



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
“MAGÍSTER EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL Y COMUNITARIO”**

**“RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES (ENIPLA), EN LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL
CIRCUITO DE SALUD CRISTO VIVE DE SANTO DOMINGO, PROVINCIA DE
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS EN 2014”.**

ALMA DANIELA MASSON BEDÓN

DIRECTOR: DR. RAFAEL DE LA CARIDAD FRAGA RODRÍGUEZ (PhD)

QUITO-ECUADOR

2015

Declaración de Autenticidad

Yo, Alma Daniela Masson Bedón, declaro en honor a la verdad, que la presente investigación es de total responsabilidad de la autora y que se han respetado las diferentes fuentes de información.

Alma Daniela Masson Bedón

CI: 1720713567

Certificado de Autoría

Se autoriza utilizar los contenidos de esta investigación como referencia bibliográfica para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, siempre y cuando se cite como fuente de información al autor de la misma.

Enero de 2016

Nombre: Alma Daniela Masson Bedón

Dirección: Santo Domingo, Urb. Brasilia del Toachi. Av. Brasilia S/N y Valdez.

Email: almad.masson@hotmail.com

Teléfono: 0993793307

Aprobación del Director

Dr. Rafael Fraga Rodríguez PhD.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE GRADO

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final de investigación, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Escuela de Gestión Social, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; cumpliendo los requisitos establecidos por la Dirección General Académica; en consecuencia está apta para su presentación y sustentación.

Dr. Rafael Fraga Rodríguez

C.I. 1718707803

Dedicatoria

A ti, pequeño inocente que llegaste a este mundo en el momento justo, cuando Dios lo precisó, ni antes ni después... Viniste envuelto de bendiciones a llenar de alegría a mi familia, la que te acogió como suyo desde el primer instante en que supo de tu llegada, pues todos lo sabíamos, tu presencia cumpliría un gran propósito desde el momento mismo de tu gestación.

A pesar de los duros momentos vividos ante una situación de cambios repentinos e incertidumbre, conforme pasaban los días, la ilusión por saber que crecías en el interior del vientre de tu mamita nos animaba a permanecer aún más unidos, pues teníamos la certeza de que nos necesitabas, y desde dentro podías percibir y sentir nuestro amor.

Fernandito, gracias por haber traído alegría a mi vida en momentos en que la tristeza solo hallaba consuelo con tu tierna mirada, con una palabra tuya pronunciada con dulzura traída de la misma boca de mi amado Señor a quien tu vida le perteneció desde el momento en que empezó a formarte; a ti, que sin ser completamente mío, te has convertido en parte importante de mi vida, dedico este trabajo y solo puedo decirte que te amo con inmenso amor y sepas que puedes contar conmigo en la medida que Dios me permita ser un apoyo para ti.

Recuerda siempre que tus circunstancias no determinarán quien eres ni el valor que tienes para Dios y para todos quienes te amamos; tu vida tiene un valor incalculable, no permitas que te afecte el que alguien se atreva a sugerir lo contrario.

Gracias por existir...

“Porque tú formaste mis entrañas, tú me hiciste en el vientre de mi madre...”

Salmos 139: 13-16

Agradecimiento

Agradezco a Dios por ser el motor de mi vida, quien le ha dado un propósito a mi existencia y me alienta a vivir cada día con esfuerzo y valentía en medio de cualquier circunstancia.

Gracias a mis padres y a mis hermanas, quienes han sido un ejemplo de dedicación y amor incondicional, motivándome a seguir siempre hacia adelante y a levantarme cuando he caído.

A mi tía Diomira, que en paz descansa su alma, y a su hijo Vicente, quienes me abrieron las puertas de su hogar durante mi estancia en Quito y pudimos compartir gratos momentos, que quedan grabados en el corazón.

De manera especial, expreso mi reconocimiento al trabajo desempeñado por parte del Dr. Rafael Fraga Rodríguez (PhD), quien con su dirección ha sabido guiarme de la manera más acertada en la elaboración de mi tesis y el proceso de titulación.

Agradezco a la psicóloga y amiga Leonela Valarezo a quien expreso mi admiración no solo por su capacidad, sino también por su interés hacia los más necesitados; gracias por su gran colaboración y aportes significativos en este trabajo.

A la Señora Adela Yumbo, defensora comunitaria de la Cooperativa “Cristo vive” y a su hija Silvana Naranjo, por su trabajo voluntario en compromiso con los grupos vulnerables; ha sido un gusto caminar juntas por las calles de su comunidad soportando muchas veces el calor del sol, las lluvias torrenciales y el cansancio que seguro nos dejó exhaustas, pero también nos entregó la satisfacción del deber cumplido.

A las madres adolescentes, sus familias y a todo el equipo de personal voluntario, profesionales y amigos que colaboraron desinteresadamente en este proceso investigativo.

Tribunal de Graduación

El jurado examinador, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

Dra. Carolina Larco

Lector N° 1

Mtr. Francisco Pacheco

Lector N° 2

Índice de Contenidos

Declaración de Autenticidad	I
Certificado de Autoría.....	II
Aprobación del Director.....	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Tribunal de Graduación.....	VI
Índice de Contenidos.....	VII
Indice de Figuras.....	XIII
Indice de Anexos.....	XV
Resumen.....	XVI
Abstract	XVII
Introducción	1
Marco contextual.....	1
Problema, sistematización del problema	5
Línea de investigación.....	6
Objeto de estudio.....	6
Campo de acción	6
Objetivos.....	6
Objetivo General.	6
Objetivos Específicos.....	7

Variables: (dependientes, independientes)	7
Variable dependiente.	7
Variables independientes:.....	8
Hipótesis o Ideas a defender	8
Población y muestra	8
Metodología.....	9
Capítulo I.....	11
1. Fundamentación teórica.....	11
1.1 El Desarrollo Humano Integral.	11
1.2 Políticas públicas y desarrollo humano.	12
1.3. La adolescencia en el marco de las políticas públicas.....	13
1.3.1 Definición de adolescencia.....	13
1.3.2 Adolescencia, sus derechos y deberes.	15
1.4. El embarazo en Adolescentes, un problema o el síntoma.	18
1.5. Factores que inciden en la persistencia de la problemática.	20
1.5.1 Factores Biológicos	20
1.5.2 Factores socioeconómicos y culturales	22
1.5.3 Factores psicológicos.....	24
1.5.3.1 Repetición de patrones familiares en la persistencia de embarazos en adolescentes.....	25
1.5.3.2 Carencias afectivas y su relación con el embarazo en adolescentes.....	27

1.5.3.3 Discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual y su relación con el embarazo en adolescentes.	29
De los Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad Intelectual.	35
1.6. El rol de la familia en la prevención del embarazo en adolescentes.	41
1.7. Intervención de Organismos Gubernamentales (OG) en el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) a nivel nacional.	44
Capítulo II	49
2. Estudio de campo sobre embarazo en adolescentes en la población atendida por el Circuito de salud “Cristo vive” de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014	49
2.1 Población y muestra.	49
2.2 Metodología.....	50
2.2.1 Técnicas.	50
2.2.1.1 La observación.....	50
2.2.1.2 La entrevista.	51
2.2.1.3 La visita domiciliaria.....	51
2.2.1.4 El Genograma.	52
2.2.2 Instrumentos.	52
2.2.2.1 El cuestionario.	52
2.2.2.2 Test de inteligencia.....	53
2.3 Desarrollo de la investigación.	54

2.4 Análisis e interpretación de resultados.	56
a. Resultados del cuestionario para identificar la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años atendidas por el Circuito de Salud “Cristo vive” de Santo Domingo, así como sus causas y consecuencias	57
1. Datos informativos.	57
1.1 Factores Biológicos.	57
2. Factores socioeconómicos	59
3. Factores psicológicos.....	79
4. Información privada	95
5. Información recibida sobre prevención del embarazo en adolescentes.....	105
b. Resultados del Genograma	112
c. Resultados del test de inteligencia	113
d. Resultados de la encuesta dirigida a funcionarios de organizaciones gubernamentales encargadas de la ejecución de la ENIPLA y organizaciones no gubernamentales que intervinieron en la prevención de embarazos en adolescentes	115
Análisis de resultados de las actividades llevadas a cabo para:	115
1. Disminuir el número de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años.	115
2. Disminuir niveles de mortalidad materna.....	115
3. Prevenir la violencia sexual y el embarazo, producto de la misma.	116
4. Calificación del trabajo en red llevado a cabo.....	116
4.1 Motivos.....	116
5. Acciones realizadas en conjunto con OG.	117

6. Acciones realizadas en conjunto con ONG.	117
7. Principales fortalezas en la ejecución de la ENIPLA.	117
8. Principales nudos críticos en la ejecución de la ENIPLA.	118
9. Forma de evaluar cumplimiento de objetivos.	118
10. Principal motivo por el que la ENIPLA no continuó en 2015.	119
11. Aspectos de importancia para plantear una política pública orientada a la disminución de embarazo en adolescentes.	119
Capítulo III.	120
3. Propuesta.	120
3.1 Datos informativos.	120
3.2 Antecedentes de la Propuesta.	121
3.3 Justificación de la necesidad de intervención.	122
3.4 Objetivos.	123
3.4.1 Objetivo de Desarrollo (Fin).	123
3.4.2 Objetivo General.	123
3.4.3 Objetivos Específicos.	123
3.5 Breve descripción de la propuesta.	124
a. Presentación de la propuesta.	124
b. Planificación.	125
c. Organización del equipo de trabajo.	125
d. Ejecución de la propuesta.	126
e. Dirección y Control.	126

3.6 Análisis de Factibilidad.....	126
3.6.1 Técnica.....	126
3.6.2 Organizacional.....	127
3.6.3 Política.....	127
3.6.4 Legal.....	127
3.6.5 Sociocultural.....	128
3.6.6 Económica financiera.....	128
3.7 Impacto.....	129
3.7.1 Social.....	129
3.7.2 Familiar.....	129
3.7.3 Psicológico.....	129
3.7.4 Legal.....	129
3.7.5 Educativo.....	130
Conclusiones y Recomendaciones.....	131
Conclusiones.....	131
Recomendaciones.....	134
Bibliografía.....	135

Índice de Figuras

Figura 1: Mapa localización Circuito “Cristo vive”	3
Figura 2: <i>Pregunta N° 1</i>	57
Figura 3: <i>Pregunta N° 1</i>	58
Figura 4: <i>Pregunta N° 2.1.1 (a)</i> ,.....	59
Figura 5: <i>Pregunta N° 2.1.1 (b)</i>	60
Figura 6: <i>Pregunta N° 2.1.1 (c)</i>	61
Figura 7: <i>Pregunta N° 2.1.1</i>	62
Figura 8.....	63
Figura 9: <i>Pregunta N° 2.2.1</i>	64
Figura 10: <i>Pregunta N° 2.3</i>	65
Figura 11 : <i>Pregunta N° 2.4.1</i>	66
Figura 12: <i>Pregunta N° 2.5.1</i>	67
Figura 13: <i>Pregunta N° 2.6.1</i>	68
Figura 14: <i>Pregunta N° 2.6.2</i>	69
Figura 15: <i>Pregunta N° 2.6.3</i>	70
Figura 16: <i>Pregunta N° 2.6.4</i>	71
Figura 17: <i>Pregunta N° 2.7</i>	72
Figura 18: <i>Pregunta N° 2.8.1</i>	73
Figura 19: <i>Pregunta N° 2.9.1</i>	74
Figura 20: <i>Pregunta N° 2.9.2</i>	75
Figura 21: <i>Pregunta N° 2.9.3</i>	76
Figura 22: <i>Pregunta N° 2.9.5</i>	77
Figura 23: <i>Pregunta N° 3.1.1</i>	79
Figura 24: <i>Pregunta N° 3.1.2</i>	80

Figura 25: <i>Pregunta N° 3.1.3.</i>	81
Figura 26: <i>Pregunta N° 3.1.4.</i>	82
Figura 27: <i>Pregunta N° 3.1.5.</i>	83
Figura 28: <i>Pregunta N° 3.1.6.</i>	84
Figura 29: <i>Pregunta N° 3.1.7</i>	85
Figura 30: <i>Pregunta N° 3.1.8</i>	86
Figura 31: <i>Pregunta N° 3.1.9.</i>	87
Figura 32: <i>Pregunta N° 3.1.10.</i>	88
Figura 33: <i>Pregunta N° 3.1.11.</i>	89
Figuras 34 y Figura 35: <i>Pregunta N° 3.1.12).</i>	90
Figura 36: <i>Pregunta N° 3.1.14</i>	91
Figura 37: <i>Pregunta N° 3.1.15).</i>	92
Figura 38: <i>Pregunta N° 3.1.16</i>	93
Figura 39: <i>Pregunta N° 4.2.</i>	95
Figura 40: <i>Pregunta N° 4.3.</i>	96
Figura 41: <i>Pregunta N° 4.4).</i>	97
Figura 42: <i>Pregunta N° 4.5</i>	97
Figura 43: <i>Pregunta N° 4.6</i>	98
Figura 44: <i>Pregunta N° 4.7</i>	99
Figura 45: <i>Pregunta N° 4.8</i>	100
Figura 46: <i>Pregunta N° 4.9</i>	101
Figura 47: <i>Pregunta N° 4.10</i>	102
Figura 48: <i>Pregunta N° 4.11</i>	103
Figura 49: <i>Pregunta N° 5.1</i>	105
Figura 50: <i>Pregunta N° 5.2</i>	106

Figura 51: <i>Pregunta N° 5.3.</i>	107
Figura 52: <i>Pregunta N° 5.4</i>	108
Figura 53: <i>Pregunta N° 5.5</i>	109
Figura 54: <i>Pregunta N° 5.6.</i>	110
Figura 55.....	112
Figura 56.....	113

Índice de Anexos

Anexo 1. Escala de gravedad de la discapacidad intelectual según el DSM-V	141
Anexo 2. Cuestionario aplicado a las adolescentes	144
Anexo 3. Consentimiento informado	147
Anexo 4. Encuesta dirigida a funcionarios de Organismos gubernamentales.....	148
Anexo 5. Encuesta dirigida a funcionarios de organismos no gubernamentales.	149
Anexo 6. Síntesis de la encuesta dirigida a funcionarios de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.....	150
Anexo 7. Árbol de problemas identificados en diagnóstico.....	154
Anexo 8. Ejemplo de genograma elaborado.....	155
Anexo 9. Ejemplos de test de la figura humana	156
Anexo 10. Fotografías descriptivas	162

Resumen

El presente trabajo investigativo, presenta una síntesis de los resultados obtenidos de la implementación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA) en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive” de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo enero a diciembre de 2014, detallando las principales actividades llevadas a cabo por los funcionarios de los organismos gubernamentales encargados de la ejecución de la política pública, con el propósito de disminuir el número de embarazos en adolescentes del sector, así como la labor efectuada por los organismos no gubernamentales que han venido trabajando en esta temática. Se exponen además las principales fortalezas y nudos críticos enfrentados por la estrategia al ser aplicada en la población objeto de estudio, explicando las razones por las que la ENIPLA no continuó ejecutándose durante el año 2015, así como el criterio de los profesionales en cuanto a los aspectos a considerar al momento de plantear una política pública orientada a la disminución de embarazos en adolescentes.

Además se muestra un estudio realizado a profundidad, para determinar el contexto social en el que se desarrolla la problemática, haciendo énfasis en los factores de tipo biológico, social y psicológico causales de los embarazos en las adolescentes identificadas, para finalmente establecer las respectivas conclusiones, recomendaciones y el planteamiento de una propuesta de intervención psicosocial que considere dichos aspectos, cuyo eje transversal sean los derechos humanos.

Abstract

The present research work, presents a synthesis of the results obtained from the implementation of the National Intersectoral Family Planning Strategy and adolescent pregnancy prevention (ENIPLA) in the population served by the Santo Domingo's Health Circuit "Cristo Vive", in the province of Santo Domingo de los Tsáchilas in the period from January to December of 2014, detailing the main activities carried out by officials of government agencies responsible for the implementation of the public policy in order to decrease the number of teen pregnancies in the sector as well as the work done by non-governmental organizations that have been working in this field.

It also outlines the main strengths and critical issues faced by the strategy to be applied in the studied population, explaining the reasons why the ENIPLA did not continue to be implemented during 2015, as well as the criterion of professionals about the aspects to consider at the moment of developing a public policy aimed at the reduction of teenage pregnancies.

Also a study of depth is shown, to determine the social context in which the problem develops, emphasizing the biological, social and psychological causal factors on identified teen pregnancy, to finally establish the respective conclusions, recommendations and the approach of a proposal for a psychosocial intervention that considers all these aspects, , and human rights as a crosscutting issue.

Introducción

Marco contextual

La situación global sobre el embarazo en adolescentes es alarmante; según el Informe Maternidad en la niñez: “Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), “cada día 20000 menores de 18 años dan a luz en los países en desarrollo y unas 200 mueren como consecuencia de embarazos o partos”.

El mencionado informe indica que el embarazo a edades tempranas se ha convertido en una preocupación global, pues cambia la vida de miles de personas y rara vez para bien. La ayuda que necesitan los adolescentes varía de acuerdo a sus características particulares, y los diferentes contextos socioculturales. Las menores de 18 años en situación de pobreza, que tienen poca educación o viven en áreas rurales son más proclives a quedar embarazadas que las adolescentes que viven en zonas urbanas y educadas; asimismo, las adolescentes que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginado, o que tienen un acceso limitado o nulo a la educación sexual y reproductiva tienen un mayor riesgo de concebir a una edad temprana.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hasta el año 2013, el Ecuador registraba uno de los índices más altos de embarazos en adolescentes en América Latina. De 3,6 millones de madres, 122 301 son adolescentes de entre 10 y 19 años, de acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda de 2010.

Durante el 2011 se registraron 45 708 partos de madres adolescentes; la mayoría de casos se centran en las provincias de la región Costa en un 55.3 %; seguido por la región Sierra en un 38.4 %. La Amazonía registra un porcentaje del 6.3 %, mientras que en la Región Insular el porcentaje es de 0.14 % (INEC, 2013).

De acuerdo al INEC, del total de madres adolescentes, el 34.1 % tiene instrucción primaria, mientras que el 56.7 % tienen instrucción secundaria.

El 55.8 % vive en unión libre; el 20.2 % son madres solteras, el 15.7 % son casadas y el 8.3 % son separadas, divorciadas o viudas.

En lo que respecta al ámbito económico: el 75.2 % pertenecen a la Población Económicamente Inactiva (PEI) y apenas el 24.8 % pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA).

Hasta abril del 2015, las autoridades hablaban de una reducción de los embarazos, en mujeres de 12 a 19 años de edad. En 2010 la tasa de embarazo por cada 1000 mujeres fue del 60.6% y se redujo a 56.08%, sin embargo, existió el incremento en los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, pues la tasa de embarazo por cada 1.000 mujeres en este rango de edad fue de 1.98% en el año 2010 y ésta se incrementó a 2.16% en 2014 según indicó el Presidente de la República, Rafael Correa Delgado en el enlace ciudadano 417 del 28 de febrero de 2015 en base a los datos oficiales del INEC. El Primer mandatario hizo énfasis en que las cifras reflejaban la necesidad de replantear una nueva estrategia que considere a la familia como el pilar fundamental en la prevención de embarazos, anunciando de esta manera el Plan Familia Ecuador, que tendría como misión, “brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad para adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida a la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables” (Correa, 2015).

Durante el año 2013, la Dirección Provincial de Salud de Santo Domingo de los Tsáchilas (DPS), registró un total de 2 915 casos de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años, estimando un incremento en los embarazos en el grupo poblacional de 10 a 14 años (DPS, 2011-2013), lo cual es alarmante tomando en cuenta que es la población más joven del grupo de este estudio. Actualmente la cifra no se conoce en su totalidad debido a la

Estos sectores comparten características en común desde su origen hasta la actualidad, al haber formado parte de una invasión de tierras que se reconocieron inicialmente como pertenecientes a Oleaginosas del Ecuador Cía. Ltda. y posteriormente se independizaron.

En esa área de terreno se asentaron, aproximadamente, mil 700 familias de muy escasos recursos económicos que buscaban esperanzas conseguir, incluso por esa vía, un lugar propio donde vivir. Así, fueron construyéndose poco a poco humildes y rústicas viviendas; hubo una pugna de poderes entre los socios y los dirigentes de ese entonces, lo cual dividió a la organización cooperativista; ello se evidenció en la fragmentación de los terrenos.

Tal como sucedió con otras Cooperativas de Santo Domingo, la “Cristo vive”, y las Cooperativas aledañas surgen por la necesidad de vivienda de las personas, quienes en la búsqueda de un techo bajo el cual cobijarse, se vieron en la necesidad de empezar a construir sus casas de una manera desordenada y sin planificación alguna; lo que se evidencia hasta ahora en la falta de acceso a servicios básicos, los que no han sido dotados en su totalidad por parte de las administraciones municipales; además se ha constituido en una zona de alto riesgo social por sus altos niveles de delincuencia, violencia al interior y exterior del núcleo familiar, pobreza, necesidades básicas insatisfechas, falta de servicios básicos y como problemática de nuestro interés, un elevado número de casos de embarazos en adolescentes.

A partir del año 2012 se ejecutó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA); como política pública coordinó acciones y programas para garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de la acción conjunta de: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Inclusión

Económica y Social (MIES), articulados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), a fin de prevenir el embarazo en adolescentes; disminuir el número de embarazos no planificados; prevenir la mortalidad materna, la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma (MCDS, 2013).

Una de las metas planteadas por la Estrategia en mención inicialmente fue la de *“Reducir en un 25% los embarazos en adolescentes”*, sin embargo, las estadísticas dan cuenta de la permanencia de la problemática y los resultados obtenidos no fueron los esperados.

Así, en el Circuito de salud “Cristo Vive”, se registró un total de 51 casos de embarazos en adolescentes en el año 2012; incrementándose la cifra a 65 casos en el año 2013 y un total de 61 casos desde enero a diciembre de 2014, según información del Departamento de Estadística del Distrito de salud 23 D01 de Santo Domingo de los Tsáchilas (MSP, 2014).

Sin embargo, en el proceso investigativo se pudo confirmar no solo la persistencia de la problemática, sino la presencia de adolescentes que no constaban en los registros del Centro de Salud.

Problema, sistematización del problema

La presente investigación se desarrolló en base al planteamiento de la siguiente interrogante básica:

¿Por qué el elevado número de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud Cristo Vive de Santo Domingo, pese a la aplicación de la ENIPLA como política pública?

Dicha pregunta fue sustentada con los siguientes planteamientos complementarios:

¿Cuáles han sido los factores de incidencia de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud Cristo Vive?

¿Cuál ha sido la intervención de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales en la prevención de esta problemática?

¿Qué papel está asumiendo la familia frente a esta problemática?

¿Cuáles han sido los resultados en cuanto a fortalezas y dificultades que enfrentó la ENIPLA al ser aplicada en la población atendida por el Circuito de Salud Cristo Vive?

Línea de investigación

Sostenibilidad del Desarrollo Humano Integral.

Objeto de estudio

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo social.

Campo de acción

Aplicación de la política pública en el Circuito de Salud Cristo Vive de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014.

Objetivos

Objetivo General.

Determinar los resultados obtenidos con la implementación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en

Adolescentes (ENIPLA) en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive” de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014”.

Objetivos Específicos.

- Identificar la incidencia de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud Cristo Vive de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, así como sus causas y consecuencias.

- Determinar el papel que han desempeñado las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la prevención de embarazos en adolescentes en el sector.

- Analizar los resultados obtenidos, las fortalezas y los nudos críticos que enfrentó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA) al ser aplicada en la Cooperativa de vivienda “Cristo vive” de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014.

Variables: (dependientes, independientes)

La presente investigación contempla dos tipos de variables con sus respectivos indicadores:

Variable dependiente.

Índice de embarazo en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive” de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014.

Indicadores:

- Casos registrados en 2014

- Factores biológicos, socioeconómicos y culturales
- Factores psicológicos

Variables independientes:

Aplicación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA)

- Intervención social de Organismos Gubernamentales en función de los objetivos de la ENIPLA
- Intervención social de Organismos No Gubernamentales
- Resultados de la aplicación de la ENIPLA (fortalezas y nudos críticos).

Hipótesis o Ideas a defender

La aplicación de la ENIPLA en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive” de Santo Domingo, no ha disminuido el porcentaje esperado de embarazos en adolescentes en el período enero a diciembre de 2014.

Población y muestra

El estudio investigativo se efectuó a toda la población de 61 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, atendidas por el Circuito de Salud “Cristo vive” en el período enero a diciembre de 2014, teniendo en consideración la definición de la OMS sobre adolescencia.

No se aplicó ninguna fórmula de muestreo debido a la necesidad de aplicar las encuestas a la totalidad de la población.

Metodología

Para la presente investigación se emplearon técnicas e instrumentos que permitieron recabar la información necesaria según etapas, tal como se detalla a continuación:

a) Fundamentación teórica:

Se recabó información de fuentes bibliográficas y documentales (documentos físicos y digitales) que permitieron orientar la investigación en cuanto al tema del embarazo en adolescentes; asimismo mediante entrevistas semi-estructuradas se nutrió el tema mediante el criterio emitido por los profesionales a cargo de la implementación de la ENIPLA en el Circuito de Salud “Cristo Vive” y otros Organismos Gubernamentales y no gubernamentales a cargo de la Estrategia durante el periodo enero a diciembre de 2014, así también se logró conocer los datos estadísticos en base a los cuales se centró el estudio.

b) Diagnóstico del Problema:

Para la elaboración del diagnóstico, a más de contar con la información recabada de fuentes de investigación secundaria, fue indispensable realizar un acercamiento a la población objeto de estudio, mediante la investigación de campo, la cual permitió la aplicación de técnicas e instrumentos acorde a la necesidad y en función de los objetivos que se persiguieron, como se detalla en el capítulo dos.

c) Tratamiento y análisis de la información:

La información recopilada, producto de la investigación documental y de campo fue analizada y debidamente estudiada comparando y contrastando una con otra.

Se partió del análisis teórico (investigación documental) del tema a investigar para posteriormente comprobar su validez en el campo (investigación de campo) en el que se centró el estudio bajo el punto de vista pragmático.

d) Presentación de resultados (redacción de la tesis)

Posterior al análisis de la información, se esbozó de manera sistemática y ordenada los datos, guardando coherencia e interrelación entre sí, para finalmente establecer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

1. Fundamentación teórica

1.1 El Desarrollo Humano Integral.

El ser humano se encuentra en un constante cambio, no sólo en lo referente a los avances tecnológicos de lo cual estamos al tanto, sino también en todo lo que se refiere al desarrollo de individuo en sí mismo como persona. Es por ello que el concepto de desarrollo humano se ha ido alejando progresivamente de la esfera de la economía únicamente, para incorporar otros aspectos igualmente relevantes para la vida, como la cultura, que también fue redefiniendo su papel frente al desarrollo, mismo que ha sido definido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo como el proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas, que se concreta en una mejora de la esperanza de vida, la salud, la educación y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno, sin embargo, considera que el verdadero progreso en el desarrollo humano, no es solo una cuestión de ampliación de las opciones fundamentales de las personas y de su capacidad para recibir educación, estar sanos, tener un nivel de vida razonable y sentirse seguros, sino también es una cuestión de cuán seguros son estos logros y si las condiciones son suficientes para el desarrollo humano sostenido; en este sentido cualquier recuento de avances en el desarrollo humano estaría incompleto sin la exploración y evaluación de la vulnerabilidad humana, término empleado para describir las perspectivas de erosión de las capacidades y opciones de las personas (PNUD, 2014, pp. 1-2).

Este Informe defiende que la mejora sostenida de las capacidades de los individuos y las sociedades es necesaria para reducir las vulnerabilidades persistentes, muchas de ellas estructurales y muchas de ellas vinculadas al ciclo de vida; en este sentido, el

progreso ha de centrarse en la promoción del desarrollo humano *resiliente*, entendiendo este último término como la capacidad de hacer frente a las calamidades y/o adaptarse a diferentes eventos adversos.

A través de la introducción de nuevos términos y conceptos, se pretende generar un desarrollo humano “integral”, que conduzca a ubicar al ser, en todas sus esferas, no únicamente desde el plano de lo económico; pues el desarrollo es un proceso complejo de interacciones multidimensionales donde juegan un importante papel los diferentes entornos y modos de vida de las personas, las organizaciones y grupos sociales, la familia como la célula fundamental de la sociedad, y en general, las personas en su individualidad, en pro del bienestar común, centrado en sus derechos y responsabilidades.

1.2 Políticas públicas y desarrollo humano.

Las políticas de estado y las redes de apoyo comunitario pueden mejorar o disminuir la resiliencia humana; si éstas van encaminadas al fortalecimiento de los tejidos sociales más básicos, facultarán a las personas a superar las amenazas cuando y dondequiera que surjan constituyéndose cada individuo en apoyo del otro, mientras que, aquellas políticas que propendan a la desintegración y persecución de intereses individuales egoístas promoviendo una desigualdad horizontal pueden hacer disminuir la capacidad de supervivencia de grupos concretos. Como lo define Velásquez, (2009):

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática (...), hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (p.156).

Las políticas sociales están muy ligadas al concepto de desarrollo humano, pues es en su formulación que se tejen los lineamientos que regirán la vida de una nación y en su aplicación (correcta o no) se determinará el destino de las generaciones futuras.

Las políticas sociales deberán responder a un diagnóstico real del problema sobre el cual se pretende intervenir, tomando en cuenta las escalas de valores presentes y el contexto en el cual se desenvuelve la problemática; este diagnóstico se elaborará con la participación activa de la ciudadanía, y no se limitará a la mera aplicación de lineamientos trazados desde entornos muy diferentes a los de cada realidad social; ello solo se logrará con el involucramiento de la ciudadanía y la exposición de sus criterios, posturas e intereses a través de los diversos mecanismos de participación ciudadana y mediante el compromiso y responsabilidad social que asuman las autoridades en la gestión pública.

Sin embargo, debemos comprender tal como lo detallan Smale, Tuson, & Statham, (2003) que:

El trabajo social como profesión o las acciones encaminadas en pro de la sociedad como en el caso de las políticas sociales no son, ni pueden ser, una fuerza todopoderosa que resuelva los problemas sociales de los individuos o las comunidades y sociedades en las que viven. Sin embargo, refieren debe propenderse a que se genere un equilibrio entre: hacer cosas *con* las personas, *por* las personas, *para* las personas en nombre de otras y *Capacitar* a las personas para que hagan las cosas por su cuenta, ahí está el reto (pp. 44-45).

1.3. La adolescencia en el marco de las políticas públicas.

1.3.1 Definición de adolescencia.

Muchos son los intentos que se han realizado por tratar de definir la adolescencia, aquella etapa por la que todos los ahora adultos tuvimos que atravesar; sin embargo, el pretender definirla resulta extremadamente complejo, pues es una etapa que se vive de manera diferente en cada individuo.

Pocas épocas de la vida de una mujer resultan ser tan abrumadoras y vitales como la adolescencia (...). Muchos sabios han escrito sobre la misma y cada uno, aun describiendo lo mismo, han dicho palabras distintas, han dibujado imágenes muy diferentes; es lo que caracteriza a la adolescencia. Realidades iguales más todas distintas (Cabero, 2007, p. 15).

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los/las adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (UNICEF, 2011); definición que es compartida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien además considera dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (OMS, 2015).

Por otro lado en la legislación ecuatoriana, el artículo 4 del Código de la Niñez y adolescencia define: “Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad” (Congreso Nacional, 2003).

Lo cierto es que la adolescencia es un periodo de transición y cambio, tiene más que ver con *lo que no es* que con *lo que sí es*. La adolescencia no es la etapa de maravilla y curiosidad de la infancia, pero tampoco la etapa de madurez y rumbo que se supone que es la adultez (Townsend, 2006, pp. 65-66).

Asimismo, define la adolescencia como una fase de la vida de transición entre la infancia y la adultez; etapa caracterizada sobre todo por los cambios permanentes que se evidencian en su conducta, y todos ellos al mismo tiempo.

Estudios demuestran que los adolescentes fluctúan entre sus valores, opiniones y percepciones; lo que los vuelve muy impredecibles; el adolescente vive cambios importantes en distintas áreas, cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales, mismos que los llevan a tomar una serie de decisiones, y sean éstas relevantes o no, todas ellas contribuyen de una u otra forma a forjar su presente y futuro.

Sin embargo, en torno a todos estos cambios mencionados en la actualidad existe un consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional, como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos (Domínguez, 2006).

En este sentido, se torna de vital importancia el aprovechar esta etapa de la vida de los individuos, a fin de potenciar sus capacidades e impulsarlos a desarrollar plenamente sus intereses y aptitudes, y, asumiendo nuestra responsabilidad como miembros de la sociedad de la cual formamos parte, debemos promover la generación de espacios que brinden oportunidades para su desarrollo, y no subestimarlos o menospreciarlos al considerarlos como “un problema” para la sociedad.

1.3.2 Adolescencia, sus derechos y deberes.

La intención de involucrar activamente a los y las adolescentes en la implementación de las distintas estrategias que plantea el Gobierno, tiene como fin principal, el convertirlos en actores de su propio desarrollo; mismo que no podría llevarse a cabo sin el pleno cumplimiento de sus derechos, pero también de sus deberes y obligaciones como individuos que forman parte del tejido social.

Las políticas públicas deberán ampararse en el marco de los derechos de la ciudadanía, pero también velarán por el cumplimiento de sus deberes, pues hoy en día que tanto se habla de la defensa de derechos, en ocasiones se olvida que cada derecho está ligado perennemente a un deber y “nuestros” derechos terminan cuando comienzan los de los demás, por ello tengo el deber de respetar los derechos de los demás y sus formas más profundas de pensamiento. Cuando esto no sucede, se tiende a caer en imposiciones y

posturas radicales que perjudican el desarrollo de la sociedad en lugar de potenciarlo. Para Díaz, (s.f)

Los derechos son un conjunto de exigencias éticas que preceden a todo orden legal de cualquier país, un horizonte de valores humanos universalizable por encima de creencias, religiones y filosofías. Son un intento de que los seres humanos utilicen su razón y su libertad para construir un mundo mejor, una utopía razonable (p.1).

En lo que respecta a derechos de los y las adolescentes, la Constitución Política de la República del Ecuador, ubica a este conjunto generacional dentro de los grupos de atención prioritaria. El Artículo 35 menciona que los adolescentes al igual que otros grupos recibirán atención de manera prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Más adelante, el artículo 39 menciona que el Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos (Asamblea Constituyente, 2008). Asimismo, el inciso segundo del artículo 44 refiere que:

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como el proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad; entorno que permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo- emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (Asamblea Constituyente, 2008, p. 34).

Como se menciona, los adolescentes deben ser tomados en cuenta de manera integral, sin dejar de considerar ninguna de sus esferas de desarrollo, aún más al considerar las complejas situaciones en la que muchos de ellos se encuentran, como es el caso particular en la presente investigación: al atravesar por un embarazo precoz.

El tema de los derechos es un asunto complejo, que va más allá del cumplir y hacer cumplir normas prescritas en los diferentes documentos jurídicos vigentes. El tema conlleva entenderlos en su mayor magnitud y significado, analizar el trasfondo ético,

psicológico y social que los define y los convierte en pautas de convivencia para la sociedad.

No se puede defender lo que no se conoce, y menos aún aquello que, aunque se conoce, no es entendido, mucho menos vivido, pero, ¿conocen los adolescentes verdaderamente sus derechos?; si realmente los conocen ¿tienen suficiente comprensión de los mismos?, ¿Cuál es su naturaleza y alcance? ¿Dónde empiezan y dónde terminan?

Si bien es cierto, las entidades de desarrollo social, de protección de grupos vulnerables, organismos gubernamentales y no gubernamentales han venido trabajando en el tema de los derechos a fin de que las personas se involucren y poco a poco se empoderen de aquellos procesos que propenden a mejorar la calidad de vida de las personas, no obstante los intentos por promover la participación de los involucrados no han sido los más satisfactorios o no han abarcado a gran parte de la población; podríamos pensar quizá en que la forma de transmitirlos no ha sido la más idónea, acorde a su realidad, o talvez se han traducido en acciones puntuales que no han tenido la continuidad necesaria como para trabajar en procesos a mediano y/o largo plazo.

En lo referente a derechos sexuales y reproductivos, su reconocimiento en la Constitución ecuatoriana de 1998, marca sin duda un hito en la redefinición de los derechos humanos y su impacto en los diversos aspectos sociales. El Estado ecuatoriano ha establecido cambios notables en su legislación, partiendo por la eliminación de leyes discriminatorias presentes en cuerpos legales diversos, como por ejemplo la despenalización de conductas homosexuales descritas en el antiguo código penal, hasta llegar a plasmar en los mismos un conjunto de derechos que propenden a la inclusión de grupos poco considerados, no visibilizados y hasta cierto punto mal tratados.

En lo que respecta a los derechos de las mujeres, la sociedad de hoy es muy demandante sobre lo que espera acerca de las mismas, cosa que no ocurría hace años atrás,

pues se pensaba que la mujer estaba limitada únicamente a las labores domésticas y que no eran capaces de desarrollarse en un ámbito diferente a éste; sin embargo, con los logros alcanzados en el campo de los derechos de la mujer, la inclusión de la misma en la vida pública, en el ámbito educativo y laboral, podemos darnos cuenta de la equivocación de aquel entonces al subestimar la capacidad de las mujeres, no obstante, se percibe hoy en día el surgimiento de un movimiento en extremo opuesto al de antaño; un rechazo hacia el trabajo de la mujer dentro del hogar y el menosprecio hacia aquellas mujeres que tomaron la decisión de permanecer en su hogar y cuidar de los hijos que decidieron procrear.

Hoy en día que tanto se habla de igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres parecería ser que realmente existe esa tan esperada equidad de condiciones, pero ¿realmente es así?

La respuesta es una interrogante que ante la mirada de muchos quedaría aún sin responder, sin embargo, no podemos hacer generalizaciones al respecto, ya que cada ser como individuo debe hacerse responsable de la promoción de sus propios derechos, darse el valor que considere tener y fomentar su participación en los distintos ámbitos en los que a su propio criterio considere valioso hacerlo.

1.4. El embarazo en Adolescentes, un problema o el síntoma.

Hablar de una realidad tan extraña como puede representar una gestación en el contexto de la adolescencia constituye una prueba de adaptación forzada Cabero (2007), que evidencia cambios, tanto biológicos, como psicológicos y cuya importancia influirá en el devenir de hechos presentes y futuros (pp. 15,16).

El embarazo en adolescentes no solamente implica cambios en la vida de la madre quien lleva un niño que se desarrolla al interior de su vientre, sino también en las personas que forman parte de su entorno familiar y social más cercano.

Cabe aquí hacer una aproximación al contexto social en el que hoy en día se desarrolla la problemática estudiada, pues debemos tomar en cuenta que el embarazo en adolescentes como cualquier otro problema social no es un fenómeno que debe estudiarse de manera aislada, sino como parte de un entorno social complejo, en el que convergen diversidad de criterios y posturas, factores de protección y riesgo; en este sentido no debe entonces ser analizado desde una sola perspectiva.

Pero, ¿es el embarazo en la adolescencia un problema en sí mismo?, o ¿es más bien el síntoma que subyace detrás de otros problemas?; la presente investigación dará la pauta para responder los enunciados en cuestión.

En términos de las “causas” que conducen a estos embarazos, Stern, (2003) plantea:

Hace diez años se ponía énfasis en factores individuales y familiares; la escasa información con respecto a la sexualidad y la reproducción, características psicológicas tales como la baja autoestima, la poca motivación al logro, la escasa capacidad de planear, la inestabilidad familiar, etcétera (pp.727).

Sin embargo la mirada que el autor en mención da al tema del embarazo en adolescentes pretende rebatir dichos argumentos, proponiendo respuestas alternativas.

Sin embargo, el asunto no es tratar de encontrar una explicación única al tema del embarazo en adolescentes como si hubiese una causa determinante que explique este fenómeno en cualquier contexto social, ni tampoco crear una receta para contrarrestarlo, pues cada fenómeno social debe ser analizado desde el contexto en el que se desarrolla, sin pretender generalizaciones que en muchos de los casos pueden estar alejadas de la realidad.

La prevención del embarazo adolescente es una prioridad para el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, con importantes implicaciones

para el desarrollo social y la salud pública que impactan en la salud de las madres adolescentes y de los recién nacidos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), refiere que esta situación afecta a las mujeres de los sectores más vulnerables de la población, al desarrollo educacional de la madre, incide en que los hijos e hijas de estas madres jóvenes puedan presentar problemas de salud, y perpetúa el círculo de la pobreza, entre otros factores. Se vincula además a ciertas determinantes sociales y evidencia importantes inequidades sociales y de género (UNFPA, 2012).

Por ello resulta importante aquí hacer una aproximación a los diferentes contextos sociales en los que existe una mayor prevalencia de casos de embarazos en adolescentes, para analizar particularmente sus causas, entendiendo el entorno del que forman parte madres y padres adolescentes, a fin de intervenir de acuerdo a la realidad y no al imaginario social, considerando los factores que puedan estar incidiendo en la persistencia de esta problemática, y las consecuencias que se derivan de los mismos.

1.5. Factores que inciden en la persistencia de la problemática.

Como se detalló anteriormente, el embarazo en adolescentes no es un fenómeno que debe estudiarse de manera aislada, pues en él se conjugan una serie de factores que influyen de una u otra manera en su persistencia como se explica a continuación:

1.5.1 Factores Biológicos

Consideramos a la aparición de la primera menstruación (menarquia), en las adolescentes como el único factor biológico de relevancia a la hora de explicar el embarazo desde este punto de vista, pues sabemos que la condición biológica básica para que pueda producirse un embarazo es que al interior de la matriz (útero) de la mujer exista

un óvulo esperando a ser fecundado por un espermatozoide que a su vez sea depositado por un hombre que ya tuvo su primera eyaculación; como expresa Domínguez, (2006) “La capacidad reproductiva se asocia a la producción de espermatozoides en el varón, y en la mujer, a la posibilidad de ovular y quedar embarazada” (p. 67).

En lo que respecta al nacimiento de la feminidad Cabero, (2007) explica que el mismo ocurre durante la pubertad. Éste es el período en la vida de la mujer en el que aparecen los caracteres sexuales secundarios y la primera menarquia. Según el autor, esta etapa se inicia aproximadamente entre los ocho y diez años y culmina a los dieciséis o diecisiete, momento en que se adquiere la capacidad reproductora. Se denomina pubertad precoz (antes de los nueve años) a la que ocurre antes de tiempo, aunque es muy rara.

Mientras que la pubertad tardía (después de los dieciséis años) es la que se da después de tiempo (más frecuente) o incluso no llega a ocurrir. Esto es diferente a la nubilidad, que es la edad en que la niña se hace fértil. Se necesita un tiempo que es variable, hasta que el ciclo se regula y se vuelve periódico. Al principio los ciclos son anovulatorios y luego, poco a poco, alrededor de los quince o dieciséis años, se normalizan en cuanto al tiempo, a la cantidad de material menstrual expulsado y, sobre todo porque son ovulatorios. Ello no quiere decir que en ciertos casos, ya desde el inicio de la regla, los ciclos pueden ser ovulatorios, y por tanto haya posibilidad de embarazo. De hecho, se han dado casos de gestaciones en niñas de diez o doce años de edad (p. 29).

Lo cierto es que la maduración sexual estimula la atracción sexual y sirve de base a la consumación de relaciones sexuales entre los adolescentes; en muchos de los casos estas relaciones son inestables y promiscuas, por la elevada necesidad del adolescente de explorar su cuerpo y tener experiencias con el otro en este terreno, mismas que pueden tener consecuencias indeseadas si la práctica en el ámbito sexual se produce de forma

indiscriminada y sin que medien lazos afectivos, teniendo como posibles consecuencias, la aparición de enfermedades de transmisión sexual o un embarazo precoz.

1.5.2 Factores socioeconómicos y culturales

El tema del embarazo en adolescentes está estrechamente ligado a la condición social, económica y cultural en la que los mismos se desenvuelvan. El entorno social y familiar del que forme parte un adolescente influirá en la toma de sus decisiones las cuales se basarán en una serie de valores y expectativas, construcciones y creencias que el mismo fue incorporando y/o descartando a lo largo de su infancia hasta llegar a esta compleja etapa de su vida.

En base a las investigaciones realizadas en distintos países en los que las cifras de embarazos en adolescentes se han incrementado y continúan en aumento, se aduce que el fenómeno estudiado, continúa evidenciándose en localidades cuyas familias son de estratos sociales bajos, con bajos niveles de escolaridad en sus miembros y se lo asocia, con pocas excepciones, directamente a lugares en que los niveles de pobreza son elevados, donde no cuentan con acceso a servicios básicos o servicios de salud de calidad. Como hacen referencia Ayala & García, (2001) “El inicio de la relación sexual a una edad temprana es una costumbre generalizada en las comunidades campesinas, en los barrios pobres de la periferia de las zonas urbanas y entre las clases sociales más pobres de la ciudad” (p. 395).

Asimismo al problema se lo relaciona a hogares donde abundan conflictos familiares, cuyos miembros en muchos de los casos son víctimas de abuso sexual o algún tipo de maltrato, familias cuyos miembros presentan problemas de adicción a drogas, u hogares que se encuentran en proceso de desintegración.

Se cree además que la falta de información o la información inadecuada sobre métodos de anticoncepción y prevención de embarazos no deseados, sumada a patrones culturales y familiares que convierten a la sexualidad en un tema tabú, han sido también los causantes de la persistencia de este tipo de embarazos, sin embargo, ello no implica que la solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. Según Stern (1997), en algunos sectores de la población rural y marginal urbana, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo. Lo que se relaciona con la falta de un proyecto de vida en los adolescentes; quienes en la mayoría de los casos no han logrado fijar metas a corto, mediano y/o largo plazo, producto de conductas aprendidas en sus propios hogares, lo que ha desencadenado en la repetición de patrones culturales que perpetúan las condiciones de pobreza; es decir, hablamos de un círculo interminable de generación a generación.

Al hablar de las consecuencias que producen los embarazos en las mujeres adolescentes, éstos implican mayores riesgos. Los riesgos derivan de dos situaciones: una de tipo biológica determinada por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y la otra, condicionada por factores psicosociales. Una mujer adolescente embarazada está expuesta a enfermedades como preeclampsia y eclampsia,

disminución del crecimiento de su bebé, violencia física, psicológica y afectiva, además de las consecuencias sociales y económicas posteriores (MSP, 2015).

De esta manera la culminación del embarazo con el nacimiento de un nuevo ser en el mejor de los casos, no ocurre, dejando en las familias secuelas de mucho dolor.

Sin embargo, además de los factores externos que se ha mencionado, existen otros a nivel interno, los cuales se expondrá a continuación.

1.5.3 Factores psicológicos

Para Domínguez, (2006), existe una relación directa entre las transformaciones puberales a nivel biológico y la esfera auto valorativa, incluida la imagen corporal y también a la valoración que recibe el sujeto en sus relaciones de comunicación con adultos y coetáneos; según la autora, un elemento de importante repercusión psicológica lo constituye el problema de la maduración física temprana o tardía, así, los varones que presentan una maduración física acelerada provoca que las personas los traten como adultos, reforzando su independencia, hecho que no suele ocurrir con los de maduración física tardía. Este fenómeno ocurre con menor frecuencia en las mujeres, por el estereotipo esencial de fuerza física ligado a la figura masculina.

Sin embargo, durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, el egocentrismo de la etapa hace asumir a las adolescentes que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia (Romero, s.f).

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El

"machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.

La literatura y estudios demuestran también que muchas de las adolescentes optaron por el embarazo, no necesariamente por una cuestión de repetición de patrones aprendidos en sus progenitores u otros familiares, sino que encontraron en el embarazo la "salida", a problemas al interior de su hogar o la búsqueda de un referente paterno, quien en muchos de los casos resulta doblar a las jovencitas en edad, lo que a su vez desencadena en otros problemas de tipo legal.

En este ámbito se considera de relevancia analizar las conductas de las menores que se asocian al embarazo, las características de sus familias, el apoyo social y familiar percibido, el nivel intelectual de estas jóvenes, su autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología depresiva.

Para el presente estudio, se ha considerado como principales factores psicológicos de influencia los siguientes: la repetición de patrones familiares, planteándola como un tema cultural pero de origen psicológico el cual se estudiará a continuación; por otra parte, el asunto de las carencias afectivas es también tema de interés, así como la discapacidad intelectual y su relación con el embarazo en adolescentes, un tema poco explorado en relación con este fenómeno.

1.5.3.1 Repetición de patrones familiares en la persistencia de embarazos en adolescentes.

Minuchin (1974), sostiene que la familia no es una entidad estática, sino que está en un continuo movimiento; constituye un factor sumamente significativo, es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el

interior, que se refleja en la protección psico-social de sus miembros y desde el exterior donde se permite la acomodación a una cultura y la transformación de esa cultura, como es citado en UNAM, (2010).

Yáñez, (s.f, p.6) afirma que:

En los estudios de grupos como la familia o la sociedad entera, se puede apreciar que la conducta de una persona hacia otra muestra patrones recurrentes. Las relaciones interpersonales no ocurren de manera aleatoria, sino parece que siguen reglas, como el argumento de una obra de teatro.

En este sentido, los acontecimientos, conductas, pautas de comportamiento de los miembros de una familia parecen repetirse y transmitirse de generación a generación, pero no únicamente los aspectos de índole familiar positivos o protectores, sino también las conductas disfuncionales que perjudican a las familias venideras y por ende a la sociedad entera.

Pero ¿cómo se aprenden estos papeles?, la respuesta es mediante entrenamiento o por imitación al identificarnos con los papeles asequibles, y a medida que se envejece se imita la conducta de personas cuyo ejemplo resulta ser un “modelo” a seguir.

La tendencia a repetir patrones de conducta dependerá también del criterio de “normalidad”, con el que sea catalogada determinada acción o inacción y en lo referente al fenómeno de los embarazos en adolescentes, es conocido que en determinados contextos socioculturales, el hecho en mención es considerado por la gran mayoría de adolescentes y/o sus familiares como “normal” y aceptado, lo que no ocurre en otras localidades con características sociales diferentes.

Sin embargo, el que ciertas familias consideren como normal un embarazo en la adolescencia, no significa necesariamente que sea conveniente, considerando las consecuencias que se desencadenan producto de éste.

1.5.3.2 Carencias afectivas y su relación con el embarazo en adolescentes.

Tanto la literatura, los diferentes estudios investigativos y el sentido común nos dicen que cada niño tiene ciertas necesidades que son básicas en relación a su desarrollo evolutivo; los adultos tienen las mismas necesidades, sin embargo hay autores que señalan que satisfacer cierto tipo de necesidades como: el sentirse importantes, seguros, ser aceptados, amar y ser amados, ser alabados, disciplinados, entre otras, constituyen aspectos que deben ser considerados de suma importancia en los primeros años, cuando empiezan a moldearse las actitudes y maneras de enfrentarse a la vida (Drescher, 1983, p. 7).

El autor indica que si estas necesidades no se satisfacen de manera adecuada y a tiempo, es más probable que el niño tenga más problemas de adaptación y trate de encontrar satisfacer sus carencias por caminos generalmente equivocados y muchas veces dolorosos.

Las recientes investigaciones sobre el vínculo afectivo sostienen que las primeras guías de desarrollo que estabilizan el medio del niño se ponen en marcha antes de su nacimiento, cuando la madre cuenta cómo imagina su futura relación con el bebé que lleva en su seno (Cyrulnik, 2003, p. 75).

En este sentido, la experiencia de contar con una familia es esencial para crear la sensación de identidad y satisfacer las necesidades de seguridad e intimidad.

¿Pero qué sucede si estas necesidades no son satisfechas? Se ha comprobado que un entorno constituido por varios vínculos afectivos aumenta los factores de resiliencia del niño. Cuando la madre falla, el padre puede proponer al niño unas guías de desarrollo que serán diferentes a causa de su distinto estilo sexual, pero que poseerán no obstante la suficiente eficacia como para darle seguridad y estímulo. Y si el padre llega a fallar también, los demás miembros del grupo doméstico, las familias de sustitución, asociaciones, círculos amistosos o de compromiso religioso, filosófico, político, etc. Pueden a su vez proporcionar el apoyo que el niño necesita (Cyrulnik, 2003, p.80,81).

Pero el problema radica cuando ello no ocurre y el entorno en que un niño se desarrolla no logra satisfacer sus necesidades afectivas y por el contrario, el mismo es sometido a malos tratos de diversa índole, o negligencia por parte de sus cuidadores.

Otros autores refieren que es necesario insistir en que es responsabilidad de cada adulto y del Estado crear las condiciones para que todos accedan a los cuidados, la protección y la educación que necesitan para desarrollarse sanamente, lo que a su vez constituye una garantía para que lleguen a ser ciudadanos y ciudadanas adultos, poseedores de una postura ética y de los comportamientos altruistas necesarios para establecer relaciones conyugales, parentales, familiares y sociales basadas en modelos de buenos tratos hacia sí mismos y hacia los demás. Como lo expresan Barudy & Dantagnan , (2005):

Defendemos la idea de que ser bien tratado es una de las necesidades básicas de los seres humanos y que cuidar y aceptar ser cuidado es fundamental para mantenerse vivos y en buena salud. Esto tiene una especial relevancia cuando se trata de niños y niñas, ya que nacen sin terminar su desarrollo, y por lo tanto vulnerables y dependientes de sus progenitores (p. 20).

Los autores refieren además que cuando el trauma se produce, provoca un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del niño y las consecuencias pueden ser trastornos o mecanismos adaptativos, es decir mecanismos de defensa para hacer frente al dolor y al estrés. De esta manera podemos mencionar:

En el área afectiva: trastornos de la empatía, trastornos emocionales, trastornos de la autoestima; en el área cognitiva: trastornos cognitivos, disociativos, trastornos de la identidad; en el área conductual: conductas autodestructivas, violencia hacia los demás; en el área relacional: trastornos del apego o de la vinculación, así también trastornos en la capacidad de reflexión ética (Barudy & Dantagnan , 2005, p. 153).

Bajo dichos argumentos, puede decirse que la relación entre carencias afectivas y el embarazo en adolescentes no es distante; cuando estudiamos el fenómeno en mención

podemos asimilar que el mismo es característico de localidades cuyas familias atraviesan procesos de desintegración, se evidencian también situaciones de mal trato o negligencia al interior del núcleo familiar, o los vivenciaron cuando las adolescentes (ahora embarazadas), vivieron estas situaciones cuando niñas.

La psicóloga clínica Leonela Valarezo, magíster en asesoría, intervención y terapia familiar sistémica, indica que en estos sectores considerados de alto riesgo social, se evidencia un alto índice de abandono (voluntario o no en caso de muerte) a edades tempranas por parte de uno o ambos progenitores, lo que acarrea consecuencias a nivel emocional provocadas por la ausencia de los padres, ausencia que, aunque fuere suplida en parte por quienes permanecieron a su cargo, constituiría un factor de incidencia para que las niñas o adolescentes busquen satisfacer o “crear”, que están satisfaciendo su necesidad de afecto en una pareja, quien en muchos de los casos superará su edad de manera significativa.

L. Valarezo a su vez, afirma que:

Lo más probable es que estas mismas adolescentes, quienes no lograron satisfacer sus carencias afectivas, no puedan compensar esa necesidad en sus propios hijos, o por el contrario, se inclinen a la sobreprotección, lo cual también es perjudicial para el desarrollo de los niños, generando nuevamente la repetición de situaciones similares y patrones de generación en generación (comunicación personal, 18 de octubre de 2015).

1.5.3.3 Discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual y su relación con el embarazo en adolescentes.

Para poder comprender la discapacidad intelectual y su relación con el fenómeno del embarazo en adolescentes en poblaciones específicas, cabe hacer primeramente una explicación sobre el tema de la discapacidad intelectual, más conocida como retraso mental, o como se la ha llegado a definir desde el año 2013 “trastorno del desarrollo

intelectual”, por lo que se torna necesario hacer primeramente una aproximación al término inteligencia o capacidad intelectual.

Según el diccionario de la Real Academia Española, el término inteligencia hace referencia a la capacidad de entender o comprender y de resolver problemas (RAE, 2001).

La palabra inteligencia fue introducida por Cicerón para significar el concepto de capacidad intelectual. La inteligencia es el término global mediante el cual se describe una propiedad de la mente en la que se relacionan habilidades tales como las capacidades del pensamiento abstracto, el entendimiento, la comunicación, el raciocinio, el aprendizaje, la planificación y la solución de problemas (González, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2015).

La discapacidad intelectual es un término que se utiliza para caracterizar el bajo nivel de funcionamiento, tanto intelectual como adaptativo, de un individuo

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *DSM*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) (APA, 2013) la discapacidad intelectual sería el equivalente al retraso mental del DSM-IV-TR (p. 12).

La definición sigue los planteamientos defendidos por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, el cambio de denominación de Retraso Mental por Discapacidad intelectual, como la nueva conceptualización de habilidades adaptativas divididas en conceptuales, sociales y prácticas (Ladrón, et al, 2013, p. 4).

Según el DSM-V, la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) comienza durante el período de desarrollo e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Debiendo cumplirse los tres criterios siguientes:

1. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

2. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

3 Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo (APA, 2013, p. 17).

El DSM-5 establece además la escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) de la siguiente manera: leve, moderado, grave y profundo. (Véase anexo 1)

Ahora bien, se dice que la discapacidad intelectual tiene múltiples causas, incluso algunas de ellas son aún desconocidas, pero generalmente se las asocia a problemas de origen biogenético como la herencia, anormalidades cromosómicas, disfunción cerebral mínima, déficit en procesos neurológicos; entre los factores prenatales tenemos: la mala nutrición por parte de la madre, su edad, infecciones y adicciones, estos pueden afectar a

la menstruación, al peso, altura, malformaciones, desarrollo físico, incidencia de enfermedades en los primeros seis meses de vida y a la morbilidad del feto/bebé, a su desarrollo verbal, inteligencia, pasividad, dependencia y ansiedad.

Según (Arco & Fernández, 2004) factores psicológicos como la exposición a estrés puede desembocar en problemas de desarrollo fetal, parto y crecimiento; también factores de tipo demográfico como la edad de la madre, pues entre los 23 y los 28 años de edad se da la mayor fertilidad. Asimismo, suele estar en diez, el número de años óptimo para la maduración del sistema reproductor desde la primera menstruación, por lo que los embarazos adolescentes pueden convertirse en embarazos y partos de riesgo.

Entre otros factores, el autor hace mucho énfasis en la importancia que tiene la cantidad y la calidad de atención con que los padres “cubren” el desarrollo y aprendizaje de sus hijos en el plano cognitivo, emocional o social, bien actuando como modelos, bien moldeándolos, mostrando compromiso y dedicándoles tiempo, sobre todo durante los primeros años de la infancia.

Pero ¿por qué asociar el fenómeno del embarazo en adolescentes al tema de la discapacidad intelectual? Carrasco (1986, citado en Valdivia & Molina, 2003), señaló:

En lo referente al nivel intelectual, al comparar adolescentes embarazadas y no embarazadas, el grupo de embarazadas presentaba un coeficiente intelectual significativamente menor que el grupo control; encontraron que las embarazadas adolescentes presentan un menor nivel de pensamiento lógico-abstracto con relación a sus pares no embarazadas. (...) esta discusión puede ser muy importante en la medida que el razonamiento abstracto permitiría en teoría, la anticipación de las consecuencias negativas que tiene un embarazo precoz (p. 92).

En relación a este tema, L. Valarezo expone:

Una adolescente sin discapacidad intelectual, pese a no haber completado la educación académica o formal, es capaz de orientarse correctamente en el tiempo y el espacio, y vivir la vida cotidiana mediante el aprendizaje empírico, lo que no ocurre en una adolescente con discapacidad intelectual (aunque ésta sea leve), quien presenta dificultades de adaptación a la vida cotidiana, además de una deficiencia en las funciones intelectuales como el razonamiento, su capacidad de análisis, buscar alternativas de

solución a sus problemas o planificación, en este sentido, si la niña o adolescente se enfrenta a una situación en la que no se encuentra en la capacidad de analizar los riesgos que corre ante la opción de tener una relación sexual con alguien que recién conoce, que le ofrece afecto, aunque éste sea momentáneo; no analiza los riesgos de un posible embarazo o en el peor de los casos, de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, no va a poder tomar las precauciones necesarias para cuidarse mediante el uso de algún método anticonceptivo o de distinguir las intenciones de quien se acerque a ella. Su pensamiento es ingenuo, su capacidad de pensamiento abstracto es limitada, por ello no existe la anticipación a los peligros o consecuencias posteriores que se generen en caso de darse un embarazo (Comunicación personal, 18 de octubre de 2015).

Es así como en los casos de discapacidad intelectual tampoco se evidencia un aprendizaje a partir de la experiencia, su capacidad de memoria y concentración con respecto a un tema en particular se ve limitada, por ello es que muchas adolescentes continúan embarazándose pese a tener uno, dos o más hijos y esto se suma al aspecto sociocultural de los contextos en los que se normaliza dichas conductas.

Las adolescentes que presentan discapacidad intelectual, necesitarán a su vez el apoyo continuo de sus familiares o seres cercanos a ellas para la supervisión en ciertas actividades, y con mucha más razón el cuidado de un bebé, y en este sentido, mientras más apoyo necesiten para desempeñar sus labores cotidianas, mayor será su nivel de discapacidad intelectual.

Otro problema de las niñas o adolescentes con discapacidad intelectual es que no se desarrolla la capacidad de autocontrol en ellas, y al no haber autocontrol y exponerse a una vida adolescente “sin límites”, sumado a la opción actual socialmente promulgada del “disfrute” de tus derechos sexuales y reproductivos, asociado a la libertad de tener relaciones sexuales con las personas que desees, las veces que desees siempre y cuando te protejas, el riesgo de un embarazo o contraer una enfermedad de transmisión sexual también se incrementa. En conclusión, no existe en ellas la capacidad para medir consecuencias, no hay autocontrol, no hay capacidad de memoria para recordar con exactitud el último día de su menstruación o qué día y a qué hora tomó su método anticonceptivo, sumado a la falta del sentido de planificación (todas estas características

de la discapacidad intelectual), pero el tema no excluye a los adolescentes hombres, quienes en condiciones similares, no estarían en la capacidad de afrontar con responsabilidad el uso de métodos anticonceptivos y menos un embarazo producto de una relación sexual sin protección, por esta razón, quizá muchos de ellos ni siquiera se hacen cargo de sus hijos, y continúan reproduciéndose con distintas parejas, enfrentando demanda tras demanda por alimentos y sin embargo su conducta no cambia, reforzada además por el machismo aún predominante en nuestra sociedad, que no responsabiliza también al hombre sino únicamente a la mujer, quien es la que debe lidiar con un nuevo ser dentro de su vientre.

El sitio web Better Health Channel, en su artículo “Sex education for children with intellectual disabilities” (Educación Sexual para niños con discapacidades intelectuales), refiere que las personas con discapacidad intelectual tienen el mismo nivel de pensamientos sexuales, actitudes, sentimientos, deseos y fantasías que las personas sin discapacidades, sin embargo, sin una adecuada educación sexual y la comprensión de conductas de protección, esta población corre un mayor riesgo de ser abusada, de tener embarazos no planificados o de incrementar el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, si no se les brinda una adecuada educación sexual acorde a sus necesidades. Este canal de televisión además, agrega que la mayoría de los niños con discapacidad intelectual, comienzan la pubertad a la misma edad que los demás niños y experimentan los mismos cambios físicos y hormonales, sin embargo, pueden necesitar más educación y apoyo para comprender y manejar estos cambios.

“Las personas con necesidades de atención más altas pueden necesitar educación y apoyo adicional para expresar su sexualidad” (Better Health Channel, s.f).

Por lo antes mencionado, la solución a este fenómeno en el caso de personas con discapacidad intelectual no radica solamente en proporcionar información de utilidad en

cuanto a la libertad relacionada al uso de métodos de anticoncepción u otros temas relacionados con la sexualidad, hablar únicamente de derechos sexuales y reproductivos, o promover la abstinencia como un polo opuesto; pues hay que tomar en cuenta otras consideraciones como las anteriormente expuestas, y una vez evaluada la población a la que se proporcionará la información en base a un adecuado diagnóstico, debe plantearse una manera de transmitir la información, acorde las necesidades intelectuales de los individuos. Recordemos que los registros de asistencia a talleres o charlas no constituyen un indicador válido a la hora de evaluar la interiorización de la información que se transmite; debería entonces realizarse un diagnóstico más profundo al respecto a fin de plantear los correctivos necesarios.

En nuestro país, el tema de la discapacidad intelectual relacionada al embarazo en adolescentes no ha sido debidamente estudiado, ni siquiera visibilizado, sin embargo, en los últimos años se ha trabajado tanto en el tema de los derechos sexuales y reproductivos, que a propósito, ello es muy positivo; ya que su visibilización ha constituido un avance para la sociedad, sin embargo, se han descuidado incluir en su abordaje, otros aspectos de vital importancia, como los anteriormente mencionados a la hora de tratar este tema tan delicado como lo es el embarazo en la adolescencia.

De los Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad Intelectual.

Dada la realidad que se enfrenta, se torna indispensable hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad intelectual, en particular de las adolescentes, sujeto del presente estudio.

En la actualidad, el tema de los derechos sexuales y reproductivos de las personas es tan importante como otros; en él se ha venido trabajando obteniendo diferentes respuestas por parte de la ciudadanía.

Cabe aquí hacer una introducción a este tema:

“Los derechos sexuales y derechos reproductivos son de conceptualización reciente y son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción” (PROFAMILIA, 2006).

Según el Informe de la Conferencia Mundial Sobre Población y Desarrollo, del Fondo de Población para las Naciones Unidas, celebrada en El Cairo “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (UNFPA, 1994, p. 37).

Consecuentemente el hablar de salud sexual y reproductiva engloba la capacidad del disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, sumada a la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, el momento y la frecuencia. Implícitamente se refiere al derecho de hombres y mujeres a obtener información y planificación de la familia, a su libre elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, asimismo el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

Así mismo, en el informe se expresa el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consecuencia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Todo ello en un marco de no discriminación, coacciones ni violencia, conforme a lo establecen los documentos de derechos humanos; el ejercicio de este derecho implica

que las parejas e individuos contemplen las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y también sus obligaciones con la comunidad (UNFPA, 1994).

Sin embargo, para poder promover el ejercicio responsable de esos derechos las políticas y programas estatales deben contemplarlo como interés primordial, promoviendo relaciones de respeto mutuo y equidad entre hombres y mujeres y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada; por ello la necesidad de que se generen programas gubernamentales acordes a la realidad de los diferentes contextos socioculturales, programas tendientes al ejercicio de derechos pero también de deberes y responsabilidad con los individuos y la sociedad en general.

Particularmente en el caso de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad intelectual, en los últimos años, han surgido investigaciones relacionadas al tema, en las cuales se recalca la importancia de generar mecanismos que propendan a su defensa y cumplimiento, tomando en cuenta que esta población ha sido objeto de discriminación y vulneración a lo largo de los años y pese a la existencia de los diferentes cuerpos legales, estas situaciones discriminatorias aún se evidencian.

La propuesta de los grupos que defienden los derechos de las personas que presentan cierto tipo de discapacidad, se basan en la necesidad de que las mismas sean incluidas en todos los asuntos que atañen a las personas en general, sin embargo, como hace mención el artículo de la Universidad del Rosario sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad intelectual:

Las tensiones sobre este asunto siguen vigentes en el siglo XXI. Por un lado, está el discurso de derechos, plasmado en el 2006 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD)” y, de otro lado, están las prácticas sociales que demuestran que no existe una aplicación real de los mismos (Universidad del Rosario, 2014, p. 1).

Podría decirse que el desconocimiento o la falta de interés en el tema constituyen factores que limitan el profundizar en este tipo de cuestiones y por ello persisten los prejuicios, mitos e imaginarios acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y los asuntos relacionados a ella. Sin embargo no podemos ignorar la realidad de las poblaciones en que los índices de discapacidad intelectual son elevados y en este mismo grupo poblacional se evidencia un elevado número de casos de embarazos en adolescentes.

Como se hizo mención anteriormente, se ha comprobado que la discapacidad intelectual es uno de los factores, que según las investigaciones, pone en riesgo a la población adolescente de presentar un embarazo no deseado, sin embargo, hay que diferenciar el tipo de discapacidad intelectual prevalente en la población y orientar el trabajo en lo que respecta a políticas sociales y gubernamentales en función de un diagnóstico real de su condición, pues al identificarse este problema la orientación que se dé en el campo de la sexualidad no podría hacerse de la misma manera que al tratarse de personas sin discapacidad intelectual.

Como se describió en los puntos anteriores, las personas con discapacidad intelectual requieren de mayores apoyos y métodos de aprendizaje acordes a su propia realidad a la hora de abordar el tema de la sexualidad, y es un derecho suyo que no podemos vulnerar, el que los temas sean impartidos por el personal idóneo y altamente capacitado que facilite la comprensión de los mismos.

Si bien es cierto, las personas con discapacidad intelectual tienen los mismos derechos que las personas sin discapacidad, así lo respaldan los distintos cuerpos legales,

sin embargo, al detenernos a reflexionar en cuanto al cumplimiento de sus deberes y responsabilidades debemos hacer una pausa y percatarnos detenidamente en la contradicción que genera esta afirmación, pues la realidad nos indica que dependiendo del nivel de su discapacidad, las personas tendrán de por sí ciertas limitaciones en cuanto a su desenvolvimiento en la vida cotidiana y este no es un asunto de discriminación o prejuicio como muchos pretenden hacerlo ver, es una realidad que no podemos negar, y de la cual la sociedad debe hacerse responsable; ello nos lleva a su vez a pensar en la necesidad de generar primeramente acciones que permitan identificar la presencia de discapacidad intelectual en la población y cuáles son los problemas más cercanos relacionados con las personas que la padecen, para así poder elaborar programas y proyectos tendientes a superar las barreras que este grupo poblacional enfrenta, promoviendo su inclusión de manera razonable.

El tema de la discapacidad intelectual y su relación con el embarazo en adolescentes debe ser abordado fundamentalmente desde la perspectiva de los derechos humanos, pero no solo de las personas con discapacidad intelectual, sino también desde los derechos del niño o niña que está gestándose en el interior de su madre; cabe mencionar aquí el Principio del Interés superior del niño, prescrito en la Convención sobre los derechos del niño de 1989 sobre el cual también habla el Código de la Niñez y Adolescencia en su artículo 11:

El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento (Congreso Nacional, 2003).

Asimismo el artículo 12 de este cuerpo legal, hace referencia a la Prioridad absoluta en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de

recursos, para la niñez y adolescencia, dando prioridad especial a la atención de niños y niñas menores de seis años.

Entendemos entonces que las políticas públicas deberán velar principalmente por el cumplimiento de dichos principios, considerando el derecho a la vida y a una vida digna que tienen los niños y las niñas desde su concepción, siendo obligación del Estado, la sociedad y la familia el asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo, tal como se expresa en el Artículo 20 del Código de la Niñez y Adolescencia y se ratifica en la Carta Magna en su Artículo 44:

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas (Asamblea Constituyente, 2008, p. 34).

Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

La Convención hace referencia a que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento, por ello el tema del embarazo en adolescentes debe ser analizado de manera integral, tomando en cuenta todas las esferas que conforman al ser humano, pues es un ser bio, psico, socio cultural, y espiritual, y la educación que se imparta en temas de sexualidad, es mucho más que acceder a la información; educar implica que las personas tengan la oportunidad de aprender y desarrollar habilidades de protección, detección de riesgo y responsabilidad, promoviendo la autodeterminación en función de su capacidad, y he ahí el gran reto que enfrentan hoy en día las autoridades y la sociedad en general.

1.6. El rol de la familia en la prevención del embarazo en adolescentes.

El Artículo 67 de la Carta Magna, reconoce a la familia en sus diversos tipos, siendo el Estado el ente protector de la misma como núcleo fundamental de la sociedad, quien garantizará las condiciones que de manera integral favorezcan la consecución de sus fines (Asamblea Constituyente, 2008); asimismo, el Artículo 69, numeral 1 indica:

Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia: se promoverá la maternidad y paternidad responsables; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos (Asamblea Constituyente, 2008, p. 51).

El código de la niñez y adolescencia, establece en su Art. 8 la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia e indica que es su deber según su ámbito, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños; niñas y adolescentes (Congreso Nacional, 2003).

Además el Artículo 9 del mismo cuerpo legal hace referencia a la función básica de la familia, reconociendo y protegiendo a la misma como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Correspondiendo prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

El Artículo 10, indica que el deber prioritario del Estado frente a la familia es definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la misma para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.

Como podemos ver, la legislación Ecuatoriana recalca sobremanera el papel fundamental que tiene la familia en relación al cuidado protección y responsabilidad de los niños y adolescentes, pues es en su seno donde se colocan los primeros cimientos para su crecimiento y desarrollo, además, considerándola como el espacio natural donde niños y adolescentes encontrarán las herramientas necesarias para su desenvolvimiento en la sociedad.

En este sentido las leyes son como un paraguas bajo el cual se amparan los principios éticos que rigen la vida de las personas y en el caso de la familia, como la institución más pequeña del tejido social, encuentra en la legislación un respaldo bajo el cual se sostiene y persiste.

Todos los individuos desde la infancia requerimos de ese espacio que genere en nosotros un sentido de pertenencia, de protección, de seguridad, de apoyo en la adversidad, de resiliencia; y ese sin duda debe ser en primera instancia la familia, pero ¿qué sucede cuando ello no ocurre?, ¿qué sucede cuando la familia deja de ser el lugar en el que el niño encuentra refugio y protección y se convierte en un espacio de conflicto y desestabilidad o en un lugar que pone en riesgo su desarrollo o en el peor de los casos, su vida?. Cuando la familia deja de cumplir su rol fundamental como se explica en los tópicos anteriores lo más probable es que el niño crezca sin los suficientes recursos psicológicos como para enfrentarse al mundo, ubicándose en una situación de mayor vulnerabilidad o riesgo, que lo lleve a buscar “fuera de casa” lo que no encuentra en ella.

Al referirse a la familia, Palomas (1999) la define como:

Un grupo humano cuyos integrantes están ligados entre sí por consanguinidad, por constantes de tiempo y espacio y por vínculos afectivos y culturales. A partir de la articulación de sus mutuas representaciones internas, estructuran una forma de vida buscando seguridad y equilibrio (p.20).

En esta articulación, refiere la autora, se generan los roles de padre, madre, hijos (as), etc., cuya dificultad de construcción de vínculos afectivos, puede provocar perturbaciones o disfunciones que pongan en riesgo la integridad psíquica y la posibilidad de establecer nuevos vínculos.

Se han estudiado las causas que pueden ser motivo de un embarazo en la adolescencia, y en este punto, queremos recalcar en la importancia que juega la familia en el establecimiento de factores de protección que contribuyan a evitar conductas de riesgo

en los adolescentes, tomando en cuenta que dichas pautas protectoras deben iniciar desde la primera infancia, y no desde la adolescencia como en ocasiones se piensa.

(Valarezo, 2015) hace una síntesis de los posibles factores de riesgo y factores protectores a nivel familiar, aclarando en primera instancia que no se puede definir con exactitud a los mismos, ya que la vida del ser humano no es determinante; sin embargo, sí existen circunstancias que pueden influir para que ocurra un embarazo en edades tempranas:

Factores de Riesgo:

- Abuso sexual en la infancia: que hace que la niña quede desprotegida y sus límites personales “perforados” de tal forma que sienta que no puede decir no, que se sienta valorada únicamente al contacto sexual; en otras ocasiones puede sentirse desvalorizada de manera tal que no le importe lo que suceda con ella; además como secuela del abuso sexual queda en algunas niñas el comportamiento seductor que las lleva a un inicio temprano de la vida sexual activa con el inminente riesgo de embarazo.
- Historia de madres adolescentes en la familia: cuando por generaciones se produce un mismo comportamiento, en algunos casos se transforma en un patrón transgeneracional, por lo tanto puede ser que al existir mujeres que se embarazaron temprano en generaciones anteriores, se siga repitiendo lo mismo en otras generaciones.
- Límites laxos o flexibles en la familia: que han permitido que los niños, tanto el varón como la mujer, busquen y quieran satisfacción inmediata a sus deseos o necesidades, por lo tanto en la adolescencia no se permitan esperar y busquen satisfacer rápidamente sus deseos sin medir las consecuencias.
- Falta de una adecuada educación sexual: se considera que la educación sexual es ofrecer información sobre la genitalidad y no trasciende al respeto del otro, al respeto a los límites físicos del otro, al rol y función que tenemos como varones o mujeres en la familia y socialmente, a asumir las consecuencias de nuestros actos, etc. Los adultos, la sociedad entera debe ampliarse y entender que la sexualidad abarca mucho más, se la puede ver en el comportamiento del día a día de una persona de manera verbal y no verbal y no en un coito o en un lista de métodos anticonceptivos.
- Nivel de inteligencia debajo de la norma: en personas con discapacidad intelectual la comprensión de las situaciones, el autocontrol, el análisis, las funciones ejecutivas, entre otras, están poco desarrolladas, por lo que tienen un pensamiento concreto, “ingenuo” y pueden ser fácil presa de propuestas que siendo o no sinceras, no sean capaces de analizar y rechazar.
- Uso de drogas, un adolescente que use drogas: puede estar en mayor riesgo de embarazarse debido a que puede ceder a propuestas sexuales a cambio de droga o estando en ese estado se vuelve más vulnerable y difícilmente va a poder poner límites, protegerse de un ataque sexual que desencadene en un embarazo.
- Abandono: cuando un niño es abandonado física o emocionalmente, se fragiliza y crece sin recursos emocionales fuertes, por lo tanto cuando sea adolescente, va a buscar en quien apoyarse, confiar o la compañía de cualquier persona con la cual se pueda sentir humano.

Factores de protección

- Familia constituida con estructura definida, límites claros, firmes y contenedores con comunicación clara y asertiva: para que sus miembros se sientan seguros, protegidos, valorados y no sientan la necesidad de encontrar en otros la imagen de sí mismos que en casa no les devuelven.
- Adecuada educación sexual: con modelos de varón y mujer validados, responsables, serios, respetuosos del cuerpo propio y del otro; que no son objetos de denigración ni de burla de ninguna forma; donde la genitalidad sea tratada con respeto y no como forma de agresión al otro, en el que se muestre que el ser varón o mujer va más allá de un acto sexual. En este modelo se incluiría la prevención de abuso sexual que además de explicarle al niño cómo debería protegerse, se la estaría haciendo al vivir de otra manera la sexualidad, los límites y el respeto al otro.
- Cambio de patrones generacionales: en los cuales se les ofrezcan recursos para que puedan hacer cambios en su propia vida y de manera inconsciente se les permita a los niños elegir una nueva forma de ser varón o mujer en esta familia.
- Realizar prevención de discapacidad intelectual: es hora de abrir los ojos a un problema de salud mental y social que no se está definido en sus reales dimensiones; existe un alto nivel de discapacidad intelectual que no se detecta o que se quiere tapar con justificaciones como la falta de educación; -ojalá fuera solo eso-, las escuelas del milenio lo solucionarían y dentro de poco tendríamos una sociedad diferente; pero el problema es mayor. Si una persona con discapacidad intelectual no es tratada según su condición, vamos a exigir lo que humanamente no puede dar, vamos a intentar enseñarle lo que humanamente no va a poder aprender, por lo tanto se pueden hacer esfuerzos sobrehumanos e invertir cantidades exorbitantes de dinero y no se verán resultados.
- Si tenemos familias mejor estructuradas, se podría observar un cambio en la sociedad y estaríamos frente a un grupo que respete las edades y las etapas de desarrollo de sus miembros, que tenga límites personales y sociales definidos, que sostenga a sus miembros y los proteja, que los ayude a que crezcan con recursos emocionales fuertes para enfrentar la vida, en fin... ¿es acaso una utopía?

1.7. Intervención de Organismos Gubernamentales (OG) en el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) a nivel nacional.

En el mes de marzo del año 2012, comienza a implementarse la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) como política pública que promovió la ejecución de acciones y programas con el propósito de garantizar principalmente el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, partiendo del diagnóstico que en el Ecuador el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, está afectado por inequidades

económicas, de género y sociales a lo largo del ciclo vital de las personas (MCDS, 2011, p. 3).

Dicha estrategia estuvo liderada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), quien a su vez, coordinó acciones articuladas con otros Ministerios a cargo de la ejecución de la política pública: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación (MINEDUC) y Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), promoviendo la participación activa de la ciudadanía en el proceso de construcción de una sociedad más libre, desligada de prejuicios de distinta índole, autónoma y saludable.

El proyecto fue creado con el propósito de incidir en la garantía de los derechos de salud sexual y reproductiva a partir de reducir la vulnerabilidad de la población a la fecundidad precoz, la mortalidad materna, el embarazo no deseado e incrementar el nivel y la calidad de información respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, lo que incidiría en el conocimiento, las percepciones y las actitudes que condicionan el ejercicio libre, informado y seguro de la sexualidad.

De manera general se plantearon los siguientes objetivos de cumplimiento intersectorial:

- Prevenir el embarazo en adolescentes.
- Disminuir el número de embarazos no planificados.
- Prevenir la mortalidad materna.
- Prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma.

Cada uno de estos objetivos fue evaluado en función de la verificación de ciertos indicadores, mismos que se definieron a partir de la información secundaria, existente en los distintos sistemas de información pública disponibles y de información obtenida en

entrevistas personales con técnicos y directivos de las tres carteras de estado antes mencionadas con competencia directa en esta intervención que son: MSP, MINEDUC y MIES

Se definieron tanto indicadores de fin, como de propósito; así tenemos:

Indicadores de fin:

Cuya información se levantó en base a las estadísticas demográficas de salud, que tienen como objetivo medir la reducción de índices de vulnerabilidad de la población en torno a:

- Reducir en al menos un 6% la tasa de mortalidad materna que hasta el 2008 fue de 56.7% por cada 100.000 nacidos vivos (MSP.2009).
- Disminuir en al menos un 3% la tasa de embarazo adolescente (15 a 19 años), la que hasta el 2007 fue del 18.4% (INEC. 2007).
- Reducir en al menos un 10% la tasa de embarazos no deseados en mujeres de 15 a 24 años, la que hasta el 2004 fue del 33,6% (ENDEMAIN. 2004).

Indicadores de propósito

Teniendo en consideración la capacidad de respuesta de las instancias del sector público para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para lo cual se valoró:

- La capacidad del Estado de responder con servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que den respuesta efectiva y diferenciada.
- El nivel de formación en derechos de salud sexual y reproductiva de los funcionarios de las instancias: Salud Pública, Educación e Inclusión Económica y Social.
- La participación de la población en actividades de implementación de la política (MCDS, 2011, p. 23).

A través de las acciones desarrolladas por la ENIPLA, en Ecuador, en los primeros años de su implementación (período 2011 y 2012) hubo un incremento en las consultas para prevenir el embarazo no deseado en un 16,18%; mientras que las consultas por morbilidad en 15,36% y las atenciones en planificación familiar en 9,53%.

De manera general, mediante el Acuerdo 2490 se puso a disposición de mujeres y hombres en edad fértil los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva, garantizándose la calidad de los servicios mediante el acceso a la información y asesoría sobre planificación familiar, anticoncepción oral de emergencia, entre otros.

Entre los resultados positivos de la aplicación de estas políticas, el MCDS destaca que se brindó el acceso a Servicios amigables e integrales de salud sexual y salud reproductiva con unidades móviles; se realizó la distribución gratuita de preservativos masculinos y femeninos mediante la colocaron dispensadores en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública así como de la Red Pública de Salud.

Además se implementó la línea gratuita 1800 44 55 66, mediante la cual se brindó asesoría en temas relacionados con la sexualidad. Adicionalmente se capacitó a profesionales en temas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y normativa de métodos anticonceptivos para la atención, asesoría y entrega de los mismos, así como la anticoncepción oral de emergencia.

Por otra parte, en coordinación con los demás Ministerios ejecutores de la política pública, se llevó a cabo la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas integrando los esfuerzos sectoriales e interinstitucionales, garantizando el acceso permanente y efectivo a la información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud. Su objetivo fue fortalecer la toma de decisiones libres e informadas sobre sexualidad y reproducción, así como el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos (MCDS, 2013).

En el siguiente capítulo, se expondrá en síntesis el trabajo llevado a cabo por parte de los ministerios encargados de la ejecución de la ENIPLA en la población atendida por el Circuito de salud “Cristo vive”, de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en base a la información proporcionada por los profesionales vinculados a la ejecución de la ENIPLA de los tres ministerios ejecutores: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Ministerio de Educación (MINEDUC), así como la labor desplegada por la Fundación Niñez y Vida, organismo no gubernamental en el tema del embarazo en adolescentes.

Capítulo II

2. Estudio de campo sobre embarazo en adolescentes en la población atendida por el Circuito de salud “Cristo vive” de Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en 2014

El presente capítulo, detalla la situación actual que enfrenta la población atendida por el Circuito de salud Cristo vive de Santo Domingo de los Tsáchilas en lo referente al embarazo en adolescentes. Como se expone a continuación los métodos, técnicas e instrumentos (metodología) empleados permitieron recabar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados en este estudio; por una parte, identificar los factores de incidencia de embarazos en la población objeto de estudio mediante la investigación de campo; a su vez, determinar el papel desempeñado por las Organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y la familia en la prevención de embarazos en adolescentes para finalmente analizar los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la ENIPLA en cuanto a fortalezas y nudos críticos enfrentados en el período estudiado.

2.1 Población y muestra.

En este caso, el estudio se efectuó a la totalidad de la población, es decir al grupo de 61 adolescentes de 10 a 19 años que se embarazaron en el período enero a diciembre de 2014; sin ser necesaria la obtención de muestra debido a que se buscaba el diagnóstico situacional de todas las adolescentes.

2.2 Metodología.

El estudio de campo se realizó mediante la aplicación de técnicas e instrumentos que permitieron recabar la información.

Para la elaboración del diagnóstico, se partió de la información estadística proporcionada por el Distrito de Salud 23D01 de Santo Domingo de los Tsáchilas, en cuanto al número de casos identificados en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo vive” en el período enero a diciembre de 2014, a más de contar con la información recabada de fuentes de investigación secundaria como primer referente.

Fue indispensable realizar un acercamiento a la población objeto de estudio, mediante la *investigación de campo*, como lo explica (Grajales, 2000), “este tipo de investigación se distingue por el lugar donde se desarrolla la misma, es decir, hablamos de investigación de campo si las condiciones son las naturales en el terreno de los acontecimientos” (p. 3).

2.2.1 Técnicas.

A continuación se describen las técnicas empleadas en la presente investigación:

2.2.1.1 La observación.

Fraga, Herrera, & Fraga(2007), afirman que:

Es una técnica que consiste en percibir atentamente el fenómeno, hecho o caso; tomar información y registrarla para su posterior análisis. Hacerlo científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso; sabes qué es lo que se desea observar y para qué quiere hacerlo (pp. 84-85).

Esta técnica nos permitió observar desde el interior de la comunidad la problemática a simple vista, puesto que no fue difícil identificar en las calles y avenidas, en medios de transporte o en tiendas, a un sinnúmero de jovencitas en estado de gravidez;

la mayoría de ellas se encontraron solas, otras, acompañadas por sus madres o familiares más cercanos; pocas de ellas se hallaron acompañadas por sus convivientes, novios o esposos, sin embargo a más de una fue posible observarla acompañada de otro hijo.

La técnica en mención permitió identificar además el contexto social y cultural en el que se desenvuelve el fenómeno del embarazo en adolescentes, palpar su realidad desde la cercanía, constatando la información proporcionada por las adolescentes y otros moradores del sector paulatinamente, en la medida en que la investigación fue avanzando mediante al uso de otras técnicas, las cuales se explica a continuación:

2.2.1.2 La entrevista.

La entrevista es una técnica considerada como una de las más importantes herramientas de trabajo social y otras disciplinas; permitió un aprendizaje mutuo, un intercambio de saberes, opiniones, concepciones y demás, y la obtención de información de primera mano, tanto en las adolescentes encuestadas, sus familiares, como en los funcionarios de los diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales que han intervenido en el tema del embarazo en adolescentes.

2.2.1.3 La visita domiciliaria.

La visita domiciliaria como técnica en trabajo social, permite evidenciar la información proporcionada verbalmente por las personas para contrastarla con la realidad, la misma ocurre en el lugar en que ellas desarrollan su vida habitual permitiéndonos cumplir con varios propósitos como son: el diagnosticar una situación estudiada; dar seguimiento a la misma, y/o hacer el cierre de la intervención profesional.

Mediante esta técnica, pudo palpase de cerca la realidad de las adolescentes en cuanto a su entorno social y familiar, evidenciando muchos de los problemas que forman parte de su vida cotidiana.

2.2.1.4 El Genograma.

El genograma, como lo explican (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012) “es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia” (p.1). Los autores indican que el mismo incluye información relevante sobre su estructura, relaciones entre los miembros, proporcionando a primera vista mucha información, lo que permite conocer a la familia, realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, su evolución a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, entre otros.

Para la presente investigación el genograma permitió identificar la repetición de patrones generacionales en lo referente a embarazos en adolescentes, hasta tres generaciones; asimismo, la presencia de relaciones familiares conflictivas al interior del núcleo familiar o por el contrario, relaciones familiares muy cercanas, entre otros problemas de índole familiar.

2.2.2 Instrumentos.

Los instrumentos empleados para recabar la información que nos permitió establecer un diagnóstico fueron los siguientes:

2.2.2.1 El cuestionario.

El cuestionario, es un instrumento utilizado para obtener la información deseada fundamentalmente a escala masiva y conformado por preguntas previamente elaboradas. Permite obtener valoraciones, opiniones, conocimientos y criterios alrededor de las variables de la actividad científica investigativa o sus indicadores. Se puede emplear tanto

como parte del método de observación, como por las técnicas de la entrevista y la encuesta (Fraga, Herrera, & Fraga, 2007, p. 79).

Este instrumento fue el empleado en las entrevistas realizadas para la obtención de la información requerida en la investigación; las preguntas en el mismo fueron previamente elaboradas a fin de evaluar los aspectos de nuestro interés en cuanto a la condición del grupo de adolescentes estudiadas y en lo referente al trabajo realizado por Organizaciones Gubernamentales y no gubernamentales en cuanto al tema de prevención de embarazos en adolescentes. (Véase anexos 2, 4 y 5)

Como se detalla a continuación en el presente capítulo.

2.2.2.2 Test de inteligencia.

Para la presente investigación, basándonos en el criterio de dos profesionales en el campo de la psicología clínica, hicimos uso de dos test para medir inteligencia, los cuales fueron seleccionados en base a criterios psicológicos importantes a la hora de definir la presencia o no de discapacidad intelectual en las adolescentes; de esta manera se aplicaron los siguientes test:

a. Test de la figura humana de Goodenough

Se trata de un instrumento empleado para medir la inteligencia general por el análisis de los pormenores de una mera e ínfima expresión de su totalidad. La representación de una figura humana.

b. Sub escala de semejanzas y comprensión de la Escala de Wechsler para niños, adolescentes y adultos (WISC-IV: de 6 A 16 años 11 meses y WAIS-III de 17 años en adelante)

Para fines de esta investigación, se aplicaron las subescalas de semejanzas y comprensión que son parte de ambas baterías, cuya aplicación es de relevancia para diagnosticar inteligencia.

Ambas subescalas fueron aplicadas únicamente en los casos en que se requirió confirmar un nivel de inteligencia bajo, que fue inicialmente observado en el dibujo de la figura humana, a fin de corroborar la presencia de discapacidad intelectual.

2.3 Desarrollo de la investigación.

La investigación de campo nos permitió cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación; uno de ellos fue el de identificar los factores de incidencia de embarazos en adolescentes, para determinar sus causas y consecuencias; para ello se focalizó a las personas a quienes se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas, previamente estructuradas, debidamente elaboradas en el que se logró plasmar el sentir y el criterio de la población directamente afectada.

El cuestionario permitió identificar tanto factores biológicos, como socioeconómicos y culturales y, parte de los factores psicológicos; sin embargo para profundizar en estos últimos, se contó con la colaboración de profesionales expertos en el tema encargados de la aplicación de test psicológicos, mediante los cuales se logró identificar varios aspectos útiles para nuestro estudio. Asimismo se hizo uso del genograma, como una técnica diagnóstica en trabajo social y psicología para identificar aspectos de índole psicosocial.

Mediante el cuestionario aplicado pudo conocerse también información relacionada con delitos sexuales cometidos hacia las adolescentes por parte de los padres de los niños, así como también recogerse el criterio de las adolescentes en lo referente a la

información recibida en el tema de prevención de embarazos en adolescentes, por parte de organismos gubernamentales, no gubernamentales y la familia.

Las técnicas fueron aplicadas a la totalidad de la población: 61 adolescentes de 10 a 19 años, que se embarazaron en el período enero a diciembre de 2014, cuyos datos informativos iniciales fueron proporcionados en su mayoría por el Circuito de Salud “Cristo Vive”, entidad en la que recibieron atención médica. La recolección de información de campo se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias por el lapso de tres meses aproximadamente debido a la dificultad de localizar a las adolescentes por varios motivos, entre ellos: cambios de domicilio, direcciones y números telefónicos erróneos, entre otros.

Se entrevistó también a los padres o referentes familiares más cercanos de las adolescentes embarazadas a fin de indagar en los aspectos de índole familiar y se llevó a cabo un taller en el que se realizó una evaluación psicológica a las adolescentes que asistieron.

Cabe indicar que previo a la aplicación del cuestionario y los instrumentos antes mencionados, se llenó un modelo de consentimiento informado (Véase anexo 3), en el cual quedó expresada claramente la voluntad de cada persona para participar en el proceso investigativo.

Para la aplicación de las encuestas se contó con la participación de personal voluntario al interior de la comunidad y personal externo, mismo que fue previamente seleccionado y debidamente capacitado según su perfil y aptitud.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo del estudio, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los funcionarios de las entidades gubernamentales y no gubernamentales que intervinieron en la prevención de la problemática abordada, a fin de determinar el papel desempeñado; además se revisó la documentación relacionada con los

logros y principales dificultades que enfrentaron, lo que permitió cumplir con el tercer objetivo de analizar los resultados obtenidos, las fortalezas y nudos críticos que enfrentó la ENIPLA en la localidad.

2.4 Análisis e interpretación de resultados.

Luego de la aplicación de los diferentes instrumentos y técnicas, se pudo recabar la información necesaria para el presente estudio. A continuación se expone el análisis y la interpretación respectiva de los datos obtenidos en la investigación, según el siguiente orden:

a. Resultados del cuestionario para identificar la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años atendidas por el Circuito de Salud “Cristo vive” de Santo Domingo, así como sus causas y consecuencias.

b. Resultados del genograma en la identificación de patrones generacionales.

c. Resultados del test de inteligencia en la identificación de discapacidad intelectual.

d. Resultados de la encuesta dirigida a funcionarios de organizaciones gubernamentales encargadas de la ejecución de la ENIPLA y organizaciones no gubernamentales que intervinieron en la prevención de embarazos en adolescentes en la cooperativa de vivienda “Cristo vive” durante el año 2014.

a. Resultados del cuestionario para identificar la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años atendidas por el Circuito de Salud “Cristo vive” de Santo Domingo, así como sus causas y consecuencias

1. Datos informativos.

1.1 Factores Biológicos.

EDAD PROMEDIO DE LA PRIMERA MENARQUIA	12 AÑOS
EDAD PROMEDIO DEL PRIMER EMBARAZO	16 AÑOS
EDAD PROMEDIO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	17 AÑOS

Figura 2: *Pregunta N° 1, Datos informativos, según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes; Fuente: Masson, A. (2015).*

Según la encuesta aplicada, la edad promedio de la primera menarquia en las adolescentes es 12 años, constituyéndose probablemente ésta, en el inicio de su maduración sexual y atracción hacia el sexo opuesto; sin embargo la edad promedio en la que se han producido los embarazos es 16 años; es decir en la adolescencia.

El embarazo en este grupo etario es muy común al interior de la comunidad, pues según la investigación, se considera este hecho como normal, a partir de los 16 o 17 años, edad en la que la mayoría de adolescentes ha contraído ya un compromiso con una persona del sexo opuesto, generalmente viviendo en unión de hecho.

1. Estado Civil

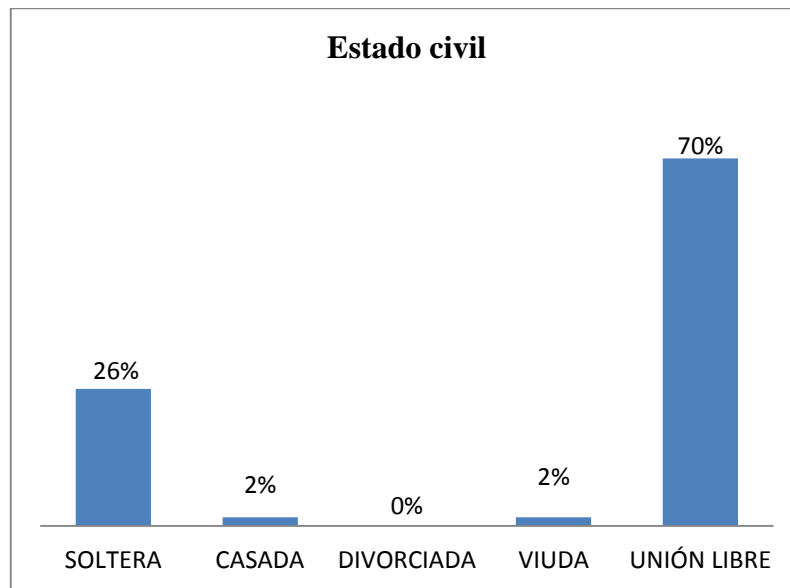


Figura 3: *Pregunta N° 1, Datos informativos, según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes; Fuente: Masson, A. (2015).*

La presente figura nos muestra que el 70 % de las adolescentes encuestadas vive en unión libre con su pareja, lo cual es permitido por sus padres o representantes quienes en la mayoría de los casos consideran este hecho como natural y normal; aproximadamente la cuarta parte de la población estudiada, es decir el 26 % es soltera, valor que se evidencia generalmente en la población menor de 16 años; apenas un 2 % de las adolescentes son casadas, y un 2 % viudas. No existen divorcios.

Cabe indicar que en la población de adolescentes estudiada, la idea de una separación inmediata en caso de conflictos en la convivencia es muy frecuente, idea que es compartida por sus padres o representantes, quienes en muchos de los casos han convivido con más de una pareja.

2. Factores socioeconómicos

2.1 Familias multiproblemáticas.

2.1.1 Alguno de los miembros de su familia:

a. ¿Consume algún tipo de droga con frecuencia?

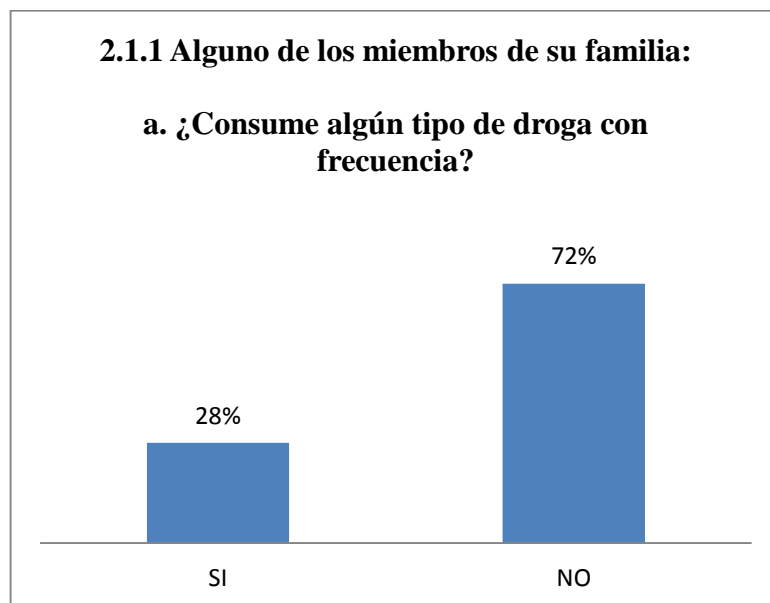


Figura 4: Pregunta N° 2.1.1 (a), Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica nos muestra que el 28 % de la población manifestó que uno o más miembros en su familia consume algún tipo de droga con frecuencia, sea esta legal o ilegal, lo cual es un indicativo de disfuncionalidad familiar, sin embargo el 72 % manifestó que no había consumo frecuente de alguna droga, lo cual es una cifra dudosa, tomando en cuenta que la población entrevistada proviene generalmente de hogares disfuncionales en los que muchas veces se tiende a subestimar el problema de consumo frecuente de alcohol, cigarrillo u otro tipo de droga, generalmente no se lo considera como un problema, sino como parte de su propia cultura.

2.1.1 Alguno de los miembros de su familia:

b. ¿Tiene alguna enfermedad psiquiátrica?

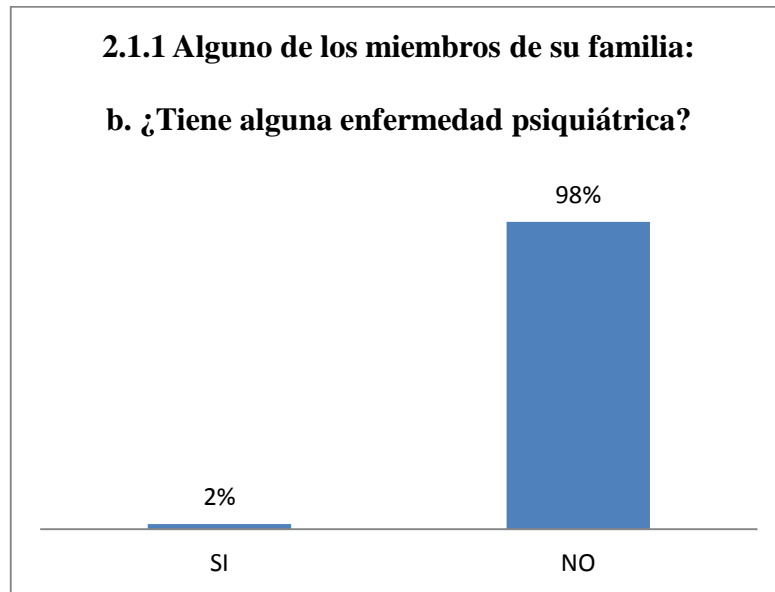


Figura 5: *Pregunta N° 2.1.1 (b), Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

En lo referente a enfermedades psiquiátricas, consideradas como agravantes de situaciones de disfuncionalidad familiar, las cifras evidencian que no existe un porcentaje elevado de personas al interior del núcleo que presenten alguna afección de este tipo, siendo la esquizofrenia la única enfermedad mencionada en las entrevistas.

Es importante recalcar que las enfermedades psiquiátricas constituyen trastornos que pueden provocar desestabilización al interior del núcleo familiar, por lo complejo que resulta el lidiar con un paciente psiquiátrico, lo que conlleva a los miembros a buscar con la huida, una salida al problema, sin embargo, este no es el caso de la mayoría de las adolescentes estudiadas.

2.1.1 Alguno de los miembros de su familia:

c. ¿Sufre o ha sufrido maltrato?

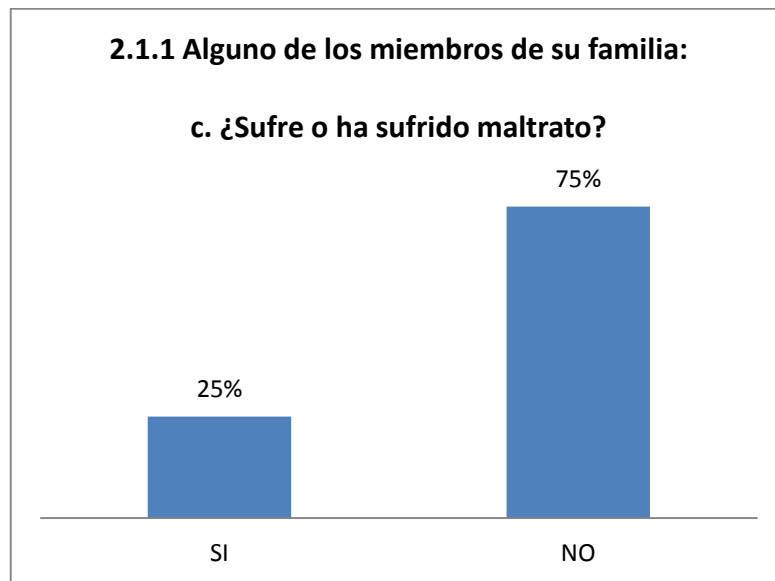


Figura 6: Pregunta N° 2.1.1 (c), Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como podemos observar en la gráfica, el 75% de las adolescentes manifestó que no existe maltrato al interior del núcleo familiar; sin embargo las cifras que mostramos más adelante dan cuenta del maltrato sexual del que muchas de ellas son víctimas sin siquiera reconocerlo.

El 25 % de las adolescentes reconoce que sí existe maltrato al interior del círculo familiar, lo cual es una cifra elevada considerando que hace referencia a la cuarta parte de la población estudiada.

¿De qué tipo?

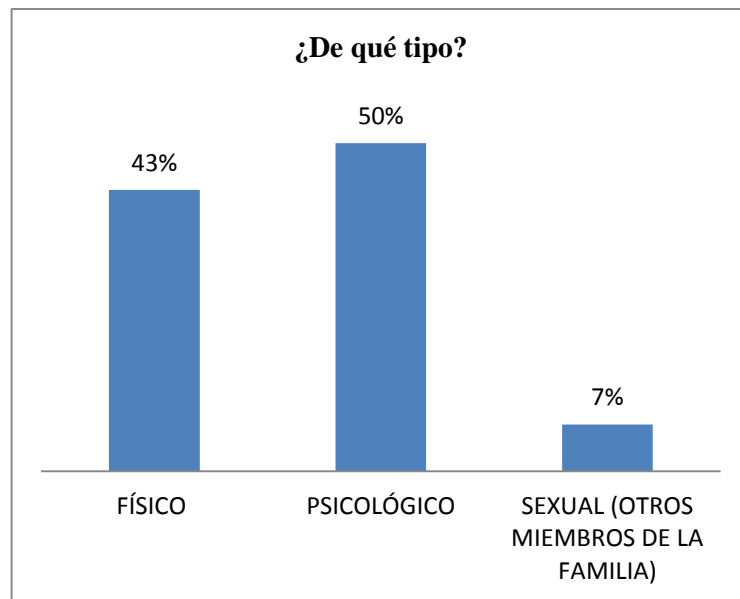


Figura 7: *Pregunta N° 2.1.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

De las 28 adolescentes quienes manifestaron que sí existe maltrato al interior de la familia, el 50 % hace referencia a maltrato de tipo psicológico; el 43% se refiere a maltrato físico, mientras que el 7 % se refiere a maltrato de tipo sexual; sin embargo, tomando en cuenta la información privada de la encuesta, la cual se detallará más adelante, puede evidenciarse un elevado porcentaje de violencia sexual hacia las mismas adolescentes como se presenta en la siguiente figura.

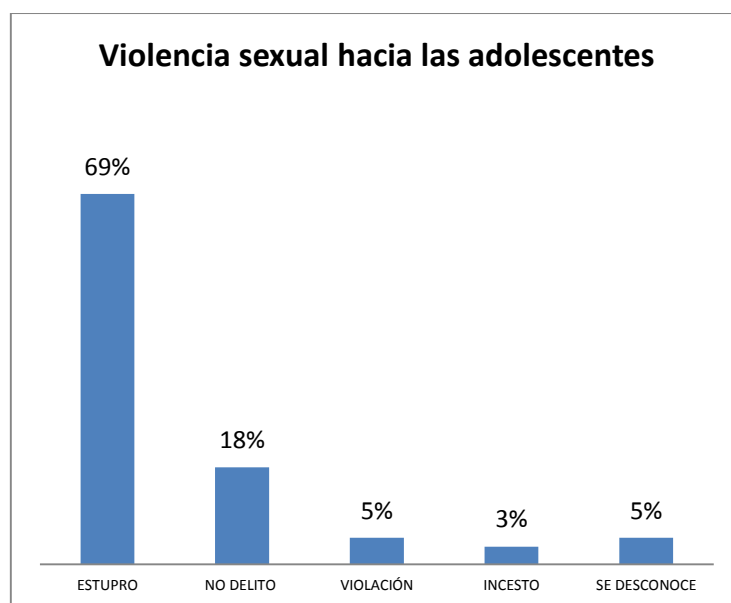


Figura 8: Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes; Fuente: Masson, A. (2015).

La figura 8 ² muestra que de las 61 adolescentes entrevistadas, el 69 % ha sido víctima de estupro, la cual es una cifra alarmante; apenas el 18 % de embarazos no son producto de algún tipo de delito; el 5 % de las adolescentes refieren haberse embarazado producto de una relación sexual no consentida por ellas (violación), el 3 % ha tenido relaciones sexuales incestuosas, mientras que se desconoce si hay o no hay delito en un 5 % restante de la población.

La cifra que más llama la atención es la correspondiente al delito de estupro, sin dejar de lado la gravedad de los casos de violación, sin embargo en el primero podemos darnos cuenta que existe el consentimiento de los propios familiares de las adolescentes al permitir que las mismas convivan con una persona mayor de edad, quien incluso en varios casos dobla la edad de las mismas. Esta podría ser una cuestión cultural arraigada al

² Información basada en la pregunta 4.4, literales a y b (parentesco y edad del padre de su hijo) en relación a la edad de las adolescentes al momento de quedarse embarazada y en la pregunta 4.6 sobre el consentimiento de tener relaciones sexuales. (Véase anexo 2).

interior de las familias en la comunidad, quienes normalizan este hecho sin ser plenamente conscientes del perjuicio que acarrea el mismo en las adolescentes.

2.2 Tipo de familia.

2.2.1 ¿Con quién/quienes vive usted?

(Según la respuesta, escoja el tipo de familia)

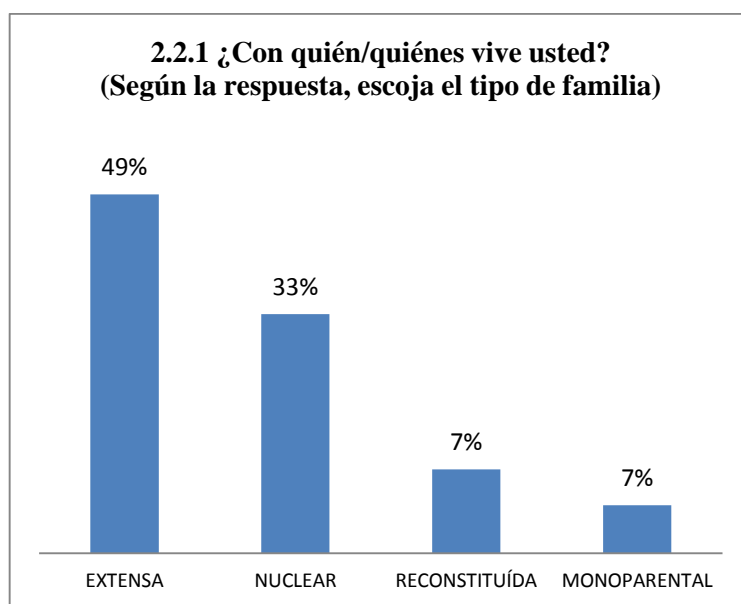


Figura 9: Pregunta N° 2.2.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el 49 % de las adolescentes que se embarazó en el período estudiado, forma parte de una familia extensa³, la cual en su mayoría está conformada por sus padres, otros familiares, su actual conviviente y su/s hijo/s, en otros casos las adolescentes han pasado a formar parte de las familias de sus convivientes. El 33% corresponde a la familia nuclear, es decir a adolescentes que conviven con su pareja e

³Las cifras en mención dan cuenta del importante rol que juega la familia ampliada en los casos de embarazos en adolescentes, constituyéndose ésta en un medio de apoyo para la adolescente y su hijo, sin embargo cabe indicar que en varios casos los familiares pasan de constituirse en un apoyo, a ser los responsables directos del cuidado de los niños, lo que no permite a la adolescente asumir la responsabilidad de sus actos y por ende, cierto tipo de conductas vuelve a repetirse ves tras vez, como puede ser un nuevo embarazo.

hijos; el 7 % forma parte de familias reconstituidas, cohabitando con los hijos de su actual pareja, mientras que el 7 % vive únicamente con su/sus hijo/os, es decir son familias monoparentales.

2.3 Nivel de escolaridad.

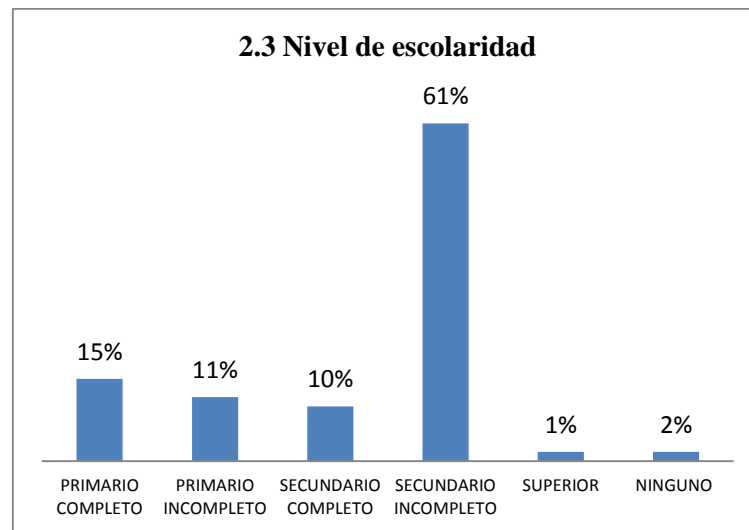


Figura 10: *Pregunta N° 2.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

De acuerdo a la gráfica el 15 % de las adolescentes tiene únicamente educación primaria completa, mientras que el 11 % no ha completado la instrucción primaria. El 10 % tiene secundaria completa y el 61 % que corresponde a la mayor parte de adolescentes no ha completado la instrucción secundaria. A penas el 1 % tiene educación superior, mientras que el 2 % no tiene ningún nivel de instrucción.

Dichas cifras nos llevan a ubicarnos en un contexto en el que la educación formal no es considerada una prioridad, y por lo general la mayoría de las adolescentes que se embarazaron prefirieron abandonar sus estudios dedicándose en su mayoría a las labores dentro de casa y al cuidado de su/sus hijos.

Sin embargo, la mayoría de ellas expresa su deseo por retomar sus estudios.

2.4 Analfabetismo.

2.4.1 ¿Sabe leer y escribir?

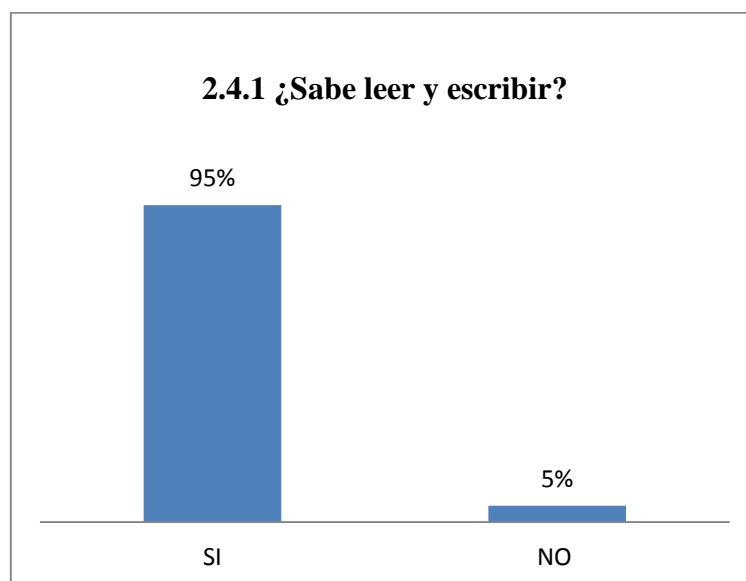


Figura 11 : *Pregunta N° 2.4.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el nivel de analfabetismo es relativamente bajo (5 %), en contraposición al 95 % de la población que sabe leer y escribir.

2.5 Grupo étnico.

2.5.1 ¿Cómo se considera?

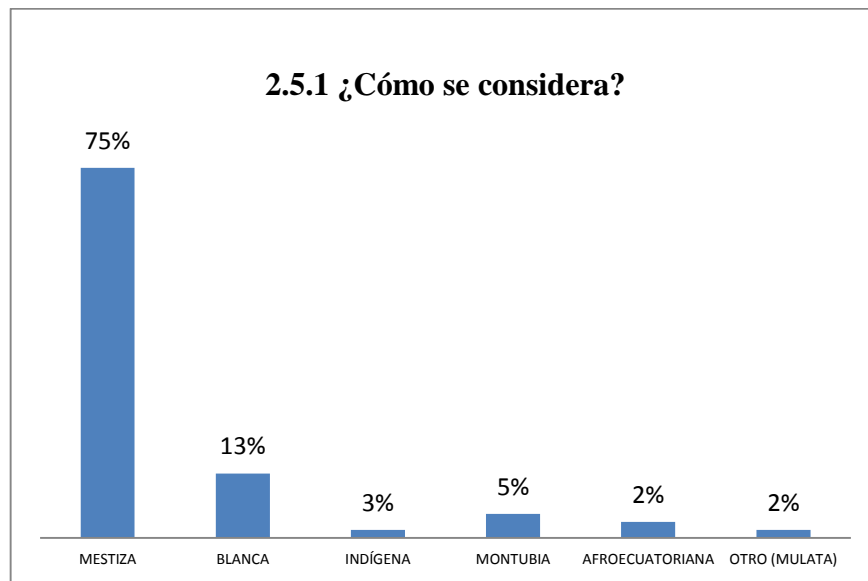


Figura 12: Pregunta N° 2.5.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se presenta en la gráfica, el 75 % de las madres adolescentes se considera mestiza; el 13 % refiere ser blanca; un 5 % se considera montubia; mientras que un 3 % refiere ser indígena. Finalmente un 2 % se considera afro ecuatoriana y el 2 % restante dice ser mulata.

La mayoría de embarazos en adolescentes se concentra según la gráfica en población mestiza, que es la prevalente en el sector donde se focalizó el estudio.

2.6 Situación económica.

a. (Situación laboral familiar).

2.6.1 De los miembros de su familia.

¿Quiénes trabajan fuera de casa?

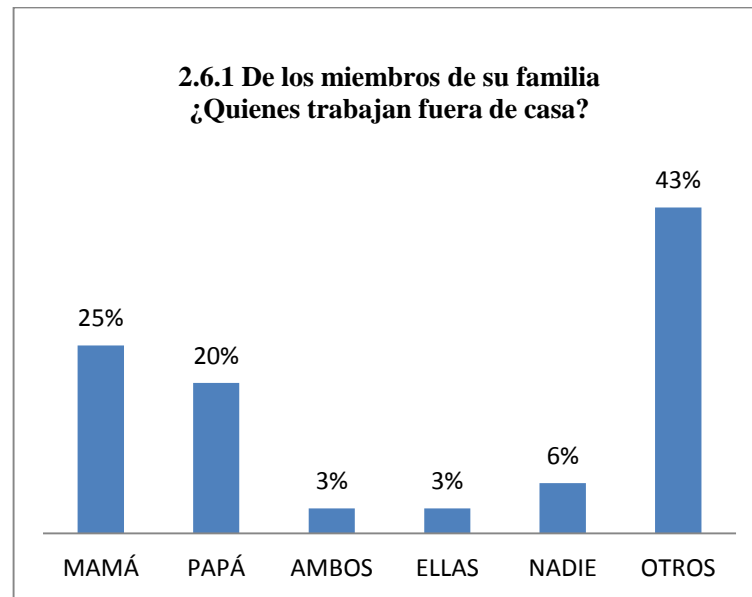


Figura 13: Pregunta N° 2.6.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

En la primera gráfica podemos observar que de las 61 adolescentes entrevistadas, el 25% respondió que sus madres trabajan fuera de casa; el 20% de ellas indicó que son sus padres quienes trabajan fuera de casa; un 3% respondió que ambos trabajan al igual que el 3% que corresponde al trabajo realizado por ellas; el 6% indicó que nadie trabaja fuera de casa, mientras que el 43% respondió que otros miembros de la familia como padres, suegros, hermanos, tíos, primos o sus parejas son quienes laboran fuera del hogar. Dichas cifras evidencian un alto nivel de dependencia económica.

b. (Situación laboral individual)

2.6.2 ¿Trabaja actualmente fuera de casa?

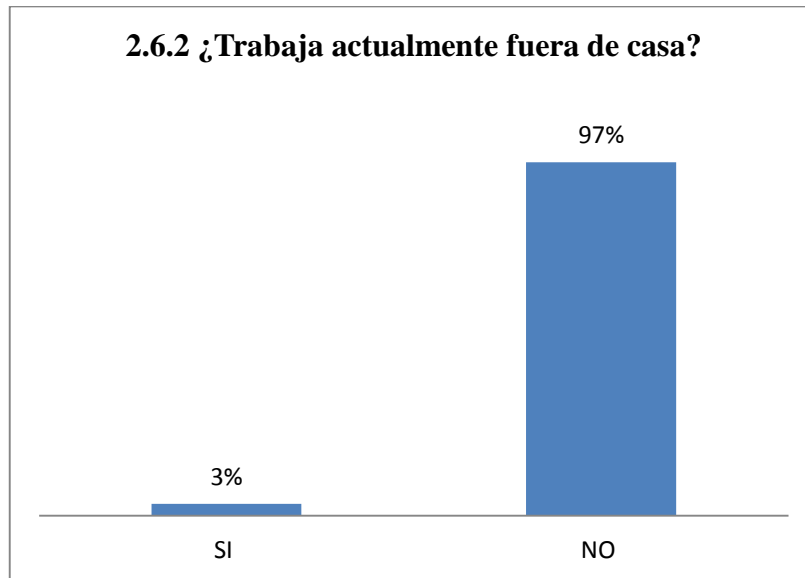


Figura 14: *Pregunta N° 2.6.2, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Como podemos observar, en la gráfica se muestra que solamente el 3 % de las adolescentes trabaja fuera de casa, formando parte de la PEA (Población Económicamente Activa), mientras que el 97 % no lo hace, dedicándose a otras actividades.

2.6.3 ¿A qué se dedica?

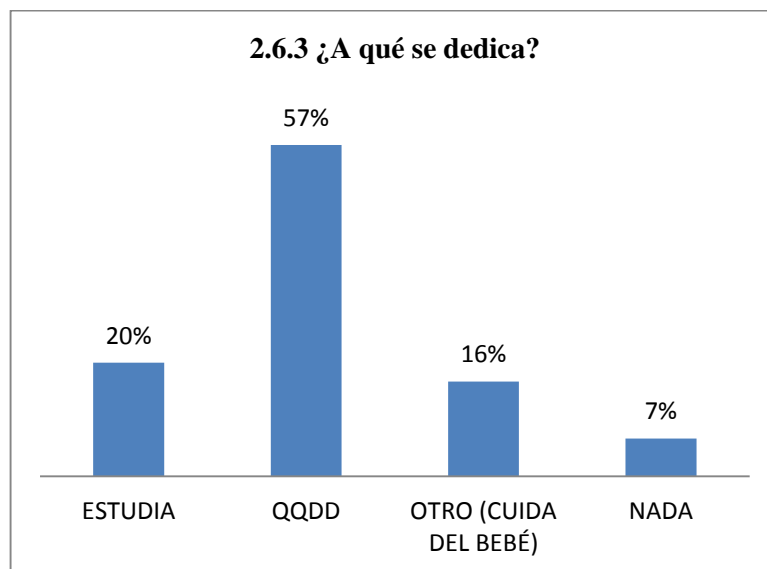


Figura 15: Pregunta N° 2.6.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

De las 61 adolescentes encuestadas, que no trabajan fuera de casa, correspondientes a la PEI (Población Económicamente Inactiva), el 20 % manifestó que continúan estudiando, el 57% se dedica a las labores del hogar, el 16% indicó que se dedica al cuidado de su bebé y el 7% mencionó que no realiza ninguna actividad e incluso su madre es quien cuida de su hijo.

2.6.4 ¿En qué trabaja? (Principal actividad)

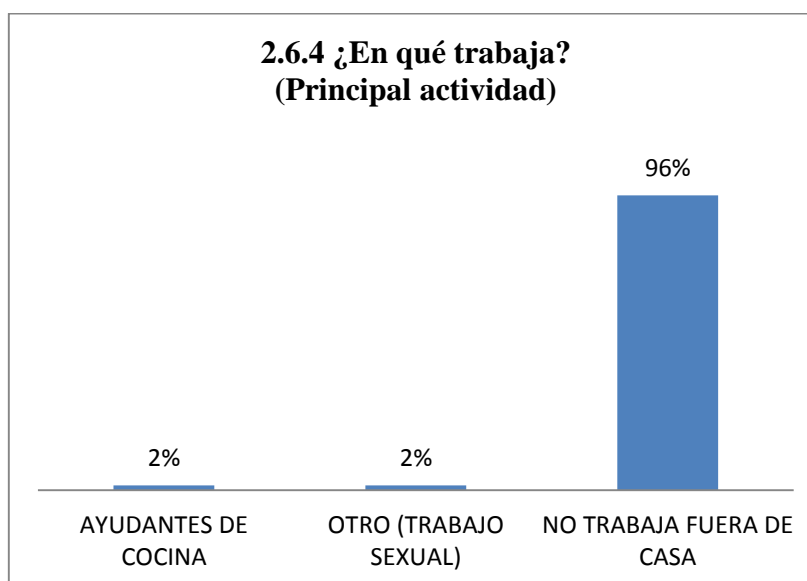


Figura 16: Pregunta N° 2.6.4, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Según la gráfica, de las dos únicas adolescentes que trabajan fuera del hogar, una de ellas, correspondiente al 2 %, es ayudante de cocina, mientras que otra, el 2 % restante es trabajadora sexual. El 96 % como mencionamos, no trabaja fuera de casa.

Estos datos evidencian la falta de oportunidades laborales que presentan las adolescentes al no haber terminado sus estudios secundarios y la condición de vulnerabilidad y dependencia económica en la que se encuentran.

2.7 Religión.

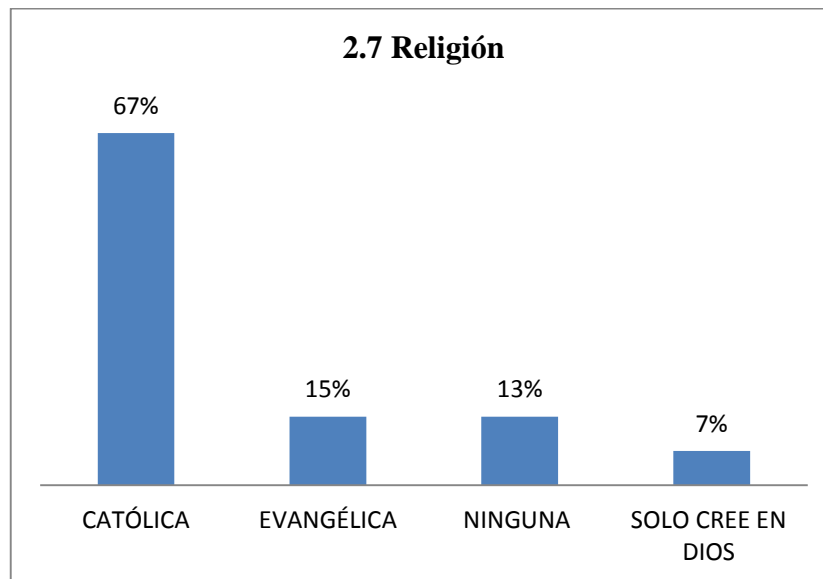


Figura 17: *Pregunta N° 2.7, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

En lo referente a las creencias religiosas que profesan encontramos que: el 67 % es de religión católica; el 15 % es evangélica; el 13 % manifestó no tener ningún credo religioso, mientras que el 7% solo cree en Dios.⁴

⁴Cabe indicar en este punto que generalmente se considera que ciertas religiones protestantes (no católicas) impiden el hablar a las adolescentes de sexualidad al interior del núcleo familiar por considerarlo un tema tabú, lo que a su vez genera un desconocimiento que lleva a las adolescentes a una búsqueda de información por sus propios medios, o experiencia, desencadenando en embarazos no deseados, sin embargo, las cifras evidencian que el mayor número de embarazos no se da en adolescentes con estas corrientes religiosas.

2.8 Acceso a sistemas de salud.

2.8.1 ¿Dónde acude para recibir atención médica?

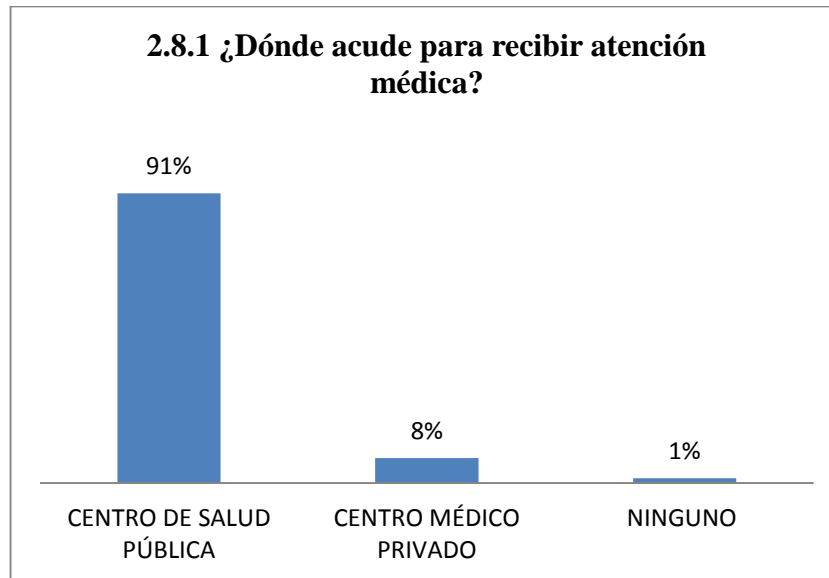


Figura 18: Pregunta N° 2.8.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

De las 61 adolescentes entrevistadas, el 91 % respondió que acude a recibir atención médica en un centro de salud pública; el 8 % de ellas acude a centros médicos privados, mientras que el 1% refiere no acudir a ningún centro médico.

Estas cifras son entendibles, tomando en cuenta que la población objeto de estudio es de estrato social medio bajo y bajo en su mayoría, por lo cual optan por acceder a los servicios de salud pública o a no hacerlo por ignorar la importancia de recibir sus controles médicos periódicos a tiempo.

2.9 Condición de la vivienda.

2.9.1 Su vivienda es:

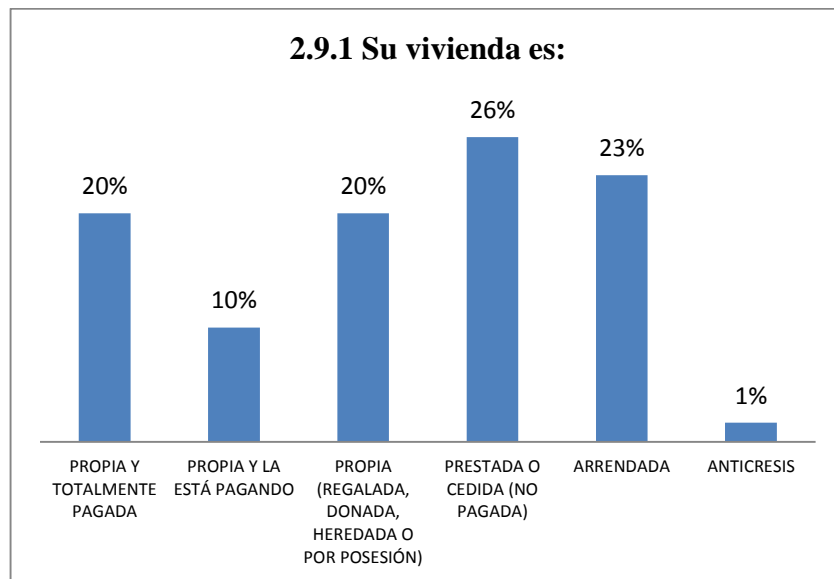


Figura 19: Pregunta N° 2.9.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Las cifras en la gráfica nos muestran que el 26 % de las adolescentes habita en casa prestada, cedida o no pagada, generalmente perteneciente a sus padres o suegros de la familia extensa de la que forman parte; el 23 % habita en casa arrendada, pagada por su conviviente u otros familiares; el 20 % refiere habitar en casa propia; otro 20 % habita en casa propia, la cual recibieron en donación por parte de algún familiar, (varias de ellas constituyen asentamientos); un 10 % viven en casa propia, la cual aún están pagando, y el 1 % habitan en una vivienda en anticresis.

2.9.2 ¿De qué material son las paredes de su vivienda?

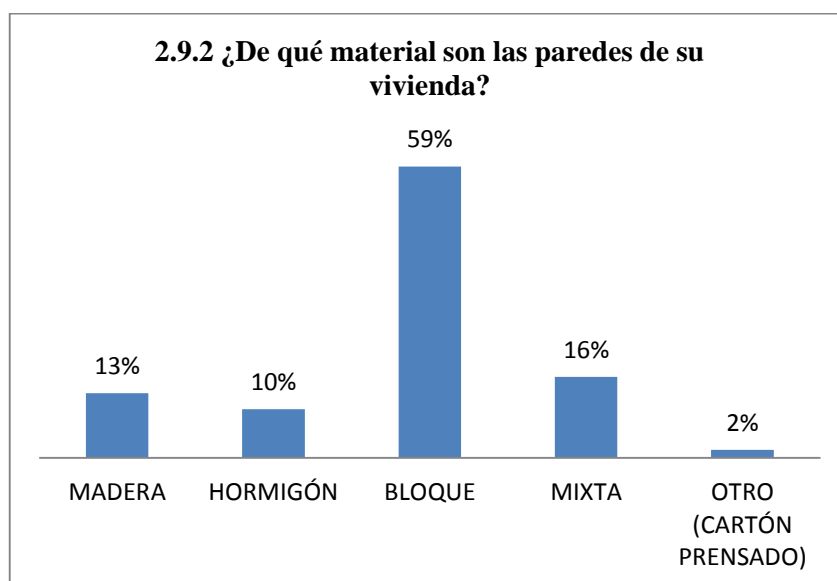


Figura 20: Pregunta N° 2.9.2, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como muestra la gráfica, el 13% de las viviendas es de madera; el 10 % es de hormigón armado; el material del 59% de las viviendas es bloque cruzado (como es común en la zona); el 16% es de construcción mixta y el 2 % correspondiente a una de las viviendas ha sido elaborada con cartón prensado; esta última sobre todo evidencia la pobreza extrema en que viven algunas familias investigadas.

2.9.3 ¿De qué material es el techo de su vivienda?

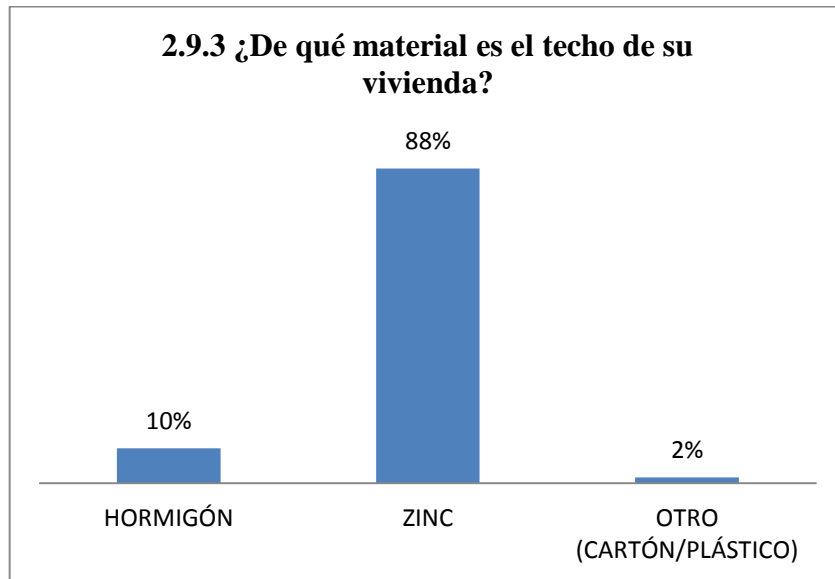


Figura 21: Pregunta N° 2.9.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Según la gráfica, el 88 % de las viviendas tiene techo de zinc; el 10 % tiene techo de losa, mientras que el 2 % tiene techo de plástico, cartón prensado y madera.

2.9.5 Según la pregunta 2.2.2 y 2.9.4 identifique si existe hacinamiento

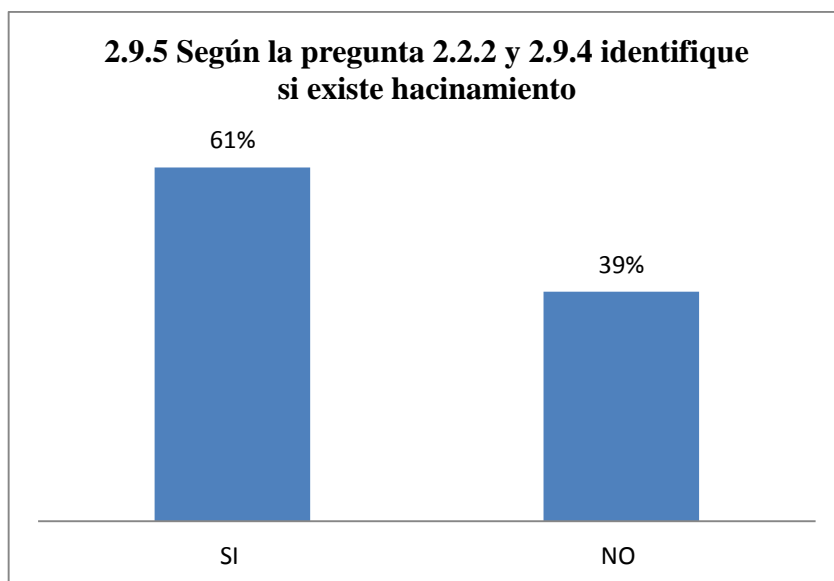


Figura 22: Pregunta N° 2.9.5, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica presentada muestra la presencia de hacinamiento en un 61 % de las viviendas; solamente el 39 % de las familias no vive en hacinamiento.⁵

⁵El hacinamiento es un indicador de pobreza que ubica a las personas al interior de la familia en una condición de inseguridad, insalubridad y falta de higiene, poniendo en riesgo las vidas de las personas adultas y sobre todo de los niños.

Puede concluirse entonces, que el contexto social que caracteriza a la población en estudio, evidencia la presencia de problemas de diversa índole, como son: drogadicción, violencia al interior del núcleo familiar, además conductas asociadas a la repetición de patrones culturales de maltrato en sus diversos tipos; la mayoría de las adolescentes forma parte de familias extensas o ampliadas que generalmente viven en hacinamiento. Las familias de alguna manera se encuentran cumpliendo un papel protector hacia las adolescentes, sin embargo en muchas ocasiones, ello no permite que las mismas asuman la responsabilidad directa del embarazo o del cuidado de sus hijos, situación que las ha llevado asimismo a generar dependencia económica de sus padres, de sus convivientes u otros familiares con quienes habitan, situación a la que se suma el hecho de que la mayoría no ha logrado terminar sus estudios secundarios o primarios, limitando aún más sus oportunidades laborales y consecuentemente prosperar en el aspecto económico.

3. Factores psicológicos

3.1 Carencias afectivas (abandono físico y/o emocional).

3.1.1 ¿Con quién se crió?

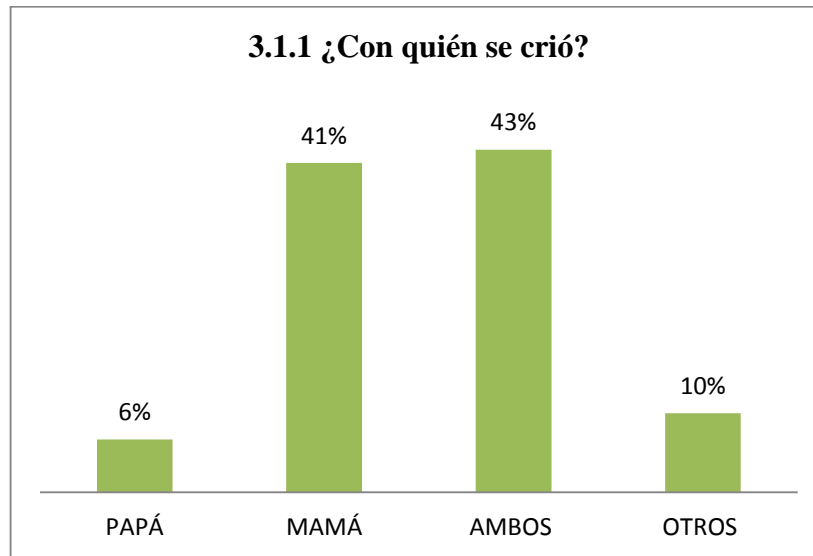


Figura 23: Pregunta N° 3.1.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

En la gráfica puede observarse que el 6 % de las adolescentes se crió únicamente con su padre; el 41 %, cifra representativa, se crió solamente con su madre, por ende la figura paterna estuvo ausente en estos casos; el 43 % de las adolescentes refirió haberse criado con papá y mamá, mientras que un 10 % lo hizo con otros familiares entre los que mencionan a sus abuelas, padres de crianza y tías.

3.1.2 ¿Con quién vive usted ahora?

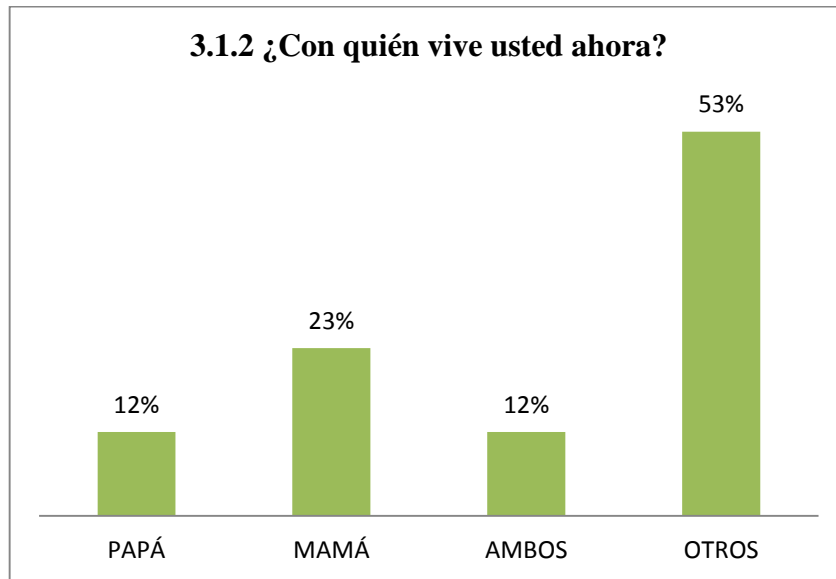


Figura 24: Pregunta N° 3.1.2, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el 12 % de las adolescentes vive con su padre; el 23% vive con su madre; el 12% refirió vivir con ambos progenitores y el 53% refirió vivir además con otros familiares, entre ellos su/sus hijo/s, su conviviente, suegros, cuñados, hermanos, entre otros.

La mayor parte de adolescentes como vemos en la gráfica forma parte de la familia ampliada.

3.1.3 ¿A qué edad se separó de su/sus papás? (Por primera vez)

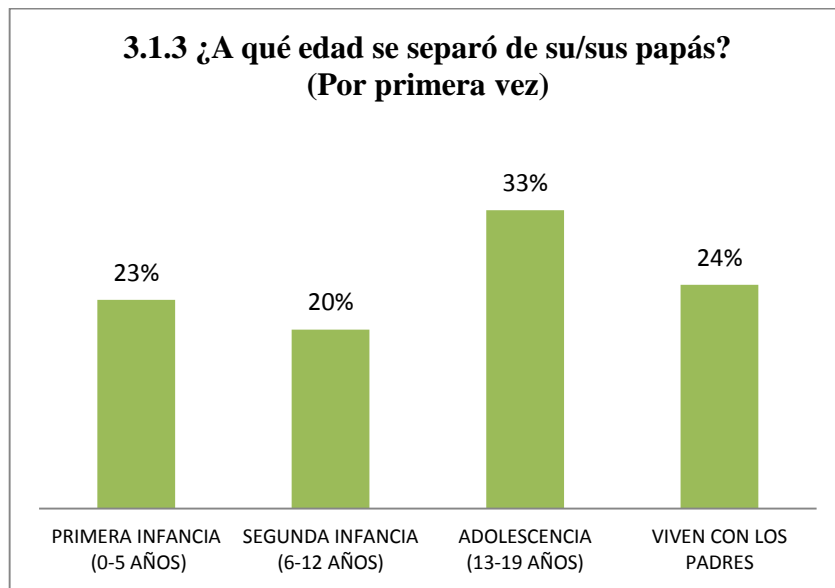


Figura 25: Pregunta N° 3.1.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Se ha clasificado la edad de la primera separación entre padre/es e hijas obteniéndose los siguientes resultados: separación en la primera infancia 23 %; separación en la segunda infancia: 20 %; separación en la adolescencia: 33 % mientras que un 24 % aún viven con sus padres.

Si sumamos la primera y segunda infancia obtenemos que un 43 % de las adolescentes se separaron de sus padres cuando eran niñas, identificándose un alto índice de abandono, probablemente no absoluto, sin embargo, si esta ausencia no fue bien suplida por los otros miembros de la familia, pudo llevarlas a buscar satisfacer la necesidad de afecto en una pareja a temprana edad.

3.1.4 Cuando recuerda que no vivió con su/sus papás ¿qué siente?

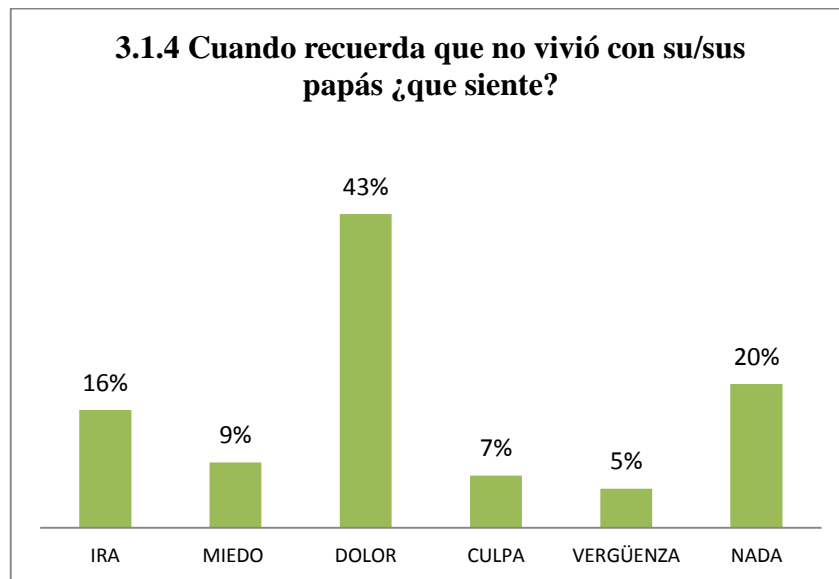


Figura 26: Pregunta N° 3.1.4, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Complementando la pregunta anterior, en la gráfica se muestra que el dolor (43 %), es la emoción más intensa sentida por las adolescentes al recordar el hecho de haberse separado de su/sus padres; además hay otros sentimientos asociados al abandono, como la ira en un 16 % y el miedo en un 9 %; es decir el abandono causó estragos en ellas, dejando secuelas que se evidencian hasta ahora en la búsqueda del cariño que no recibieron por parte de su/sus padres, y como se explicó anteriormente la tendencia es buscar la figura paterna, en personas del sexo opuesto mayores a ellas en edad.

El 7 % que expresó sentimientos asociados a la culpa, se refirió al hecho de creer que fueron las causantes de la partida de sus padres, debido al rechazo de las que algunas fueron víctimas por nacer mujeres y no hombres, mientras que el 5 % se asocia a los sentimientos de vergüenza experimentados mientras crecían, al compararse con otras adolescentes cuyos padres no las abandonaron.

3.1.5 ¿Qué sintió cuando sucedió que sus papás se fueron?

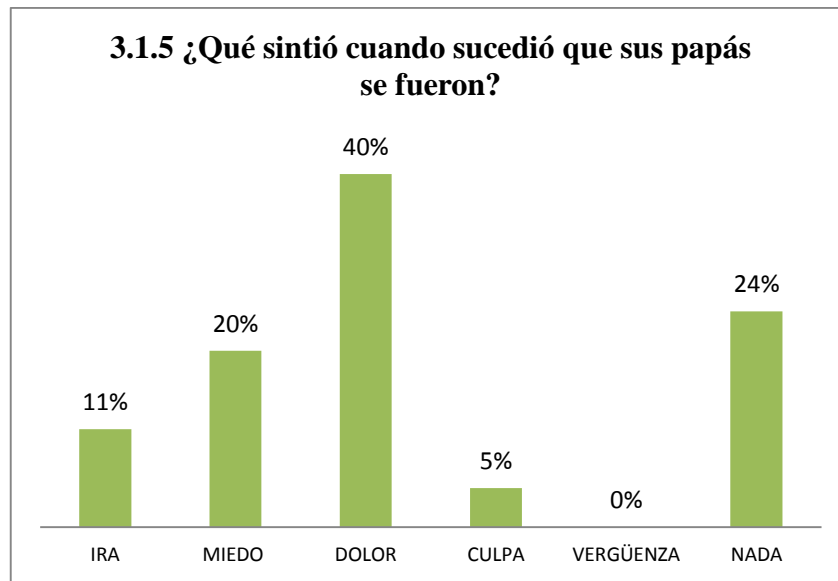


Figura 27: Pregunta N° 3.1.5, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Al igual que en la pregunta anterior, la gráfica muestra que la mayoría de las adolescentes que se separaron a temprana edad de su/sus padres refieren haber sentido dolor en un 40 %, en el momento de la separación, emoción a la que se suman la ira en un 11 % y el miedo en un 20 %; el 5 % refirió haber sentido culpa al pensar que fueron las causantes de la partida de sus padres; sin embargo en el grupo de adolescentes que manifiestan no haber sentido nada, en su mayoría están aquellas cuyos padres partieron en la primera infancia, donde casi no hay registro de memoria.⁶

Ninguna de ellas manifestó haber sentido vergüenza al momento de la separación, puesto que este sentimiento se manifiesta de forma más evidente luego de la segunda infancia, cuando la adolescente aumenta su capacidad de reflexión.

⁶Cabe indicar, que una de las adolescentes manifestó sentir alivio cuando su padre murió, además de otras emociones como dolor, ira y temor ya mencionadas, ya que refirió, el mismo abusó sexualmente de ella y de su hermana.

3.1.6 ¿Con quién comparte la mayor parte del tiempo?

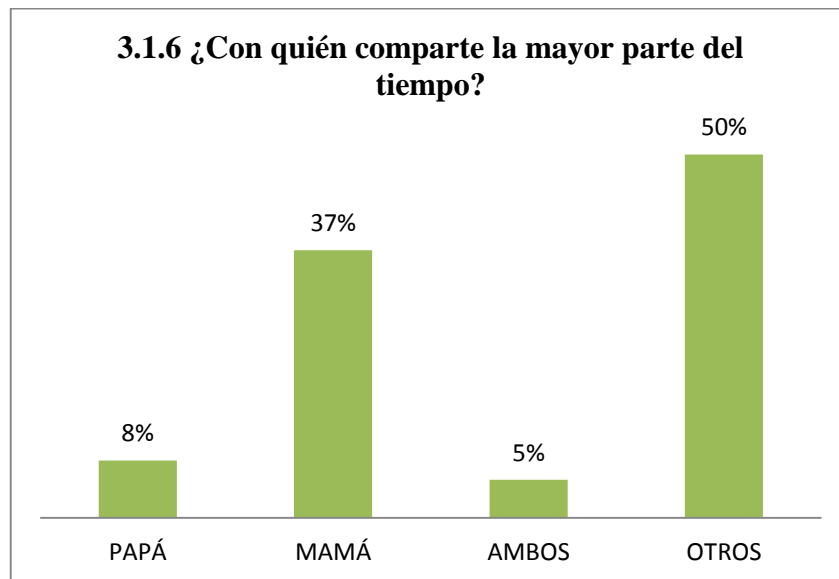


Figura 28: Pregunta N° 3.1.6, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Esta pregunta hace referencia a las personas con quienes las adolescentes comparten mayor tiempo ahora; como vemos, la mayoría de ellas, es decir el 50 % lo hace con otros familiares, entre los que mencionamos a sus convivientes, suegros, cuñados y a su/sus hijo/os; por otra parte, es lógico pensar que si las adolescentes provienen de una cultura donde es frecuente que la madre permanezca la mayor parte del tiempo en casa, compartirán más tiempo con ella también, como se muestra en la gráfica: el 37 %.

El porcentaje de adolescentes que comparte tiempo con su padre es bajo: 8%, al igual que el porcentaje que comparte tiempo con ambos: 5 %.

3.1.7 ¿A quién acude cuando tiene algún problema o dificultad?

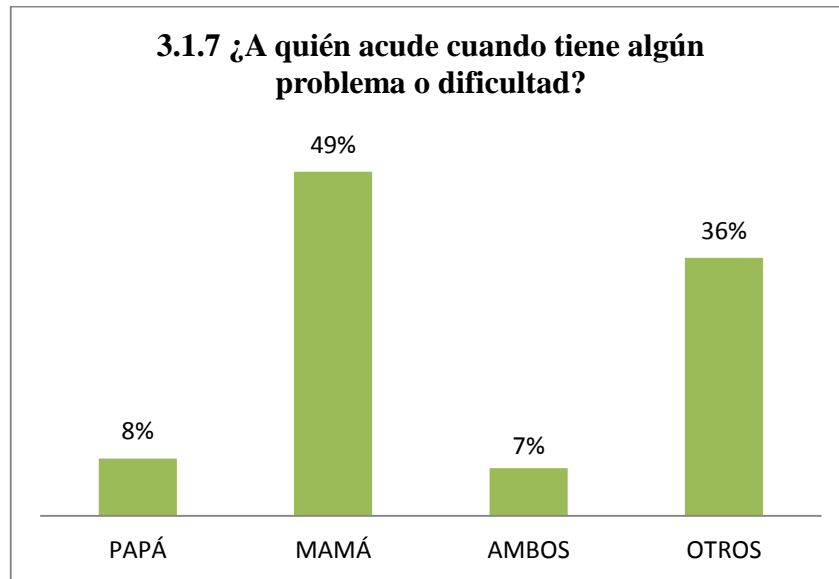


Figura 29: Pregunta N° 3.1.7, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Generalmente la tendencia es acudir a la madre cuando existe algún problema con el cual lidiar. Tal como se muestra en la gráfica, el 49% acude a su madre cuando presenta alguna situación problemática, con más razón si se ha establecido una relación de confianza entre adolescentes y sus madres; no obstante, en ella se muestra un 36 % que también acude a otros miembros de la familia entre los que se hace mención a su pareja; apenas el 8 % acude a su padre, y el 7 % a ambos.

3.1.8 ¿Qué hacían las personas con quienes vivía cuando Usted enfermaba?

(hasta los 10 años).

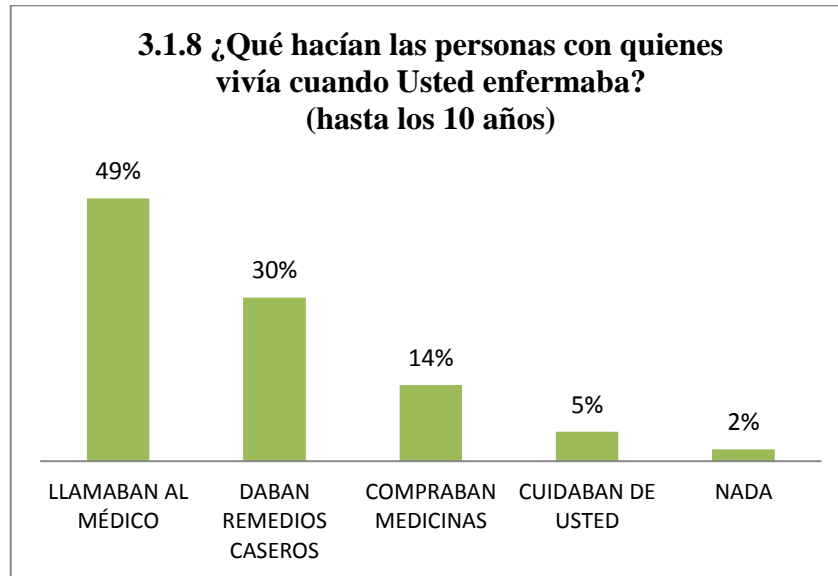


Figura 30: Pregunta N° 3.1.8, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Por la información que se presenta en la gráfica podemos concluir que sí hubo interés por parte de los familiares en atender a las adolescentes cuando enfermaban, ya sea llevándolas al médico: 49 %; mediante el uso de remedios caseros o comprando medicinas: 30 % y 14 % respectivamente, y 5 % correspondiente a adolescentes que respondieron haber recibido cuidados en casa; sin embargo, al no presentar ninguna de ellas, algún tipo de enfermedad específica por la que deban haber recibido cuidados permanentes desde la infancia, no se evidencia un cuidado especial en particular.

Cabe indicar que un 2 % refirió que no cuidaban de ella en ninguna manera.

3.1.9 Cuando usted era niña (hasta los 10 años) ¿de quién recibía más demostraciones de afecto?

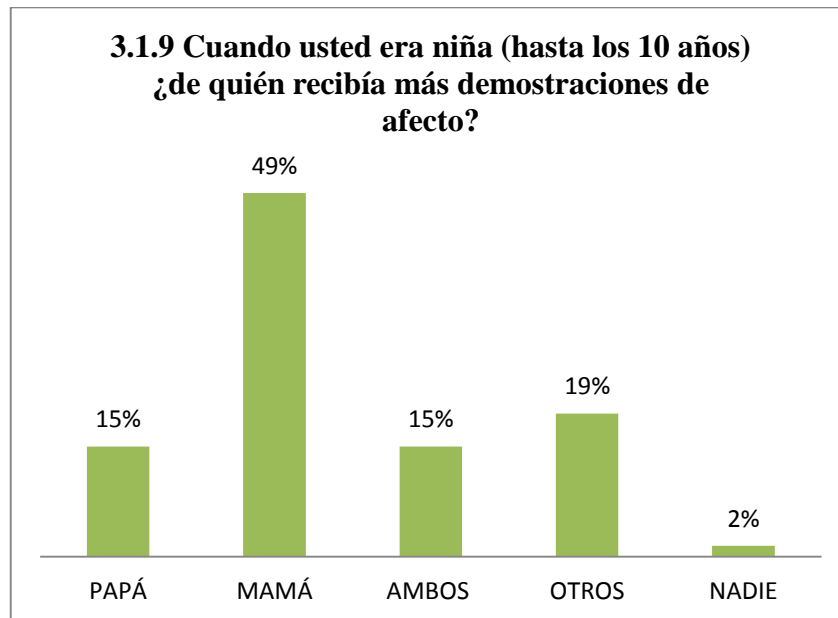


Figura 31: Pregunta N° 3.1.9, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

En la gráfica se indica que el 15 % de las adolescentes recibió mayores demostraciones de afecto por parte de su padre; el 49 % las recibió por parte de su madre; el 15 % de ellas indicó haberlas recibido por parte de ambos progenitores; un 19 % hizo referencia a otros familiares, mientras que un 2 % restante refirió no haber recibido afecto por parte de sus cuidadores.

Nuevamente las cifras evidencian el abandono emocional y afectivo por parte de los padres de las adolescentes.

3.1.10 ¿Cómo le demostraban afecto las personas con quienes vivía? (hasta los 10 años).

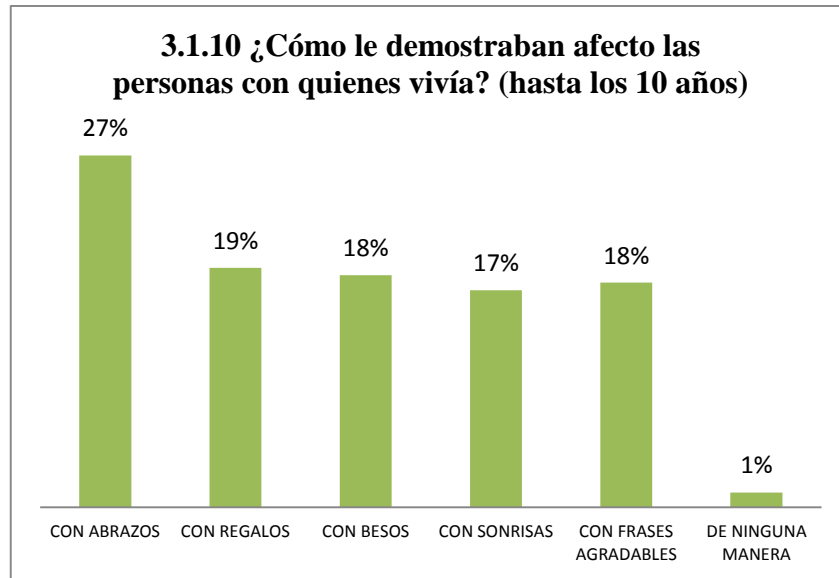


Figura 32: Pregunta N° 3.1.10, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Las cifras que se muestran en la gráfica denotan que sí existieron demostraciones de afecto de diversas formas por parte de quienes permanecieron a cargo de las adolescentes: el 64 % demostró afecto físicamente; el 35 % lo hizo de manera verbal y gestual; solamente el 1 % de las adolescentes expresó no haber recibido demostraciones de afecto en la infancia.

3.1.11 Si cometía alguna equivocación ¿cómo le corregían? (hasta los 10 años)

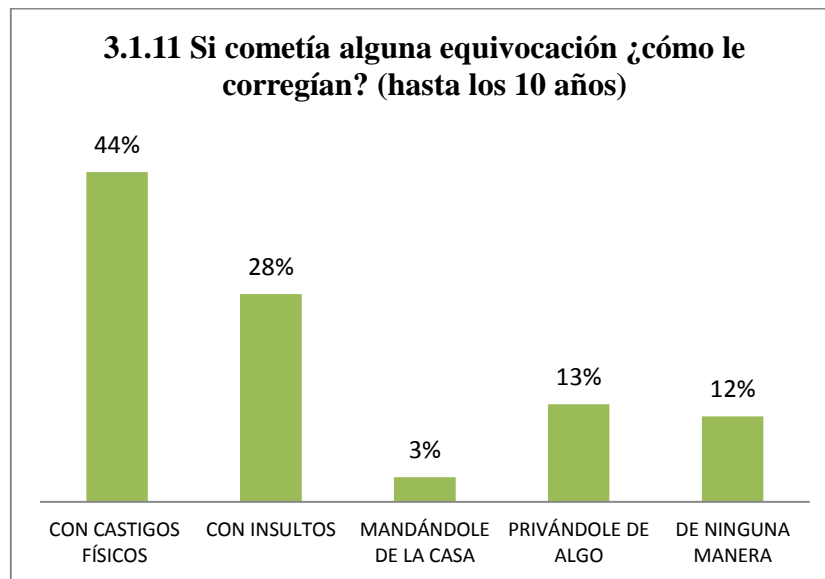


Figura 33: Pregunta N° 3.1.11, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

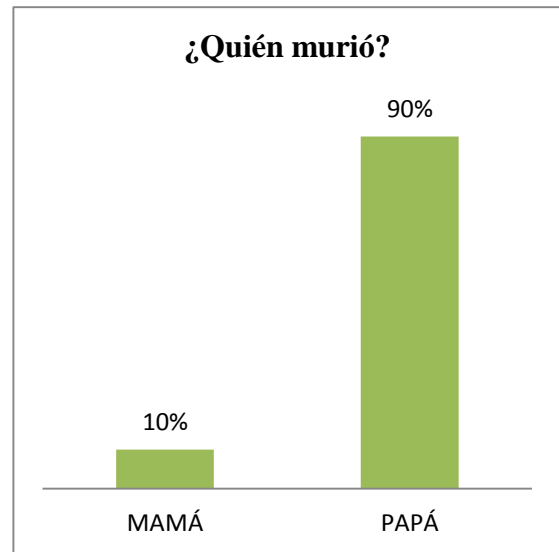
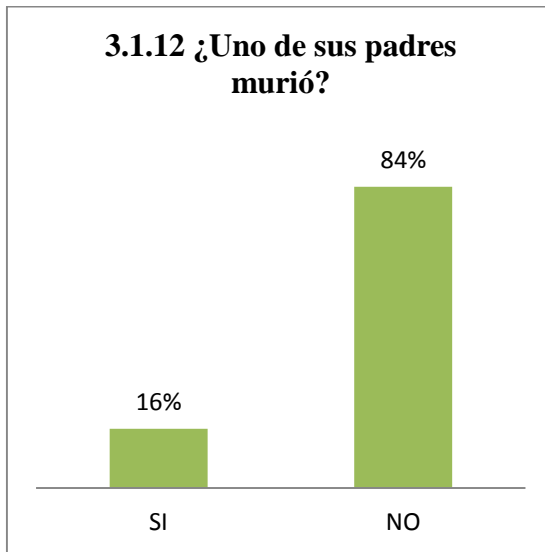
Fuente: Masson, A. (2015).

En la gráfica se evidencia un elevado nivel de maltrato, si sumamos el porcentaje de adolescentes quienes manifestaron haber sido corregidas con castigos físicos, con insultos, o mandándole de la casa: 75%; sin embargo a esta cifra habría que añadir el porcentaje de negligencia (12%) al no corregirles de ninguna manera, lo cual es también considerado un tipo de maltrato.

Solamente el 13 % de las adolescentes manifestaron que fueron privadas de algo como forma de corrección.

3.1.12 ¿Uno de sus padres murió?

¿Quién murió?



Figuras 34 y Figura 35: *Pregunta N° 3.1.12, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes; Fuente: Masson, A. (2015).*

En la primera gráfica se observa en un 16% el porcentaje de muertes de uno de los progenitores, lo que evidencia abandono físico, aunque este fuera involuntario.

En la segunda gráfica observamos que de las 10 personas que murieron, el mayor número corresponde al padre de las adolescentes, lo cual sugiere una vez más la búsqueda de una figura paterna para las mismas, la cual supla el afecto que los padres no pudieron entregarles.

3.1.14 ¿Cómo era su relación con la persona que murió?

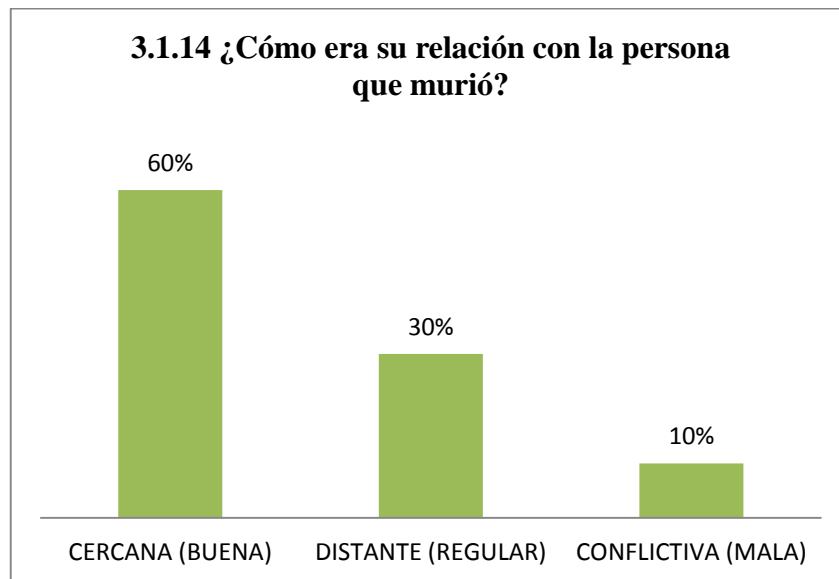


Figura 36: *Pregunta N° 3.1.14, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

La figura muestra que de las 10 adolescentes que perdieron a sus padres, el 60 % tenían una buena relación con ellos, el 30 % mantenía una relación distante y el 10 % de las adolescentes mantenía una relación conflictiva.

3.1.15 ¿Cómo era su relación con la persona que está viva?

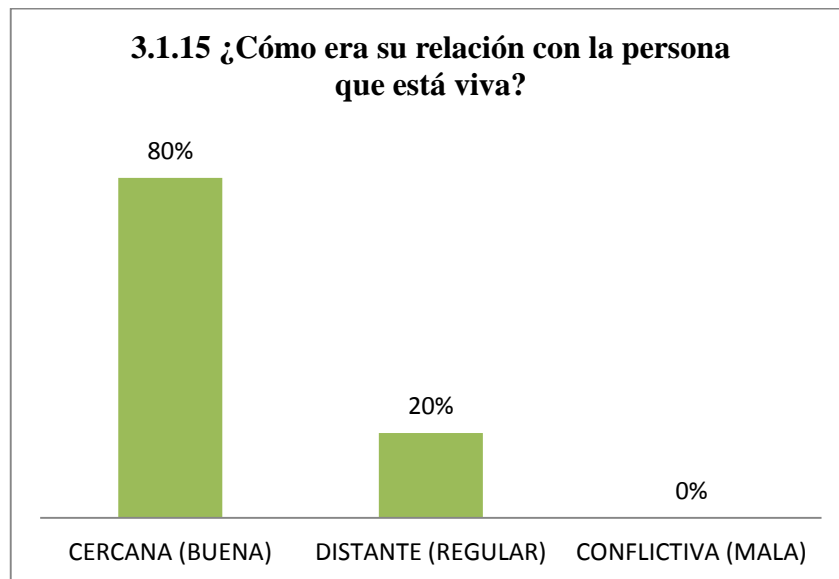


Figura 37: Pregunta N° 3.1.15, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se presenta en la figura, el 80% de las 10 adolescentes que perdieron a uno de sus progenitores, refirió tener una buena relación con la persona que está viva; el 20 % de ellas manifestó que su relación con ella era distante. Ninguna expresó tener una relación conflictiva.

3.1.16 Cuándo se acuerda de la muerte de esta persona ¿qué siente?

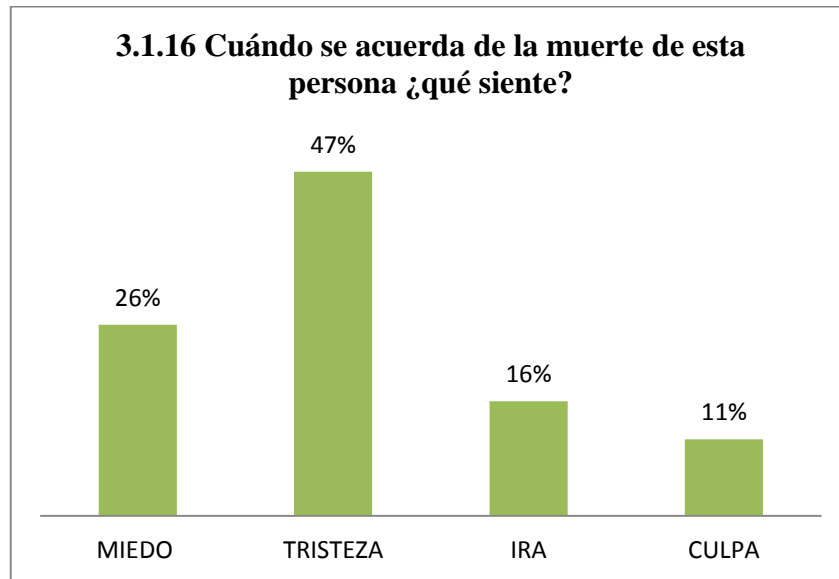


Figura 38: *Pregunta N° 3.1.16, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

En complemento a las preguntas anteriores, en la gráfica se evidencia que aún existe dolor como el principal sentimiento expresado por las adolescentes: 47 %, es decir que todavía sienten la ausencia de su padre, lo que significa que ese dolor les va a llevar a buscar algo o alguien que pueda aplacarlo, aunque ello no sea permanente y real.

En conclusión, como factores de tipo psicológico de incidencia en la presencia de embarazos en adolescentes, se pueden identificar: la ausencia de la figura paterna en un elevado porcentaje de las adolescentes, provocada por el abandono voluntario o involuntario en caso de muerte de los progenitores, sobre todo en la primera y segunda infancia, etapa en la que su presencia se considera de vital importancia para establecimiento de un vínculo afectivo que genere en el sentido de pertenencia, seguridad, identidad, y el ser amadas. Al no haber sido satisfechas estas necesidades o suplidas debidamente por otros familiares, se tiene como consecuencia la búsqueda de la figura masculina a temprana edad, es decir, el compartir vínculos sentimentales con personas del sexo opuesto que generalmente las sobrepasan en edad.

A ello debe sumarse el alto porcentaje de malos tratos recibidos en la primera y segunda infancia como una razón más para buscar el afecto no recibido en sus hogares.

4. Información privada

La información recabada en este punto de la entrevista, permitió establecer el promedio de hijos por adolescente, además indagar en la relación que cada una de ellas mantiene o no con los padres de su/sus hijo/os; identificar si existieron casos de abuso sexual en sus diversas formas y cómo se actuó al respecto, enriqueciendo otras preguntas establecidas en los aspectos de índole social y psicológica; finalmente se pudo conocer la responsabilidad que existe o no por parte de los padres hacia los hijos.

Exponemos a continuación varias de las preguntas que conforman este aspecto de la entrevista y no están ya incluidas en las gráficas anteriores.

4.2 ¿Es su primer embarazo?

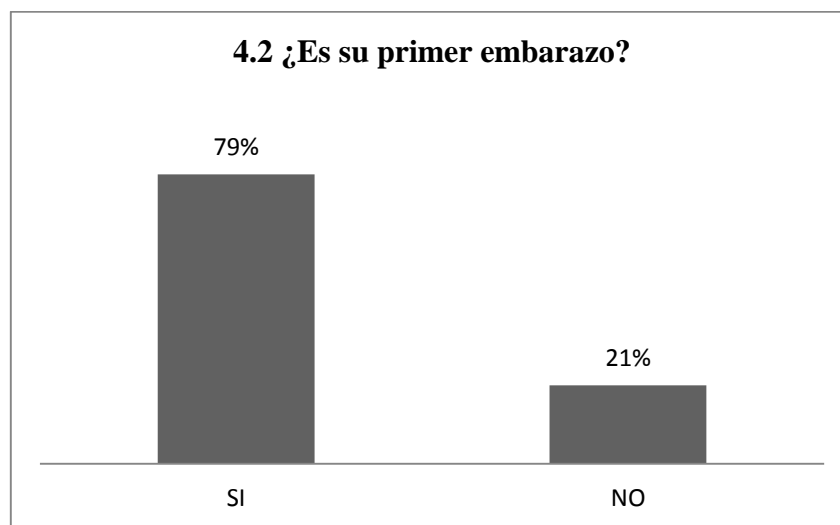


Figura 39: Pregunta N° 4.2, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el 79 % de las adolescentes son madres primerizas, mientras que el 21 % tiene más de un hijo, oscilando las edades de estas últimas entre los 14 y los 17 años.

4.3 ¿El padre del segundo es el mismo que en el primero?

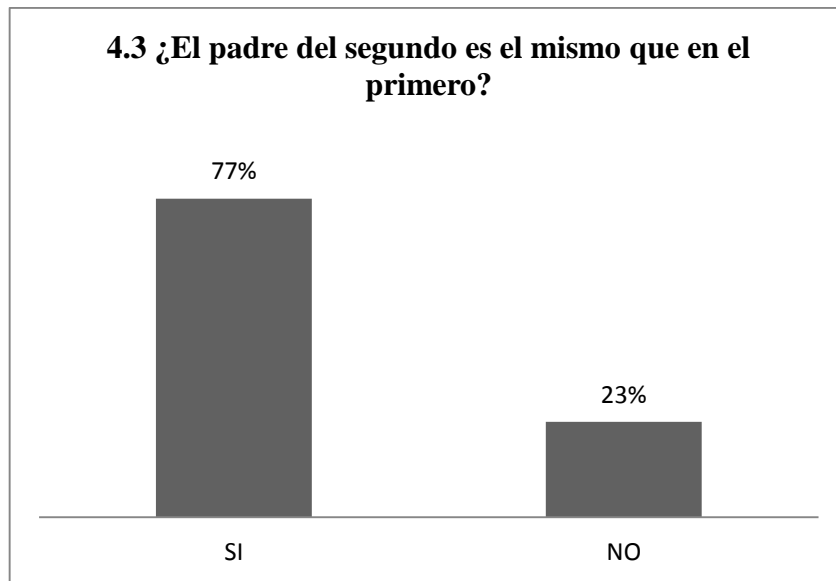


Figura 40: *Pregunta N° 4.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se presenta en la gráfica, del grupo de 13 adolescentes que tiene más de un hijo, en el 77 % de los casos hablamos de hijos del mismo padre, mientras que el 23% de las adolescentes tienen hijos de padres distintos.⁷

⁷Las edades de las adolescentes correspondientes al segundo porcentaje, son catorce y quince años en dos casos, sin embargo los padres de los hijos oscilan entre los 20 y 30 años. Solo en un caso el padre vive aún con ellas.

4.4 ¿Quién es el padre de su/sus hijos/s?

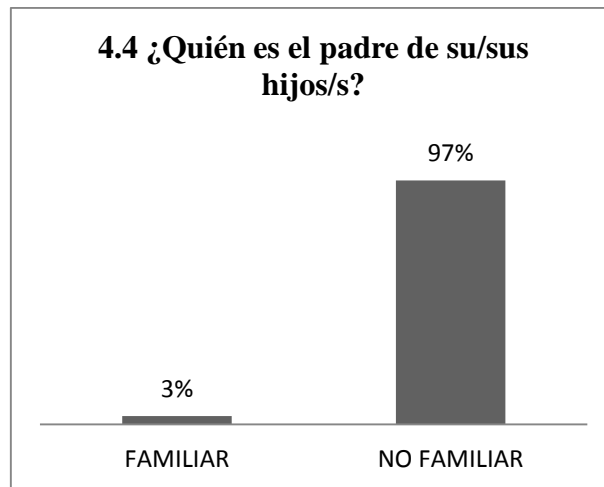


Figura 41: Pregunta N° 4.4, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Esta pregunta permitió identificar la existencia de casos de incesto al interior de la familia, encontrándose 2 casos, correspondientes al 3 %.

4.5 ¿Vive cerca o lejos?

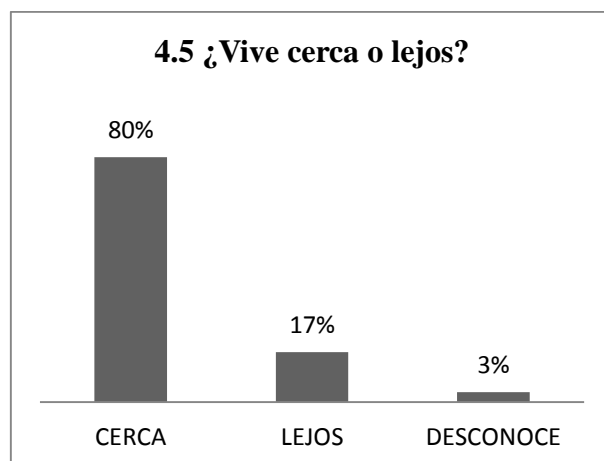


Figura 42: Pregunta N° 4.5, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el 80 % de los padres de los hijos de las adolescentes vive cerca de ellas; el 17 % vive lejos según indicaron, y un 3 % desconoce su paradero.

4.6 ¿Usted quiso tener relaciones sexuales con esta persona?

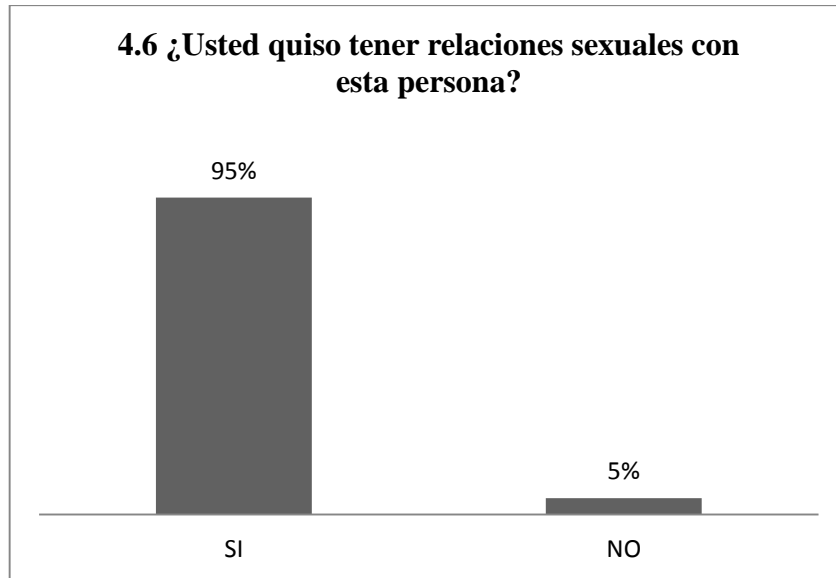


Figura 43: *Pregunta N° 4.6, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Esta pregunta permitió la identificación de casos de violación, encontrándose un 5 % tal como se presenta en la gráfica que también se mencionó en la pregunta 2.1.1, literal c. relacionada con el tipo de maltrato del que han sido víctimas las adolescentes.

Del resto de casos, es decir el 95 % que manifestaron su consentimiento al mantener relaciones sexuales con su pareja, se explicó en base al análisis realizado que la cifra corresponde a los casos de estupro, incesto, no constituyen un delito, o se desconoce por falta de información por parte de las adolescentes.

4.7 ¿Alguien puso una denuncia?

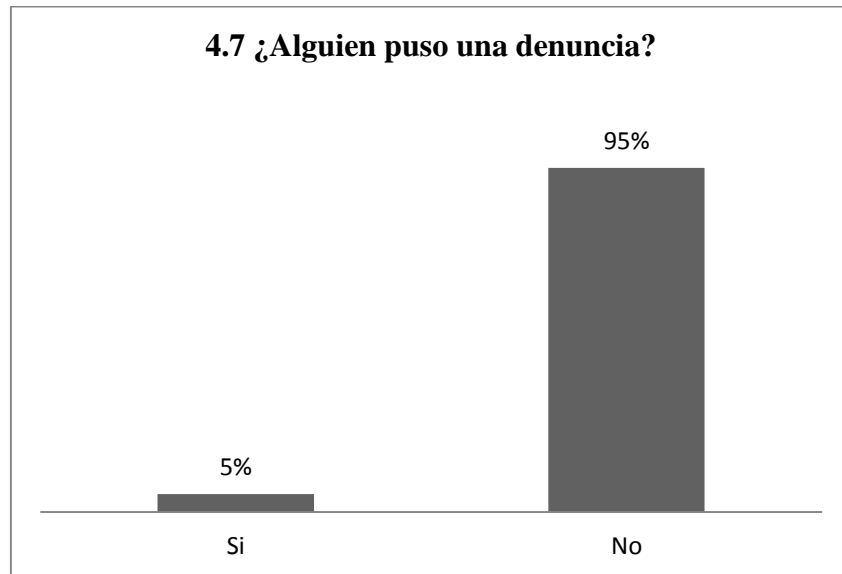


Figura 44: Pregunta N° 4.7, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que solamente el 5 % de los casos de abuso sexual fue denunciado, mientras que el 95 % no fueron denunciados según manifestaron las adolescentes.

Una vez más se evidencia la normalidad con la que las familias ven al embarazo en la adolescencia, pero también el desconocimiento o falta de intervención por parte de las autoridades involucradas en el tema.

4.8 ¿Cómo reaccionó el padre de su hijo cuando supo del embarazo?

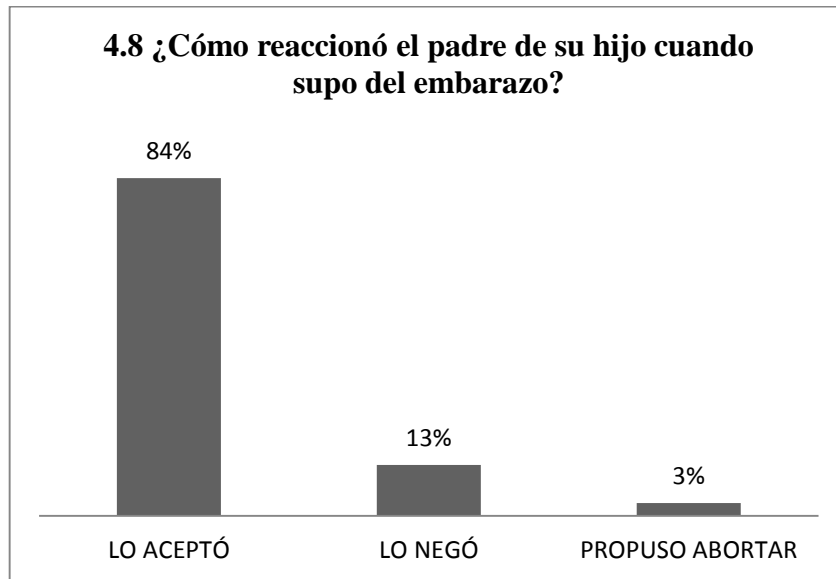


Figura 45: *Pregunta N° 4.8, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se muestra en la gráfica, la mayor parte de los padres, el 84 % mostró aceptación hacia su hijo al enterarse del embarazo, el 13 % de ellos los negaron, mientras que un 3 % propuso el aborto como medio para librarse de su responsabilidad.

4.9 (El padre) ¿Se ha responsabilizado de su hijo?

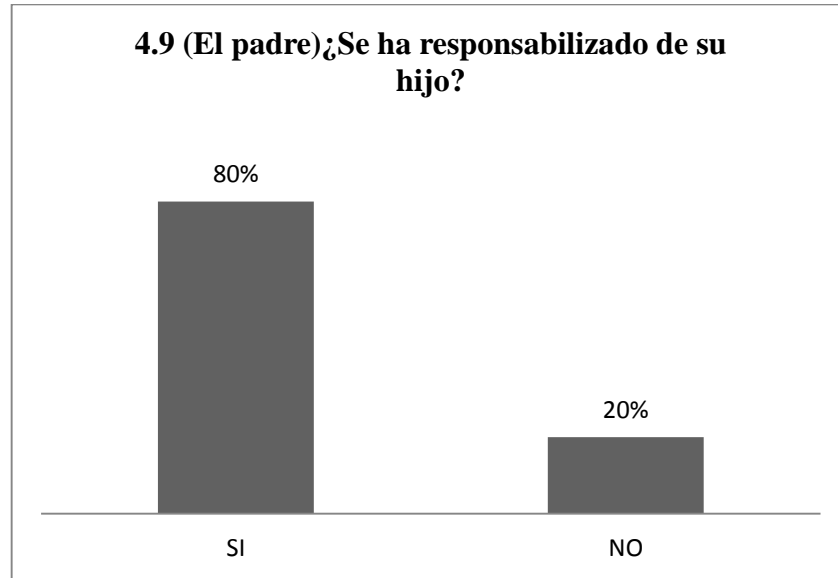


Figura 46: *Pregunta N° 4.9, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

La gráfica muestra que el 80 % de los padres sí se ha responsabilizado durante o después del embarazo, mientras que el 20% no lo ha hecho.

Este porcentaje coincide con el hecho de que la mayoría de las adolescentes conviven con los padres de sus hijos.

4.10 (El padre de su hijo) ¿Le entrega una pensión alimenticia?

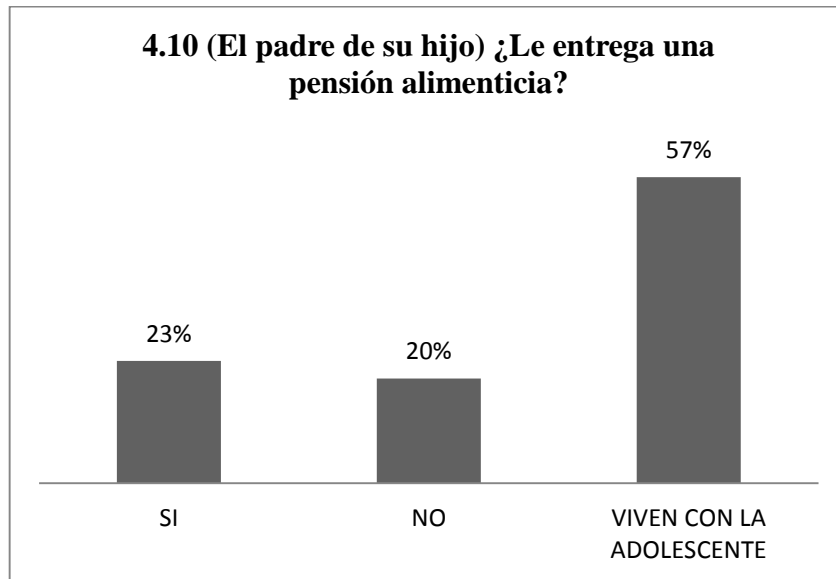


Figura 47: Pregunta N° 4.10, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se muestra en la gráfica, el 23 % de los padres entrega una pensión alimenticia a su/sus hijo/os; el 20 % no lo hace, y el 57 % corresponde a padres que viven con las adolescentes, es decir a aquellos que permanecen directamente al pendiente de las necesidades de los hijos.

4.11 (El padre) ¿Visita a su hijo?

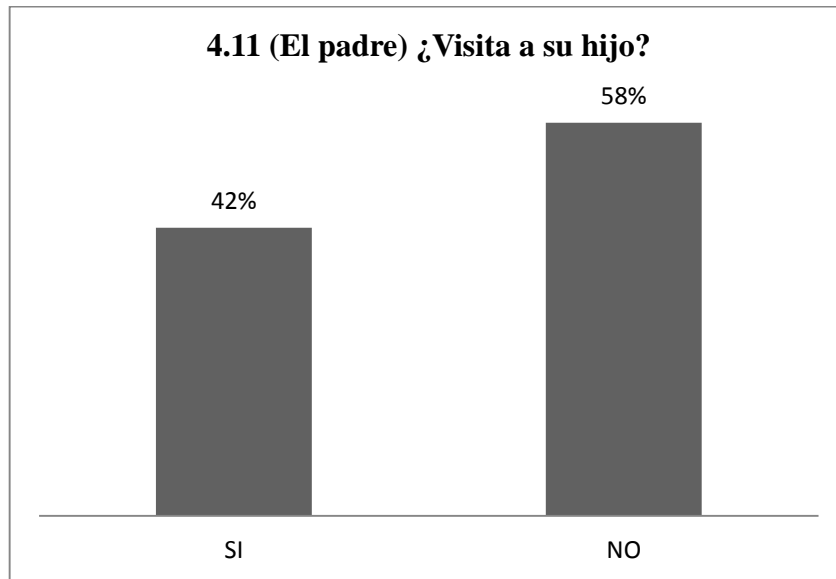


Figura 48: *Pregunta N° 4.11, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Según la gráfica, de los 26 padres que no viven con las adolescentes el 42 % visita a sus hijos, mientras que el 58 % de ellos no lo hacen, lo que nuevamente inicia el ciclo de abandono, a no ser que exista un referente paterno al interior del núcleo familiar que de alguna manera pueda suplir las necesidades emocionales y afectivas de los niños y brinde la seguridad que necesitan para poder alcanzar su desarrollo de una manera adecuada.

En lo que respecta a este punto, se puede concluir que la mayoría de embarazos en las adolescentes corresponden a delitos de tipo sexual como son: incesto, violación y estupro; este último, en un alto porcentaje. Dichos casos son generalmente conocidos por los representantes o los propios familiares de las adolescentes, quienes no han acudido ante las autoridades competentes a realizar las denuncias respectivas, ya sea por el desconocimiento de la ley o porque es una cuestión aceptada culturalmente; sin embargo, ante este hecho, tampoco se evidencia un trabajo por parte de las autoridades a nivel de restitución de los derechos que han sido vulnerados.

5. Información recibida sobre prevención del embarazo en adolescentes

5.1 ¿Recibió alguna información dentro o fuera de su hogar para prevenir su embarazo?

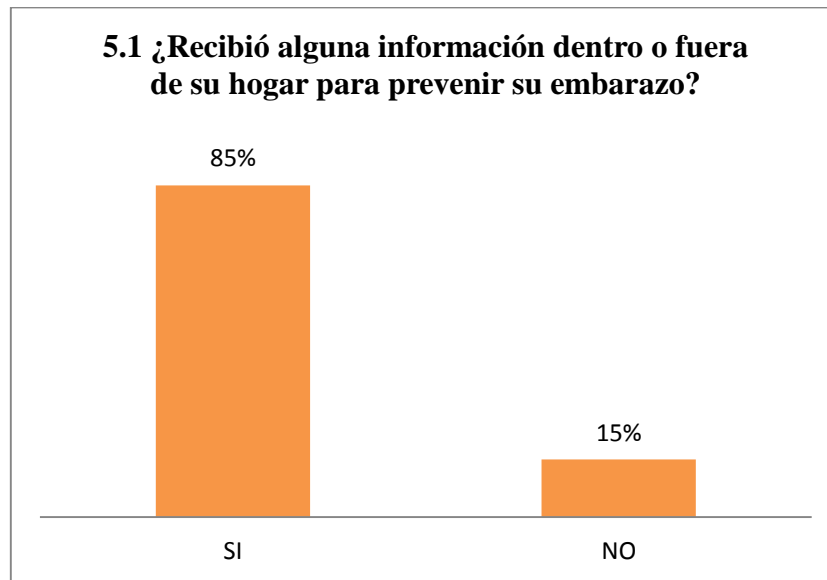


Figura 49: Pregunta N° 5.1, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Puede observarse en la gráfica, que el 85 % de adolescentes recibió cierto tipo de información relacionada con prevención de embarazos, solamente un 15 % refirió no haberse informado.

La gráfica muestra que las adolescentes se encuentran informadas en su mayoría, por lo que no se puede atribuir directamente al desconocimiento de información como la causa de los embarazos, sin embargo, debería discutirse qué tipo de información es la que las adolescentes poseen, si ésta es correcta y hasta qué punto la misma es suficiente y/o adecuada como para prevenir la reincidencia de un nuevo embarazo.

5.2 ¿Por parte de quién o quiénes?

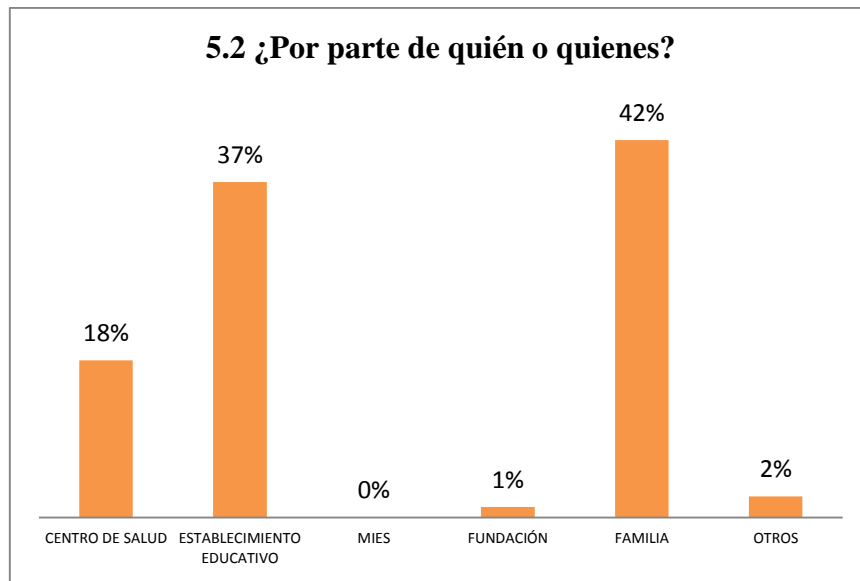


Figura 50: *Pregunta N° 5.2, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Como complemento a la pregunta anterior, la gráfica indica que el 18 % de las adolescentes recibió información por parte del centro de salud; el 37 % atribuye su conocimiento a la información proporcionada por el establecimiento educativo; ninguna de ellas identificó al MIES como entidad de la cual recibió algún tipo de información; el 1 % hizo referencia a información recibida por parte de la fundación Niñez y vida; el 42 % mencionó a su familia como la principal fuente de la cual obtuvieron información para prevenir un embarazo; lo cual llama la atención, ya que según el imaginario social, se piensa que al interior de las familias no suelen tratarse temas relacionados con la sexualidad. Un 2 % manifestó haber obtenido información de otras fuentes como amigos o conocidos.

5.3 ¿Considera que la información que le ofrecieron las entidades mencionadas anteriormente para prevenir un embarazo en adolescentes fue suficiente?

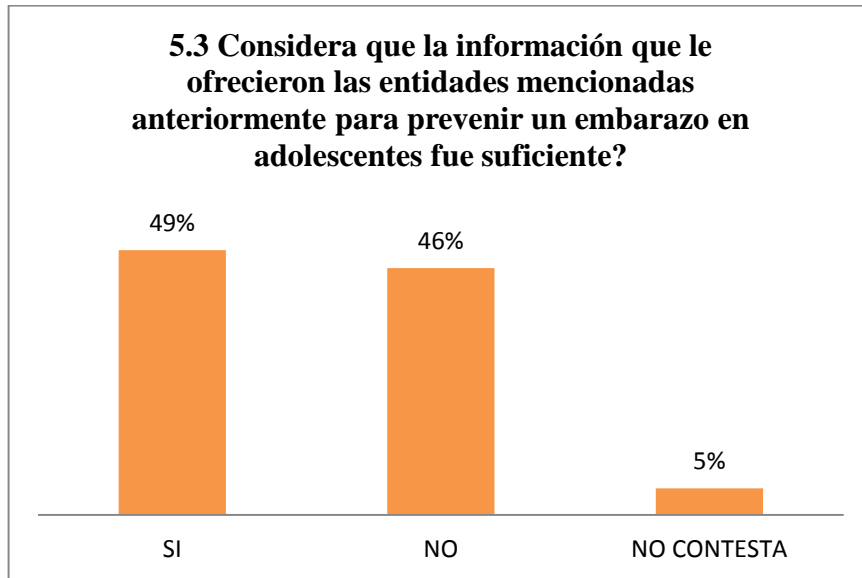


Figura 51: *Pregunta N° 5.3, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

En la gráfica podemos observar que el 49 % de adolescentes considera que la información que recibieron fue suficiente para prevenir un embarazo; sin embargo, casi la mitad de ellas responde lo contrario, mientras que un 5 % se abstiene de responder.

5.4 La información que recibió fuera de su hogar la motivó a:

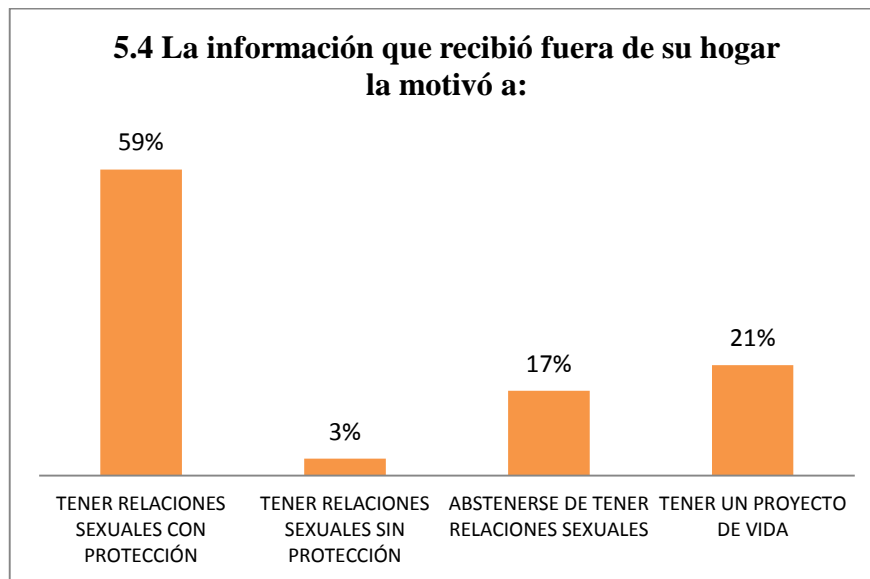


Figura 52: Pregunta N° 5.4, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se presenta en la gráfica, el 59 % de las adolescentes refiere que la información recibida fuera de su hogar las motivó a tener relaciones sexuales siempre y cuando se protejan de manera adecuada; un 3 % considera que la información recibida las condujo a tener relaciones sexuales sin protección; el 17 % responde que la información recibida las motivó a abstenerse de tener relaciones sexuales o postergar el inicio de la vida sexual relacionando este hecho con tener un proyecto de vida a lo que se suma el 21 %.

Como se muestra, la mayor parte de información que recibieron se enfoca a tener relaciones sexuales con protección.

5.5 La información que recibió en su hogar la motivó a:

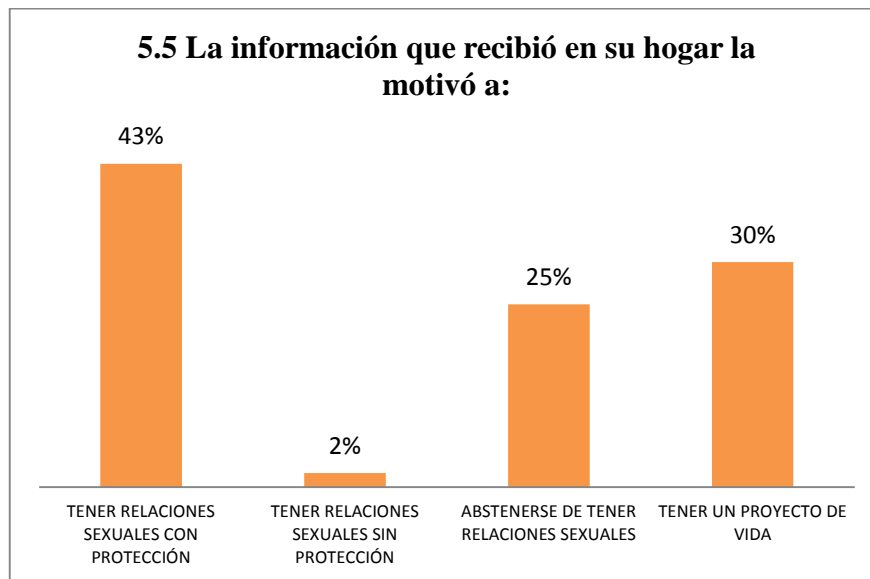


Figura 53: Pregunta N° 5.5, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

La información recibida en el hogar, según la gráfica, a más de promover el tener relaciones sexuales con protección en un 43 %, se enfoca en el postergar el inicio de las relaciones sexuales y en el cumplimiento de metas y aspiraciones personales, relacionadas a tener un proyecto de vida en un 25 % y 30 % respectivamente.

Un 2 % restante refiere que la información recibida motivo a tener relaciones sexuales sin protección.

5.6 ¿Cuál de las opciones mencionadas en la pregunta anterior, considera Usted que es la más adecuada para prevenir un embarazo en la adolescencia?

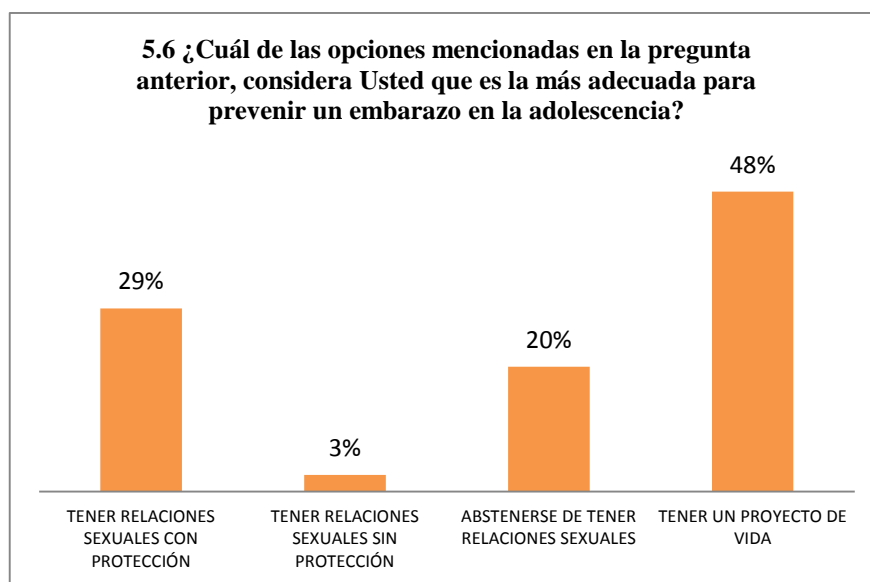


Figura 54: *Pregunta N° 5.6, Según Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes;*

Fuente: Masson, A. (2015).

Ante esta pregunta, las adolescentes respondieron lo siguiente: el 29 % considera que tener relaciones sexuales con protección es la forma más adecuada de prevenir un embarazo en la adolescencia; el 3 % insiste en que tener relaciones sexuales sin protección es lo que les ayudará a no quedar embarazadas, lo cual es incoherente; el 20 % de ellas refieren haber optado por la abstinencia aduciendo que “hubieran preferido esperar” antes de iniciar una relación sexual una vez que se han dado cuenta de la difícil tarea de ser madre y finalmente el 48 % de las adolescentes hacen referencia a que el tener un proyecto de vida, es decir, el plantearse metas, propósitos, y trabajar por cumplirlos es lo que les va

a permitir establecer un orden de prioridades distinto al que antes tenían, evitando así un embarazo inesperado.

En síntesis, en lo que respecta a la información recibida sobre prevención del embarazo en adolescentes se concluye que no es la falta de la misma la que ha provocado la persistencia de embarazos, pues la mayor parte de adolescentes supo indicar que recibió suficiente información tanto en su hogar, como en el establecimiento educativo; sobre todo en lo referente a la protección mediante el uso de métodos anticonceptivos; no obstante pocas de ellas reconocen al Centro de salud como la entidad en la que fueron informadas, lo cual es curioso tomando en cuenta que parte de la base de datos sobre la cual se fundó este estudio fue proporcionada por la mencionada entidad gubernamental, la cual abordó directamente el tema de la salud sexual y reproductiva; sin embargo, en lo que respecta al tipo de información recibida, tanto al interior de la familia como en las entidades gubernamentales y no gubernamentales por ellas reconocidas, las adolescentes refieren que se enfatizó en el hecho de tener relaciones sexuales con protección, dejando en segundo plano el establecimiento de un proyecto de vida orientado al planteamiento de metas personales, lo cual consideran, sería la mejor alternativa para prevenir un embarazo.

b. Resultados del Genograma

Identificación de repetición de patrones generacionales.

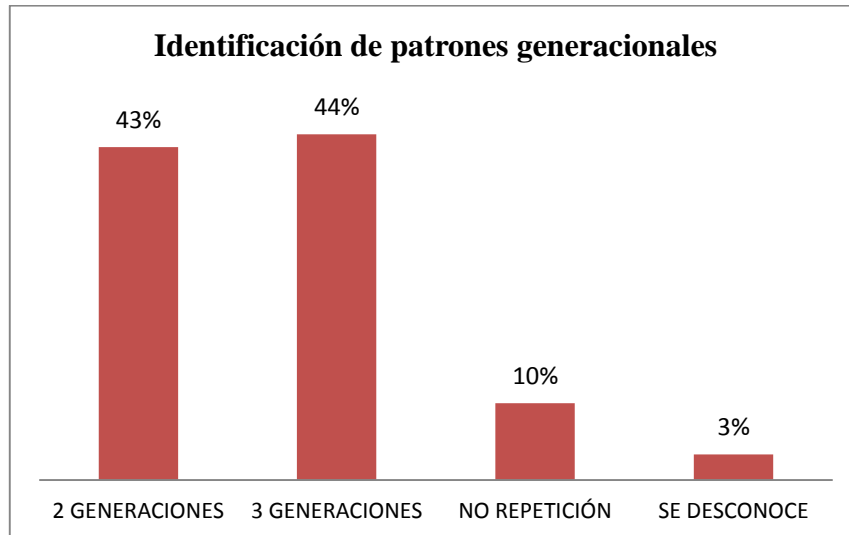


Figura 55: Según Genograma aplicado a madres adolescentes;

Fuente: Masson, A. (2015).

Como se puede observar, la gráfica muestra los patrones generacionales en cuanto a la repetición de embarazos en adolescentes en dos y tres generaciones; así tenemos que: el 43 % de las adolescentes se embarazaron en la adolescencia al igual que sus madres, lo que explica repetición en dos generaciones; el 44 % se embarazó en la adolescencia al igual que sus madres y abuelas, lo que indica repetición en tres generaciones; solamente en un 10 % no existió repetición de patrones generacionales, mientras que se desconoce si hubo o no, en un 3 % de las adolescentes.

De esta manera se ratifica la teoría de que el hogar es el primer espacio de aprendizaje de conductas y los antecesores constituyen un ejemplo que generalmente se tiende a imitar.

c. Resultados del test de inteligencia

Identificación de discapacidad intelectual.

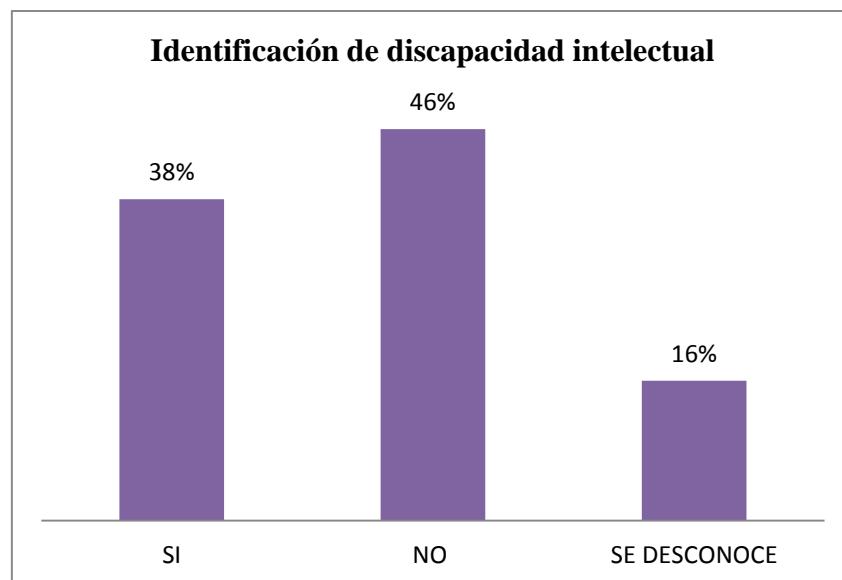


Figura 56: Según test de inteligencia aplicados a madres adolescentes; Fuente:

Valarezo, L. (2015).

La gráfica presenta la situación en cuanto a la presencia de discapacidad intelectual en las adolescentes entrevistadas.

Encontramos que un 38 % de las adolescentes presenta discapacidad intelectual, cifra que es alarmante en relación al total de la población entrevistada, hecho que debería tratarse a profundidad, pues hasta el momento no ha sido visibilizado por parte de las autoridades que conforman las distintas carteras de Estado.

El 46 % no presenta discapacidad intelectual y en un 16 % de la población no fue posible su identificación por diversos motivos, entre ellos el cambio repentino de domicilio.

Tanto la aplicación del genograma, como los test de inteligencia permitieron identificar otros aspectos relevantes a considerar como factores de incidencia de los embarazos en adolescentes, uno de ellos es la repetición de patrones generacionales familiares, hasta en dos y tres generaciones en la mayoría de los casos; aquí se pone en evidencia la normalidad con la que las familias aceptan este hecho y lo reproducen en un ciclo que se repite ves tras vez; a ello se suma el elevado porcentaje de discapacidad intelectual encontrado, el cual no ha sido puesto en evidencia hasta la fecha, sin embargo, esta condición que ubica a las adolescentes en una situación de vulnerabilidad, debería ser reconocida por las autoridades y tomada en cuenta para la elaboración de nuevas propuestas de intervención.

d. Resultados de la encuesta dirigida a funcionarios de organizaciones gubernamentales encargadas de la ejecución de la ENIPLA y organizaciones no gubernamentales que intervinieron en la prevención de embarazos en adolescentes en la cooperativa de vivienda “Cristo vive” durante el año 2014. (Ver anexos: 3, 4 y 5)

Análisis de resultados de las actividades llevadas a cabo para:

1. Disminuir el número de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años.

Las actividades orientadas a la disminución del número de embarazos en adolescentes se han basado principalmente en la implementación de programas de capacitación (charlas, talleres y ferias) en los que se ha impartido tópicos relacionados a la sexualidad abordando las siguientes temáticas: derechos sexuales y reproductivos, género, identidades, adolescencia y familia, relaciones interpersonales y toma de decisiones, mi cuerpo, sexualidades, proyecto de vida, protección y métodos anticonceptivos, paternidades y maternidades, delitos sexuales; además el trabajo se centró en la dotación de métodos de anticoncepción y planificación familiar a las Unidades de salud, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos amparados en los diferentes cuerpos legales y, la opción de las personas de decidir libremente.

Asimismo se trabajó en el fomento de la organización juvenil y formación de líderes comunitarios; trabajo que permitió el involucramiento y la participación activa de la ciudadanía en el sector.

2. Disminuir niveles de mortalidad materna.

El trabajo en este sentido fue llevado a cabo por el MSP y la Fundación Niñez y vida, mediante la identificación y seguimiento de casos de madres adolescentes (y mujeres embarazadas en general).

Lo que se tradujo en la disminución de muertes maternas en el sector, según informaron los funcionarios sin exponer cifras al respecto; sin embargo, se conoce por información oficial, que los casos de muertes maternas a nivel nacional se incrementaron de 155 en 2013 a 160 en 2014 a nivel nacional.

3. Prevenir la violencia sexual y el embarazo, producto de la misma.

Al respecto, se impartió charlas y talleres sobre buen trato y prevención de la violencia sexual, además de la identificación de casos de vulneración de derechos con la respectiva derivación a las instancias competentes.

Cabe indicar que en este punto los funcionarios no cuentan con un registro de los casos de embarazos producto de delitos sexuales.

4. Calificación del trabajo en red llevado a cabo.

Las entidades definen al trabajo en red llevado a cabo como bueno, haciendo énfasis en su participación en las Ferias de salud sexual y reproductiva, particularmente en la realizada en el Colegio 6 de Octubre de la cooperativa Cristo vive; sin embargo en lo referente a los casos de embarazos en adolescentes relacionados con delitos sexuales, no se hace mención a un seguimiento de los mismos en conjunto.

4.1 Motivos.

Las razones que argumentan los representantes de las organizaciones para definir el trabajo en red como Bueno son: la capacitación, planificación y organización de eventos de manera conjunta; además la unificación de criterios en cuanto a las temáticas abordadas.

5. Acciones realizadas en conjunto con OG.

A más de la capacitación compartida por las organizaciones, las mismas hacen énfasis en la Feria de Salud llevada a cabo en el Colegio 6 de octubre, la cual se coordinó de manera conjunta.

6. Acciones realizadas en conjunto con ONG.

Los Organismos no gubernamentales que con los que se trabajó de manera conjunta fueron: Casa de la Cultura; HIAS, ACNUR y la Fundación Niñez y Vida. El trabajo se enfocó a la realización de las ferias de salud y a capacitación en los temas antes mencionados.

7. Principales fortalezas en la ejecución de la ENIPLA.

Como principales fortalezas podemos resaltar que:

- No se registraron casos de embarazos en las adolescentes que formaron parte de las organizaciones juveniles;
- El trabajo en red permitió abordar las temáticas de manera integral, manejando uniformidad de criterios.
- Hubo aceptación por parte de los adolescentes y la ciudadanía en general a la propuesta y a las temáticas impartidas.
- Se estableció el Club de adolescentes en la Cooperativa "Cristo Vive", el cual aún permanece activo.
- Hubo ruptura de patrones socioculturales y tabús en cuanto al abordaje del tema de la sexualidad.
- Se trabajó con personal capacitado e idóneo.

- Según los registros internos de las organizaciones, el número de muertes maternas disminuyó.

8. Principales nudos críticos en la ejecución de la ENIPLA.

Los principales nudos críticos o dificultades identificados que enfrentó la ENIPLA al ser aplicada fueron:

- Poca aceptación de la estrategia por parte de algunos sectores principalmente religiosos.

- Falta de personal profesional a cargo de la ejecución de la ENIPLA en relación a la demanda de atención, por lo que el seguimiento a los casos se tornó limitado.

- Falta de fluidez en los procesos legales en casos de delitos de tipo sexual referidos a las instancias competentes.

- Ausencia de una línea de base inicial del sector, sobre la cual pueda establecerse diferencias relacionadas al incremento o disminución de casos de embarazos en adolescentes durante el periodo de ejecución de la ENIPLA.

- Percepción de que la información fue transmitida bajo un criterio único, sin considerar otros puntos de vista.

9. Forma de evaluar cumplimiento de objetivos.

Los objetivos fueron evaluados en base a los indicadores de resultado y, en lo referente a charlas y talleres efectuados por el MINEDUC, se realizaron test para evaluar el grado de sensibilización hacia los contenidos impartidos, no obstante, la sensibilización de los contenidos debería haberse medido en base a los cambios de conducta de las adolescentes, más no en base a instrumentos que en cierta medida solo mostrarían el nivel de información que las adolescentes recordaron en ese momento.

10. Principal motivo por el que la ENIPLA no continuó en 2015.

Todos los funcionarios concluyen que la ENIPLA no continuó debido al incremento en los casos de embarazos en adolescentes según datos oficiales, a pesar de que hoy en día se hable de cifras que demuestren lo contrario.

11. Aspectos de importancia para plantear una política pública orientada a la disminución de embarazo en adolescentes.

Los principales aspectos a considerar a la hora de elaborar una política pública orientada a la disminución de embarazos en adolescentes, según criterio de los profesionales son los siguientes:

- La construcción de la política debe hacerse con los involucrados, es decir tomando en cuenta el criterio de la población hacia la que va orientada la misma.
- La política debe responder a la realidad del contexto social.
- Debe establecerse indicadores alcanzables y medibles.
- Debe enmarcarse en el ámbito de los derechos humanos.
- La información manejada debe guardar equilibrio y respetar las diferentes posturas y convicciones más profundas de las personas.

Capítulo III

3. Propuesta

3.1 Datos informativos.

Título: Proyecto de intervención psicosocial para la prevención de embarazos en adolescentes, en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo vive”, de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Ubicación Sectorial: Circuito de salud “Cristo Vive” y cooperativas aledañas: Unión cívica Popular, Nuevo amanecer, Alejandro Montesdeoca, Macadamias 1 y 2, Fernando Daquilema, Bellavista y Bendición de Dios.

Beneficiarios:

Directos: Padres y madres adolescentes en situación de riesgo social.

Indirectos: Hijos de madres adolescentes y familias.

Equipo técnico responsable: Funcionarios del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

Equipo técnico colaborador: Funcionarios del Ministerio de Salud Pública (MSP); Ministerio de Educación (MINEDUC); Funcionarios de Organismos No Gubernamentales (ONG).

3.2 Antecedentes de la Propuesta.

El fenómeno del embarazo en adolescentes es y ha sido a lo largo de los años, un tema de interés para muchos sectores en el campo de la investigación; algunos lo han abordado como un problema en sí mismo que acarrea consecuencias, generalmente negativas para los adolescentes y sus familias, sin embargo, otros defienden la idea de que el embarazo en la adolescencia constituye un síntoma de una sociedad multiproblemática, es decir, que el mismo esconde problemas de fondo y cuyas consecuencias generan a su vez otras situaciones problemáticas.

Puede decirse que en el Ecuador, y concretamente en la población beneficiaria de la presente propuesta, el trabajo realizado por parte de los diferentes Organismos del Sector público y privado con el propósito de disminuir los embarazos en adolescentes, se ha enfocado en la capacitación o sensibilización a adolescentes y sus familias sobre temas relacionados a la sexualidad; a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y a la dotación de métodos de anticoncepción, sin embargo, aunque se ha podido visibilizar resultados positivos en cuanto a la aceptación de la iniciativa del Gobierno por parte de los adolescentes y de la población en general, el problema aún persiste, o no ha presentado un debilitamiento considerable.

Cabe recalcar que la situación de los adolescentes no es la misma en todos los ámbitos y contextos; por ello, al hablar de políticas, deberían pensarse e implementarse por un lado aquellas universales orientadas al desarrollo pleno de sus capacidades, las cuales involucran a todos los adolescentes, y por otro lado, las mismas deberían plasmarse en programas y proyectos de prevención y protección especial, orientadas a atender a los adolescentes que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

El presente estudio ha revelado que son múltiples los factores que pueden llevar a un adolescente a tener relaciones sexuales y por ende a la posibilidad de un embarazo a

temprana edad; sin embargo, como se ha mencionado, esta realidad no es la misma en todos los contextos sociales, por lo que se torna necesario reevaluar y replantear las políticas orientadas hacia la adolescencia y la prevención del embarazo en adolescentes a fin de establecer los correctivos necesarios acordes a la realidad de los diferentes contextos sociales, los cuales permitan lograr un impacto con mayor alcance.

3.3 Justificación de la necesidad de intervención.

Así como existen razones que saltan a la vista al momento de plantear una política social, existen otras que, si no son visibilizadas pueden constituirse en factores determinantes del éxito o fracaso en la aplicación de la política.

Para abordar un problema y buscar su solución, es menester elaborar primeramente un diagnóstico del mismo, indagar en las causas directas e indirectas que lo producen; a fin de delimitar el marco de intervención que permitirá establecer los objetivos a cumplir, con el propósito de atacar las causas del problema y no únicamente los síntomas.

El problema del elevado número de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive” de Santo Domingo, parte en síntesis, de las causas plasmadas en el árbol de problemas adjunto (Ver anexo 7), de las cuales se ha escogido el ámbito de gobernabilidad sobre el cual se plantea intervenir, definiendo como una de las prioridades, la visibilización del problema de la discapacidad intelectual identificada en el proceso de diagnóstico y desconocida por la mayor parte de la población.

Entre otras razones que justifican la presente propuesta, están por un lado la presencia de familias multiproblemáticas de las cuales provienen las adolescentes, quienes en un elevado porcentaje han sido víctimas de delitos de tipo sexual, y además la

identificación de patrones generacionales de conductas nocivas al interior del núcleo familiar, las cuales han generado otros problemas adyacentes.

El problema del embarazo en adolescentes deberá ser abordado tomando en cuenta la urgencia de implementar cambios y mejoras significativas en las políticas destinadas a los adolescentes, estrategias que se articulen entre los distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales en los que convergen diversas problemáticas de este grupo poblacional.

3.4 Objetivos.

3.4.1 Objetivo de Desarrollo (Fin).

Mejorar la calidad de vida de las/los adolescentes en situación de riesgo social.

3.4.2 Objetivo General.

Disminuir el número de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de salud “Cristo vive” de Santo Domingo de los Tsáchilas, mediante la implementación de nuevas estrategias metodológicas.

3.4.3 Objetivos Específicos.

a. Socializar los resultados obtenidos de la presente investigación, sobre los factores de incidencia de embarazos en adolescentes con OG y ONG competentes.

b. Promover acciones para contrarrestar la presencia de familias multiproblemáticas y la repetición de patrones generacionales de conductas nocivas.

c. Generar mecanismos de denuncia de embarazos en adolescentes, producidos por delitos sexuales.

d. Establecer estrategias de identificación de discapacidad intelectual en las adolescentes y sus parejas.

e. Seleccionar estrategias de educación sexual acorde a la necesidad de las/los adolescentes y sus familias, con énfasis en derechos humanos.

3.5 Breve descripción de la propuesta.

La presente propuesta de implementación del “*Proyecto de intervención psicosocial para la prevención de embarazos en adolescentes*”, en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo vive”, de Santo Domingo de los Tsáchilas, pretende abordar el tema del embarazo en la adolescencia, no como un fenómeno aislado, sino de manera integral, es decir, como parte del complejo conjunto de problemáticas sociales que se evidencian en población en situación de riesgo social.

El proyecto se desarrollará en varias etapas, las cuales se describen en breve a continuación:

a. Presentación de la propuesta.

Mediante una reunión con los directivos del MIES se socializará la propuesta, presentando primeramente los resultados obtenidos en la investigación realizada en lo referente a los factores de incidencia del embarazo en adolescentes en la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo Vive”.

Posteriormente se procederá a exponer la necesidad de intervención mediante la aplicación de nuevas estrategias y herramientas metodológicas que permitan abordar el problema tomando en cuenta la esfera biológica, psicológica y social de las adolescentes y sus parejas, para lo cual se planteará la necesidad de realizar un trabajo conjunto con otros organismos gubernamentales como el MSP y el MINEDUC, a más de otros organismos

que se encuentren interviniendo en la misma problemática en el sector, a fin de aunar esfuerzos en la consecución de los objetivos contemplados en el proyecto.

Una vez aprobada la propuesta, luego del análisis respectivo a la misma, se procederá a la siguiente etapa.

b. Planificación.

Luego de aprobada la propuesta, se procederá a la revisión y planteamiento de actividades establecidas en función de los objetivos, delimitando tiempos, recursos financieros y materiales, además del personal técnico idóneo encargado de la ejecución del proyecto. Se establecerán metas a largo, mediano y corto plazo.

La planificación permitirá avizorar de manera anticipada posibles aspectos no tomados en cuenta en el primer planteamiento y establecer los correctivos necesarios a tiempo en conjunto con los profesionales de las distintas carteras de Estado, los organismos no gubernamentales y actores comunitarios, que sean tomados en cuenta luego de haber realizado el mapeo respectivo y la matriz de involucrados.

Cabe indicar en este punto, que la participación de los representantes de los distintos sectores del Gobierno y de la sociedad civil, es tan importante a la hora de planificar, pues ello les permitirá el ser parte importante del proceso de construcción del proyecto, y generar un sentido de pertenencia al mismo; así la labor no se limitará al mero cumplimiento de un plan establecido desde un solo sector.

c. Organización del equipo de trabajo.

Una vez definido el marco lógico del proyecto y haber realizado los contactos respectivos con el equipo técnico, se procederá a organizar y distribuir roles y funciones según competencias de las organizaciones interventoras, a fin de establecer un trabajo

enlazado de forma tal, que permita realizar un seguimiento adecuado a los casos de adolescentes embarazadas que se identifiquen en el proceso de ejecución del proyecto.

Se coordinará la parte logística y metodológica a ser implementada.

d. Ejecución de la propuesta.

Esta etapa se desarrollará en base a la planificación previa establecida según los plazos y recursos definidos en el proyecto, el cual inicialmente se basará en un POA (Plan Operativo Anual), mismo que se renovará año a año, luego de la respectiva evaluación.

El proyecto a mediano plazo tendrá una vigencia aproximada de cinco años.

e. Dirección y Control.

El proyecto estará bajo la dirección del MIES, entidad que se encargará de realizar el respectivo monitoreo y evaluación continuos al mismo, a fin de establecer los correctivos necesarios de manera oportuna.

La evaluación será permanente, durante la ejecución del proyecto y al finalizar cada año de culminación del periodo laborado.

3.6 Análisis de Factibilidad.

3.6.1 Técnica.

Se cuenta con el estudio diagnóstico elaborado por profesionales en el campo psicosocial, cuyo criterio técnico permitirá establecer las bases para la estructuración del proyecto y su posterior ejecución.

Al criterio técnico inicial se añadirá el de los profesionales que se sumen al proyecto tomando en cuenta las diversas áreas de intervención que contempla el mismo.

3.6.2 Organizacional.

Para efectos de estudios previos a la elaboración del proyecto y durante su ejecución se requerirá del siguiente personal: 1 coordinador; 1 asistente de coordinación, 1 técnico especialista en proyectos, 1 contador, 1 psicólogo educativo, 1 psicólogo clínico, 2 trabajadores sociales, 2 educadores, 1 médico especialista en ginecología y un auxiliar de enfermería.

Cabe recalcar en la necesidad de contratar personal técnico idóneo para la ejecución el proyecto.

3.6.3 Política.

Hasta el año 2013, una de las metas del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2009-2013, específicamente, una de las correspondientes al Objetivo 3, relacionado al mejoramiento de la calidad de vida de la población, era la reducción del embarazo en adolescentes en un 25 %; sin embargo, el PNBV actual (2013-2017), no plantea meta alguna al respecto; no obstante, el momento político que atraviesa el país, demanda el replanteamiento de políticas a favor de este grupo vulnerable como es la niñez y adolescencia, estrategias que contribuyan a mejorar su calidad de vida de manera integral, potenciando sus capacidades y su desarrollo en general.

3.6.4 Legal.

La implementación de la propuesta se ampara en los artículos de los diferentes cuerpos legales mencionados a lo largo del presente documento.

3.6.5 Sociocultural.

Se deberá tomar en cuenta que la población a la que se orienta la propuesta tiene una diversidad étnica y cultural que la caracteriza, pues en ella se identificó en su mayoría población mestiza, pero también población montubia, indígena, afro ecuatoriana y mulata, como se autodefinen las mismas adolescentes. Deberá respetarse el principio de diversidad cultural.

3.6.6 Económica financiera.

El costo de la propuesta se determinará según las necesidades que se plasmen en el proyecto a desarrollar en conjunto con el equipo técnico.

El valor estimado de gasto corriente es de 133600 USD, anuales; correspondiente al pago de sueldos de los funcionarios que intervengan.

El valor de los gastos de inversión se determinará una vez que se elabore el proyecto.

Para el financiamiento deberá contarse con el apoyo interinstitucional principalmente del sector público pero también del sector privado, considerando a las ONG que intervengan.

Cabe indicar que al momento se cuenta con el respaldo del MIES, del MSP y del MINEDUC, carteras de Estado que colaboraron con el proceso investigativo en la elaboración del diagnóstico inicial y desde las Direcciones distritales han asumido el compromiso de seguir trabajando en el tema del embarazo en adolescentes. Además se cuenta con el apoyo de la Fundación “Niñez y Vida”, entidad que se encuentra interviniendo en esta problemática.

3.7 Impacto.

3.7.1 Social.

Se espera generar un impacto a nivel social, en cuanto a la forma de percibir y abordar la problemática del embarazo en adolescentes, misma que en los últimos años se la concibió como producto del desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos principalmente; dando a conocer las causas reales encontradas en la población en la que se centró la presente investigación.

3.7.2 Familiar.

Se espera generar un impacto a nivel sociocultural, mediante la ruptura de patrones generacionales de conductas nocivas dentro del entorno familiar como son los ciclos de repetición de malos tratos; la normalidad con la que se acepta el involucramiento de las adolescentes e inicio de su vida sexual con personas adultas generalmente mayores a ellas.

3.7.3 Psicológico.

Se pretende visibilizar la problemática de la discapacidad intelectual, como uno de los factores de importancia a la hora de abordar el tema del embarazo en adolescentes, considerándola como una causa sobre la cual no se ha intervenido anteriormente o no se le ha dado la importancia que tiene. Ello permitirá establecer mecanismos para evitar que nuevos casos de discapacidad intelectual se presenten.

3.7.4 Legal.

A nivel legal se develará la cantidad de casos de delitos de tipo sexual que han permanecido en el anonimato, y que no han recibido un tratamiento adecuado.

Cabe indicar que la intención es que las familias, las adolescentes y sus parejas aprendan a identificar qué casos constituyen delitos sexuales y puedan tomarse las precauciones necesarias para así evitarlos.

3.7.5 Educativo.

La información que se transmita a efectos de sensibilización o capacitación deberá ser elaborada con bases científicas y acordes a la necesidad intelectual de los/las adolescentes, es decir según su edad mental. Ello implicará una selección minuciosa del material a impartirse, el cual tendrá como fundamento y eje transversal a los derechos humanos de todas las personas.

Además el hecho de evitar un embarazo precoz evitará la deserción educativa presente en las adolescentes.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

1. El embarazo en adolescentes constituye un problema de preocupación global característico de los países en vías de desarrollo, registrando nuestro país hasta el año 2013 uno de los índices más altos en América Latina: 122301 casos de madres adolescentes entre un grupo de 3.6 millones de mujeres.
2. La ENIPLA se implementó a nivel nacional con el propósito de coordinar acciones y programas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a fin de disminuir el número de embarazos en adolescentes, prevenir la mortalidad materna y la violencia sexual y el embarazo producto de la misma, sin embargo, debido al incremento de embarazos luego de su aplicación según cifras oficiales, la misma dejó de implementarse a finales del año 2014.
3. Las estadísticas indican que ha existido una disminución de embarazos en adolescentes de 12 a 19 años pero actualmente se registra un incremento, en la población femenina de 10 a 14 años, lo que ha llevado a las autoridades gubernamentales a replantear la política orientada a la prevención de embarazos en este grupo poblacional, mediante la implementación de “Plan Familia Ecuador”, estrategia que promueve el fortalecimiento de la familia mediante la educación en valores y el fomento de la afectividad.
4. La presente investigación permitió identificar los principales factores de incidencia del embarazo en adolescentes en la población en que se focalizó el estudio, encontrándose los siguientes: violencia al interior del núcleo familiar evidenciándose maltrato en sus diversos tipos (físico, psicológico, sexual y

negligencia); un alto porcentaje de abandono y ausencia de la figura paterna en la primera y segunda infancia; delitos sexuales no denunciados; conductas asociadas a la repetición de patrones generacionales; y además discapacidad intelectual en un alto porcentaje, problema no tomado en cuenta al abordar el tema del embarazo en adolescentes.

5. La labor emprendida por los organismos gubernamentales que intervinieron en la ejecución de la ENIPLA, a favor de la población atendida por el Circuito de Salud “Cristo vive”, estuvo orientada básicamente a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos mediante la construcción de programas de capacitación (charlas, talleres y ferias) en los que se impartieron temas relacionados con la sexualidad y la importancia de la toma de decisiones libres y responsables; además se dotó a las Unidades de salud de los métodos de anticoncepción y planificación familiar a los cuales los adolescentes y la población en general pudieron acceder libremente, contando con la asesoría de profesionales en el campo de la salud. Hubo además el fomento de la organización y el fortalecimiento del liderazgo juvenil.
6. Como se ha planteado, la familia, cualquiera sea el tipo, juega un papel de suma importancia a la hora de prevenir un embarazo en la adolescencia, puesto que la misma constituye la parte más pequeña de una sociedad y el espacio primario donde las personas en su individualidad establecen las bases de su identidad, seguridad y desarrollo.
7. El fenómeno del embarazo en adolescentes constituye un problema multicausal, por tanto las políticas públicas orientadas a mitigarlo deben abordar la problemática de manera integral, tomando en cuenta además el

contexto social en que se desenvuelve la misma y no tratar el problema desde un enfoque único.

8. Los derechos humanos constituyen el “paraguas”, bajo el cual deben ampararse todas las acciones emprendidas en beneficio de la comunidad, comprendiendo la base sobre la cual han sido establecidos y el propósito para el cual existen.
9. El reto que hoy en día tiene el Estado, es elaborar políticas sociales acordes a las necesidades reales de la población; ello únicamente será posible partiendo de un diagnóstico que permita identificar de manera integral cuál es el origen de los problemas que se suscitan para así establecer las diferentes alternativas de intervención y no atacar únicamente los síntomas.
10. Es necesario y determinante desarrollar un proyecto de intervención psicosocial que aborde de manera integral la problemática del embarazo en adolescentes con atención a los factores determinados en el presente estudio.

Recomendaciones

1. Se recomienda a las autoridades locales considerar los resultados del estudio diagnóstico realizado en la población atendida por el Circuito de salud “Cristo Vive”, para el abordaje del tema del embarazo en adolescentes.
2. Se recomienda a la ciudadanía en general y en particular a las autoridades gubernamentales, que se contemple el problema del embarazo en la adolescencia a partir de las causas reales que lo producen, y no desde el imaginario de la población.
3. Se recomienda a las autoridades locales y a organismos no gubernamentales interesados en el tema del embarazo en adolescentes, que se implemente un proyecto de intervención psicosocial desde lo local, tomando en cuenta el contexto en el que se evidencia un elevado índice de embarazo en adolescentes, el mismo deberá partir de un diagnóstico elaborado por profesionales en el campo social, de la salud física y psicológica, así como del área educativa y legal, entre otros que se consideren necesarios, para prevenir los embarazos y aminorar los índices actuales, producto de las causas identificadas en el presente estudio.

Bibliografía

- APA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington.
- Arco, J., & Fernández, A. (2004). *Necesidades Educativas Especiales Manual de Evaluación e Intervención Psicológica*. Madrid: Edigrafos.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecristi, Manabí, Ecuador.
- Ayala, M., & García, L. (2001). *Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural*. Obtenido de <http://www.redalyc.org>: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48707204.pdf>
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Better Health Channel. (s.f). *Sex education for children with intellectual disabilities*. Obtenido de Better Health Channel: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/talking-to-children-with-intellectual-disabilities-about-sex>
- Cabero, L. (2007). *S.O.S. Embarazos adolescentes*. Madrid: La Esfera de los Libros, S.L.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, D. (2012). *El Genograma en Terapia Familiar Sistémica*. Obtenido de Depósito Digital de la UB: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20TERAPIA%20FAMILIAR%20SIST%20C3%89MICA.pdf>
- Congreso Nacional. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. *Registro Oficial 737*. Quito.
- Correa, R. (2015). Enlace ciudadano 417. Ecuador.

Cyrulnik, B. (2003). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.

Díaz, M. (s.f). Los Derechos humanos . Obtenido de

<https://montsepedroche.files.wordpress.com/2010/04/derechoshumanos.pdf>

Domínguez, L. (2006). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juvenyud*. La Habana: Félix Varela.

DPS, D. d. (2011-2013). *Cobertura Prenatal*. Sto. Domingo.

Drescher, J. (1983). *Siete Necesidades Básicas del Niño*. Pensilvania: Mundo Hispano.

Ecuador, C. N. (3 de Enero de 2003). Código de la Niñez y Adolescencia. *Registro Oficial* 737. Quito, Ecuador .

Fraga, R., Herrera, C., & Fraga, S. (2007). *Investigación Socioeducativa*. Quito.

GAD Santo Domingo, D. d. (01 de Julio de 2015). *REGISTRO PREDIOS VARIAS COOPERATIVAS*. Santo Domingo.

González, I. (2015). *La Inteligencia*. Obtenido de Bitácora Médica:

<http://bitacoramedica.com/wp-content/uploads/2011/07/La-Inteligencia.pdf>

Grajales, T. (2000). *Tipos de Investigación*. Obtenido de Altius:

<http://tgrajales.net/investipos.pdf>

INEC. (2013). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Ecuador en cifras:

http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1740&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800

Ladrón , A., Álvarez , M., Sanz, L., Antequera, J., Muñoz, J., & Almendro, M. (2013). *DSM-5 Novedades y Criterios Diagnósticos*. Obtenido de CODAJIC Confederación de

Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%20%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>

MCDS. (2011). Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

MCDS. (2013). *Ministerio Coordinador de Desarrollo Social*. Obtenido de http://www.desarrollosocial.gob.ec/?attachment_id=5958#

MSP. (2015). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>

MSP, D. D. (2014). *DIRECCIÓN DISTRITAL 23D01*. Santo Domingo.

Nacional, C. (3 de Enero de 2003). Código de la Niñez y Adolescencia. *Registro Oficial 737*. Quito, Pichincha, Ecuador.

OMS. (2015). *Adolescencia*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

OMS. (2015). *Discapacidades*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

OPS. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

Palomas, S. (1999). *Cruzar el Puente Manual para educadores de niños en proceso de recuperación*. Buenos Aires: Espacio.

- PNUD. (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Nueva York.
- PROFAMILIA. (2006). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Obtenido de Profamilia Colombia: <http://www.profamilia.org.co/avise/derechos2.php>
- RAE. (2001). *Inteligencia*. Obtenido de Diccionario de la lengua española : <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=inteligencia>
- Romero, M. (s.f). *Curso Salud y Desarrollo del Adolescente Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.htm>
- 1
- Smale, G., Tuson, G., & Statham, D. (2003). *Problemas sociales y trabajo social*. Madrid: Morata.
- Stern, C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Obtenido de Biblioteca virtual en salud México: [http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n2_el_embarazo\(1\).pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n2_el_embarazo(1).pdf)
- Stern, C. (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. México.
- Townsend, J. (2006). *Límites con los Adolescentes*. Miami: Vida.
- UNAM. (2010). *Modelo Terapéutico Estructural Salvador Minuchin*. Obtenido de Maestría Terapia Familiar UNAM: http://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf

- UNFPA. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Obtenido de United Nation Population Found:
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- UNFPA. (2012). *Prevención del Embarazo adolescente Una mirada completa*. Obtenido de UNFPA Perú:
<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/Embarazo%20Adolecente.pdf>
- UNFPA. (2013). *Informe Maternidad en la niñez. "Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes"*. Nueva York: s.e.
- UNICEF. (2011). *unicef*. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Universidad del Rosario. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad intelectual: ¿Está preparada nuestra sociedad?* Obtenido de Universidad del Rosario Programa de Divulgación científica:
<http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-y-Desarrollo/Derechos-sexuales-y-reproductivos/e-book/>
- Valarezo, L. (2015). Factores de riesgo del embarazo en adolescentes. Santo Domingo.
- Valdivia, M., & Molina, M. (2003). *Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años*. Obtenido de Revista de Psicología Universidad de Chile:
<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17457/18228>
- Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos*, 156.

Yáñez, C. (s.f). *Patrones de interacción familiar y su repetición en las relaciones de pareja*.

Obtenido de Universidad de Colima Biblioteca Virtual:

http://bvirtual.ucol.mx/descargables/195_patrones.pdf

Anexos

Anexo 1. Escala de gravedad de la discapacidad intelectual según el DSM-V

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Leve	<p>Para niños preescolares, puede no haber diferencias conceptuales obvias. Para niños en edad escolar y adultos, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad.</p> <p>En adultos, está disminuido</p>	<p>Comparado con personas de su misma edad, los individuos son inmaduros en las interacciones sociales. Por ejemplo, pueden tener dificultades para percibir de una forma válida las claves de la interacción social con iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o inmaduro del esperado por su edad. Puede</p>	<p>El funcionamiento del individuo puede ser adecuado para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan algún apoyo en las tareas complejas de la vida diaria en comparación con sus coetáneos.</p> <p>En la vida adulta, los apoyos típicamente incluyen hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero.</p>
	<p>el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (ej. planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (ej. lectura, manejo del dinero).</p> <p>Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma edad.</p>	<p>haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta apropiada para su edad, dichas dificultades se aprecian en las situaciones de interacción con iguales. Hay una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por otras personas (inocencia, credulidad).</p>	<p>Las habilidades de ocio se parecen a las de sus iguales, también lo relacionado con tomar decisiones sobre la organización de las actividades de ocio requiere apoyo. En la vida adulta el desempeño laboral es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentemente. El apoyo es típicamente necesario para formar una familia</p>

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Moderado	<p>A través de las distintas etapas del desarrollo, los individuos muestran un marcado déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad.</p> <p>Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan más lentamente.</p> <p>Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente a través de los años escolares y es marcadamente limitada en comparación con la de sus iguales.</p> <p>Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, y requieren de apoyo para el uso</p>	<p>El individuo muestra una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa. El lenguaje hablado es típicamente una herramienta primaria para la comunicación social pero es mucho menos compleja que la de sus iguales. La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos familiares y las amistades, y los individuos pueden tener éxito en crear amistades a lo largo de su vida e incluso a veces en establecer relaciones románticas en la vida adulta. Aunque, los individuos pueden no percibir o interpretar las claves sociales de una forma correcta. Los juicios</p>	<p>El individuo puede cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal como un adulto, aunque requiere de un período extenso de enseñanza y lleva tiempo que la persona pueda ser independiente en estas áreas, y puede necesitar de tener que recordárselas.</p> <p>De manera similar, la participación en las tareas domésticas puede ser conseguida por un adulto, aunque implique extensos períodos de enseñanza, y posteriores apoyos para alcanzar un nivel esperado para los adultos.</p> <p>Puede conseguir un trabajo independiente en empleos que requieran unas limitadas habilidades conceptuales y de comunicación, pero es necesario un importante apoyo por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, y otras personas para conseguir alcanzar las expectativas sociales, en los aspectos</p>


	<p>de dichas habilidades en el trabajo y en su vida cotidiana. La asistencia en el día a día se basa en la necesidad de completar las tareas conceptuales de la vida diaria, e incluso otras personas pueden llevar completamente dichas responsabilidades.</p>	<p>sociales y las aptitudes para la toma de decisiones está limitada, y los cuidadores deben asistir a la persona en las decisiones de la vida diaria. Las amistades desarrolladas típicamente con iguales están a menudo afectadas por las limitaciones en la comunicación y sociales. Se necesita un apoyo significativo para el éxito en situaciones sociales o de comunicación.</p>	<p>complejos del trabajo, y las responsabilidades asociadas tales como la programación, el transporte, los cuidados para la salud, y el manejo del dinero. Pueden desarrollarse una variedad de habilidades para el ocio. Típicamente requiere apoyo adicional y necesita de oportunidades de aprendizaje a través de un período extenso de tiempo. La conducta no adaptativa está presente en una minoría significativa, causando problemas sociales.</p>
--	---	---	--

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Grave	Está limitada la consecución de habilidades conceptuales. El individuo generalmente tiene una escasa comprensión del lenguaje escrito o de la comprensión de los números, para cantidades, el tiempo y el dinero. Los cuidadores aportan un intenso apoyo para la solución de problemas a través de la vida.	El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en simples palabras o frases y puede ser complementada por estrategias aumentativas. El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para dar explicaciones. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia es una fuente de placer y ayuda.	El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida, vestido, baño y aseo. El individuo requiere supervisión todo el tiempo. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre su bienestar o el de otros. En la vida adulta, la participación en tareas en casa, de ocio y trabajo requiere un apoyo y asistencia. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluye una enseñanza durante largo tiempo y apoyo. La conducta desadaptada, incluyendo autolesiones, está presente en una significativa minoría.

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Profundo	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede usar objetos para el autocuidado, el trabajo, y el ocio. Puede adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas. Aunque, deficiencias motoras o sensoriales pueden impedir el uso funcional de objetos.	El individuo tiene muy limitada la comprensión de la comunicación simbólica mediante el habla o gestos. Pueden comprender instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones largamente a través de la comunicación no verbal, no simbólica. El individuo puede relacionarse con miembros de la familia, cuidadores y otros familiares bien conocidos, e iniciar y responder a las interacciones sociales a través de las claves gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la seguridad, aunque pueden ser capaces de participar en alguna de estas actividades. Los individuos sin deficiencias físicas graves pueden asistir a algunas de las tareas diarias de casa, como poner la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de su participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. Actividades de ocio pueden incluir, por ejemplo, escuchar música, ver películas, pasear, o ir a la piscina, todas con el apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales son frecuentes barreras para la participación en actividades en casa (más que la mera observación), para el ocio, u ocupacionales. Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.

Autor: Ladrón et al, Fuente: DSM-5, Novedades y Criterios Diagnósticos

Anexo 2. Cuestionario aplicado a las adolescentes

	PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO
Cuestionario para identificar la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años atendidas por el Circuito de Salud "Cristo vive" de Santo Domingo, así como sus causas y consecuencias. <i>(10-19 años es el rango considerado por la OMS para delimitar la adolescencia temprana y tardía respectivamente)</i>	
Por favor responda a las siguientes preguntas que se detallan a continuación:	
1. DATOS INFORMATIVOS	
FECHA:	NOMBRES Y APELLIDOS:
EDAD:	PROCEDENCIA:
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL: SOLTERA _____ CASADA _____ DIVORCIADA _____ VIUDA _____ UNIÓN LIBRE
FONO:	DIRECCIÓN:
NOMBRE DE SU REPRESENTANTE: (EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS)	EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN
	EDAD DE SU PRIMER EMBARAZO
2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS:	
2.1 FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS	
2.1.1 Alguno de los miembros de su familia:	
a. ¿Consume algún tipo de droga con frecuencia?	b. ¿Tiene alguna enfermedad psiquiátrica?
SI _____ NO _____	SI _____ NO _____
c. ¿sufre o ha sufrido maltrato?	SI _____ ¿de qué tipo? NO _____
SI _____ (Defina)	NO _____
(Escriba el nombre de la enfermedad)	Físico _____ Psicológico _____ Sexual _____
	¿Quién?
2.2 TIPO DE FAMILIA	
2.2.1 ¿Con quién/quienes vive usted? (Según la respuesta, escoja el tipo de familia:)	2.2.2 ¿Cuántas personas viven en su hogar?
a. Nuclear	b. Extensa
c. Monoparental	d. Reconstituida
e. Otro _____ (Defina):	
2.3 NIVEL DE ESCOLARIDAD	
a. Primario _____	b. Secundario _____
c. Superior _____	d. Ninguno _____
2.4 ANALFABETISMO	
2.4.1 ¿Sabe leer y escribir?	SI _____ NO _____
2.5 GRUPO ÉTNICO	
2.5.1 ¿Cómo se considera?	
a. Mestiza _____	b. Blanca _____
c. Indígena _____	d. Montubia _____
e. Afro ecuatoriana _____	f. Otro _____ (Defina):
2.6 SITUACIÓN ECONÓMICA	
(Situación laboral familiar)	
2.6.1 De los miembros de su familia ¿quiénes trabajan fuera de casa?	
a. Mamá _____	b. Papá _____
c. Ambos _____	d. Hijos ¿cuántos?
e. Nadie _____	f. Otro _____ (Defina):
(Situación laboral individual)	
2.6.2 ¿Trabaja actualmente fuera de casa?	NO _____
SI _____	(Pase a la pregunta 2.6.3)
(Pase a la pregunta 2.6.4)	2.6.3 ¿A qué se dedica? (actividad principal)
a. Estudia	b. Es ama de casa
c. Otro _____ (Defina):	

2.6.4 ¿En qué trabaja? (Principal actividad)						
a. Comerciante de tiendas	b. Limpiadores y asistentes domésticos	c. Peones de explotaciones agrícolas	d. Ayudantes de cocina	e. Otro ____ (Defina):		
2.7 RELIGIÓN						
a. Católica	b. Evangélica	c. Testigo de Jehová	d. Adventista	e. Otro ____ (Defina):		
2.8 ACCESO A SISTEMAS DE SALUD						
2.8.1 ¿Dónde acude para recibir atención médica?	a. Centro de salud pública	b. Centro médico privado	c. Ninguno	d. Otro ____ (Defina):		
2.9 CONDICIÓN DE LA VIVIENDA						
2.9.1 Su vivienda es:						
a. Propia y totalmente pagada	b. Propia y la está pagando	c. Propia (regalada, donada, heredada o por posesión)	d. Prestada o cedida (No pagada)	e. Por servicios	f. Arrendada	g. Anticresis
2.9.2 ¿De qué material son las paredes de su vivienda? (material prevalente)						
a. Madera	b. Hormigón	c. Bloque	d. Mixta	d. Otro ____ (Defina):		
2.9.3 ¿De qué material es el techo de su vivienda?						
a. Hormigón (losa)	b. Asbesto (eternit, eurolit)	c. Zinc	d. Palma, paja u hoja	e. Mixto	d. Otro ____ (Defina):	
2.9.4 ¿Cuántos dormitorios hay en su vivienda? ____			2.9.5 (ENCUESTADOR) Según la pregunta 2.2.2 y 2.9.4 identifique si existe hacinamiento		SI ____	NO ____
3. FACTORES PSICOLÓGICOS:						
3.1 CARENCIAS AFECTIVAS (ABANDONO FÍSICO Y EMOCIONAL)						
3.1.1 ¿Con quién se crió?						
a. Papá ____	b. Mamá ____	c. Ambos ____	Otros ____ (Defina):			
3.1.2 ¿Con quién vive usted ahora?						
a. Papá ____	b. Mamá ____	c. Ambos ____	Otros ____ (Defina):			
3.1.3 ¿A qué edad se separó de su/sus papás? (Por primera vez) ____						
3.1.4 Cuando recuerda que no vivió con su/sus papás ¿qué siente?						
a. Ira ____	b. Miedo ____	c. Dolor ____	d. Culpa ____	e. Vergüenza ____	f. Nada ____	
3.1.5 ¿Qué sintió cuando sucedió que su/sus papá/s se fue/fueron?						
a. Ira ____	b. Miedo ____	c. Dolor ____	d. Culpa ____	e. Vergüenza ____	f. Nada ____	
3.1.6 ¿Con quién comparte la mayor parte del tiempo?						
a. Papá	b. Mamá	c. Ambos ____	d. Otros ____ (Defina):			
3.1.7 ¿A quién acude cuando tiene algún problema o dificultad?						
a. Papá	b. Mamá	c. Ambos ____	d. Otros ____ (Defina):			
3.1.8 ¿Qué hacían las personas con quienes vivía cuando usted enfermaba? (Hasta los 10 años)						
a. Llamaban al médico	b. Daban remedios caseros	c. Compraban medicinas	d. Cuidaban de usted	e. Nada		
3.1.9 Cuando usted era niña (hasta los 10 años) ¿de quién recibía más demostraciones de afecto?						
a. Papá	b. Mamá	c. Ambos ____	d. Otros ____ (Defina):			
3.1.10 ¿Cómo le demostraban afecto las personas con quienes vivía? (hasta los 10 años)						
a. Con abrazos	b. Con regalos	c. Con besos	d. Con sonrisas	e. Con frases agradables	f. De ninguna manera	

3.1.11 Si cometía alguna equivocación ¿cómo le corregían? (hasta los 10 años)						
a. Con castigos físicos	b. Con insultos	c. Mandándole de la casa	d. Privándole de algo	e. De ninguna manera		
3.1.12 ¿Uno de sus padres murió?						
Sí ¿quién?		No _____				
a. Mamá _____	b. Papá _____	(Pase a la pregunta 4.1)				
3.1.13 ¿Qué edad tenía usted cuando él/ella murió?			3.1.14 ¿Cómo era su relación con la persona que murió?			
			a. Cercana (buena)	b. Distante (regular)	c. Conflictiva (mala)	
3.1.15 ¿Cómo era tu relación con la persona que está viva?			a. Cercana (buena)	b. Distante (regular)	c. Conflictiva (mala)	
3.1.16 ¿Cuándo se acuerda de la muerte de esta persona qué siente?			a. Miedo	b. Tristeza	c. Ira	d. Culpa
			Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
			Poco	Poco	Poco	Poco
			Nada	Nada	Nada	Nada
4 INFORMACIÓN PRIVADA						
(En caso de que esté embarazada)						
4.1 ¿Cuántos meses de embarazo tiene?						
4.2 ¿Es su primer embarazo?						
SI		NO				
		4.3 ¿El padre del segundo es el mismo que en el primero?				SI
4.4 ¿Quién es el padre de su/sus hijo/s?		a. Familiar _____		b. No familiar _____		
		¿Quién es?		Un extraño	Edad	
4.5 ¿Vive cerca o lejos?		Parentesco:		Un conocido	Edad	
				Un enamorado	Edad	
4.6 ¿Usted quiso tener relaciones sexuales con esta persona?						
SI		NO				
		4.7 ¿Alguien puso una denuncia?				SI
4.8 ¿Cómo reaccionó el papá de su hijo cuando supo del embarazo?						
a. Lo aceptó		b. Lo negó		c. Propuso abortar		
4.9 ¿Se ha responsabilizado de su hijo?		SI		NO		
4.10 ¿Le entrega una pensión alimenticia?		SI	NO	4.11 ¿Visita a su hijo?	SI	NO
5. INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES						
5.1 ¿Recibió alguna información dentro o fuera de su hogar para prevenir su embarazo?			SI _____ (Pase a la pregunta 5.2)	NO _____ (Pase a la pregunta 5.6)		
5.2 ¿Por parte de quién o quiénes?	a. Centro de Salud	b. Establecimiento educativo	c. MIES	d. Fundación _____ (Defina):	e. Familia	f. Otros _____ (Defina):
5.3 ¿Considera que la información que le ofrecieron las entidades mencionadas anteriormente para prevenir un embarazo en adolescentes fue suficiente?				SI _____	NO _____	
5.4 La información que recibió fuera de su hogar, la motivó a:						
a. Tener relaciones sexuales con protección	b. Tener relaciones sexuales sin protección	c. Abstenerse de tener relaciones sexuales	d. Tener un proyecto de vida			
5.5 La información que recibió en su hogar, la motivó a:						
a. Tener relaciones sexuales con protección	b. Tener relaciones sexuales sin protección	c. Abstenerse de tener relaciones sexuales	d. Tener un proyecto de vida			
5.6 ¿Cuál de las opciones mencionadas en la pregunta anterior, considera Usted que es la más adecuada para prevenir un embarazo en la adolescencia?						
a. Tener relaciones sexuales con protección	b. Tener relaciones sexuales sin protección	c. Abstenerse de tener relaciones sexuales	d. Tener un proyecto de vida			



Anexo 3. Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO

Consentimiento Informado para Participantes en Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es entregar a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Lcda. Alma Daniela Masson Bedón, estudiante de la Pontificia Universidad Católica de Quito, para la obtención del título de Maestría en Gestión del Desarrollo Local Comunitario.

Este estudio de investigación tiene entre sus objetivos el identificar la incidencia de embarazos en adolescentes en la Cooperativa de vivienda "Cristo vive" de Santo Domingo de los Tsáchilas, así como sus causas y consecuencias, para lo cual, la información que pueda proporcionarnos es de mucha importancia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá a través de una o varias entrevistas, que responda algunas preguntas, las cuales se encuentran detalladas en el cuestionario adjunto; esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Asimismo, formará parte de la aplicación de un test (de la figura humana), el cual podrá ser evaluado de manera individual o grupal.

Lo que conversemos durante las entrevistas podrá ser grabado, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las entrevistas, los archivos que contengan grabaciones serán destruidos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por (nombre de quien hará la entrevista) _____ . He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es:

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en entrevistas, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(En letras de imprenta)


Firma del Participante

Nombre del Representante
(En letras de imprenta)


Firma del Representante

Fecha:

Anexo 4. Encuesta dirigida a funcionarios de Organismos gubernamentales

	<p>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO</p>		
<p>La presente encuesta está dirigida a funcionarios de Organizaciones Gubernamentales encargados de la ejecución de la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en adolescentes "ENIPLA".</p> <p>La misma tiene por finalidad conocer las acciones llevadas a cabo con la población atendida por el Circuito de salud "Cristo Vive" durante el año 2014 para el cumplimiento de los objetivos que persiguió la estrategia.</p>			
I. DATOS INFORMATIVOS			
NOMBRE DE LA PERSONA ENCUESTADA:	_____		
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE:			
CARGO DESEMPEÑADO (DESDE):			
II. CUESTIONARIO:			
En concordancia a los objetivos perseguidos por la "ENIPLA" por favor responda:			
1. ¿Qué acciones puntuales se llevaron a cabo para disminuir el número de embarazos no planificados en adolescentes de 10 a 19 años durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
2. ¿Qué acciones puntuales se llevaron a cabo para disminuir los niveles de mortalidad materna durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
3. ¿Qué acciones se llevaron a cabo para prevenir la violencia sexual y el embarazo, producto de la misma durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
4. ¿Se llevó a cabo un trabajo en red con los organismos interventores (gubernamentales y no gubernamentales) en la problemática en el período antes mencionado?			
a. SI		b. NO	
		(Pase a la pregunta 4.2)	
4.1 ¿Cómo calificaría el trabajo en red llevado a cabo?		4.2 ¿Cuáles cree Usted que fueron los principales motivos? (Por favor enumérelos)	
a. Excelente		1. 2. 3. 4. 5.	
b. Bueno			
c. Regular			
d. Malo			
e. Pésimo			
		(Pase a la pregunta 4.2)	
5. ¿Cuáles fueron las acciones realizadas en conjunto con los organismos anteriormente mencionados en función de los objetivos que persiguió la "ENIPLA"?			
6. ¿Cuáles fueron las acciones realizadas en conjunto con los organismos no gubernamentales que intervinieron en la prevención del embarazo en adolescentes?			
7. ¿Cuáles fueron las principales fortalezas identificadas en la ejecución de la "ENIPLA" al ser aplicada durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
8. ¿Cuáles fueron los principales nudos críticos identificados en la ejecución de la "ENIPLA" al ser aplicada durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
9. ¿Cuál fue la forma de evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas planteados por la "ENIPLA" durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?			
10. ¿Cuál cree Usted que fue el principal motivo por el cual la ENIPLA no continuó en el año 2015?			
11. ¿Qué aspectos considera Usted, que son de suma importancia al plantear una política pública orientada a la disminución del embarazo en adolescentes?			

Anexo 5. Encuesta dirigida a funcionarios de organismos no gubernamentales.

	PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO
<p>La presente encuesta está dirigida a funcionarios de Organizaciones no gubernamentales que han intervenido en la prevención de embarazos en adolescentes en la población atendida por el Circuito de salud "Cristo Vive" durante el año 2014.</p>	
I. DATOS INFORMATIVOS	
NOMBRE DE LA PERSONA ENCUESTADA: _____	
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE : _____	
CARGO DESEMPEÑADO (DESDE): _____	
II. CUESTIONARIO:	
En concordancia al trabajo realizado por la Organización a la que Usted representa por favor responda:	
1. ¿Qué acciones puntuales se llevaron a cabo para disminuir el número de embarazos no planificados en adolescentes de 10 a 19 años durante el año 2014 en la Cooperativa de vivienda "Cristo Vive"?	
2. ¿Se llevó a cabo un trabajo en red con los organismos interventores (gubernamentales y no gubernamentales) en la problemática en el período antes mencionado?	
a. SI	b. NO
(Pase a la pregunta 4.2)	
2.1 ¿Cómo calificaría el trabajo en red llevado a cabo?	2.2 ¿Cuáles cree Usted que fueron los principales motivos? (Por favor enumérelos)
a. Excelente	1.
b. Bueno	2.
c. Regular	3.
d. Malo	4.
e. Pésimo	5.
(Pase a la pregunta 4.2)	
3. ¿Cuáles fueron las acciones realizadas en conjunto con los organismos (gubernamentales y no gubernamentales) para la prevención de embarazos en adolescentes?	
4. ¿Cuáles fueron las acciones realizadas en conjunto con los organismos no gubernamentales que intervinieron en la prevención de la problemática?	
5. ¿Cuáles fueron las principales fortalezas identificadas en el trabajo realizado por la organización a la que representa?	
6. ¿Cuáles fueron los principales nudos críticos identificados en el trabajo realizado por la organización a la que representa?	
7. ¿Cuáles fue la forma de evaluar el cumplimiento de objetivos y metas planteados por su organización?	
8. ¿Ha escuchado Usted hablar de la ENIPLA?	
a. SI	b. NO
(Pase a la pregunta 9)	
9. ¿Qué conoce sobre la Estrategia en mención?	
10. ¿Cuál cree Usted que fue el principal motivo por el cual la ENIPLA no continuó en el año 2015?	
11. ¿Qué aspectos considera Usted, que son de suma importancia al plantear una política pública orientada a la disminución del embarazo en adolescentes?	

Anexo 6. Síntesis de la encuesta dirigida a funcionarios de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales

SÍNTESIS DEL PAPEL DESEMPEÑADO POR ORGANISMOS GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN 2014 EN EL SECTOR "CRISTO VIVE"				
DATOS INSTITUCIONALES:	ORGANISMOS GUBERNAMENTALES			ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Educación	Fundación Niñez y Vida
RESPONSABLE:	Ing. Miguel Gómez Ruiz	Dra. Andrea Morales	Lic. Geovanny Mero	Dr. Guillermo Ordóñez
CARGO EN 2014:	Coord. De la Unidad de atención a la Juventud	Coordinadora de la ENIPLA (desde junio 2014)	Técnico territorial	Director ejecutivo
TRABAJO REALIZADO POR:				
ACCIONES LLEVADAS A CABO PARA:	MIES	MSP	MDE	Fundación Niñez y Vida
1. DISMINUIR EL NÚMERO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS	<p>*Fomento de la organización, liderazgo juvenil y comunitario, y, buen uso del tiempo libre.</p> <p>*Talleres sobre sexualidad en coordinación con el MSP.</p>	<p>* Dotación de métodos de anticoncepción y planificación familiar a las Unidades de Salud para que los adolescentes puedan acceder.</p> <p>* Charlas en las Unidades de salud y en Unidades educativas, en temas de salud sexual y reproductiva y derechos.</p>	<p>* Trabajo conjunto con los dptos. De Consejería Estudiantil (DECE) de las unidades educativas que conforman el circuito "Cristo vive".</p> <p>* Se llevó a cabo el Programa de Participación Estudiantil, con la opción de educación para la sexualidad y prevención de embarazo en adolescentes.</p> <p>* Implementación del programa recorrido participativo en el Colegio 6 de Octubre (capacitación a docentes y estudiantes en temas de prevención del embarazo en adolescentes y delitos sexuales).</p> <p>* Talleres en las unidades educativas (temas: género, identidades, adolescencia y familia, sexualidad, relaciones interpersonales y toma de decisiones, derechos sexuales y reproductivos), cine foros, una feria de salud sexual y reproductiva en el Colegio 6 de octubre.</p>	<p>* Formación de agentes de salud, de buen trato y desarrollo al interior de la comunidad (con certificación del Ministerio de Salud Pública)</p> <p>* Identificación de casos de embarazos (en adolescentes o no) y promover su atención médica.</p> <p>(Únicamente a finales del año 2014, existió el abordaje directo al tema del embarazo en adolescentes en conjunto con el MSP, pero la identificación del incremento de casos permitió elaborar un proyecto de salud sexual y reproductiva sobre el cual se trabajará en 2015)</p>

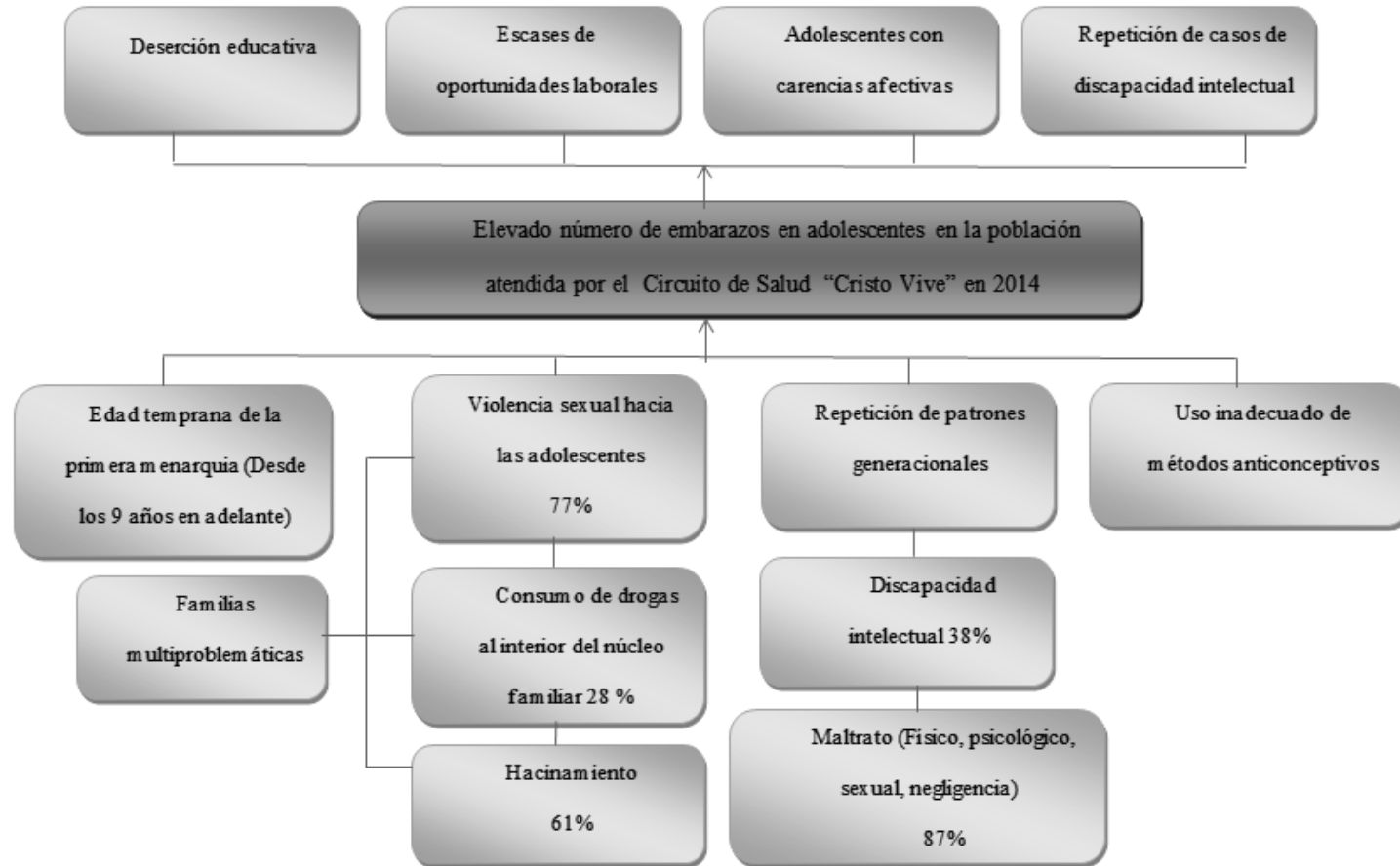
2.DISMINUIR NIVELES DE MORTALIDAD MATERNA	* No se abordó directamente el tema.	* Seguimiento a madres adolescentes identificadas y madres de toda edad, mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias. *Difusión de material de promoción sobre la importancia de controles estrictos durante el embarazo.	* No se abordó directamente el tema.	* Seguimiento minucioso a las madres identificadas por los agentes de salud.
3.PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y EL EMBARAZO, PRODUCTO DE LA MISMA	* Charlas sobre buen trato y prevención de la violencia en sus diversos tipos. * Referencia de casos identificados a otros dptos. Del MIES como el UAF (Unidad de Atención Familiar), ahora SEPE (Servicio de Atención Especializada), y coordinación con instancias legales competentes.	* Charlas y talleres sobre violencia sexual. * No se identificó un número elevado de casos de delitos de tipo sexual en adolescentes; en los pocos casos identificados se refirió los mismos a las instancias legales competentes.	* Detección, respuesta y derivación de casos de violencia sexual ante las autoridades legales competentes.	* Coordinación con el MSP de charlas educativas sobre buen trato y formación de promotoras de desarrollo comunitario, quienes posteriormente pasaron a ser Defensoras comunitarias, con certificación del consejo de la Niñez y Adolescencia. (Indirectamente se contribuyó a prevenir los embarazos producto de delitos sexuales)
4.CALIFICACIÓN DEL TRABAJO EN RED LLEVADO A CABO	BUENO	EXCELENTE	BUENO	BUENO
4.1MOTIVOS	* Hubo planificación conjunta y capacitación al personal técnico en temas diversos relacionados con sexualidad a fin de manejar un mismo lenguaje.	* Hubo capacitación conjunta a todo el personal técnico de los Ministerios, sumándose la Fundación Niñez y Vida.	* Trabajo coordinado y desde sus propias competencias. * Involucramiento de ONG y otras organizaciones gubernamentales.	* Se coordinó acciones conjuntas con Organismos gubernamentales como el MSP.
5. ACCIONES REALIZADAS EN CONJUNTO CON OGS	*Una feria de salud sexual y reproductiva en el colegio 6 de octubre, en coordinación con MSP y MDE, Consejo Cantonal de Protección de Derechos.	* Una feria de salud sexual y reproductiva (de 20 efectuadas en el Distrito). * Formación de grupos de adolescentes en base a temáticas: mi cuerpo, sexualidades, proyecto de vida, paternidades y maternidades, protección y métodos anticonceptivos. (De "la caja de herramientas")	* Coordinación de feria de salud sexual y reproductiva en el colegio 6 de Octubre perteneciente al circuito "Cristo vive".	* Coordinación conjunta con el MIES para capacitación en temas de Buen trato * Identificación y abordaje de casos de maltrato evidenciados, con derivación a las instancias legales pertinentes.

6. ACCIONES REALIZADAS EN CONJUNTO CON ONGS	* Coordinación de participación en feria de salud sexual y reproductiva con Casa de la Cultura, HIAS, ACNUR y Fundación Niñez y vida	* Coordinación de participación en feria de salud sexual y reproductiva con la Fundación "Niñez y vida"	* Coordinación de participación en feria de salud sexual y reproductiva con la Fundación "Niñez y vida"	* No se trabajó con otras ONG en el tema de prevención del embarazo en adolescentes.
7. PRINCIPALES FORTALEZAS EN LA EJECUCIÓN DE LA ENIPLA	* No hubo registro de casos de embarazos en adolescentes que participaron en las organizaciones juveniles. * El trabajo en red permitió abordar la temática integralmente. * Aceptación y participación de los adolescentes al trabajo propuesto y llevado a cabo.	* Establecimiento del club de adolescentes en "Cristo Vive", que aún se mantiene activo. * Las temáticas abordadas en las charlas contribuyeron al cambio del patrón sociocultural que considera a la sexualidad como un mito del que no se puede hablar. * El tema del "proyecto de vida" llamó mucho la atención en las adolescentes. * Se contó con un profesional específicamente encargado del seguimiento a los casos identificados.	* Trabajo intersectorial complementario, que permitió ampliar cobertura. * Se contó con personal capacitado. En diferentes temáticas cuya rectoría estaba a cargo del Ministerio de Educación.	* Se evidenció la problemática del incremento de embarazos en adolescentes, lo cual no se manifestaba directamente. * El número de muertes maternas disminuyó según cifras oficiales.
8. PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ENIPLA	* Falta de aceptación de la ENIPLA por parte de algunos sectores principalmente religiosos.	* Cambio continuo del personal del Circuito de Salud "Cristo Vive", creando conflicto en cuanto a la confidencialidad de la información manifestada por las adolescentes. * La demanda de atención de la población en general es muy grande, dificultando atender a los adolescentes el momento en que lo necesitan. (muchos no retornan)	* Falta de profesionales a cargo de la ejecución de la ENIPLA, impidió continuidad en el trabajo. * Falta de fluidez en los procesos legales al abordar casos de violencia sexual. * Ausencia de una línea de base inicial sobre la cual establecer diferencias en relación al aumento o disminución de los casos de embarazos.	* Falta de equilibrio en cuanto a la información transmitida.
9. FORMA DE EVALUAR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	* Mediante el número de embarazos registrados.	* En base a los informes presentados por la Unidad de salud; el número de casos de embarazos en adolescentes aumentó al finalizar 2014.	* En base a la cobertura reportada mes a mes. * Aplicación de pre test y post test para cada actividad a fin de evaluar la interiorización y sensibilización de contenidos impartidos.	

10. PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE LA ENIPLA NO CINTINUÓ EN 2015	<ul style="list-style-type: none"> * Se evidenciaron indicadores no favorables en cuanto a la disminución de los casos de embarazos en adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> * El incremento de casos registrados estadísticamente, no obstante, las cifras dan cuenta de los casos que permanecían en anonimato. 	<ul style="list-style-type: none"> * Incremento de casos de embarazos en adolescentes, sin embargo, las estadísticas actuales hablan de una disminución. 	<ul style="list-style-type: none"> * El incremento de casos de embarazos en adolescentes según cifras oficiales.
11. ASPECTOS DE IMPORTANCIA PARA PLANTEAR UNA POLÍTICA PÚBLICA ORIENTADA A LA DISMINUCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	<ul style="list-style-type: none"> * La construcción de la política debe hacerse con los involucrados. * Se debe trabajar desde la realidad del contexto social. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se debe establecer lineamientos claros en cuanto a competencias de cada Ministerio, ya que los planteados fueron muy generales. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se debe contextualizar la realidad de cada sector. * Contar con herramientas validadas y aceptadas por parte de la población, docentes, estudiantes, padres y madres de familia. * La política debe basarse en derechos, valores humanos, cuidado de sí mismos. * Basada en un diagnóstico real. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se debe mantener un equilibrio en la información que se maneje, dando al adolescente la opción de elegir entre las diferentes opciones, entre ellas también la abstinencia, pero no se puede imponer posturas. * El fenómeno del embarazo en adolescentes debe analizarse integralmente, no abarcando únicamente la parte biológica, respetando profundamente las creencias y convicciones diversas. * Debe partir del contexto real en el que se desarrolla la problemática.

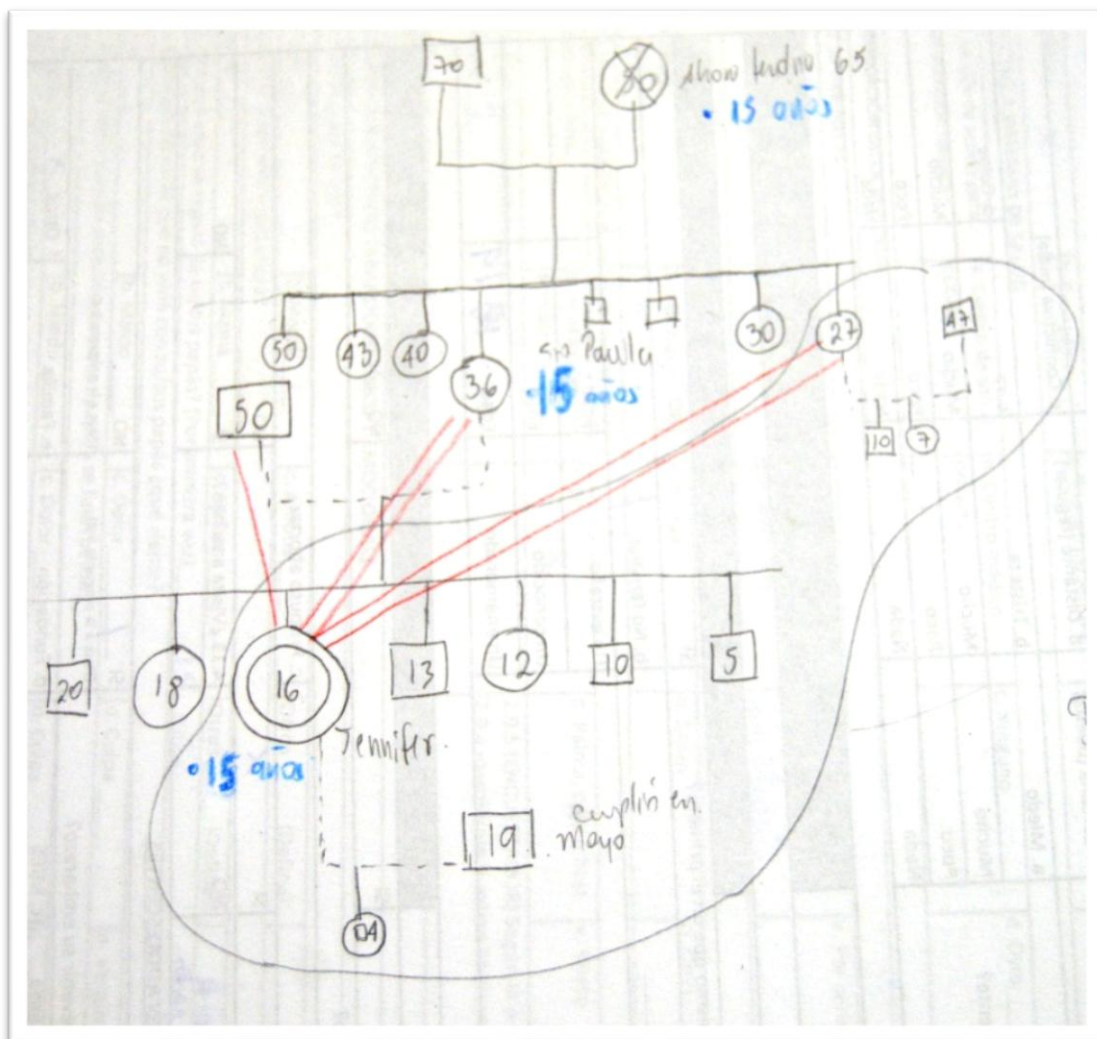
Fuente: Encuesta a Funcionarios de OG y ONG; Elaboración: Masson, A. (2015)

Anexo 7. Árbol de problemas identificados en diagnóstico.



Fuente: *Cuestionario Sobre Embarazo en Adolescentes, genograma y test de inteligencia* Fuente: Masson, A. (2015).

Anexo 8. Ejemplo de genograma elaborado



Representación gráfica de repetición del patrón de embarazo en adolescentes en tres generaciones.

Anexo 9. Ejemplos de test de la figura humana

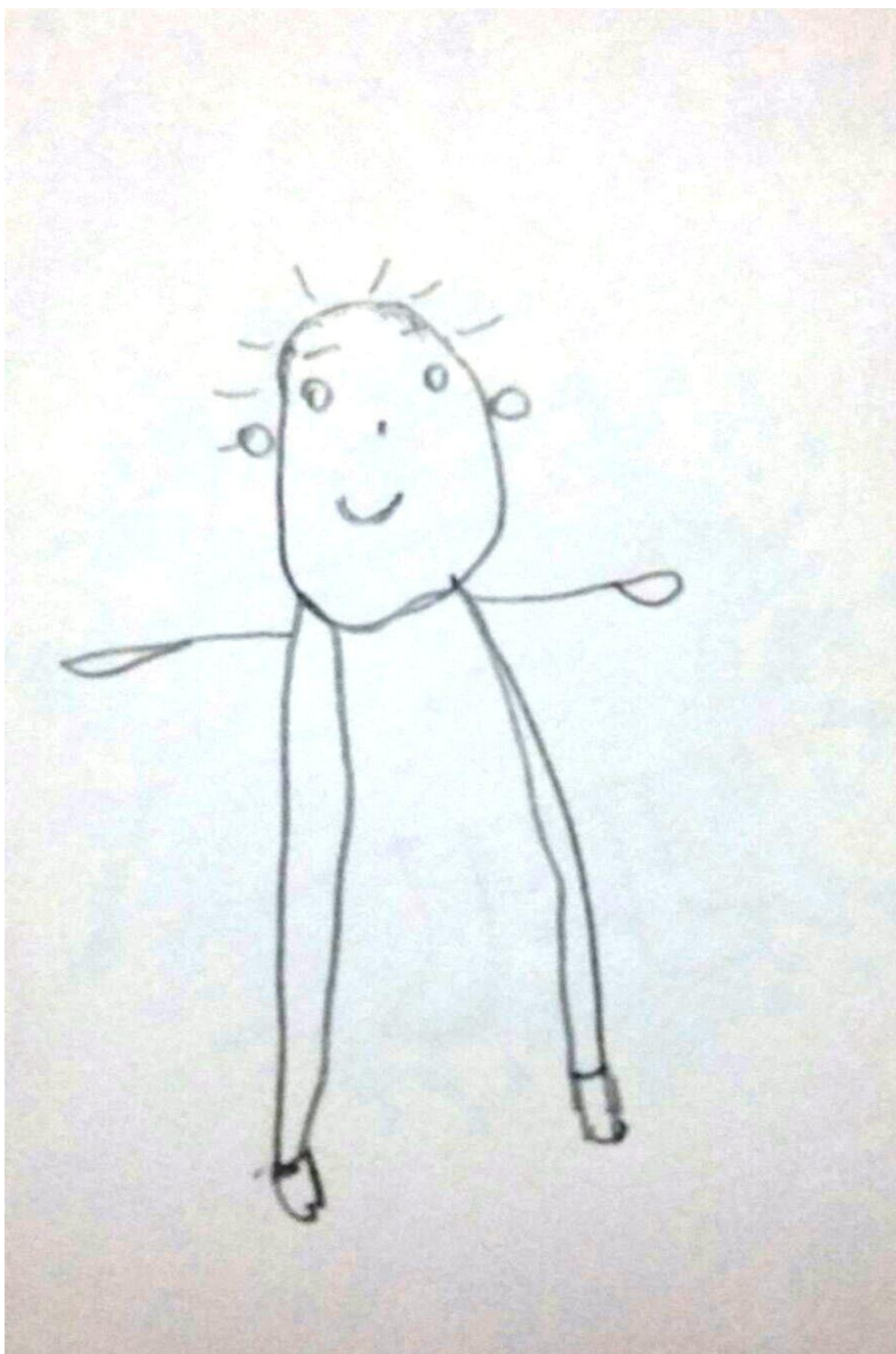


Gráfico elaborado por una adolescente de 19 años con discapacidad intelectual.

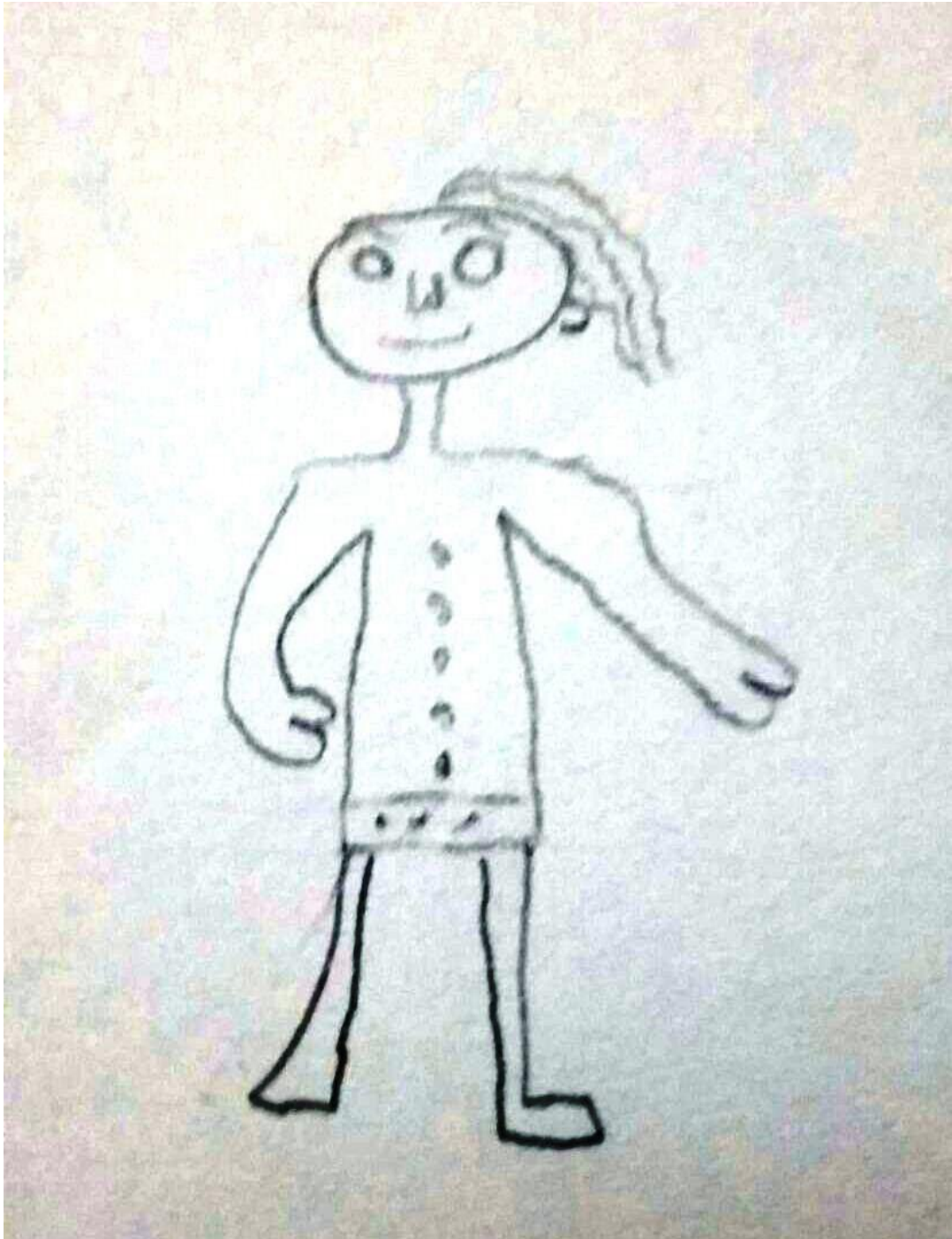


Gráfico elaborado por una adolescente de 16 años con discapacidad intelectual.

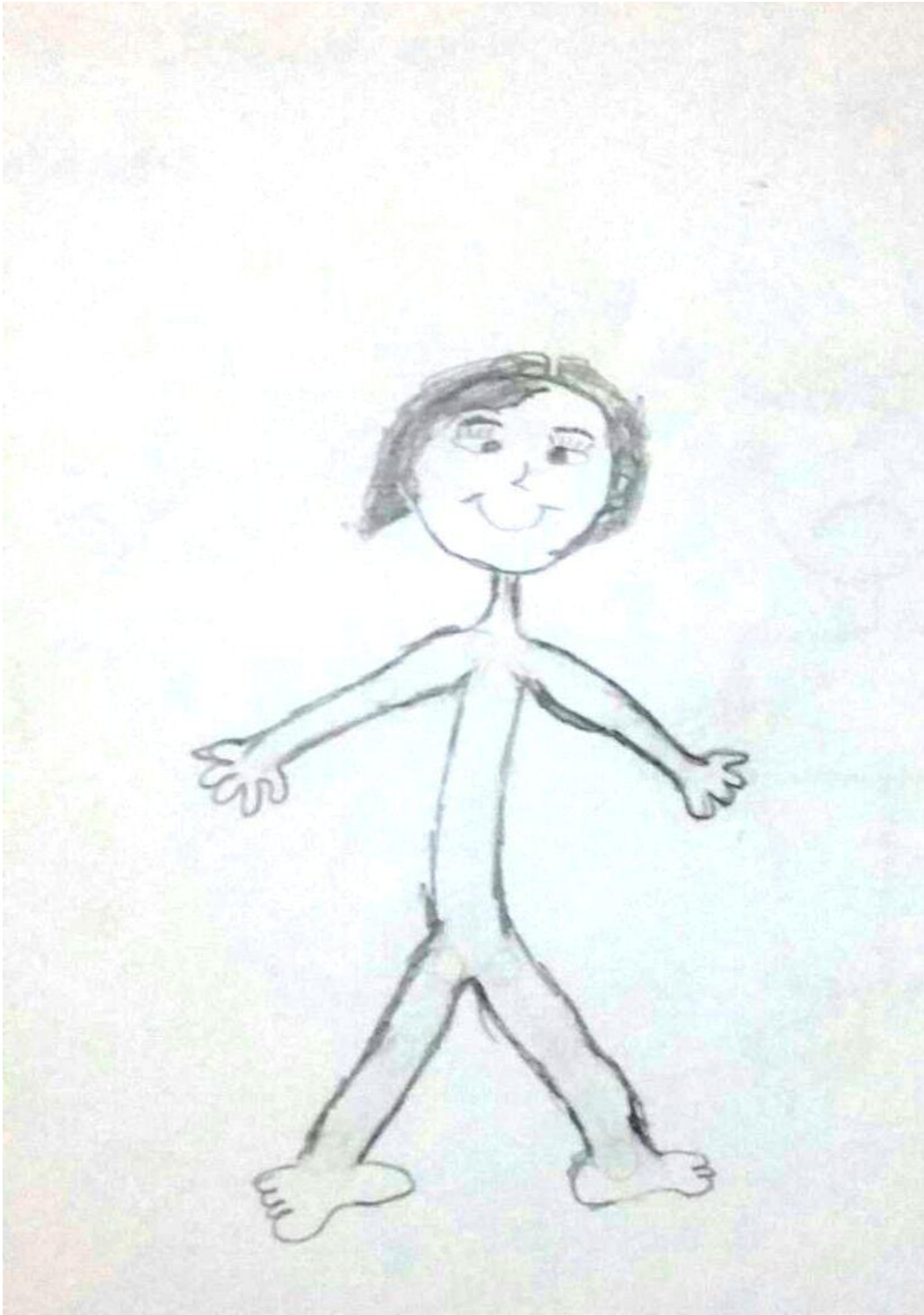


Gráfico elaborado por una adolescente de 19 años con discapacidad intelectual.

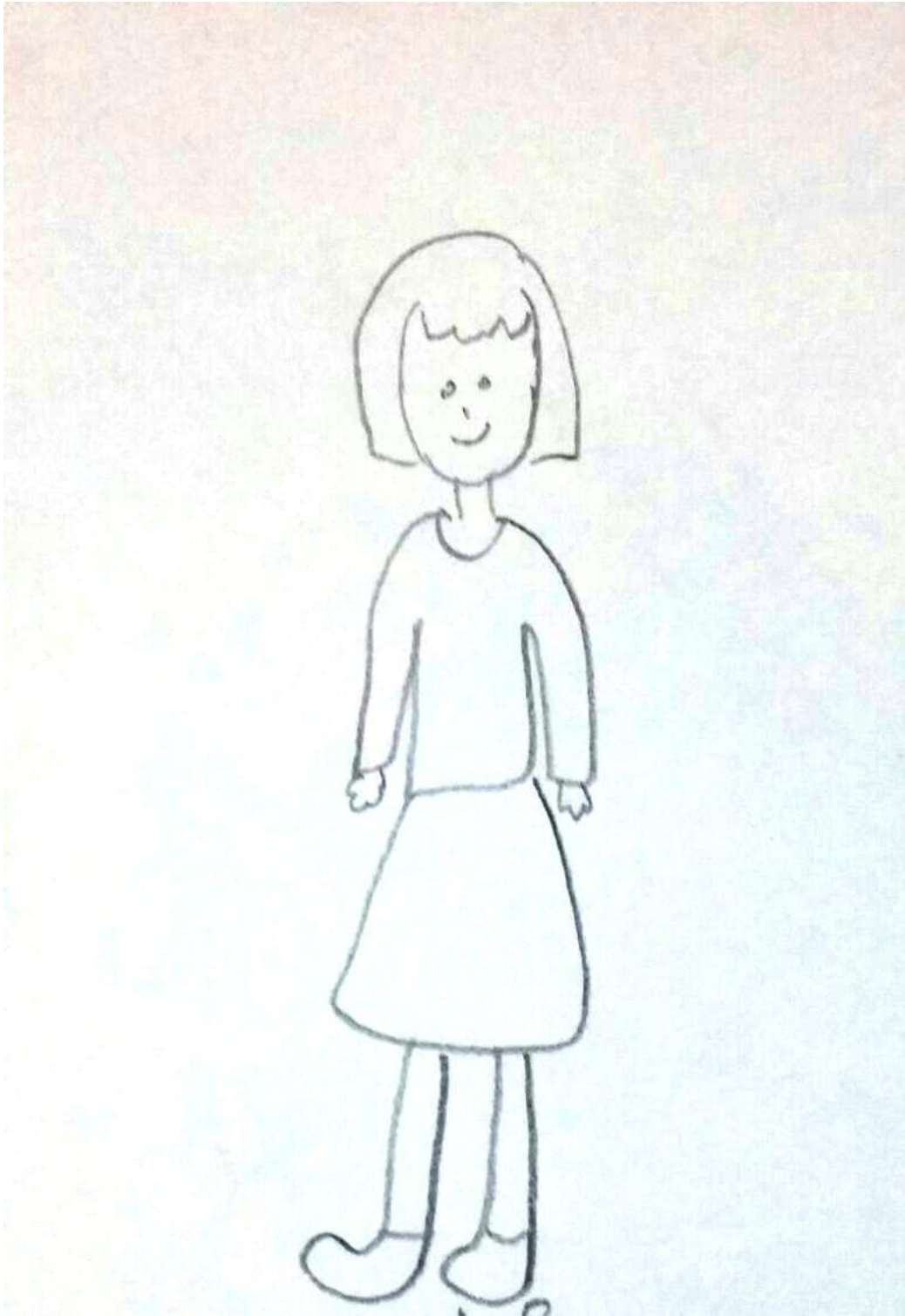


Gráfico elaborado por una adolescente de 17 años sin discapacidad intelectual.



Gráfico elaborado por una adolescente de 16 años sin discapacidad intelectual.



Gráfico elaborado por una adolescente de 14 años sin discapacidad intelectual.

Anexo 10. Fotografías descriptivas



Sectores contiguos al Circuito de salud “Cristo vive”



Fachada del Circuito de Salud “Cristo vive”.



Visitas domiciliarias – Entrevistas a las adolescentes.



Adolescentes convocadas al taller motivacional “Una segunda oportunidad”



Las psicólogas: Sonia Mosquera y Leonela Valarezo impartiendo el taller motivacional dirigido a madres adolescentes del sector.



Madres adolescentes presentes en el taller motivacional, a la espera de recibir la evaluación de discapacidad intelectual.



Madre adolescente alimentando a su hijo.



Madre adolescente abrazando a su hijo en un gesto de amor.



Adolescentes reflexionando sobre las temáticas abordadas en el taller.



Equipo colaborador en la investigación (de izquierda a derecha):

Sr. Eric Zapata, Srta. Giselle Bravo, Sr. Edison Vargas, Sra. Verónica Pazos, Srta. Viviana Tapia, Sra. Cristina Gómez, Sr. Kevin Zapata (estudiante de psicología), Sr. Ángel Villacís, Sr. David Simbaña; Sra. Lina Caicedo y Sra. Adela Yumbo (Defensoras comunitarias), Srta. Ruth Naranjo, Dra. Leonela Valarezo (psicóloga clínica), Lcda. Almudena Silva (trabajadora social), Sra. Zelene Vásquez (auxiliar de enfermería), Lcda. Alma Masson (trabajadora social), Sra. Silvana Naranjo (estudiante de educación parvularia).