4.2. Entrevistas al responsable del manejo del embarazo de adolescentes en las instituciones con mayor índice de madres adolescentes.

Tema: **“Estrategias psicosociales para reducir la vulnerabilidad en las madres adolescentes en el Cantón Azogues 2011”**

Representante: Instituto Luis Cordero

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Es un problema muy serio que afecta psicológicamente y socialmente a las adolescentes.

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Falta de información, desintegración familiar, migración, ausencia de padres de familia.

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Se trunca aspiraciones del joven afecta más al adolescente.

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Se debe educar e informar a los adolescentes sobre educación sexual y sobretodo sobre paternidad responsable.

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Que se debe cumplir en especial en lo que se hace referencia a la educación.

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

Debe el adolescente conocer los riesgos y las consecuencias previas al embarazo y no después.

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

De igual manera que se informa o educa es los derechos del adolescente, se debe impartir conocimientos sobre educación sexual y específicamente de prevención de embarazo

Representante: Instituto Juan Bautista Vázquez

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Es una grave realidad que lastima y corta la adolescencia, la misma que se debe disfrutar, así como la maternidad es hermosa pero a su tiempo

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Libertad excesiva, falta de comunicación con nuestro padres, que nuestros adolescentes miren la realidad de la vida.

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Abortos, adolescentes sin estudios, migración, niños abandonados, familias disfuncionales.

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Se necesita que a través de los programas de educación sexual se muestre la verdadera realidad de las madres

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Desconozco

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

Programas mal enfocados a la realidad ya que no es decir todo lo que es el sexo sino sus consecuencias

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Solamente son leyes ya que los niños o adolescentes no saben de derechos al momento de concebir a un niño.

Representante del Colegio Javier Loyola

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Son sucesos apresurados por decisiones equivocadas

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Un despertar sexual muy temprano, falta de orientación oportuna, abandono, influencia de los medios de comunicación

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Muchas veces el aborto, el acabose del amor, huida, abandono de los estudios, abandono de los bebes

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Orientación socio familiar, formación en prevención de embarazos estrategias concretas entre diferentes instancias

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Ya son suficientes

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

Desconozco

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Parece arma de doble filo, los resultados actuales lo demuestran.

Representante: Unidad educativa la “Salle”

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Es el reflejo y el producto de los actos precipitados de los adolescentes

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Hogares desorganizados, la falta de apoyo y comunicación de sus padres.

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Aborto, niños abandonados, hogares muy forzados y falta de amor

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Orientación a los padres y adolescentes para mejorar la comunicación.

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Positiva porque así permitimos que no se sientan discriminados

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

Está bien porque así no se encuentran sin atención y son escuchados

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Positiva por solucionar muchos problemas que los padres no conocen

Representante Colegio Roberto Rodas

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Es un problema social, familiar que afecta a los adolescentes que no toman con responsabilidad ser padres

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Desconocimiento sobre sexualidad, abandono de los padres por migración, falta de comunicación familiar

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Hogares desorganizados, aborto, niños abandonados.

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Impartir educación sexual; mejorar la comunicación familiar

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Positivo porque se permite que se integren a los centros educativos y sobre todo es que en los colegios se debe apoyar

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

No conozco

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Positivo.

Representante: Ezequiel Cárdenas

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

Es una realidad que se vive con muchos adolescentes y que no están preparados

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

Desconocimiento, no adecuada educación sexual

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

Problemas familiares

No continuidad en los estudios

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

Proporcionar información y sobretodo crear conciencia para evitar problemas más graves

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

Considero que se debe analizar el pro y los contras, no se pueden olvidar de la dignidad del ser humano

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

Es una alternativa que ayudará a solucionar en parte la problemática, sin olvidar la parte humana puesto que se trata de seres humanos.

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Todo lo que cree conciencia y disminuya va ayudar a que los jóvenes mirar su juventud como lo es.

Tabla 4.2

5.4.2 Análisis de las entrevistas a los encargado del manejo de la embarazo en adolescentes	
1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?	Un problema social, un fenómeno que está presente en el Cantón
2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?	Hogares desorganizados, falta de comunicación y orientación de los padres. Libertinaje, migración, abandono, desconocimiento de la Sexualidad
3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?	Truncan aspiraciones, abortos, niños abandonados, familias disfuncionales, deserción escolar, abandono a los bebés
4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?	Información y comunicación, educación sexual, orientación a todos sobre prevención de embarazo, paternidad responsable
5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?	Positivas, interesantes, falta de compromiso con los involucrados
6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?	Alternativa de solución, si cumple con su propósito de disminuir el problema, programas mal enfocados a la realidad
7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?	NO sólo con los derechos se puede ayudar, el problema es integral, es una arma de doble filo, es positiva

Elaborado por Juan Diego Sigüenza Rojas

5.4.3 GRUPO FOCAL "REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"

Realizado en la Ciudad de Cañar el 13 de junio del 2011

Con la participación de:

Dra. Susana Guijarro (Representante del M.S.P)

Padre Jesús Alonso. (Representante de la diócesis de Cañar)

Dr. Juan Diego Siguenza. (Estudiante de maestría desarrollo Social UTPL)

Moderadora. Lcda. María Elena Andrade.

5.4.3.1 CONCLUSIONES del grupo focal

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

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionado con la mortalidad materna general, siendo más alta en los países en la que la mortalidad materna es mayor; contribuyen a esta. La baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas.

Los establecimientos de Salud deben enfocar el Programa de Planificación Familiar para las Adolescentes basando la información según los conocimientos de estos. Además los profesionales de salud deben estar capacitados para brindar sus servicios a este grupo de usuarios.

Establecer servicios diferenciados de orientación sexual y reproductiva para adolescentes, prohibiéndose expresamente todo trato discriminatorio en razón de sexo, edad, raza, estado civil, instrucciones, condición económica o cultural.

Ampliar la cobertura del programa Nacional de Educación Sexual al 100% de los colegios secundarios públicos, al 50% de los establecimientos primarios públicos y al 40% de institutos superiores Pedagógicos y de Facultades de Ciencias Médicas de los cursos seleccionados, en aspectos de salud sexual y reproductiva.

Sin duda alguna la mejor forma de evitar estas consecuencias es conseguir que los adolescentes no se impliquen en conductas que puedan suponer un riesgo de embarazo no deseado. El fomento de estilos de vida saludables y una adecuada educación sexual, desde la infancia puede contribuir a ello.

Una vez que la prevención ha fallado, convendría conseguir que el embarazo se detecte con la mayor precocidad posible ofreciendo a los adolescentes, y a sus padres, la posibilidad de conocer las alternativas que existen, los pasos necesarios para tomar cada uno de ellas y las ventajas e inconvenientes que pueden llevar asociados, de forma que puedan tomar una decisión bien fundamentada, teniendo en cuenta esta información y las propias creencias.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACION

Tipo de investigación: Cualitativa y Cuantitativa

Cualitativa como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

Cuantitativa según Hurtado y Toro (1998). "Dicen que la investigación Cuantitativa tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus elementos".⁵⁵

6.2 POBLACION Y MUESTRA

Universo: Conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación y al que se generalizaran los hallazgos. En nuestra investigación utilizamos al universo de las adolescentes embarazadas que se encuentran en las diferentes instituciones secundarias del Cantón Azogues

6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

6.3.1 Grupo Focal.

El **grupo focal**, *focus group* en inglés, es una técnica de estudio de las opiniones o actitudes de un público utilizada en ciencias sociales y en estudios comerciales. También conocida como **grupo de discusión** o **sesiones de grupo** consiste en la reunión de un grupo de personas, entre 6 y 12, con un moderador encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión. Su labor es la de encauzar la discusión para que no se aleje del tema de estudio y, de este modo, da a la técnica su nombre en inglés ("grupo con foco"). Con el grupo de discusión se indaga en las actitudes y reacciones de un grupo social específico frente a un asunto social o político, o bien

⁵⁵ Álvarez Cáceres R. (1996) El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Madrid: Díaz de Santos.

un tema de interés comercial como un producto, servicio, concepto, publicidad, idea o embalaje. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica en que los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones.⁵⁶ Esta técnica hemos realizado con un grupo de expertos a nivel provincial y nacional si bien no se pudo realizar con un mínimo de 6 integrantes por la falta de colaboración de otros invitados; no le quita valor las conclusiones de esta técnica sobre la temática

6.3.2 Cuestionario.

La encuesta se realiza para siempre en función de un cuestionario, siendo éste por tanto, el documento básico para obtener la información en la gran mayoría de las investigaciones y estudios de mercado. El cuestionario es un documento formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa. Es otro de los instrumentos utilizados en nuestra investigación este cuestionario se aplico a el universo de adolescentes embarazadas, el mismo fue el diseñado por el MSP. Ver Anexo N° 1 (SNS-MSP/HCU form # 056/2009.)

6.3.3 Entrevista.

La **entrevista** es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas (el entrevistador y el entrevistado o los entrevistados) con el fin de obtener una información o una opinión, o bien para conocer la personalidad de alguien. En este tipo de comunicación oral debemos tener en cuenta que, aunque el entrevistado responde al entrevistador, el destinatario es el público que está pendiente de la entrevista. Es una técnica también utilizada en nuestra investigación, situada dentro de la entrevista estructurada

6.3.3.1 Entrevista estructurada:

Llamada también formal o standarizada. Se caracteriza por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de

⁵⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_focal

los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos, tres o más alternativas que se les ofrecen.

Para orientar mejor la Entrevista se elabora un cuestionario, que contiene todas las preguntas. Sin embargo, al utilizar este tipo de entrevista el investigador tiene limitada libertad para formular preguntas independientes generadas por la interacción personal.⁵⁷ Se elaboro un cuestionario previamente elaborado con preguntas pertinentes sobre el problema investigar. Ver anexo N° 2.

6.4 Procesamiento de los datos

En el procesamiento de datos consiste en convertir los datos en bruto del instrumento de recolección y datos en una forma legible por el computador.

Luego podemos hacer uso de procedimiento computarizado de análisis de datos para extraer la información de los datos.

Por un lado tenemos los datos del cuestionario (encuesta) y otros datos correspondientes a las respuestas a la guía de la entrevista. Son datos con características diferentes. Los primeros están reflejados, mayoritariamente, en la selección de alternativas (categorías) ya dadas, los segundos en respuestas redactadas por las personas entrevistadas mismas.

Es importante saber diferenciar entre 'datos' e 'información'. Los DATOS refieren a lo que se recolecta a través de la aplicación de los instrumentos correspondientes a las técnicas seleccionadas. 'Los DATOS' constituyen lo 'BRUTO', lo que entra al proceso desde fuera sin haber sido 'reducido', 'dispuesto', 'transformado', ... 'interpretado', 'concluido', 'verificado', ... es decir sin haber sido analizado, ni sintetizado.

La INFORMACIÓN no se recolecta, sino se construye durante el procesamiento de los datos y tendrá siempre una orientación. El sentido de esta orientación está definido por los objetivos propuestos y por consiguiente dependerá de todo un proceso de INTERPRETACIÓN de los datos.

⁵⁷ http://html.rincondelvago.com/entrevista_3.html

6.5 Herramientas

Las que emplearemos para el procesamiento y análisis de los datos, se hará con la ayuda de la tecnología y los últimos avances de la informática. Como por ejemplo

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. En la actualidad, la sigla se usa tanto para designar el programa estadístico como la empresa que lo produce. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences* aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions" (Pardo, A., & Ruiz, M.A., 2002, p. 3).⁵⁸

⁵⁸ Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill. ISBN 84-841-3750-7.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

1.- Al realizar el análisis de la situación del Embarazo en adolescentes en el Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2010, tenemos las siguientes apreciaciones:

a.- Se atendió 1 977 partos, de los cuales 698 eran por cesárea o sea un 35.31%, y partos normales 1279, con un 64.69%.

b.- El Indicador de partos por cesárea es: 35.31% elevado en comparación con otros indicadores a nivel nacional e internacional.

c.- De los 1977 partos, los 460 son de adolescentes, con un porcentaje del 23,27%,

d.- El indicador de partos en adolescentes en nuestro estudio es: 23.27 % similar según la información del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas.

7.1.1.- La vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes en el Cantón Azogues fue demostrada a través de:

En la tabla N° 2.3 de la condición de vulnerabilidad podemos observar que la variable Social representa un número significativo con 44,94%; seguido de la variable económica con un 17,98%; la variable educación con un 13,48%; la variable familiar con un 12,36% y la variable personal con un 11,24%. Lo que implica que la embarazada adolescente del cantón Azogues es muy vulnerable

7.1.2 Análisis de personal del enfoque de derechos y de riesgos para disminuir el embarazo en adolescentes

1.- El Ecuador cuentan con marcos de políticas y sustentos legales que protegen, defienden y garantizan el derecho a la educación de la sexualidad y promueven su incorporación en las modalidades formales y no formales, así como en la formación docente. Algunos programas priorizan un enfoque integral desde una perspectiva de

derechos y ciudadanía, otros con un enfoque más preventivo, relevan la abstinencia sexual y la postergación de las relaciones sexuales. A pesar de haber logrado avances importantes en la década de los 90, este es un tema polémico que no siempre contó con aval político, por lo cual su desarrollo ha tenido limitantes, sobre todo en términos de capacitación a docentes, descentralización y financiamiento de los programas. Lo que colegimos con esta argumentación es que la normativa muchas de las veces se queda en letra muerta.

2.- De los servicios de salud: Además de las barreras geográficas debidas a la baja cobertura de los servicios, el acceso de las personas jóvenes a los servicios de salud reproductiva depende de una cantidad de factores tanto individuales, como sociales y estructurales. La interacción entre todos estos factores determina en última instancia si, cuándo y cómo los jóvenes reciben los servicios que necesitan. Por ejemplo existen claras barreras desde los propios adolescentes y jóvenes cuando:

- Desconocen la existencia de los servicios de salud reproductiva y lo que ofrecen.
- No perciben la necesidad de los servicios de salud sexual y reproductiva porque no se sienten enfermos.
- No conocen las ventajas de recibir orientación sobre su sexualidad.
- Desconocen su derecho a la información y orientación en temas de salud sexual y reproductiva.
- Tienen temor a que los juzguen y/o los maltraten, a la falta de privacidad y confidencialidad o a encontrarse con una persona conocida en el servicio.
- Suelen sentir miedo o vergüenza –sobre todo los varones– en exponer cuestiones de su vida íntima o en reconocer su ignorancia en algunos temas.

Concomitante a estas barreras existen otros de los servicios de salud

- Falta de capacitación adecuada del personal para la atención a adolescentes y jóvenes en temas de sexualidad y reproducción. Esto implica poca sensibilidad hacia sus necesidades específicas y dificultades para comunicar los mensajes de forma eficiente.
- Desconocimiento por parte de los equipos de salud de las normativas específicas para la atención a adolescentes y jóvenes.

- La carencia de una variedad de insumos anticonceptivos que asegure la elección de un método adecuado para cada caso y la satisfacción y continuidad del tratamiento.
- Necesidad de consentimiento paterno o del cónyuge.
- Valores negativos de parte del personal de los servicios que cuestiona la sexualidad en adolescentes o que juzga sus decisiones.
- Falta de privacidad de los servicios ya que suelen compartir espacios con otros servicios de los hospitales.
- Los servicios están muy lejos, o en sitios de difícil acceso. O, tienen un costo que los y las adolescentes no pueden pagar, o entran dentro de un seguro familiar que les quita confidencialidad.
- En algunos casos los trámites burocráticos para acceder a los servicios son engorrosos, o los horarios de atención son poco flexibles o inadecuados.

Es necesario promover más intensamente el uso del condón y asegurar su disponibilidad permanente. Debe destacarse su eficacia en proporcionar doble protección (contra embarazo y contra VIH) para contrarrestar el persistente rechazo a su utilización, sea debido a una supuesta disminución de sensibilidad, sea debido a la supuesta fidelidad de la pareja que haría innecesario su uso. Persiste la noción de que sólo sería necesario el uso del condón en relaciones “extraoficiales”.

Asimismo, dadas las condiciones de vulnerabilidad de la etapa adolescente y la falta generalizada de educación sexual y de servicios, urge poner a disposición amplia la anticoncepción de emergencia así como información fidedigna sobre su uso, como medida de respaldo frente a una relación forzada y/o no protegida o cuando falla un método.

3.- En cuestiones de género: Las normas de género, la inequidad y las desigualdades de poder en las parejas hacen que las adolescentes sean más vulnerables a los embarazos no deseados. Mientras que los varones jóvenes adquieren durante la adolescencia mayor movilidad, oportunidades, y autonomía, las mujeres adolescentes se vuelven más dependientes y exigidas. En los contextos más pobres, cuando entran en la adolescencia, las jóvenes adquieren más

responsabilidades en el hogar, suelen dejar sus estudios, y también pueden ser más susceptibles –por asuntos de honor o económicos– al matrimonio forzado, a menudo con un hombre mayor. En todo caso, el resultado es un mayor aislamiento, desconexión de la esfera pública y menor acceso a servicios de salud que pueden ayudarlas a tener cierto control sobre su sexualidad y su reproducción.

La violencia contra la mujer es consecuencia de la inequidad económica, social, política y cultural entre hombres y mujeres. A su vez, esta violencia es perpetuada por los sistemas políticos y legales que históricamente han discriminado a las mujeres y han sido incapaces de romper con la cultura de insubordinación que deja a las mujeres indefensas frente a la violencia. Las mujeres adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia, tanto en la esfera pública como la privada. A menudo las mismas instituciones y contextos que deberían cuidar y promover la independencia de las mujeres –tales como la escuela, los servicios de salud, el hogar– se vuelven trampas donde las chicas no pueden evitar la violencia. La violencia atenta directamente contra los derechos de las adolescentes a la seguridad, la libertad y la integridad física y limita notablemente el acceso a todos los derechos sexuales y reproductivos.

Se deben aprovechar todas las intervenciones con jóvenes y adolescentes, ya sean educativas o de salud, para analizar los enfoques de género. Cuando los hombres adolescentes intentan acceder a los servicios, se enfrentan con muchas de las barreras ya mencionadas: dificultad o económica de acceso, vergüenza, falta de confidencialidad, etc. Pero además, enfrentan barreras adicionales por haber sido excluidos histórica, estructural y culturalmente de los temas de salud sexual y reproductiva. No se ha investigado sobre sus necesidades, y, fuera de la consejería en ITS y VIH, no se han desarrollado protocolos especiales para la atención en salud sexual y reproductiva para varones jóvenes, dejando la calidad y efectividad de esta atención librada a la capacidad de los proveedores.

Una razón adicional para llegar mejor a los varones jóvenes es que los hombres a menudo influyen o determinan la conducta sexual de la pareja y el uso de anticonceptivos y/o de condones. Si ellos manejaran información adecuada, la

comunicación sobre asuntos sexuales en las parejas mejoraría y estarían en condiciones de tomar decisiones más saludables.

4.- Participación y ciudadanía: La población adolescente y joven se enfrenta a un conjunto de tensiones y paradojas. En lo referente a la participación ciudadana, este grupo goza de mayor acceso a la información, dada la mayor utilización de redes informáticas en comparación con otros grupos etarios y su alto nivel de escolarización. No obstante, los y las adolescentes y jóvenes participan menos en los espacios de decisión de la sociedad. Existe por tanto una asincronía entre una mayor inclusión juvenil en cuanto acceso a información y redes y, una mayor exclusión en lo relativo a la ciudadanía política.

En el campo de los derechos, los jóvenes señalan sentirse ciudadanos de segunda clase pues no ven sus opiniones y anhelos representados en el debate político. Esta situación se ve reforzada por la incapacidad del sistema institucionalizado de derechos de consagrar la especificidad de esta población; a diferencia de lo que sucede con los derechos de las mujeres o de los niños y niñas.

Actualmente, de los cinco países que integran la región andina, sólo dos han ratificado la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.

La existencia de mecanismos de participación ciudadana se fundamenta en la firme convicción de que el Estado tiene el deber de garantizar los derechos de la población, especialmente cuando estos derechos se encuentran inequitativamente distribuidos en función de factores de género, edad, etnia, nivel socioeconómico, entre otros; como es el caso de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos.

Para la realización efectiva de los derechos sociales de adolescentes y jóvenes, la participación social y el ejercicio ciudadano constituyen dimensiones claves, pues posibilitan la co-construcción de políticas y programas que consideren las necesidades y demandas de la propia población beneficiaria, reduciendo los riesgos e incertidumbre de quienes se hallan en situación de mayor vulnerabilidad social.

5.- Compromiso del Estado: **Revisar y reevaluar leyes y normativas** existentes en el país en relación a la educación sexual, de manera de garantizar las siguientes condiciones:

- Conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos de manera clara y contundente y en línea con los compromisos asumidos a nivel internacional; la sexualidad de adolescentes y jóvenes debe ser legitimada;
- Formalización de este derecho y esta perspectiva a lo largo y ancho de todo el cuerpo normativo del país;
- Instrumentación de las políticas de educación sexual y de servicios amigables, mediante una descripción detallada de los mecanismos y procedimientos para garantizar la realización de los derechos (cobertura y calidad) para todos;
- Institucionalización de las políticas, definiendo claramente dónde están las responsabilidades de implementación y cuáles son las fuentes de recursos financieros; y
- Exigibilidad mediante la creación de mecanismos que garanticen la intervención de actores sociales en la veeduría y cumplimiento de las políticas, incluyendo la posibilidad de responsabilizar y sancionar por incumplimiento o por el ejercicio indebido del poder.

- **Garantizar apoyo legislativo** para la implementación de las políticas, asegurando presupuestos nacionales anuales suficientes y oportunos para los programas de educación sexual a nivel nacional y local.

- **Impulsar las reformas educativas** necesarias para la incorporación de los temas de sexualidad y de salud sexual y reproductiva en el currículo escolar, en base a información completa, científica y actualizada.

- **Articular estos esfuerzos con otros compromisos del Estado** relativos al logro de la educación universal, la equidad de género, el combate a la pobreza, la discriminación por género, edad, cultura, pertenencia étnica, condición socioeconómica, de salud, etc., de manera que se tomen en cuenta las particularidades de las poblaciones jóvenes en el diseño de políticas.

- **Asegurar que estas políticas, programas y normativas** se implementen también en los niveles descentralizados desde la misma perspectiva y con estándares adecuados de calidad.

- **Identificar y asignar recursos humanos y financieros** adecuados también en los niveles departamentales y municipales, para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los programas de educación en sexualidad.
- **Apoyar la creación de sistemas de información** eficientes con datos desagregados por edad y por sexo. Promover y auspiciar la investigación de manera de conocer la situación y las necesidades de la población adolescente y joven, sobre todo en áreas rurales e indígenas; utilizar estos datos para el diseño, ejecución y evaluación de programas, y generar evidencia sobre las estrategias más costo-efectivas.
- **Fomentar las alianzas multisectoriales** sobre todo entre educación y salud, pero también con otros organismos estatales y de la sociedad civil para asegurar coordinación de esfuerzos y optimización de los recursos financieros y humanos.
- Acompañar estos esfuerzos con campañas de comunicación masiva destinadas a crear consciencia y legitimar los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes como un derecho humano, en todos los niveles de la sociedad.

7.4.2. Recomendaciones

7.4.2.1 A los técnicos

- Evaluar los programas de educación existentes sobre los temas de educación sexual en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas.
- Garantizar que los contenidos y las metodologías de la educación sexual sean relevantes para los contextos.
- Evaluar la calidad y eficacia de los programas de salud sexual y reproductiva
- Involucrar a la sociedad y a las comunidades, incluyendo a las niñas y los niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente, y a las familias en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas de salud y de educación sexual.
- Actualizar y fortalecer las estrategias de formación de docentes y proveedores de salud.
- Involucrarse en el seguimiento cercano y la evaluación permanente de los servicios y de las estrategias de educación sexual.
- Fomentar y apoyar en los contextos locales la participación ciudadana y la veeduría social.

- Difundir los conceptos de derechos sexuales y reproductivos y las leyes y políticas que los respaldan en todos los niveles de la comunidad.
- Fomentar una perspectiva integral amplia de derechos humanos en la prestación de servicios y la educación sexual, que promueva la diversidad, la tolerancia y la autonomía de las y los adolescentes y jóvenes.

7.4.2.2 A la comunidad

- Conocer y difundir leyes y políticas que defiendan los derechos de los jóvenes, sobre todo los relativos a la atención en salud y la educación sexual y monitorear su aplicación en los niveles locales.
- Utilizar instancias comunitarias para sensibilizar al entorno sobre la situación y necesidades de los jóvenes en materia de salud sexual.
- Fortalecer las asociaciones de base para establecer diálogo con autoridades de salud, educación, etc

7.4.2.3 A los jóvenes

- Fomentar y facilitar la participación juvenil en las instancias de decisión comunitaria, incluyendo la participación de mujeres jóvenes.
- Participar activamente en todos los espacios de veeduría social para promover la transparencia, la eficiencia y la calidad de las intervenciones con jóvenes.
- Informarse sobre todas las leyes, políticas y normativas que tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos, en particular el derecho a acceder a servicios de salud y a la educación sexual.
- Recopilar información estadística o de investigaciones y otros materiales informativos sobre la situación de salud reproductiva de adolescentes y jóvenes de su país y de su localidad.
- Organizar o respaldar movilizaciones que demanden la implementación de las políticas de salud y de educación sexual, tanto a nivel nacional, provincial y cantonal.
- Organizar y/o participar activamente en grupos juveniles donde se discutan las necesidades en materia de educación sexual y mejores servicios para las y los jóvenes.
- Establecer un diálogo con las autoridades de salud, de educación y otras pertinentes, para que se creen en las comunidades programas educativos sobre sexualidad y salud reproductiva y para que mejore el acceso a servicios de salud

- Promover y aprovechar todas las oportunidades de participación ciudadana para dar voz a las necesidades de las y los jóvenes; usar todos los instrumentos legales e investigaciones para hacer incidencia política sobre estos temas.
- Aprovechar todas las instancias de organización en comunidades y escuelas para generar diálogos sobre sexualidad y salud con colectivos adultos: padres, profesores, autoridades, etc., de manera de sensibilizarlos sobre la situación de salud sexual y reproductiva y las necesidades de adolescentes y jóvenes.

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 Referencias Bibliográficas

- Alan Guttmacher Institute, 2000; Center for Disease and Prevention, 2001.
- Álvarez Cáceres R. (1996) El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Madrid: Díaz de Santos.
- Análisis de la situación de los y las adolescentes Ecuador, CONADIS-INEC (2004) "Ecuador, la Discapacidad en Cifras".
- Boletín informativo sobre embarazo adolescente en el Ecuador, Dirección de la Juventud, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito, Ecuador.
- Cardona, O. (2003). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Bogotá: CEDERI -Centro de estudios sobre desastres y riesgos, Universidad de Los Andes.
- CAZAR, Ramiro (2010): Exclusión Social de Vida. Guía didáctica UTPL
- CELADE 2004. Boletín Demográfico 68, América Latina y el Caribe, Fecundidad 1050-2050, Santiago de Chile.
- CEPAR, (2004) Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN
- CIPEA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes
- Código de la Niñez y Adolescencia, Teoría de la Protección Integral. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe *Salud para todos en el año 2000*, pág. 12 OMS.
- CONSEP. (2002) Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Quito.
- Camacho G. Secretos Bien Guardados, jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual. (2003) Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer, CEPAM.
- Castanha, N. (2001) Hacia la definición de una norma modelo sobre abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en las Américas. Documento interno del Instituto Interamericano del Niño (Montevideo). Citado en: La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina.

- Segunda edición. (2003, p.3). Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescentes.
- Censo de población y vivienda – INEC. Elaboración: SIJOVEN-SIISE. Año: 2001
 - Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. (Noviembre 2009). Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina, Lima: ORAS-CONHU. Disponible en <http://www.planandinopea.org>
 - Comité Subregional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2007) “Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Línea Estratégica 1: Diagnostico e Información”. Lima. Agosto.
 - Chong et al. (2006). Invertir cuando hacerlo cuenta: generando evidencia base para políticas y programas para adolescentes muy jóvenes, New York: Population Council, UNFPA, UNICEF, USAID.
 - Estadísticas vitales-INEC, (2002) Elaboración: SIISE.
 - Estadísticas vitales- (2006) INEC,
 - Estadísticas vitales-(2002) INEC
 - INNFA, Ministerios del Frente Social, INEC, UNICEF. SINIÑEZ - SIISE.
 - INEC, Estadísticas vitales (2006).
 - Gómez, C. (2007). Análisis de situación del embarazo adolescente en la región andina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México D.F.: UNFPA.
 - Jejeebhoy, S. y Bott, S. (2003). Non-consensual sexual experiences of young people: A review of the evidence from developing countries. South & East Asia Regional Working Paper (no. 16).
 - Kathl-Martín C. (1990) Fundamentos de epidemiología. Madrid: Editorial Díaz Santos, 169-82
 - La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina.(2003) Segunda edición. Montevideo: Esta sección fue adaptada de Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescentes
 - MSP. (2008) Principales indicadores demográficos y de salud.
 - Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe, (2007 enero) UNICEF, CEPAL, Revista Desafíos, Número 4.

- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill. ISBN 84-841-3750-7
- Plan nacional de prevención del embarazo en Adolescentes en Ecuador 2010
- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2010
- Programa Nacional de SIDA, (2008) MSP.
- Registro de casos de adolescentes embarazadas de la dirección de educación del Cañar. 2011
- Santrock, J. (2004) *Psicología del desarrollo en la adolescencia*” Novena Edición. Mc Graw Hill. España.
- Sivasaca, A. (2000) *Psicología del Adolescente*. UTPL.
- SIVE MM-MSP, 2007.
- Sousa Santos, B. (2003). *La caída del Angelus Novus: ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política*, Bogotá: ILSA -Instituto Latinoamericano para una sociedad y un derecho alternativos
- Suazo, M. *Población, pobreza y desigualdades en América Latina*. Presentación
- Subirats, J. (2006, mayo) ¿Es el territorio urbano una variable significativa en los procesos de exclusión e inclusión social?. IV Seminario de Investigación en Ciencia Política, Madrid,: Universidad Autónoma de Madrid.
- Stern, C. (2004, enero/marzo). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*. 39:129-58, Toluca: Universidad Autónoma de México.
- Vanegas, M. (2011) *Orientaciones Generales para desarrollar el proyecto de Tesis*. Maestría en Gestión y Desarrollo Social.
- Yépez R. y col. *Obesidad*. (2008) CESIAN, Quito.

8.2 Referencias Electrónicas.

- [La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pag. 12 OMS.](#)
- Censo de población y vivienda – INEC. Elaboración: SIJOVEN-SIISE. 2001

- http://www.infanciahoy.com/despachos.asp?cod_des=2736&ID_Seccion=136
Recuperado julio 2011-09-30
- <http://www.siise.gov.ec/Publicaciones/Tomo2j.pdf>
- www.oms.org.com Recuperado julio del 2011-09-30
- www.elmercurio.ec. marzo de 2011
- <http://periodicoexpectativa.com/laclavedelainformacion/index.php/14-noticias-noticias/541-ecuador-tiene-la-tasa-mas-alta-de-embarazos-en-adolescentes>
Recuperado julio 2011
- http://html.rincondelvago.com/entrevista_3.html Recuperado julio 2011
- <http://www.mies.gob.ec/> Recuperado febrero de 2011
- http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo#cite_note-1 Recuperado 2011-09-30
- http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente#cite_note-0 recuperado agosto 2011
- http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_focal Recuperado 2011-09-30

9. ANEXOS

Anexo No.1: Cuestionario SNS-MSP/HCU form # 056/2009.

APELLIDOS PATERNO MATERNO NOMBRES				NUMERO DE HISTORIA CLINICA												
				ESTABLECIMIENTO												
DIRECCION _____										FECHA DE NACIMIENTO						
PROVINCIA, CANTON PARROQUIA _____ TELEFONO _____ Domicilio																
LUGAR DE NACIMIENTO _____ CELULAR _____ MENSAJE																
			DIA		MES		AÑO									
FAMILIA			NIVEL DE INSTRUCCION				TRABAJO			VIVIENDA						
CON VIVE CON:			Padre o sustituto Madre o sustituto				Padre o sustituto Madre o sustituto			ENERGIA ELECTRICA						
No En la En							Ninguno			SI						
el							<input type="checkbox"/>			NO						
Casa cuarto			<input type="checkbox"/> analfabetos				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						
Madre			<input type="checkbox"/> prim.imcop				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						
Padre			<input type="checkbox"/> primaria				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						
Madrastra			<input type="checkbox"/> secun.tec				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						
Padrastra			<input type="checkbox"/> universitaria				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						
Hermanos			PERCEPCION FAMILIAR DEL ADOLESCENTE				En el Fuera			NUMERO DE CUARTOS						
Pareja			BUENA REGULAR MALA NO HAY RELACION				Hogar del hogar									
Hijos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				AGUA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Otros			OCUPACION				EXCRETAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
EDUCACION			NIVEL		GRADO CURSO		ANOS APROVADO		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		ANOS REPETIDOS		DESERCIO EXCLUSIVO		EDUCACION NO FORMAL	
ESTUDIA			No escolar		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		NO SI		S		N		SI	
SI NO			Prim.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CAUSAS		EXCLUSIVO		NO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Sec.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____		SI		CUAL	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Univ.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____		NO		CUAL	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____		CUAL		_____	
TRABAJO			EDAD DE		TRABAJO		HORAS DE TRABAJO		RAZON DE TRABAJO		TRABAJO		TRABAJO		TIPO DE TRABAJO	
ACTIVIDAD			INICIO DE TRABAJO		HORAS DE TRABAJO		MANANA		ECONOMICA		LEGALIZA		INSALUBLE		_____	
TRABAJA			ANOS		<input type="checkbox"/>		TARDE		AUTONOMA		DO		SI NO NIC		_____	
BUSCA 1 VEZ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		FIN DE SEMANA		ME GUSTA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____	
DESOCUPADO			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		TODO EL DIA		OTRA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____	
NO Y NO BUSCA			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		NOCHE		NIC		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-	

VIDA SOCIAL		NOVIOLA		ACTIVIDAD GRUPAL		DEPORTE		OTRAS ACTIVIDADES					
ACEPTACION		SI NO		SI NO		HORAS A LA SEMANA		SI NO		CUALES			
Aceptado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>		AMIGOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____			
		SI NO				TV				_____			
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				HORAS POR DIA				_____			
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="text"/> <input type="text"/>				_____			
HABITOS		ALIMENTACION		COMIDAS POR DIA		COMIDAS POR DIA CON		TABACO					
SUENO NORMAL		ADECUADA				FAMILIA		CIGARRILLOS POR DIA					
SI NO		SI NO		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
HORAS													
<input type="text"/> <input type="text"/>													
ALCOHOL		EDAD INICIO DE TABACO		OTRO TOXICO		CONDUCE VEHICULO							
EQUIVALENTE A LITRO		ANOS		NO SI		SI NO		SI NO					
DE CERVEZA POR SEMANA		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="text"/> <input type="text"/>				FRECUCENCIA Y TIPO _____		CUAL _____		_____					
GINECO-UROLOGICO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		CICLOS REGULARES		DISMENORREA		FLUIDO PATOLOGICO SECRECION PENEANA		ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		EMBARAZO	
MENARCA/ESPERMARCA		NO CONOCE <input type="checkbox"/>		NO SI NIC		SI NO NIC		SI NO		SI <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/>	
ANOS MESES		NO RESPONDE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		HIJOS <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/>		DIA MES ANO								CUAL _____		ABORTOS <input type="checkbox"/>	
SEXUALIDAD		RELACIONES SEXUALES		PAREJA		EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES		PROBLEMAS EN REL. SEX.					
NECESITA INFORMACION		No <input type="checkbox"/>		Pareja única <input type="checkbox"/>		ANOS		NO SI NIC					
SI NO		Hetero <input type="checkbox"/>		Varias parejas <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Homo <input type="checkbox"/>		Nlc <input type="checkbox"/>									

	Ambos <input type="checkbox"/>		VOLUNTARIAS SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ANTICONCEPCION	CONDON	ABUSO SEXUAL	OBSERVACIONES	
SIEMPRE <input type="checkbox"/>	SIEMPRE <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
A VECES <input type="checkbox"/>	A VECES <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
NUNCA <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>			
N/C <input type="checkbox"/>	N/C <input type="checkbox"/>			
SITUACION PSICOEMOCIONAL	AUTO PERCEPCION	REFERENTE ADULTO	PROYECTO DE VIDA	
IMAGEN CORPORAL	ALEGRE <input type="checkbox"/>	MADRE <input type="checkbox"/>	CLARO <input type="checkbox"/>	
CONFORME <input type="checkbox"/>	TRISTE <input type="checkbox"/>	PADRE <input type="checkbox"/>	CONFUSO <input type="checkbox"/>	
CREA PREOCUPACION <input type="checkbox"/>	MUY TIMIDO <input type="checkbox"/>	FUERA DEL HOGAR <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	
IMPIDEN RELACIONES CON LOS DEMAS <input type="checkbox"/>	NERVIOSO <input type="checkbox"/>	OTRO FAML <input type="checkbox"/>		
	OTROS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>		

Anexo No.2: Cuestionario de entrevista estructura para expertos



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA Maestría en gestión y desarrollo social

Tema: “Estrategias psicosociales para reducir la vulnerabilidad en las madres adolescentes en el Cantón Azogues 2011”

1.- ¿Qué opina usted sobre el embarazo en adolescentes?

2.- ¿Cuáles son sus principales causas en nuestro medio?

3.- ¿Cuáles son sus principales consecuencias?

4.- ¿Qué soluciones plantaría usted para este problema?

5.- ¿Qué le parece las estrategias que plantea el gobierno?

6.- ¿Qué opina usted del enfoque de Riesgo para disminuir el embarazo en adolescentes?

7.- ¿Qué opina usted del enfoque de derechos para disminuir el embarazo en adolescentes?

Gracias por su colaboración.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	1
1. EL PROBLEMA	3
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	5
2.1 OBJETIVO GENERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	5
4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	6
4.1 VARIABLES	6
5. PLAN DE CONTENIDOS.	7
5.1 CAPITULO UNO	7
5.1.1. Embarazo y adolescencia.....	7
5.1.3 Situación en el Ecuador del adolescente.....	9
5.1.3.1 Análisis de la situación de los y las adolescentes	10
5.1.3.1.1 Aspectos demográficos, sociales y culturales.....	10
5.1.3.1.2 Situación social de los adolescentes y jóvenes (15 a 29 años)	10
5.1.3.2.3 Perfiles de morbilidad y mortalidad en adolescentes tempranos y tardíos	11
5.1.4 EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR.....	14
5.1.5 Situación de las adolescentes en la provincia del Cañar.....	17
1.1 Cuadro N° 1	17
Población juvenil por provincia.....	17
1.2 Cuadro N° 2	18
Población joven que vive en condiciones de pobreza (por región y provincia) sobre NBI	18
1.3. Cuadro N° 3	18
Población joven que vive en condiciones de extrema pobreza por NBI (por provincia)	18
1.4 Cuadro N° 4	19
Madres jóvenes (por provincias).....	19
1.5 Cuadro N° 5	19
Población emigrante e inmigrante joven por provincia.....	19
1.6 Situación de los adolescentes en el Cantón Azogues.....	20
1.6 Cuadro N° 6	20
DISTRIBUCION POLITICA DEL CANTON AZOGUES	20
1.7 Cuadro N° 7	21
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	21

1.1 Gráfico N°1.....	22
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	22
1.8 Cuadro N° 8	22
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	22
1.9 Cuadro N° 9	23
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	23
1.3 Gráfico N° 3	23
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	23
1.10 Cuadro N° 10.....	24
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	24
1. 4 Gráfico N° 4.....	24
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	24
1.11 Cuadro N° 11.....	25
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto.....	25
1.5 Gráfico N° 5	25
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto.....	25
5. 1.7 Análisis de la situación del Embarazo en adolescentes en el HHCC 2010	26
5.2. Capitulo dos.....	30
5.2.1 Vulnerabilidad	30
5.2.3 Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad.....	33
5. 2.3.1 Grupos de adolescentes y jóvenes viviendo en condiciones de vulnerabilidad	36
5.2.4 Vulnerabilidad del adolescente en la escuela.....	37
5.2.4.1Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto	39
5.2.5 Vulnerabilidad de los Adolescentes indígenas, afrodescendientes y rurales	40
5.2.6 Vulnerabilidad de los Adolescentes migrantes o hijos de migrantes	41
5.2.7 Vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes del cantón Azogues.....	42
2.1 Cuadro N°1	43
Adolescente embarazada Vive con	43
2.1 Grafico N°1.....	43
Adolescente embarazada	43
2.2 Cuadro N°2	44
Estado Civil.....	44
2.2 Gráfico N°2.....	44
2.3 Cuadro N° 3	45
Nivel Escolar	45

2.3 Gráfico N° 3	45
2.4 Cuadro N°4	46
Grado / Curso.....	46
2.5 Cuadro N° 5	47
Problemas en el escuela	47
2.5 Gráfico N° 5	47
2.7 Cuadro N ° 7	49
Percepción familiar.....	49
2.8 Cuadro N° 8	50
Deserción.....	50
2.9 Cuadro N° 9	51
Trabajo Actividad	51
2. 10 Cuadro N° 10.....	52
Edad de inicio de Trabajo	52
2.1 Grafico N°10	52
2.11 Grafico N°11	53
2.12 Cuadro N° 12.....	54
Razón de trabajo	54
2.12 Grafico N°12	54
2.13 Cuadro N° 13.....	55
Tipo de trabajo	55
2.13 Grafico N°13	55
2.14 Cuadro N° 14.....	56
Vida Social Aceptación	56
2.14Grafico N°14	56
2.15 Cuadro N° 15.....	57
Novio.....	57
2.15 Grafico N°15	57
2.16 Cuadro N° 16.....	58
Actividad Grupal	58
2.16 Gráfico N°16	58
2.17 Cuadro N° 17.....	59
Su Madre fue Madre Adolescente	59
2.17 Grafico N°17	59
2.18 Cuadro N° 18.....	60

Tabaco	60
2.18 Grafico N°18	60
2.19 Cuadro N° 19.....	61
Cuantos al día	61
2.19 Grafico N° 19.....	61
2.20 Cuadro N° 20.....	62
Edad de Inicio	62
2.21 Cuadro N° 21.....	63
Necesita Información de Sexualidad.....	63
2.21 Grafico N° 21	63
2.22 Cuadro N° 22.....	64
Relaciones sexuales	64
2.22 Grafico N° 22	64
2.23 Cuadro N° 23.....	65
Pareja	65
2.23 Grafico N° 23	65
2.24 Cuadro N° 24.....	66
Inicio relaciones sexuales	66
2.24 Grafico N°24	66
2.25 Cuadro N° 25.....	67
Anticoncepción.....	67
2.26 Grafico N°25	67
2.26 Cuadro N° 26.....	68
Condón.....	68
Grafico N°26.....	68
2.27 Cuadro N° 27.....	69
Abuso sexual.....	69
2.27 Grafico N° 27	69
2.28 Cuadro N° 28.....	70
Imagen corporal.....	70
2.28 Grafico N° 28	70
2.29 Cuadro N° 29.....	71
Auto percepción.....	71
2.29 Grafico N° 29	71
2.30 Cuadro N° 30.....	72

Referente Adulto.....	72
2.30 Grafico N°30	72
Cuadro N° 31.....	73
Proyecto de vida	73
2.31 Grafico N°31	73
2.32 Cuadro N° 32.....	74
Control del Embarazo	74
2.32 Grafico N°32	74
2.33 Cuadro N° 33.....	75
Edad inicio alcohol	75
2.33 Grafico N°33	75
5.3 Análisis de los Resultados de las encuestas	76
Tabla N° 2.2.....	78
5.3.1 Escala de Vulnerabilidad	78
Tabla N° 2. 3.....	79
5.3.2Condición de Vulnerabilidad	79
5.3 CAPITULO TRES	80
5.3.1 Estrategias psicosociales	80
5.3.2 El enfoque de los derechos humanos.....	80
5.3.2.1 PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN	84
ADOLESCENTES EN ECUADOR 1	84
5.3.2.1.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	84
5.3.2.2 Política de Estado de Protección integral de la Niñez y Adolescencia.	87
5.3.2.3 Estrategias del Plan.....	88
5.3.2.2.1 Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos.....	88
Tabla 3.1 Enfoque de Derechos	93
Tabla N° 3.2.....	94
5.3.4Estrategias en el Enfoque de derechos	94
Tabla N° 3.3.....	95
5.3.4.2.- Servicios de Salud amigables.....	95
Tabla 3.4	96
5.3.4.3.- Cuestiones de género y edad.....	96
Tabla 3.5.....	97
5.3.4.4.- Participación y ciudadanía	97
Tabla 3.6	98

5.3.4.5.- Compromiso del Estado	98
5.3.5 Estrategia del Enfoque de Riesgo	99
5.3.5.3.1 Usos del enfoque de riesgo.....	102
Tabla 3..3.1.....	104
Tabla 3.3.2.....	105
5.3.6 Enfoque de Riesgo.....	105
Tabla 3.3.3.....	106
5.3.7 Factores de riesgo en la adolescente	106
Tabla N° 3.3.4	107
5.3.8Cuadro comparativo	107
Tabla 3.3.5.....	108
5.3.9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	108
4. CAPÍTULO CUARTO	110
4.1 Entrevistas a Expertos en Adolescencia:.....	110
(Comisión de derechos niños y adolescentes).....	110
4.1.1 Análisis de las entrevistas:.....	115
Tabla N° 4.1.....	115
4.2. Entrevistas al responsable del manejo del embarazo de adolescentes en las instituciones con mayor índice de madres adolescentes.....	117
Tabla 4.2	123
5.4.2 Análisis de las entrevistas a los encargado del manejo de la embarazo en adolescentes	123
5.4.3 GRUPO FOCAL "REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"	124
5.4.3.1 CONCLUSIONES del grupo focal	124
6. DISEÑO METODOLÓGICO	126
6.1 CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION.....	126
6.2 POBLACION Y MUESTRA	126
6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	126
6.3.1 Grupo Focal.....	126
6.3.2 Cuestionario.	127
6.3.3 Entrevista.	127
6.3.3.1 Entrevista estructurada:	127
6.4 Procesamiento de los datos.....	128
6.5 Herramientas	129
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	130

7. 1 CONCLUSIONES	130
7.1.1.- La vulnerabilidad de las embarazadas adolescentes en el Cantón Azogues fue demostrada a través de:.....	130
7.1.2 Análisis de personal del enfoque de derechos y de riesgos para disminuir el embarazo en adolescentes.....	130
7.4.2. Recomendaciones.....	136
7.4.2.1 A los técnicos.....	136
7.4.2.2 A la comunidad.....	137
7.4.2.3 A los jóvenes.....	137
8. BIBLIOGRAFÍA.....	139
8.1 Referencias Bibliográficas.....	139
8.2 Referencias Electrónicas.....	141
9. ANEXOS	143
Anexo No.1: Cuestionario SNS-MSP/HCU form # 056/2009.....	143
Anexo No.2: Cuestionario de entrevista estructura para expertos	146

Índice de Cuadros

5.1 CAPITULO UNO	7
5.1.5 Situación de las adolescentes en la provincia del Cañar.....	17
1.1 Cuadro N° 1	17
Población juvenil por provincia	17
1.2 Cuadro N° 2	18
Población joven que vive en condiciones de pobreza (por región y provincia) sobre NBI	18
1.3. Cuadro N° 3	18
Población joven que vive en condiciones de extrema pobreza por NBI (por provincia)	18
1.4 Cuadro N° 4	19
Madres jóvenes (por provincias)	19
1.5 Cuadro N° 5	19
Población emigrante e inmigrante joven por provincia.....	19
1.6 Situación de los adolescentes en el Cantón Azogues.....	20
1.6 Cuadro N° 6	20
DISTRIBUCION POLITICA DEL CANTON AZOGUES	20
1.7 Cuadro N° 7	21
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	21
1.8 Cuadro N° 8	22
Partos en el Hospital Homero Castanier Crespo 2010.....	22
1.9 Cuadro N° 9	23
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	23
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la edad	23
1.10 Cuadro N° 10.....	24
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según la Residencia	24
1.11 Cuadro N° 11.....	25
Distribución de partos de Adolescentes en HHCC en el año 2010. Según el parto.....	25
5.2. Capitulo dos.....	30
2.1 Cuadro N°1	43
Adolescente embarazada Vive con	43
2.2 Cuadro N°2	44
Estado Civil.....	44
2.3 Cuadro N° 3	45

Nivel Escolar	45
2.4 Cuadro N°4	46
Grado / Curso.....	46
2.5 Cuadro N° 5	47
Problemas en el escuela	47
2.7 Cuadro N ° 7	49
Percepción familiar.....	49
2.8 Cuadro N° 8	50
Deserción.....	50
2.9 Cuadro N° 9	51
Trabajo Actividad	51
2. 10 Cuadro N° 10.....	52
Edad de inicio de Trabajo	52
2.12 Cuadro N° 12.....	54
Razón de trabajo	54
2.13 Cuadro N° 13.....	55
Tipo de trabajo	55
2.14 Cuadro N° 14.....	56
Vida Social Aceptación	56
2.15 Cuadro N° 15.....	57
Novio.....	57
2.15 Grafico N°15	57
2.16 Cuadro N° 16.....	58
Actividad Grupal	58
2.17 Cuadro N° 17.....	59
Su Madre fue Madre Adolescente	59
2.18 Cuadro N° 18.....	60
Tabaco	60
2.19 Cuadro N° 19.....	61
Cuantos al día	61
2.20 Cuadro N° 20.....	62
Edad de Inicio	62
2.21 Cuadro N° 21.....	63
Necesita Información de Sexualidad.....	63
2.22 Cuadro N° 22.....	64

Relaciones sexuales	64
2.23 Cuadro N° 23.....	65
Pareja	65
2.24 Cuadro N° 24.....	66
Inicio relaciones sexuales	66
2.25 Cuadro N° 25.....	67
Anticoncepción.....	67
2.26 Cuadro N° 26.....	68
Condón.....	68
2.27 Cuadro N° 27.....	69
Abuso sexual.....	69
2.28 Cuadro N° 28.....	70
Imagen corporal.....	70
2.29 Cuadro N° 29.....	71
Auto percepción.....	71
2.30 Cuadro N° 30.....	72
Referente Adulto.....	72
Cuadro N° 31.....	73
Proyecto de vida	73
2.32 Cuadro N° 32.....	74
Control del Embarazo	74
2.33 Cuadro N° 33.....	75
Edad inicio alcohol	75
5.3 Análisis de los Resultados de las encuestas	76
Tabla N° 2.2.....	78
5.3.1 Escala de Vulnerabilidad.....	78
Tabla N° 2. 3.....	79
5.3.2Condición de Vulnerabilidad	79
5.3 CAPITULO TRES	80
Tabla 3.1 Enfoque de Derechos	93
Tabla N° 3.2.....	94
5.3.4Estrategias en el Enfoque de derechos	94
Tabla N° 3.3.....	95
5.3.4.2.- Servicios de Salud amigables.....	95
Tabla 3.4	96

5.3.4.3.- Cuestiones de género y edad	96
Tabla 3.5	97
5.3.4.4.- Participación y ciudadanía	97
Tabla 3.6	98
5.3.4.5.- Compromiso del Estado	98
5.3.5 Estrategia del Enfoque de Riesgo	99
5.3.5.3.1 Usos del enfoque de riesgo.....	102
Tabla 3..3.1.....	104
Tabla 3.3.2.....	105
5.3.6 Enfoque de Riesgo.....	105
Tabla 3.3.3.....	106
5.3.7 Factores de riesgo en la adolescente	106
Tabla N° 3.3.4	107
5.3.8Cuadro comparativo	107
Tabla 3.3.5.....	108
5.3.9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	108
4. CAPÍTULO CUARTO	110
4.1.1 Análisis de las entrevistas:.....	115
Tabla N° 4.1.....	115
4.2. Entrevistas al responsable del manejo del embarazo de adolescentes en las instituciones con mayor índice de madres adolescentes.....	117
Tabla 4.2	123
5.4.2 Análisis de las entrevistas a los encargado del manejo de la embarazo en adolescentes	123