



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE.  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA.

**Incidencia de Embarazo en las Adolescentes del Municipio  
“Cruz Salmerón Acosta”, Estado Sucre, en el período 1998-  
2000.**

**Autora:**

Miriam E, Alcalá Cermeño.

**Asesora:**

Profa: Beatriz Domínguez M.

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de**

**Licenciada en Sociología.**

**Cumaná, julio de 2010.**

## INDICE

<u>DEDICATORIA.....</u>	<u>3</u>
<u>AGRADECIMIENTO.....</u>	<u>4</u>
<u>LISTA DE CUADROS.....</u>	<u>5</u>
<u>LISTA DE FIGURAS.....</u>	<u>6</u>
<u>RESUMEN.....</u>	<u>7</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>8</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u>	<u>9</u>
<u>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>10</u>
<u>OBJETIVOS GENERALES:.....</u>	<u>10</u>
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....</u>	<u>10</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>10</u>
<u>CAPÍTULO I.....</u>	<u>11</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>11</u>
<u>A.- ANTECEDENTES.....</u>	<u>11</u>
<u>B.- BASES TEÓRICAS.....</u>	<u>11</u>
<u>1 Enfoque de Género.....</u>	<u>11</u>
<u>2 Adolescencia.....</u>	<u>11</u>
<u>3 Sexualidad en la adolescencia.....</u>	<u>12</u>
<u>4 Educación Sexual.....</u>	<u>13</u>
<u>a.La Familia.....</u>	<u>14</u>
<u>b.- El Sistema Educativo.....</u>	<u>14</u>
<u>c.La influencia de los medios de comunicación social.....</u>	<u>14</u>
<u>d.- Los grupos de amig@s.....</u>	<u>14</u>
<u>1 Embarazo Adolescente.....</u>	<u>14</u>
<u>a.- Causas del Embarazo Adolescente.....</u>	<u>14</u>

1. Causas Biológicas.....	14
2. Causas Psicosociales.....	15
3. Causas Socioculturales.....	15
b.- Consecuencias del Embarazo Adolescente.....	15
c.Políticas Gubernamentales y no Gubernamentales en torno al Embarazo en Adolescentes.....	16
C.DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	17
DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	18
2.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.- POBLACIÓN.....	18
4.- FUENTES DE INFORMACION.....	18
CAPÍTULO II.....	19
ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO “CRUZ SALMERÓN ACOSTA”.....	19
A.DESCRIPCIÓN FISICO – GEOGRÁFICO.....	19
B.- POBLACIÓN.....	19
C.- ASPECTOS SOCIALES.....	26
1 Vivienda.....	26
2 Servicios.....	26
3. Educación.....	27
D. ACTIVIDAD ECONÓMICA.....	27
CAPÍTULO III.....	28
CARACTERÍSTICAS SOCIALES GENERALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	28
A. Edad promedio de las adolescentes al momento del parto.....	28
B. Estado civil de las adolescentes al momento del parto.....	29
C. Grado de instrucción de las adolescentes al momento del parto.....	30
D. Ocupación de las adolescentes al momento del parto.....	32

<u>CAPÍTULO IV.....</u>	<u>34</u>
<u>CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES</u>	
<u>EMBARAZADAS.....</u>	<u>34</u>
<u>A.Edad de la primera menstruación (Menarquia) de las adolescentes</u>	
<u>embarazadas.....</u>	<u>34</u>
<u>B.Edad de la primera relación sexual (sexarquía) de las adolescentes</u>	
<u>embarazadas.....</u>	<u>35</u>
<u>C.Asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal.....</u>	<u>36</u>
<u>D.Número de gestas de las adolescentes embarazadas.....</u>	<u>37</u>
<u>E.Tipo de parto en las adolescentes embarazadas.....</u>	<u>39</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>40</u>
<u>RECOMENDACIONES.....</u>	<u>41</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>42</u>
<u>HOJA DE METADATOS.....</u>	<u>46</u>

## **DEDICATORIA.**

A mis amados padres: Rosaura<sup>+</sup> y Eraclio<sup>+</sup>.

A mi tío Humberto Cermeño.

A mis hermanos: Luí<sup>+</sup>s, Elvia, Eracleo, Yris, Guines, Millito, Jesús Alberto, Eladio y Laudenia<sup>+</sup>.

A mi esposo, Profesor. Luí<sup>+</sup>s Jesús Rodríguez Fermín.

A mis hijos: Luí<sup>+</sup>s Jesús, Sabrina Edelmira, Luí<sup>+</sup>s Arsenio, Luí<sup>+</sup>s José y Jesús Eraclio

A mis sobrinos y sobrinas.

A mis cuñados y cuñadas: Carmen<sup>+</sup>, Marisol, Josefina, Marlene, Cristóbal, Freddy y Miguel.

A toda mi familia radicada en los Estados Monagas, Sucre, Bolívar y Trujillo.

## **AGRADECIMIENTO.**

Gracias al Dios, Todopoderoso, por haberme permitido alcanzar la meta trazada.

Gracias a mis padres, por todo su empeño y sacrificio.

Gracias a mi esposo, por el apoyo y comprensión que me brindó, sirviéndome de aliento en los momentos cuando me sentía más desanimada.

Gracias a mis hijos, porque en todo momento me animaron a seguir adelante.

Gracias a la Profesora Beatriz Domínguez, mi asesora, por su incondicional colaboración, sin la cual no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

## **LISTA DE CUADROS.**

## LISTA DE FIGURAS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE.  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA.

**INCIDENCIA DE EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO  
“CRUZ SALMERÓN ACOSTA”, ESTADO SUCRE, EN EL PERÍODO 1998-  
2000.**

**Autora:**

Br. Miriam E, Alcalá Cermeño.

**Asesora:**

Profa: Beatriz Domínguez M.

**RESUMEN**

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema social y de salud pública, debido a las implicaciones sociales y la incidencia de complicaciones y resultados desfavorables que trae como consecuencia situaciones adversas que puedan atentar contra la salud tanto de la madre como de su hij@. Este problema se ha incrementado debido a la presencia de algunos factores: pubertad temprana, desconocimiento de salud sexual y de uso de métodos anticonceptivos, actividad sexual precoz, desintegración familiar, drogadicción, alcoholismo, prostitución, delincuencia. Por este motivo surge el interés de estudiar la incidencia de embarazo adolescente en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta” Estado Sucre, en el periodo 1998-2000; de allí que se planteó como objetivo general: Determinar la incidencia de embarazo en la adolescente del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” y Caracterizar los rasgos generales y de salud de las adolescentes. En cuanto a la metodología empleada, el trabajo representa un estudio documental y la investigación es descriptiva. La población fue de 287 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años y se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio de embarazo de las adolescentes se genera con mayor incidencia en los periodos de 16-17 y 18-19 años; la tendencia es estar casadas, y después prevalece el de solteras; el nivel de escolaridad al momento del parto era primaria y secundaria; respecto a los factores de riesgo de salud vinculados con el embarazo en adolescencia, se pudo comprobar que están relacionados con la edad y la falta de control prenatal. Estos resultados están representados en cuadros con cifras absolutas y porcentuales, permitiendo hacer afirmaciones, negaciones e inferencia sobre el análisis de los datos, y entre las conclusiones se puede señalar la siguiente: son pocas las adolescentes que asisten al control prenatal una vez que están embarazadas.

Palabras claves: Género, Sexualidad, Adolescencia, Embarazo Adolescente.

## INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, caracterizada por numerosos cambios, tanto a nivel orgánico como a nivel psíquico e incluso socio-cultural. Durante esta fase, las hembras y varones experimentan múltiples situaciones para las cuales no están preparad@s, ni para enfrentarlas, ni para resolverlas, tal vez por una ineficiente e inadecuada educación sexual impartida por el grupo familiar y las instituciones educativas. A pesar de los adelantos científicos y tecnológicos del mundo actual, aún persisten elementos perturbadores como: tabúes, creencias, temores, etc., que obstaculizan una formación idónea sobre un tema tan relevante como la sexualidad.

Muchos adultos se oponen a la inclusión en los programas educativos de nuevos conceptos acerca de cómo, por qué y cuándo ocurren o se presentan situaciones de alto riesgo para una sexualidad segura. Esto ocurre, sobre todo, por la errada concepción en torno a la profundización en materia de educación sexual, ya que, según ellos, puede ser peligroso para l@s adolescentes porque l@s inducirían a la curiosidad y al desarrollo de relaciones sexuales antes de tiempo; así como también, a una promiscuidad. Todo esto conduce a l@s adolescentes a buscar orientación en su grupo de pares, quienes le ofrecen una información distorsionada e inadecuada de la realidad.

En consecuencia, al no poder actualizar o adaptar el contenido de los programas educativos, los jóvenes no reciben la adecuada educación sexual en las instituciones académicas, pues sólo se limitan a tratar aspectos biológicos, y obvian los psicológicos y sociales, que quizás al transcurrir del

tiempo afectan al ser humano.

Adicionalmente, los medios de comunicación coadyuvan a distorsionar en el/la adolescente, la verdadera realidad de la sexualidad, toda vez que de manera especulativa explotan el sexo como producto publicitario de primer orden sin importarles la transmisión de comerciales, películas y telenovelas saturadas de incitación hacia lo sexual, por su alto contenido erótico. Como es sabido, tal información se traduce en educación informal debido al carácter y naturaleza de estos medios.

Ante esta realidad, I@s adolescentes al enfrentarse a cualquier actividad sexual, lo hacen sin poseer el conocimiento real y exacto de la situación. En consecuencia, enfrentan problemas transcendentales como iniciación sexual a temprana edad, alto índice de contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, entre otros; constituyendo, éste último, uno de los problemas de salud pública y social de mayor relevancia en la actualidad.

Pero, en el pasado era inimaginable considerar que las jovencitas que se embarazaban eran precoces para ello, o que se estaba en presencia de un embarazo adolescente. Las mujeres se casaban a temprana edad y los partos se sucedían hasta alcanzar el promedio de doce hijos antes de que la mujer cumpliera treinta y cinco años de edad. Predominaban las familias extendidas y todos se ocupaban de todos, según sus posibilidades y necesidades. Las mujeres parían y criaban a sus hijos, las poblaciones y los individuos se reproducían en términos de aceptación y resignación sin mayores alternativas ante lo biológico, las costumbres, pautas religiosas y la desinformación; las cuales fueron imponiendo diferentes roles y responsabilidades para unos en detrimento de otros.

En cambio, en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del siglo XXI ha sido vertiginoso lo que ha significado el que las mujeres salieran de sus casas a estudiar, trabajar y ocuparse de otros menesteres que no fueran los exclusivamente asignados a sus roles de madres, esposas y amas de casa. Sin embargo, en lo que se refiere al embarazo adolescente, en lo esencial, no ha cambiado mucho esta situación, así como se embarzaban las menores desde hace unos siglos, igual sucede hoy en día, en especial en los países del Tercer Mundo. La diferencia, indudablemente, está en que la gran familia extendida y protectora de antes, casi ha desaparecido y, hoy en día, millones de madres adolescentes en el mundo se encuentran solas con un hijo en brazos, sin apoyo de familia ni Estado, ni nadie que se ocupe de esta situación. Estas jóvenes están conformando legiones que diariamente van perpetuando los férreos círculos de pobreza que se conocen en tanto lugares del planeta. Así, el embarazo adolescente se convierte en un fenómeno coadyuvante para el incremento del proceso de feminización de la pobreza que ocurre en nuestra sociedad.

Venezuela no escapa a este dilema y cada año está aumentando el número de madres adolescentes, lo cual ha ameritado el que se considere el embarazo adolescente como un problema social y de salud pública.

En base a ello, el presente trabajo está dirigido a realizar una investigación documental descriptiva en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, para determinar la incidencia de embarazo en las adolescentes de ese municipio; asimismo, caracterizar los rasgos esenciales generales y de salud de las adolescentes embarazadas. Para la realización de este estudio se hizo necesaria la revisión de las historias médicas del Hospital “Antonio Patricio de Alcalá” (S.A.H.U.A.P.A) de Cumaná y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya, que permitió determinar la incidencia de embarazo

adolescente en la Península de Araya durante los años 1998 – 2000.

La idea para la realización de esta investigación surge de las constantes interacciones entre la “Unidad de Programa Crecimiento, Desarrollo y Salud Sexual, Reproductiva” de FUNDASALUD, la Oficina Estatal de Asuntos de Genero y Mujer de Estado Sucre y el Seminario “Problemática de la Mujer” de la escuela de Sociología de la U.D.O acerca de la problemática del embarazo adolescente del estado Sucre y de la falta de información al respecto.

El trabajo está estructurado en cuatro capítulos: el Capítulo I, expone las bases teóricas de la investigación, a saber: enfoque de género, la adolescencia, la sexualidad en la adolescencia, educación sexual y embarazo adolescente (definición, causas, consecuencias y políticas gubernamentales y no gubernamentales en torno al embarazo de adolescentes); además, incluye los antecedentes de la investigación y la definición de términos relacionados con la misma; el Capítulo II, esboza las características demográficas y socioeconómicas de la Península de Araya; los Capítulos III y IV, presentan los análisis de los aspectos sociales y de salud, respectivamente.

Se espera que esta investigación pueda ser de interés, que se complemente con otros estudios que estén abordando las mismas cuestiones y sea de utilidad para proporcionar la intervención de los organismos encargados de la debida orientación en materia de educación sexual.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Este es un periodo de desarrollo humano sujeto a cambios de tipo somático e intelectual que conllevan modificaciones importantes en su apariencia física, productos de los cambios de tipo anatómicos y fisiológicos que conducen a la reafirmación del Yo y a un aprendizaje gradual hasta llegar a ser un adulto emocional e intelectualmente formado, capaz de realizar las tareas que la sociedad le exige.

El/la adolescente esta expuest@ a una serie de presiones, de cambios en su relaciones con otros grupos. Conjuntamente, con el desarrollo de sus habilidades cognitivas, la presencia de impulsos de origen psicosexual acompañados de preocupaciones e incertidumbre por su apariencia física, búsqueda de nuevos valores, de relación con adultos significativos y con sus padres; los cuales pueden dar lugar a la aparición de conductas agresivas que generen riesgos potenciales.

Estos cambios bio-psicológicos y psicosociales hacen que la adolescencia constituya un periodo de adaptación, de afianzamiento y búsqueda de identidad. Esto, sumado a la dependencia socioeconómica convierte a la adolescencia en una etapa de turbulencias que puede dar lugar a la agresividad ya mencionada. El adolescente siente necesidad de establecer relaciones más firmes; necesidad de imitar y de presentar ante sus contemporáneos una mejor imagen de tipo corporal y de relación afectiva con sus pares, así como de establecer también relaciones sexuales satisfactorias.

El hecho más trascendente en el paso de la niñez a la adolescencia es el correspondiente al desarrollo sexual, que incluye las características sexuales primarias, referidas a todas aquellas en las cuales presenta el desarrollo y la maduración de órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres: ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina, y en los hombres: pene, próstata, testículos y vesículas seminales; como las características sexuales secundarias, que son signos fisiológicos de la madurez sexual y no involucran directamente a los órganos reproductores. En las mujeres se manifiesta por el aumento del tamaño de las mamas, aparición del vello axilar, púbico y los cambios en la piel y el ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis y en los hombres, por la presencia del vello axilar, púbico y facial, los cambios en la piel, la voz y el ensanchamiento de los hombros. La aparición de estos elementos anatómicos, conjuntamente con los cambios mentales y los fisiológicos que trae apareado el desarrollo puberal, la espermaquía de los varones, que se manifiesta alrededor de los trece años y la menarquia de las hembras, hecho que ocurre alrededor de los doce años, van a tener profundos efectos en l@s adolescentes, que han de estar suficientemente preparad@s para seguir el curso de estos acontecimientos, y poder ser ayudad@s a detectar cualquier anormalidad.

Es así, que desde el punto de vista biológico, la adolescencia es la etapa en que tienen lugar cambios fisiológicos importantes, que incluyen los mencionados anteriormente, así como los cambios hormonales que producen fuertes impulsos sexuales, influyendo significativamente el comportamiento sexual de l@s adolescentes.

Además, el logro de la identidad total del individuo, desde el punto de vista psicológico y social, les permitirá a l@s adolescentes integrarse como un todo único, la identidad sexual será uno de los elementos fundamentales

de esta identidad total, hecho que le permitirá al individuo reconocerse como persona, asumirse y actuar como un ser sexual y sexuado (Sarrel, cit por Marín, 1999).

La actitud del adolescente en relación con su sexualidad está influida por sus compañeros, los medios de comunicación social, sus creencias religiosas, sus necesidades y las normas que ha ido interiorizando. Por supuesto que los aspectos sociales de esa sexualidad se ajustarán al dominio de los conflictos presentes frente al desarrollo neuroendocrino y social que exigen una metódica educación sexual. En este sentido, éste se iniciará a una edad temprana, en forma continua, y tomando en consideración el desarrollo psicofisiológico alcanzado.

Pero, he aquí el problema: la concepción de la sexualidad de las generaciones anteriores dio lugar a la formación de una serie de tabúes, que impidieron el diálogo abierto y la reflexión profunda sobre estos temas en los ambientes juveniles. Por eso es que la familia no proporciona una información adecuada en materia de sexualidad. Por otra parte, en las instituciones educativas, desde hace mucho tiempo, se ha abordado la sexualidad desde un enfoque puramente biológico, que contempla como única función la reproducción, además de genitalista; es decir, centra su atención en las partes del cuerpo del varón y la mujer destinadas a la reproducción. Debido a este desconocimiento el/la adolescente es protagonista activ@ del acto sexual sin la debida prevención, que le hace vulnerable a las infecciones de transmisión sexual, como el VIH, gonorrea, sífilis, etc., y el embarazo adolescente. Este último, se ha convertido actualmente en un problema social y de salud pública y se ha detectado a nivel mundial como uno de los problemas de la juventud. En este sentido, Erickson sostiene que esta situación “le asigna, a quienes lo sufren,

responsabilidades que no le corresponden, ya que es un período de moratoria en cuanto a la capacidad psicosexual para la intimidad y su disposición psicosexual para la paternidad". (1968:5). Asimismo, la C.E.P.A.L considera que las madres adolescentes son sometidas permanentemente a tensiones y responsabilidades para las cuales carecen de preparación y apoyo.

Por otra parte, el embarazo limita las metas, aspiraciones y proyectos de l@s adolescentes, a la vez que reduce sus expectativas de mejorar su nivel de vida, ya que tendrían que reemplazar sus metas personales (educación, trabajo, etc.) por el cuidado o mantenimiento de un/a niñ@ en condiciones probablemente de marginalidad; es decir, de bajos ingresos, subempleo. Por ende, se refuerzan los niveles de pobreza, tanto individual como familiar.

El embarazo en la adolescencia es un problema de muchas facetas y ninguna solución fácil, enredado de manera inevitable en una maraña descomunal de dimensiones personales, religiosas, sociales, éticas y económicas que tiene muchos factores de riesgo, entre los cuales se mencionan: menarquia a temprana edad, la sexarquía que identifica el inicio de la actividad sexual, el desconocimiento y no aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de l@s adolescentes, una inadecuada educación sexual, el poco acceso de l@s adolescentes a los servicios de educación sexual y reproductiva, el vivir en condiciones de pobreza, hacinamiento y promiscuidad, hogares con conflictos, la presión grupal, entre otros.

Además, el embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo, específicamente en las menores de 15 años, dado que existe una mayor incidencia de complicaciones maternas y fetales que conllevan un aumento de la mortalidad materna y perinatal. Complicaciones que en la mayoría de

las veces, están relacionadas con las adversas condiciones socioeconómicas, ambientales, culturales y nutricionales en las que se desarrolla el embarazo. Este problema se acentúa aún más cuando las afectadas son adolescentes de los sectores sociales con más bajos recursos, por ser éste el sector donde se refleja la pronunciada carencia de educación, salud, vivienda, empleo, entre otros indicadores que permiten visualizar la crítica situación en la que se pueden involucrar las adolescentes embarazadas.

Esta situación las lleva a asumir solas la crianza del/de la niñ@ como las funciones familiares y sociales. Es así como la problemática existente en torno al embarazo en la adolescencia puede generar en las adolescentes sentimientos de angustia, temor o miedo que pueden inducir al aborto clandestino, poniendo en peligro también sus vidas, puesto que en esas prácticas abortivas clandestinas no existen garantías de seguridad e higiene.

A pesar de toda esta problemática, el fenómeno ha crecido de manera alarmante. Según datos aportados por Jiménez, la cifra que cuantifica la dimensión del problema es alarmante, ya que un 20% de los nacimientos en nuestro país son de mujeres menores de 20 años, de éstos un 5% corresponde a madres en edades entre 10 y 14 años. Es decir, cada año se tiene aproximadamente 20% de niñ@s, hij@s de jóvenes que aún no han alcanzado el grado de madurez y capacidad para responder a la delicada tarea que la maternidad implica. (Jiménez cit. por Álvarez, 1999:15) y para 1997, este porcentaje se mantuvo en un 20% a nivel nacional. (M.F, 1997:20).

En Venezuela se encuentran actualmente altos índices de embarazos en la población adolescente; más de 100.000 niñ@s nacen anualmente de madres cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años; 1 de cada 5 mujeres

jóvenes han sido madres ante de los 20 años de edad. El 71% de estas madres adolescentes viven en hogares pobres. En las madres adolescentes, el índice de educación básica incompleta es de 64%, las madres adolescentes tienen el más alto índice de desocupación, el 70% de ellas ni trabajan ni estudian (Informe de País, F.N.U.A.P, 1997).

En Venezuela, para el año 1989, el 25% de la población total (4.138.000) era adolescente, de la cual 2.055.210, eran mujeres que iniciaban su pubertad en promedio de los 10 años y la menarquia a los 12 años. Esto representa una desventaja biológica predisponente para el embarazo en adolescentes, ya que un 60% inicia tempranamente su actividad sexual (ante de los 20 años) y, de este total, un 27% lo hace antes de los 15 años, estando escasa o erróneamente informadas (Nieves, cit., por Torres, 2002:3).

Con respecto a estudios realizados por la O.C.E.I, sobre embarazo en la adolescencia, en 1992, en la mayoría de los estados venezolanos se tiene que el porcentaje de embarazo en adolescentes es el siguiente: Barinas 24%, Delta Amacuro 23,3%, Guárico 22,7%, Bolívar 21,7%, Amazonas 21,4%, Portuguesa 21%, Anzoátegui 20,7%, Sucre 20,6%, Yaracuy 20,6%, Lara 19,7%, Mérida 19,2% y Monagas 19,1% (M.F, 1997:9). Nuestro país tiene los índices más altos de América Latina en lo que respecta a embarazos adolescentes, y uno de los estados con mayores cifras es el Estado Sucre, en cuya ciudad capital han incrementado los embarazos adolescentes. Así, tenemos que para 1989 los partos adolescentes con respecto al total de los partos atendidos en el S.A.H.U.A.P.A, representaba un 26% y para el año 1995 el 40% de los casos (Archivo Estadístico del S.A.H.U.A.P.A, 1995-1998).

Podemos decir, además, que el Estado Sucre está ubicado como uno

de los estados venezolanos que presenta un alto índice de pobreza, desempleo, desnutrición, enfermedades infectocontagiosas, prostitución, delincuencia, drogadicción, hacinamiento, aunado al deterioro de los servicios públicos, infraestructuras educativas, de salud, deportivas y de recreación, lo que significa un gran deterioro de la calidad de vida de sus habitantes (Chaudary, 1993:50).

La Península de Araya es víctima de la profunda desorganización que presenta el Estado Sucre, así como de la creciente pobreza que se extiende a lo largo del territorio nacional, lo cual da cabida al fenómeno del embarazo en adolescentes. Es así que, el incremento de adolescentes embarazadas en esta región es cada vez más evidente y en Base a ello se hace necesario realizar la siguiente investigación, con el objetivo de determinar la incidencia de embarazo adolescente en el Municipio "Cruz Salmerón Acosta", en el período comprendido entre 1998 – 2000; así mismo caracterizar los rasgos sociales generales de las adolescentes embarazadas y determinar las características de salud que se manifiestan en el embarazo de esas adolescentes, utilizando como fuente principal las historias médicas del S.A.H.U.A.P.A, de Cumaná y del Hospital "Virgen del Valle" de Araya.

## **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- Determinar la incidencia de embarazo en las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, Estado Sucre, en el período comprendido entre 1998 – 2000.
- Caracterizar los rasgos sociales generales de las adolescentes embarazadas.
- Determinar las características de salud que se manifiestan en el embarazo adolescente.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la edad promedio de las adolescentes embarazadas.
- Precisar el estado civil de las adolescentes embarazadas.
- Identificar el grado de instrucción de las adolescentes embarazadas.
- Indagar la ocupación de las adolescentes embarazadas.
- Determinar la edad de la menarquia y la sexarquía de las adolescentes embarazadas.
- Especificar la asistencia al control prenatal de las adolescentes embarazadas.
- Determinar el tipo de parto de las adolescentes embarazadas.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Actualmente estamos en presencia de un gran número de adolescentes que quedan embarazadas sin estar preparadas para ello, incrementando cada vez más una población con alta probabilidad de quedar al margen de poseer las condiciones para un desarrollo integral deseable, agravando la crisis social y económica que atraviesa el país. El embarazo adolescente se ha convertido en un problema social en el Estado Sucre y específicamente en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, donde existen condiciones socioeconómicas precarias que dan cabida a este fenómeno social.

Debido a esta problemática, la “Unidad de Programa Crecimiento, Desarrollo y Salud Sexual, Reproductiva” de FUNDASALUD, la Oficina Estatal de Asuntos de Género y Mujer del Estado Sucre y el Seminario “Problemática de la Mujer” de la Escuela de Sociología de la UDO, se interesaron en la realización de una investigación acerca de este tema, la cual permitirá conocer las causas y consecuencias físicas y sociales del embarazo adolescente en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, Estado Sucre, con la intención de contribuir a aumentar el cuerpo de conocimientos que hasta ahora existe sobre el tema, además de estimular la realización de otras investigaciones relacionadas, a nivel regional y estatal, así mismo definir con mayor rigor y pertinencia los problemas vinculados con el embarazo en adolescentes, para que las instituciones a las cuales compete tal problemática, puedan diseñar políticas y programas para enfrentarlas.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO.

### A.- ANTECEDENTES

El estudio de esta temática ha sido objeto de interés en otras investigaciones que la han abordado desde distintas perspectivas. En este sentido, aquellas que se han revisado y considerado antecedentes al presente estudio son las siguientes:

Chaudary, Carlos (1993), en Trabajo de Grado titulado: “Factores y riesgos sociales relacionados con el fenómeno del embarazo precoz, estudio realizado en la población de Carúpano, Guiria e Irapa, Estado Sucre. Durante el año 1990”, buscó determinar los factores sociales, económicos, educativos, de orientación y culturales que inciden en el embarazo precoz en adolescentes; para obtener  conocimientos acerca de las condiciones de vida como factores que repercuten en la desorganización e inestabilidad familiar y sus consecuencias en las poblaciones de estudio; con esta investigación llegó a la siguiente conclusión: Entre los factores de mayor influencia que se asocia con el inicio temprano de las actividades sexuales y que además de ello quedan embarazadas se encuentran: la desintegración de sus familias, la baja escolarización, el muy limitado nivel en materia de educación sexual y la vigencia de patrones culturales que sobredimensionan la posición social del hombre con respecto a la mujer, lo cual las induce a someterse a las exigencias de aquel en lo atinente a lo sexual”.

Hernández, Migdalia y Moreno, Elena (1997), en un Trabajo de Grado titulado “Embarazo precoz en  estudiantes adolescentes en los

Ciclos Diversificados en el sector público de la ciudad de Cumaná”, se planteó el siguiente objetivo; el estudio y análisis de la influencia del embarazo precoz en el contexto social y educativo en estudiantes adolescentes de los ciclos diversificados del sector público de la ciudad de Cumana; llegando a la conclusión de que la no utilización de los métodos anticonceptivos y una ineficiente educación sexual incidieron de manera significativa en la aparición del embarazo precoz.

Cova, Noris. Sequea, Carmen y Jiménez, Amarilis (1996), en un Trabajo de Grado titulado: “Estudio del Programa Materno Infantil y del problema del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género”, buscaron elaborar una propuesta de acción encaminada al logro de una mejor atención a la mujer en los programas de salud; tomando en consideración la especificidad cotidiana de la mujer (situación laboral, familiar, cultural, social y económica) desde la perspectiva de genero. Llegaron a la siguiente conclusión: En general las jóvenes embarazadas iniciaron su vida sexual sin haber recibido educación sexual ni en el hogar ni en el colegio”.

Álvarez, Sandra en un Trabajo de Grado titulado: “Embarazo en la adolescencia en los Liceos Diversificados Públicos de Cumaná” (1998 – 1999), buscó determinar las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia en los Liceos Diversificados de la ciudad de Cumaná. Llegando a la siguiente conclusión: Las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes de los liceos en estudio, no poseen conocimientos adecuados sobre educación sexual; esto sucede porque generalmente las adolescentes carecen de información sobre su propio cuerpo, así como de los medios pertinentes para protegerse. Además, hace mención de la casi imposibilidad de proseguir sus estudios a nivel universitario, cerrando de esta manera su canal de ascenso socioeconómico por su poca preparación académica.

También se contactó la falta de control prenatal por parte de las adolescentes embarazadas, ya que al tener pena o miedo a que se descubra su embarazo se controlan cuando ya no pueden esconder más su estado, negándose la posibilidad de detectar a tiempo síntomas leves que pueden convertirse en una grave complicación, lo que convierte al embarazo en la adolescencia en un arma letal tanto para la madre como para su hij@”.

Valderrama (1992), en un Trabajo de Grado titulado: “Aspectos bio-sociales de la madre adolescente”, buscó determinar las características de la madre adolescente en el contexto bio-psicosocial, las causas y consecuencias de su futura maternidad, llegando a la conclusión de que las adolescentes embarazadas atendidas en el S.A.H.U.A.P.A, no poseen ninguna orientación sobre educación sexual ni trabajo de parto. La mayoría no culminaron la secundaria y pertenecen a familias con ingresos muy bajos”.

## **B.- BASES TEÓRICAS**

### **1 Enfoque de Género**

El género como construcción psicosocial, va más allá del ser biológico y tiene que ver con las normas, valores sociales, culturales que les son asignados a las personas en función del sexo. La idea de género se remonta a tiempos muy lejanos (hace aproximadamente 5.000 años) con la implantación del patriarcado como sistema de poder que se ejercía sobre las mujeres tomando en consideración la diferencia de sexo y la capacidad de reproducción con respecto al hombre. Esto tiene sus manifestaciones en lo económico como reproductora de la fuerza de trabajo y productora, a su vez, de la economía doméstica a través de la institución familiar. Sin embargo, es a mediados de la década de los 70 que surge el enfoque de género para tratar

de entender el dominio que lo masculino ejerce sobre lo femenino, siendo útil para el estudio de la problemática de la mujer. En este sentido algunas autoras conceptualizan al género de la siguiente manera:

María Nieves Rico (1991) lo conceptualiza como “el producto de una estructura histórico–social jerarquizada que coloca a la mujer en una posición de inferioridad y subordinación en relación con la superioridad y dominación del varón” (Cit. por Cova, Sequea y Jiménez, 1996:39). Por su parte, Elsy Bonilla de Castro (1993), lo señala como “Las diferencias sociales y culturales que existen entre hombres y mujeres que varían histórica y geográficamente” (Cit. por Cova, Sequea y Jiménez, 1996:39). Mientras que Alda Facio (1995), lo refiere como “La dicotomía sexual que es impuesta socialmente a través de roles y estereotipos que hacen aparecer a los sexos como diametralmente opuestos” (Cit. por Cova, Sequea y Jiménez, 1996:39).

Según García Prince (1999): existen dos posiciones contrapuestas que determinan la condición de subordinación de mujeres u hombres, siendo éstas: la concepción tradicional dominante y la histórica emergente. La concepción tradicional dominante valida al patriarcado como sistema de organización social y plantea que las conductas de los seres humanos son biológicamente determinadas por el sexo, por lo tanto, son inmodificables e insuperables. Esta concepción naturaliza las relaciones sociales en las que se conceden roles fijos a cada sexo, es decir, es “natural” que sea el hombre quien tenga el poder, por ser el más fuerte físicamente. La concepción histórica emergente plantea que las diferencias biológicas no justifican la subordinación y afirma que son los procesos sociales los que determinan la asignación de roles a cada sexo. Vale decir que, el proceso de socialización va marcando desde temprana edad los patrones de conducta de los seres humanos, patrones que se consideran “normales” y que se transmite durante

la educación, la crianza y la división sexual del trabajo en el contexto social (Cit. por Cova, Sequea y Jiménez, 1996:39).

Meler Burín (1996), señala una diferencia basada en el género y en este sentido expresa lo siguiente: “Mientras el inicio de la sexualidad de los jóvenes es aceptada “con orgullo”, demostrando la persistencia de rasgos patriarcales, en el caso de las chicas todavía se busca cierto resguardo del pudor y sobre todo de las precauciones anticonceptivas” (Cit. por Mérola, 1997:14).

De acuerdo al planteamiento de Burín, el inicio de la sexualidad de los varones es celebrado por los padres “con orgullo”, mientras que el de las mujeres es considerado por los padres como inadecuado, prohibido, ya que es un comportamiento no esperado por ellos. En este sentido la familia interviene en la socialización de la sexualidad a través de la negación, el miedo, el ocultamiento, los mitos, las informaciones erradas y tergiversadas, situación que ha ocasionado graves problemas a muchas generaciones de adolescentes. El aspecto referente a la adolescencia será tratado a continuación.

## 2 Adolescencia.

Es la adolescencia un período de transición que conlleva una serie de cambios, no sólo de orden biológico sino también en lo relacionado con la esfera emocional y psíquica que determina diferencias importantes en los comportamientos observados durante la niñez.

El concepto de adolescencia es relativamente nuevo y aparece en Europa a finales del siglo XVIII; en el continente americano mucho más tarde; siendo en la segunda mitad del siglo XIX cuando se empieza a hablar

de la adolescencia como un proceso de verdadera importancia para la estructuración de las nuevas generaciones. Con el concepto de adolescencia, aparece el concepto de identidad, considerado como el proceso mediante el cual alguien se va haciendo mujer u hombre a lo largo de la vida mediante modelos, imágenes, deseos, palabras y presiones de otros. Es imposible, por ejemplo, que una niña pueda construir su feminidad sin el apoyo de su mamá, su papá y todos los que la rodean. Además, la misma sociedad ofrece e impone a niñas y niños, una serie de modelos que deben seguir para ser mujeres y hombres, tal como la sociedad ha previsto y desea.

Durante ese proceso, el/la adolescente enfrenta una serie de problemas, entre ellos están, por una parte, los emocionales, representados por leves depresiones, que en algunos casos pueden llegar a agravarse e inclusive en derivar en conductas suicidas. También, se manifiestan problemas relacionados con los cambios físicos y los que se derivan de las relaciones sexuales tempranas y sin ningún tipo de protección, además, se pueden presentar problemas conductuales como: trastornos del carácter, cambios repentinos en la alimentación, trastornos del sueño, dificultad para cumplir sus responsabilidades sociales y personales, problemas escolares, etc.

En muchos pueblos primitivos el paso de la adolescencia a la madurez se demuestra con un ritual, por ejemplo el raptó de la mujer deseada o la permanencia durante un tiempo en la selva. En sociedades más complejas, la adolescencia es un amplio período en que el/la joven recibe la información necesaria para poder integrarse posteriormente en el mundo de los adultos (Gran Enciclopedia Ilustrada Círculo, 1987:45).

Este periodo ha sido definido por algunos autores de la siguiente

manera:

- El psicólogo francés Jean Piaget determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que pueden definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva.
- El psicoanalista Sigmund Freud, por su parte, considera que la adolescencia es el momento de las sublimaciones eróticas que llevan a los goces y las creaciones estéticas y por ello, sería una edad que no puede ser acortada o ahogada sin gravísimas consecuencias para el individuo, incluso para el porvenir de la humanidad.
- Francisco Daltó, define a la adolescencia como un momento de tránsito – o de mutación – hacia la adultez, momento en que podrá hacerse una enunciación singular enmarcada en permanente tensión con los ideales y deberes que su cultura le impone.
- Según la Enciclopedia de Psicología Genética, (1962), la adolescencia es el período que se intercala entre el fin de la pubertad y la edad adulta.
- Según la Enciclopedia Ilustrada Círculo, (1987), la adolescencia es el período que precede a la madurez social de un individuo, cuya duración varía con el curso de la historia y según el grado de complejidad en la sociedad.

En esta investigación utilizaremos la definición de adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sostiene lo siguiente: “Es la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la

independencia socioeconómica. Está comprendida entre los 10 y 19 años de edad” (Coll 2000:537).

Es en la adolescencia cuando el individuo está descubriendo su sexualidad, y por lo tanto constituye un área crítica de atención dentro del contexto integral del desarrollo de l@s adolescentes; de allí la importancia de conocer la sexualidad en la adolescencia.

### 3 Sexualidad en la adolescencia.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define la sexualidad como: “La expresión del ser humano en tanto que ser sexuado, en la que se conjugan factores biológicos, sociales, económicos, culturales, éticos y espirituales”. Por su parte el Ministerio de Educación Cultura y Deportes (M.E.C.D) la define como: “El conjunto de manifestaciones eróticas y sociales por medio de las cuales los individuos se expresan como hombres y como mujeres” (2001:20).

De esta manera, la sexualidad no se reduce a la genitalidad, ya que el sentido, la dimensión y los destinos de la sexualidad tienen que ver con aspectos sociales y culturales muy específicos, entre los cuales se destacan la comunicación interpersonal, el placer y el goce. Estas características hacen que la sexualidad humana sea completamente diferente a la de todo ser viviente (Ambrosi, 1999:44).

La sexualidad es una parte esencial del ser humano, y se definirá en su estilo de ser persona, en sus características psicológicas, en su modo de ser masculina y femenina, en el modo de sentir, pensar y actuar como individuo en sociedad. La sexualidad es fuente de comunicación que se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, expresada en los aspectos

fisiológicos, área erótica, relacionada con la búsqueda del placer y la moral, expresada en la estructura social.

Debido a las complejas fuerzas que moldean la experiencia de la vida sexual, han surgido nuevos aportes para el estudio de la sexualidad. Uno de ellos está representado por las perspectivas originadas en la ciencia social contemporánea, los cuales desafían la hegemonía de los modelos tradicionales biomédicos y los modelos de investigación que se preocupan solamente del comportamiento. Así mismo, hay una nueva investigación sobre la sexualidad cuyo énfasis está en lo que se ha llamado la construcción social de la vida sexual, referida a la comprensión de la sexualidad humana, no como un producto de nuestra naturaleza biológica, sino como un producto de los sistemas culturales y sociales que moldean nuestra experiencia y los modos a través de los cuales interpretamos y comprendemos esta experiencia. En este sentido, la sexualidad ya no aparece como una propiedad de individuos o aislados, sino de personas sociales integradas dentro del contexto de distintas y diversas culturas sexuales. Desde esta perspectiva, la experiencia subjetiva de la vida sexual se entiende como un producto de los significados y símbolos inter-subjetivos, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales.

Así, la sexualidad ya no está destinada en forma prioritaria, a la maternidad y paternidad, sino a construir la masculinidad y feminidad en un contexto de experiencias placenteras y gozosas en la relación con otr@s. Por lo tanto, cuando l@s adolescentes inician la sexualidad deberán sentirse suficientemente madur@s para prevenir y asumir las consecuencias de sus actos, ya que deberán afrontar: la posibilidad de un embarazo y, consecuentemente, la información sobre el uso de métodos anticonceptivos, la posible repercusión de estas relaciones sobre las actividades escolares y

las posibles consecuencias de contraer enfermedades de transmisión sexual (Coll. 2000:593).

Por este motivo, es importante señalar los factores de riesgo en la sexualidad de l@s adolescentes: un desarrollo somático más avanzado que la maduración psicosocial, baja autoestima en relación con el aspecto físico, ausencia de interlocutores válidos (padres, hermanos, docentes, religiosos), modelos familiares con comportamiento de riesgo (consumo de alcohol, drogas, conductas violentas, relaciones sexuales antes de los 17 años) (Coll, 2000:594).

Es la sexualidad un concepto íntimamente vinculado con el/la adolescente, lo cual implica un período de cambio a nivel social, físico y psíquico que conduce al joven a mantener relaciones sexuales. Sin embargo, numerosas investigaciones coinciden en señalar entre las causas más frecuentes que influyen en el inicio de las relaciones sexuales entre adolescentes, las siguientes:

- Curiosidad, ya que ell@s quieren saber cómo es, qué se siente.
- La presión del grupo: los varones y las hembras pueden verse precisad@s a tener relaciones para no sentirse excluidos de sus grupos de pares.
- La presión de los padres. En nuestra cultura el varón recibe muchas presiones de sus padres, en especial del papá, quien se angustia si su hijo no da muestra de haberse iniciado sexualmente, comprometiéndose a demostrar “cuán hombre es”.
- La necesidad de reconfirmación de sí mismo, ya que en la búsqueda de su propia identidad necesita probarse y despejar dudas en cuanto a su

capacidad de responder y provocar sexualmente.

- La necesidad de afecto: la idea de que sexo y afecto siempre van juntos, provoca en el/la adolescente la ilusión de obtener afecto a través del ejercicio de la sexualidad.
- Como medio de agresión a los padres, ya que las adolescentes piensan que “el meter la pata” puede ser una forma de dañar y castigar a los padres.
- Como medio de agresión hacia sí mism@: much@s jóvenes en forma inconciente realizan actos que son lesivos para ell@s; así, el ejercicio de la sexualidad puede expresar una manera de dañarse a sí mism@.

Lo cierto es que el hecho de iniciar una vida sexual en la adolescencia acarrea consecuencias deseables o indeseables. Las consecuencias deseables serán aquellas que satisfacen un modelo sano de salud sexual y por lo tanto son positivas para el crecimiento personal de los seres que la comparten. Las consecuencias indeseables están referidas a las que causan mayor impacto en la vida presente y futura de l@s adolescentes y contexto familiar. Estas son: embarazos en adolescentes, matrimonio precoz, interrupción de un embarazo e infección de transmisión sexual (VIH-ETS).

Es importante destacar también que la sexualidad y la reproducción son derechos específicos que han sido paulatinamente reconocidos e incorporados como integrantes de los derechos universales en distintos foros y legislaciones internacionales. Este paso fundamental ha sido el resultado de una sostenida acción social, llevada a cabo por diversos sectores de la comunidad nacional e internacional, los cuales abogan por sistemas sociales y jurídicos que apunten a una sociedad equitativa y con una elevada calidad

de vida para las mujeres y hombres que la integran.

Así, los derechos sexuales reproductivos establecen, entre otros, el reconocimiento del derecho de toda persona de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a contar con la información y servicios adecuados que les faciliten el ejercicio de esos derechos. Igualmente, resalta el derecho de una maternidad sin riesgo y los derechos de l@s jóvenes a tener acceso a la educación sexual y a servicios integrales de salud para adolescentes.

En relación con esto, se han celebrado distintas conferencias y cumbres mundiales suscritas por nuestro país, principalmente la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo), 1994; en ellas se han arribado a consensos orientados a considerar los derechos reproductivos como derechos humanos, basados en los principios de dignidad e igualdad humana. Así también, se han comprometido a eliminar cualquier forma de discriminación hacia las mujeres, promover la equidad de género y propiciar un ejercicio pleno, responsable e integral de la sexualidad y la reproducción para toda la especie humana. Entre estos consensos se puede señalar el siguiente: “los derechos humanos de la mujer y la niña son partes inalienables, integrantes e indivisibles de los derechos humanos universales” (Pérez y Hernández, 2000:628-629).

Así, los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente en cuestiones relativas a sexualidad y a su salud sexual y reproductiva, sin sufrir ningún tipo de coacción, discriminación o violencia (Pérez y Hernández, 2000:628-629).

Se describe a la salud sexual y reproductiva como:

El estado general de bienestar físico, mental y social en todos

los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos; vale decir que salud reproductiva es la capacidad de los individuos, de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, con la absoluta libertad de decidir de un manera responsable y bien informada sobre el número de hijos que se desea tener y del espaciamiento entre ellos (Pérez y Hernández, 2000:628-629).

En la Conferencia de El Cairo se confirmó particular importancia a las necesidades de salud sexual y reproductiva de l@s adolescentes. En el capítulo VII del Programa de Acción recomendado en esta ocasión existe una sección dedicada a ell@s, planteándose entre sus objetivos el concentrarse en los tópicos relativos a la salud sexual y reproductiva de esta población y reducir el índice de embarazo en adolescentes. Los países participantes en esta conferencia, con el respaldo de la Comunidad Internacional, están llamados a proteger y promover los derechos de l@s adolescentes, a tener acceso a educación sexual, información sobre salud sexual y reproductiva y servicio de salud.

Entre los derechos sexuales y reproductivos se pueden mencionar:

- Derecho a tomar decisiones con respecto a la vida reproductiva, libres de toda coacción, incluyendo la elección voluntaria de cónyuge, la formación de la familia, la determinación del número y espaciamiento de los propi@s hijos.
- Derecho a la salud sexual y a la reproducción como parte integral de la salud general en todas las personas a lo largo de todo su ciclo de vida.
- Derecho a una educación sexual veraz, científica y oportuna, que apunte hacia un ejercicio pleno y responsable de la sexualidad.

- Derecho a la seguridad sexual y reproductiva, incluido el derecho a estar libre de violencia y coacción sexual.

A este respecto, los gobiernos pueden propiciar que las decisiones tomadas por las mujeres y hombres en relación con su vida sexual y reproductiva sean más apropiadas por medio de las siguientes acciones:

- Reconocimiento de la planificación familiar como un derecho humano fundamental.

- Este reconocimiento implica el derecho de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, así como el derecho a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello.

- Supone igualmente una actuación del Estado en el campo de las políticas públicas, que aseguren un mayor acceso a los servicios de planificación familiar, una ampliación de su cobertura y mejoras en su calidad, ofreciendo así una atención irrestricta a todos los hombres y mujeres que lo deseen, en un marco de pleno respeto a la libertad individual.

- Desarrollo de programas y servicios de salud sexual y reproductiva como una medida de atención primaria en salud.

En este sentido, los tópicos relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (como se relató con anterioridad) representaron uno de los objetivos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), destacándose así la importancia de la sexualidad durante la etapa de la adolescencia.

Por lo tanto, es necesario proporcionar al adolescente educación en

sexualidad sana, promoción de paternidad y maternidad segura, abortos, infertilidad, fomentar estilos de vidas saludables y la prevención de conductas de riesgos, para lograr disminuir el índice de actividad sexual precoz, promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual y embarazos adolescentes. Esta información debe ser impartida a través de la educación formal, la educación familiar y la comunidad en general (O.P.S, 1998:9).

#### 4 Educación Sexual.

En este caso, podemos entender que la educación sexual es una necesidad. No se trata de una imprudencia ni de un capricho que pretendería repetir o callar experiencias extranjeras, sencillamente es hora de admitir la importancia de la sexualidad y de no dejar que el destino de las personas se siga jugando al azar en la escuela de la vida. Son muchas las generaciones que han sufrido las consecuencias negativas de este error y no se admite que en la época de la planificación no se actúe con criterio preventivo en algo tan trascendental.

No obstante, Cuando se habla de educación sexual no se trata de instrucción somera sobre los órganos sexuales, ni tampoco, se limita a las funciones que perpetúan la especie. Lo más importante es adentrarse en el comportamiento individual y colectivo, formar una actitud adecuada basada en el conocimiento del sexo en su más vasta implicación en el individuo y en la sociedad. De nada vale señalar solamente cuáles son y cómo actúan los órganos sexuales; lo que importa más allá de eso es que sepan y aprendan a incorporar la experiencia sexual dentro de la vida general.

En este sentido, Alarcón define la Educación Sexual como:

Un apéndice de la educación general, que incorpora los

conocimientos biológicos, psicológicos y socioculturales de la sexualidad como parte integral de la persona humana (Alarcón, cit. por Guerra, 1994:21).

Además considera que el propósito de la misma es:

Lograr la identificación sexual del individuo y capacitarlo para crear sus propios valores y actitudes que le permita realizar su autodeterminación y vivir la sexualidad de una manera sana, positiva, consciente y responsable, dentro de su época, su cultura y su sociedad (21).

Así, la educación o información sexual es el proceso formativo que tiene como finalidad preparar al individuo desde el punto de vista bio-psicosexual para desarrollar la capacidad de poder vivir en estado de plena felicidad y a medida que pase el tiempo ese individuo tendrá una adecuada preparación a través del conocimiento y la experiencia, que podrá transmitirla a sus hij@s en forma de orientación para que tengan capacidad de discernir entre el camino que les conviene y el mal camino, capacidad que debe estar fundamentada en valores afectivos y espirituales que los marcará de manera definitiva para el comportamiento de sus vidas.

Por esta razón, es recomendable que la enseñanza de la educación sexual se imparta en forma gradual, progresiva y consecutiva en los ciclos y fases de la educación en el/la joven.

Asimismo los objetivos de la educación sexual fueron fijados en el Seminario Regional de Educación Sexual organizado por la UNESCO en Chile, y ellos son los siguientes:

- Promover a la persona como valor en sí misma.
-

Favorecer el respeto a la igualdad humana del varón y de la hembra y el reconocimiento, en consecuencia de su igualdad de derechos en el orden político, legal, sociocultural, económico, familiar y sexual.

- 

Esclarecer el carácter específico de la igualdad humana, por cuanto no es sólo un medio de reproducción, sino también de relación y enriquecimiento interpersonal y, por ende, un instrumento de integración y formación de la personalidad.

- 

Promover la aceptación de la identidad sexual sin temores, tabúes y ansiedades.

- 

Promover la formación integral del individuo para que llegue a ser sexualmente maduro.

- 

Promover el conocimiento de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y trascendentales relacionados con la sexualidad.

- 

Promover responsabilidad y autodeterminación en el ejercicio de su sexualidad a base de valores, actitudes y conductas acordes con las necesidades del mundo actual. (Merhed, 1997:77-78).

La educación sexual en nuestra sociedad está cargada de miedos, tabúes y prejuicios, situación que ha traído muchos problemas a muchas generaciones de adolescentes, ya que esa manera de ver la sexualidad tiene influencia negativa en las conductas desde el punto de vista sexual. De allí la

importancia de analizar la información sexual transmitida a los adolescentes a través de instituciones tan elementales en el proceso de socialización de la sexualidad, como lo es la familia y al escuela, en contraposición a la información divulgada a través de los medios de comunicación social y grupos de amigos.

#### a. La Familia.

La familia es la institución más importante en el proceso de socialización y el primer grupo de pertenencia de cada persona; en su seno el/la niñ@ recibe el aprendizaje fundamental para funcionar como miembro perteneciente a ese grupo, adquiriendo así normas, valores, hábitos y patrones de conducta, según sea su contexto sociocultural. También recibe sus primeras experiencias sexuales a través de las vivencias con sus padres, de tal manera que el comportamiento de ell@s con respecto a la sexualidad influirá en el comportamiento sexual posterior de niñ@s.

Además, la sexualidad es reprimida socialmente; situación que origina a su alrededor un círculo vicioso de ignorancia, tabúes, prejuicios, lo cual ocasiona reacciones y actitudes negativas en torno a la sexualidad. La familia, como institución social inmersa en este contexto, no escapa de esta realidad y es por eso que en el hogar se evade el hablar de sexualidad o generalmente se hacen orientaciones inadecuadas, respecto a ella. Al respecto, Jiménez señala:

La educación sexual que predomina en nuestro contexto sociocultural hace que las grandes inquietudes y curiosidades adolescentes acerca de la sexualidad, estén marcadas por el miedo, la culpa, las dificultades para entablar un diálogo sobre el tema, las inhibiciones para buscar información a través de los medios adecuados, las falsas creencias y mitos...(Cit. por Merheb, 1997:44).

#### b.- El Sistema Educativo.

La escuela, después de la familia, es una institución fundamental en el proceso de socialización y, por ende, en la educación sexual, tarea en la cual enfrenta dificultades por la existencia de ideas y actitudes erradas ante el tema de la sexualidad. Por este motivo el M.E.C.D. (2001) ha creado un nuevo Currículo Básico Nacional donde, en el área de Salud Integral, incorpora temas en 5<sup>to</sup> grado sobre adolescencia y sexualidad, la pareja (contexto y compromiso) y embarazo en adolescentes (causas, consecuencias y prevención) y en 6<sup>to</sup> grado temas sobre enfermedades de transmisión sexual, reproducción y sexualidad humana y proyecto de vida. Dichos temas tienen como objetivo fortalecer el crecimiento personal y ciudadano y favorecer la reflexión en torno a `problemas sociales como embarazo en adolescentes y sexo irresponsable.

#### c.La influencia de los medios de comunicación social.

Los medios de comunicación social refuerzan la conducta sexual del adolescente, al presentar un ambiente saturado de sexo, a través de revistas, radio, televisión, periódicos, libros y discos en una sociedad de consumo (modas y símbolos). Además de proporcionar, de algún modo, una venta sexual, que lejos de orientar y educar, afecta gravemente la vida y comportamiento de l@s adolescentes, contribuyendo a la distorsión y mala canalización del conocimiento científico de la sexualidad (su deber ser). En correspondencia con lo planteado, Mc Cary sostiene que las ventas cada vez más crecientes de revistas y “desnudos” y los anuncios para muchas películas cinematográficas constituyen el ejemplo de cómo el impulso sexual puede estar mal canalizado (Cit. por Merheb, 1997:46).

d.- Los grupos de amig@s.

Asimismo, los grupos de amig@s, durante el período de la adolescencia, se vuelven la máxima autoridad en algunos asuntos, que son importantes para el/la adolescente, incluyendo los que están relacionados con la conducta, actitudes e información de orden sexual, consecuencia de la poca orientación brindada por los padres y educadores en el transcurso de su vida; de tal manera que la mayoría de niñ@s reciben su educación a partir de sus compañeros, no de sus padres o maestros.

Sin embargo, existe la capacidad en cada ser humano para formular su propio concepto en educación sexual de acuerdo a la percepción que se tenga de ella, tratando de incorporar los valores que la misma implica. Pero, aún así, es función de los padres y educadores hacer que sus hij@s y educandos, respectivamente, asimilen la verdadera naturaleza de la vida sexual y descubran cuando ésta deja de ser un mero acto fisiológico destinado a satisfacer nuestras necesidades y se convierte en un amplio mundo de posibilidades, en donde se subliman las más altas cuotas de goce físico y espiritual.

Es así como la educación sexual se convierte en una herramienta de suma importancia, que al ser realizada eficazmente por padres y educadores permitirían educar en forma integral a niñ@s y adolescentes, colaborando así a que ell@s tomen conciencia de su sexualidad, evitando a la vez el inicio temprano de la actividad sexual, y por ende, del embarazo adolescente.

## **1 Embarazo Adolescente.**

El embarazo adolescente es aquel que se inicia y desarrolla dentro de los dos primeros años de edad ginecológica (los años transcurridos desde la menarquia), y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar (Molina, cit. por Gutiérrez, 2000:621).

También se puede definir como: “todo embarazo ocurrido en mujeres menores de veinte años, edad en la cual no ha alcanzado todavía las condiciones de madurez biológica ni psicológica para la maternidad” (M.E.C.D, 2001:50).

Así, los que se dedican al estudio de la adolescencia están de acuerdo en que ésta no es una etapa adecuada para cumplir correctamente la maternidad. Esta última se relaciona, en la mayoría de las jóvenes, con el grado de madurez socio-afectiva que han logrado hasta el momento de embarazarse. Sin embargo, se puede afirmar que si han sido maduras para concebir, están emocionalmente inmaduras para ello y, por consiguiente, no preparada para el papel de madre. Por eso, con frecuencia, pese al esfuerzo y continuidad con que la mayoría de estas jóvenes se esfuerzan por cumplir, fracasan (Gutiérrez, 2000:528).

En este sentido, los profesionales que se han ocupado del problema del embarazo adolescente, universalmente reconocen que es imposible que una madre o padre sean competentes a edades tan tempranas. Para ello se requieren índices de maduración emocional y afectiva más avanzados. Se tiene la experiencia que la mayoría de l@s jóvenes aún no están capacitad@s ni preparad@s para la maternidad y paternidad, de manera que -salvo excepciones- l@s jóvenes, fundamentalmente, tendrán que depender del ambiente familiar que les rodea y de los recursos económicos y emocionales de su grupo, tanto como de sus logros personales,

emocionales, escolares y habilidades que ell@s han desarrollado y las posibilidades de equilibrar el tiempo que comparten entre el dedicado a las labores lógicas de su edad, la vida social con pares y el otorgado a su hij@ (Gutiérrez, 2000:528).

Asimismo, la Doctora Coll se refiere al embarazo adolescente en los siguientes términos:

En la mayoría de los casos el embarazo en la adolescencia no es fruto de un proyecto, es un suceso no buscado conscientemente y, por lo tanto, inoportuno. El hijo, aunque aceptado, representa una dificultad en sus posibilidades de trabajar libremente, hacer algún estudio, llevar la vida de los adolescentes de su medio y se transforma en el depositario de sus frustraciones, muchas veces expresada como maltrato y abandono (Cit. por Gutiérrez, 2000:528).

De esta manera, es importante conocer las causas que influyen en el embarazo adolescente; este aspecto se explicara a continuación.

#### a.- Causas del Embarazo Adolescente.

Son varias las causas que influyen en el embarazo adolescente, y ellas han sido clasificadas como biológicas, psicosociales y socioculturales. (M.F, cit. por Torres, 2002:7).

### **1. Causas Biológicas.**

El patrón de maduración sexual en Venezuela es temprano, puede darse entre los 9,2 años y los 12,3 años en las niñas. Los varones empiezan la pubertad en promedio a los 12 años, pudiendo ser tan temprano como a los 9,7 años. La eyaculación y la producción de espermatozoides aparecen alrededor de los 14 años, en promedio. Además, la menarquia o primera

menstruación hace fértiles a las mujeres, estimulándolas a ser sexualmente activas, y la pubertad produce un notable aumento de la actividad hormonal, lo cual puede originar la aparición de fuertes impulsos sexuales, que se manifiestan a temprana edad (a los 10 y 12 años respectivamente).

## **2. Causas Psicosociales.**

Entre las causas psicosociales se pueden mencionar: presión del grupo o de la pareja, carencia de afecto en el núcleo familiar, baja autoestima, castigo hacia los padres, rebeldía, curiosidad y la crisis psicológica propia de la edad, etc. La presencia de una o varias de estas causas pueden inducir a l@s adolescentes a tener relaciones sexuales sin tener una idea clara de los problemas que originarían ejercer este tipo de actividad sin ninguna orientación o protección. Regularmente, esta conducta se inicia como una manera de ir en contra de lo prohibido, por falta de afecto o por la presión del grupo y no porque necesariamente deseen tener un/una hij@. Éste, regularmente, viene a ser el resultado no previsto de un acto sexual realizado por jóvenes que no tienen la misma idea de las posibles consecuencias que les acarrearía una situación de tal magnitud.

## **3. Causas Socioculturales.**

Entre los problemas sociales que afectan a los hogares de l@s adolescentes y que influyen en el embarazo adolescente se encuentran: alcoholismo, prostitución, padres múltiples en forma sucesiva, padres ausentes, figuras paternas negativas, desintegración familiar y moral, maltrato, violencia, desajustes diversos que conforman una situación social carente de oportunidades reales de progreso. Además, las viviendas inadecuadas crean un ambiente favorable a una mayor interacción sexual, al

hacinamiento y a la promiscuidad. Así, el incesto y las violaciones dentro del grupo familiar son el origen de un número no cuantificado de embarazos en menores de edad. Así, también la ignorancia y la falta de información adecuada influye para que una proporción elevada de adolescente inicien su vida sexual sin los conocimientos adecuados para ejercerla con responsabilidad (M.E.C.D, 2001:55).

Desde el punto de vista cultural existe una presión social sobre el varón para que sea sexualmente activo, es lo que se espera de él; o sea, que el medio induce a las relaciones sexuales precoces, a su vez, el varón presiona a la mujer (M.E.C.D, 2001:55).

Por otra parte, también existen muchas familias donde se refuerza la función materna de la mujer y, en este sentido, nuestra sociedad idealiza la maternidad. Todavía hay mujeres que consideran que es la única alternativa que ofrece la vida (M.E.C.D, 2001:55). También hay que destacar la influencia que ejerce el cambio de las costumbres derivadas de una libertad sexual (Testa, 1995.38).

Por otra parte, hay una serie de consecuencias que se derivan del embarazo adolescente; de ellas se hará mención a continuación.

#### b.- Consecuencias del Embarazo Adolescente.

No menos importante que las causas, son las consecuencias derivadas de un problema de esta índole, que a su vez también han sido clasificadas en biológicas, psicosociales y socioculturales. Entre las consecuencias físicas destacan la mortalidad materno infantil y las diferentes enfermedades que un embarazo temprano puede ocasionar. En 1995, el Jefe de Servicios de Estadística de la Maternidad Concepción Palacios, declaró que en esta

institución las muertes maternas en menores de 19 años de edad representaban el 11%. En el Estado Bolívar las muertes maternas en adolescentes embarazadas se ubicó para 1993 en 8,31% y para 1997 en 20,83% (Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar). Entre las enfermedades más frecuentes de las adolescentes embarazadas destacan caries dentales (55%), síndrome anémico (32%), bulbo Vaginitis (30%) e infecciones urinarias (15%). (cit. por Torres, 2002:6). En un estudio realizado en el Estado Nueva Esparta, específicamente en la población de La Guardia, se destacaron las siguientes enfermedades: toxemias, partos prematuros e incremento de la mortalidad perinatal.

Entre las consecuencias psicosociales se encuentra la deserción escolar, que acarrea la pérdida de toda perspectiva de superación, provocando frustración y dependencia para el mantenimiento económico por parte del esposo y otras personas. La deserción escolar es quizás una de las consecuencias más notoria del embarazo en adolescentes, ya que esto afecta en primera instancia a la adolescente, en segundo plano a la familia y, por último, al Estado venezolano. Las cifras de deserción escolar en adolescentes venezolanas son alarmantes, como los demostraron estudios realizados en Caracas y Ciudad Bolívar, donde se registraron cifras de 90% y 95%, respectivamente (Torres; Macero; Volkner, 2001:6).

Las consecuencias socioculturales son múltiples: prostitución, maltrato, abandono y refuerzo en el círculo de la pobreza, relacionado con el aumento de la población y con necesidades básicas insatisfechas (M.F, cit. por Torres, 2002:7).

Otra consecuencia sociocultural del embarazo adolescente es el matrimonio forzado como medio de resolver el problema, cuando la intransigencia de los adultos presiona a esta decisión. Las parejas

adolescentes integradas de esta manera se separan o divorcian con mayor frecuencia que la generalidad de los matrimonios formados en la madura juventud y por un mutuo consentimiento. Las causas más comunes de la separación son: por un lado, los rencores y resentimientos recíprocos, el reproche mutuo de las oportunidades perdidas en su proyecto de vida y las limitaciones económicas; por otro lado, también son importantes las continuas ingerencias de la familia sobre la joven pareja, la usurpación de papeles de los padres de cada uno y el daño emocional que da la convivencia obligada (Gutiérrez, 2000:543).

Una consecuencia que merece una condición especial por afectar la esfera bio-psicosocial de las adolescentes, es el aborto, hecho que hace imposible su clasificación en sólo una de las áreas antes mencionadas. El aborto se produce cuando se interrumpe el embarazo en forma espontánea o inducida antes de que la criatura pueda vivir fuera del útero (M.F, cit. por M.E.C.D, 2001:52).

El aborto puede ser de dos tipos: espontáneo o inducido. El aborto es espontáneo cuando se produce por causas ajenas a la voluntad de la mujer embarazada; en el caso de las adolescentes generalmente ocurre porque el organismo de éstas no se encuentra totalmente preparado para albergar vida. El aborto es inducido cuando la embarazada recurre a la interrupción del embarazo en forma voluntaria. A su vez, el embarazo inducido puede ser legal o ilegal, tomando en consideración la existencia de las leyes de un determinado país, en el sentido de que lo acepten o prohíban, respectivamente. En Venezuela la interrupción del embarazo sólo está permitida legalmente cuando es necesario para salvar la vida de la madre (Art. 135 del Código Penal); por lo tanto cualquier otra condición, torna el hecho en ilegal.

Según el Ministerio de la Familia (M.F), las adolescentes que optan por un aborto ilegal lo hacen porque se encuentran solas, se sienten desesperadas y muchas veces sin apoyo de la familia. Por otra parte, las presiones de familiares, amigos y demás integrantes de la comunidad, así como los tabúes que rigen nuestra sociedad alientan a las adolescentes a buscar la solución más rápida (Cit. por M.E.C.D, 2001:52). Sin embargo, es importante notar que, de acuerdo a repetidas encuestas, la gran mayoría de las adolescentes se oponen al aborto, aunque algunas recurren a él cuando “inesperadamente” se embarazan. De este modo se ha dicho que:

La decisión del aborto significa para ellas un sacrificio. La joven sufre al terminar el llamado poderoso de su proyecto biológico de maternidad sólo en aras de evitar represalias crueles, soledad, miseria, dolor de los padres, incomprensión y hasta el desarrollo de su propia familia. Asimismo, se siente abandonada por los adultos de su sociedad. No pocas veces piensa que traer un hijo al mundo bajo estas circunstancias sería injusto para él y decide abortar en espera de una maternidad futura con mayor porvenir para ambos (madre e hijo) luego de su realización en el trabajo o la preparación para ejercer su maternidad de manera responsable (Silber, 2000:583 sic).

Así también, el aborto representa un riesgo para la vida de la mujer; de tal manera que la mitad de las muertes de embarazadas se atribuye a complicaciones del aborto ilegal. Por ejemplo: en Etiopia la mortalidad para embarazadas por esa causa, de todas las edades, es de 436 por cada 10.000 y para adolescentes de 15 a 19 años es de casi el triple (1270 por cada 100.000) y en Addis Abeba (África) el 54% de los decesos ocurre por aborto inducido (Blum, cit. Por Silber, 2000:584). Esta situación es prototípica de las sociedades tradicionales, en donde una adolescente embarazada fuera del matrimonio, debe elegir entre dos riesgos: “perder su reputación” y, por consiguiente, ser expulsada de la escuela y con frecuencia del hogar, o interrumpir el embarazo con el peligro de morir, debido a la metodología

primitiva que se utiliza en las prácticas abortivas y a los escasos cuidados que se brindan después de haber practicado el aborto.

Al respecto, diferentes estudios se han realizado en Tabasco (México), donde el 78,5% de los embarazos adolescentes llegan a término en comparación con 14,2% de abortos espontáneos y 7,14% de abortos inducidos (Guzmán, 1994:142). En Lima, de 46,8% al 85,7% de las adolescentes que quedan embarazadas abortan (Alarcón, 1997:134). En Cuba se ha estudiado el aborto en las adolescentes en 30% y 60% por cada 1.000 nacidos vivos (De Acosta, 1995:4). En Venezuela hay un alto número de abortos, siendo difícil precisar la cifra exacta, debido a la situación de ilegalidad en que se dan; dentro de ella una cantidad importante corresponde a adolescentes.

Ahora bien, el embarazo adolescente constituye un problema de salud pública y social que reviste importancia en las sociedades urbanas de países industrializados y en vías de desarrollo. Representa un problema de salud por los riesgos de salud y las consecuencias psicosociales que se presentan en la joven madre, el hijo y la pareja; se ha convertido en problema social porque: truncan en la mujer el desarrollo de una escolaridad que las capacite para realizar un trabajo calificado en el futuro; impide que las adolescentes continúen con una correcta socialización con su grupo de pares; trastorna y obstaculizan la secuencia de la maduración emocional de la etapa de la adolescencia y obliga a los adolescentes a asumir un papel materno para el que no están preparadas porque no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarla (Gutiérrez, 2000:523).

En este sentido, se puede decir que el embarazo adolescente es considerado como un mecanismo que contribuye a la reproducción de la pobreza porque coarta las posibilidades de obtener una escolarización

suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente o mejor remunerado, lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de l@s hij@s, de tal modo que esta situación de pobreza se perpetua como un círculo vicioso.

### c. Políticas Gubernamentales y no Gubernamentales en torno al Embarazo en Adolescentes

En nuestro país, existe un marco jurídico institucional en torno a la salud en general, la salud sexual y la salud reproductiva, que incluye a los adultos, a los niños y adolescentes. En él está la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999:62-63), la cual establece en el Capítulo V titulado “De los Derechos Sociales y de la Familia” los artículos relacionados por los derechos sexuales y reproductivos y la salud. Así, el artículo 76, referidos a los derechos sexuales y reproductivos expresa lo siguiente:

La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil del padre o de la madre. Las parejas tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho...

Por su parte, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA) (1998:37), establece en su artículo 43 lo siguiente:

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventaja de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario, ambiental y accidente...

De igual forma, en el país, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA) otorga ciudadanía plena a la infancia y adolescencia y la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación a la salud sexual y reproductiva, esta ley señala en su artículo 50 lo siguiente:

Todos los niñ@s, adolescentes, tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgo (1998:63).

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada a los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismo y a recibir estos servicios (1998:63).

Otros instrumentos legales que han sido aprobados y aplicados son: La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993); La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998) y la Resolución del Ministerio de Educación N° 1762 (1997), que garantiza la permanencia de las adolescentes embarazadas en los centros educativos.

Además, el Estado venezolano ha suscrito acuerdos internacionales para abordar y atender la delicada problemática del embarazo en adolescentes y otros aspectos como educación, información, salud y derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos están: La Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989); La Cumbre Mundial de la Infancia (1990); La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994); La VI Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y social de América latina y el Caribe (1994); La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) (Oviedo, 1999:28).

Tomando como base el marco jurídico institucional y los convenios internacionales se han creado planes, programas y proyectos para tratar de solucionar este problema. Se crea, entonces, La Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP). Esta Comisión tiene por objetivo desarrollar soluciones, tomando en consideración las recomendaciones de los convenios internacionales. Se crea también la Asociación Venezolana de Planificación Familiar (Plafam), organización no gubernamental que, promueve la planificación familiar y mejora la salud sexual y reproductiva, a través de programas médicos y educativos.

En la solución de esta problemática también participa la Red de Población y Desarrollo Sustentable (R.E.D.P.O.B). Dicha organización nace en 1994, a raíz de la celebración de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, organizada por las Naciones Unidas en la ciudad de El Cairo, y cuenta con los auspicios del Fondo de Población en las Naciones Unidas, la Organización Panamericana para la Salud y otras instituciones de renombre mundial. R.E.D.P.O.B, fue integrada con el objetivo de promover y articular la participación de las diferentes organizaciones de la sociedad civil y de los entes gubernamentales para la definición de propuestas de acción común en el área de población y desarrollo sustentable.

Entre algunos de los miembros fundadores de la R.E.D.B.O.P, se encuentran:

- 

ASOCIACIÓN CIVIL NIÑA MADRE: fundada en 1998, su misión consiste en contribuir al desarrollo integral de los niñ@s y adolescentes a través de estrategias de prevención y atención del embarazo precoz con un enfoque de desarrollo comunitario sustentable.

- 

ASOCIACIÓN LARENSE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ALAPLAF): fundada en 1976, su misión consiste en el fortalecimiento de la familia mediante la concientización sobre la procreación responsable de la salud sexual y reproductiva.

- 

ASOCIACIÓN VENEZOLANA PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL ALTERNATIVA (AVESA): fundada en 1984, y su misión es promover la reflexión y la toma de conciencia sobre la sexualidad como aspecto trascendental en todo ámbito y etapa de la realidad humana y sobre el impacto que ha tenido la concepción tradicional de la sexualidad a nivel intelectual y colectivo. Asimismo, ofrece modelos alternativos de prevención, educación y atención en las áreas de educación sexual y reproductiva; así como realzar actividades de divulgación, investigación y asesoría en estas mismas áreas.

- 

CENTRO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL FORMACIÓN Y ESTUDIO DE LA MUJER (CISFEM): fundada en 1989, y tiene estatuto consultivo especial ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Se encarga, entre otras, de la educación sexual y familiar de l@s adolescentes. Tiene cobertura nacional y su programación está ubicada en la región central del país y en el Estado Trujillo.

- 

PROYECTO DE DESARROLLO SOCIAL (PRODESOL): fundada en 1998, y tiene como misión la investigación, ejecución, evaluación y asesoría de proyectos y estrategias de investigación en el área de población y

desarrollo sustentable, orientada a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, especialmente de la mujer, niños, niñas y adolescentes.

- 

CASA DE LA MUJER “Luisa Esther Larrazábal” Río Caribe, Estado Sucre: esta organización tiene como objetivo la consolidación de una corriente de reflexión, de discusión y de compromiso entre sectores representativos de los ocho municipios que constituyen la zona de Paria como agentes activos del desarrollo con equidad de género, en el contexto de los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y, así, en forma mancomunada, hacer frente a los obstáculos que le obstruyen.

En el caso del Estado Sucre está la Gerencia y Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades (G.P.S.P.E), que en conjunto con la Zona Educativa, trabaja en función de prevenir el embarazo en adolescentes creando conciencia en los jóvenes, a través de charlas y talleres. Otro Organismo es la Oficina Estatal de Asuntos de Género y Mujer, que se encarga de dictar talleres y orientar a l@s adolescentes en los temas relacionados con la sexualidad. Está también, una organización no gubernamental, denominada Fundación Sociedad de Educación Rural: Vida y Reproducción (Servyr), creado en marzo de 1997, la cual apoya y fomenta servicios de salud, con especial énfasis en la salud reproductiva y planificación familiar; además de esto, dictan talleres preventivos y educativos para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, como el VIH, Gonorrea, Sífilis en adolescentes.

También es importante mencionar las medidas preventivas tomadas en

consideración por las Doctoras Mariana Gerenda y Enriqueta Sileo, en una interesante publicación titulada “Embarazo en la Adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención”, toman en consideración lo que ellas denominan “Cadena de prevención del embarazo adolescente”, que incluye una prevención primordial y una prevención primaria (Cit por M.E.C.D, 2001:54). Entre los aspectos incluidos en la prevención primordial se destacan los siguientes:

- Desarrolla políticas tendientes a resolver el problema de las viviendas inadecuadas que favorecen al hacinamiento, la promiscuidad y el incesto.
- Ampliar la preparación de médicos generales, pediatras, internistas y gineco-obstetras en la atención médica del adolescente.
- La postergación de la actividad sexual como una opción que debe ser alentada hasta tener la maduración cognoscitiva y emocional para manejar en una forma adulta todas las implicaciones de una relación sexual.
- Dar apoyo y preparación a las adolescentes para identificar y resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.
- Motivar a las adolescentes a evitar el embarazo y usar métodos anticonceptivos en forma consistente.
- Detectar al adolescente con factores de riesgo para involucrarse en una actividad sexual precoz.
- Crear oportunidades para el empleo constructivo del tiempo libre del adolescente.

- Fomentar la comunicación entre padres e hijos, especialmente sobre la sexualidad.

- Dar educación a la comunidad para modificar actitudes culturales que favorecen la procreación a edades tempranas.

- Garantizar el derecho de las adolescentes a tener acceso a los Servicios de Planificación Familiar.

- Por su parte, la prevención primaria incluye los siguientes aspectos:

- Disminuye la probabilidad del embarazo precoz por superación, disminución o compensación de los factores de riesgo.

- Proporciona servicios de atención integral al adolescente por personal calificado, que garanticen privacidad y confidencialidad.

Estas medidas preventivas constituyen un aporte para la comprensión del embarazo adolescente y para su prevención por parte de docentes y otros profesionales de apoyo.

### **C.DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS.**

1.- Aborto: Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El peso del feto debe ser inferior a 500 gr, y el tiempo de gestación menor a 20 semanas completas (Salvat, 1993:3).

2.- Adolescencia: Edad comprendida entre la niñez y la edad adulta y que transcurre desde que se presentan los primeros indicios de la pubertad hasta que el cuerpo adquiere el completo desarrollo del adulto. Es considerada como un período de cambio y de consolidación del concepto de

si mismo (Gutiérrez, 2000:37).

3.- Amenorrea: Se refiere al cese o falta de menstruación en mujeres sexualmente maduras; es normal durante el embarazo y el puerperio, a menudo también durante el período de lactancia (amenorrea fisiológica). (Gran Enciclopedia Círculo, 1987:159).

4.- Anticonceptivo: Medio para impedir la fecundación y el embarazo (Gutiérrez, 2000:337).

5.- Educación: Actividad orientada intencionalmente para promover el desenvolvimiento de la persona y de su integración en la sociedad (Merani, 1983:57).

6.- Educación Sexual: Parte del proceso educativo que permite adquirir conocimientos, desarrollar actitudes y valores para vivir la sexualidad (Carrera, 1982:32).

7.- Embarazo Adolescente: Se denomina así, todo embarazo ocurrido en mujeres menores de 20 años, por considerarse que antes de esa edad no han alcanzado las condiciones de madurez biológica ni psicológica para la maternidad (M.E.C.D, 2001:50).

8.- Enfermedad: Alteración o desviación del estado físico de una o varias partes del cuerpo, de etiología general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible (Salvat, 1993:393).

9.- Infecciones de Transmisión Sexual: Denominación que incluye a todas las enfermedades infecto-contagiosas que presentan una vía de contagio sexual (Salvat, 1993:404).

10.- Género: Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo (M.E.C.D, 2001:21).

11.- Información Sexual: Comunicar un conjunto de conocimientos referentes a la sexualidad (Gutiérrez, 2000:337).

12.- Menarquia: Se refiere a la primera menstruación (M.E.C.D, 2001:48)

13.- Sexarquía: Se refiere a la primera relación sexual (Coll, 2000:259).

14.- Sexo: Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que lo define como hombre o mujer (M.E.C.D, 2001: 20).

15.- Sexuado: Ser humano, animal o vegetal que tiene órganos sexuales bien definidos (Gutiérrez, 2000:39).

16.- Sexualidad: Es el conjunto de manifestaciones eróticas y sociales por medio de las cuales los individuos se expresan como hombres y como mujeres. La sexualidad comprende los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales (M.E.C.D, 2001:20).

17.- Tabú: Prohibición de carácter mágico o religioso, que significa castigo automático para quien no la respeta (Ander – Egg, 1974:251).

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Este trabajo representa un estudio documental, debido a que fue necesaria la exploración de todas las fuentes que puedan ser útiles en la realización de la misma. Esta exploración se realiza con la finalidad de analizar el fenómeno del embarazo adolescente, considerando los aspectos sociales y de salud, a través de la revisión de datos primarios obtenidos de las historias médicas de las adolescentes que fueron atendidas en el Servicio Autónomo del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (SAHUAPA) y Hospital “Virgen del Valle” de Araya, con el diagnóstico de embarazo, del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, del Estado Sucre durante el período 1998 – 2000 y datos secundarios (textos, artículos, páginas web, libros, tesis, revistas, entre otros).

### **2.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

La investigación es descriptiva; ya que el interés está orientado a analizar los factores, variables y características del embarazo de adolescentes, mediante la presentación de cifras absolutas y porcentuales. En este caso se estudió la incidencia de embarazo adolescente en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”.

### **3.- POBLACIÓN.**

La población estuvo conformada por 287 adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años de edad del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, cuyos datos están registrados en las historias médicas del S.A.H.U.A.P.A y del

Hospital “Virgen del Valle” de Araya, que dieron a luz durante los años 1998 – 2000.

Así, el número de adolescentes que se embarazaron fue el siguiente: 99 para 1998, 93 para 1999 y 95 para el año 2000.

En esta investigación se trabajó con el total de la población objeto de estudio, ya que representa el número de adolescentes embarazadas que dieron a luz en el hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (S.A.H.U.A.P.A) y en el Hospital “Virgen del Valle” de Araya; por lo tanto no fue necesario calcular una muestra.

#### **4.- FUENTES DE INFORMACION.**

- Primaria: representada por las historias médicas del Servicio Autónomo del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (S.A.H.U.A.P.A) y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya.

- Secundaria: representada por la utilización de artículos, información de Internet, libros vinculados con el tema de estudio, además de la información obtenida de algunos organismos.

## **CAPÍTULO II ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO “CRUZ SALMERÓN ACOSTA”.**

### **A.DESCRIPCIÓN FISICO – GEOGRÁFICO.**

La Península de Araya, está ubicada al Nor-Occidente del Estado Sucre, limitando por el Norte y el Oeste con el Mar Caribe, por el Sur con el Golfo de Cariaco y por el Este con el Municipio Rivero. Perteneció al Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, el cual se divide en tres parroquias: Araya, Manicuare y Chacopata; siendo las principales comunidades: Manicuare, Chacopata, El Rincón, El Guamache, Merito, Tacarigua, Punta de Arena, la Angoleta, Punta de Araya y Araya, que es la capital del municipio.

El relieve predominante está conformado por cerros y colinas semi-redondeadas, cuyas máximas alturas  apenas exceden los 100 metros sobre el nivel del mar (Cerro  Barrigón, el Macho y Colorado), Además de las playas y depósitos aluviales.

La Península de Araya tiene un clima semiárido, caracterizado por una temperatura media anual por encima de 18°C. el promedio de precipitación atmosférica es inferior que el de evaporación y las lluvias son escasas. La vegetación es xerófila y la mayoría de las especies vegetales son espinosas y de hojas pequeñas. Los suelos son desérticos litosoles y protozólicos amarillo-rojizo, carentes de humedad.

Tanto la Península de Araya como la Península de Paria, forman la Serranía del Litoral perteneciente a la Cordillera de la Costa, encontrando en su constitución geológica principalmente rocas metamórficas.

Araya fue descubierta en 1499 por Pedro Alonzo Niño y Cristóbal Arcena; se originó como pueblo de españoles a mediados del siglo XVII,

como consecuencia de la construcción de una fortaleza para defender las salinas de los constantes ataques de piratas y corsarios, principalmente ingleses y holandeses. Sus habitantes eran familiares de los hombres que integraban la guarnición encargada del fuerte “Castillo de Santiago” o “Real Fortaleza de Araya”

## **B.- POBLACIÓN.**

La población del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, según el último Censo (2001) es de 30.003 habitantes, distribuída de la siguiente manera: Araya, 16.909 habitantes, Chacopata, 7.009 habitantes y Manicuaire, 5.995 habitantes.

La población masculina en Araya es de 8.716, Chacopata de 3.764 y en Manicuaire de 3.069, que alcanza un total de 15.549 hombres; mientras que la población femenina es de 8.193 en Araya, de 3.335 en Chacopata y 2.926 en Manicuaire, que hace un total de 14.454 mujeres. (Ver el Cuadro N° 1 y la Figura N° 1, que contiene la pirámide poblacional).

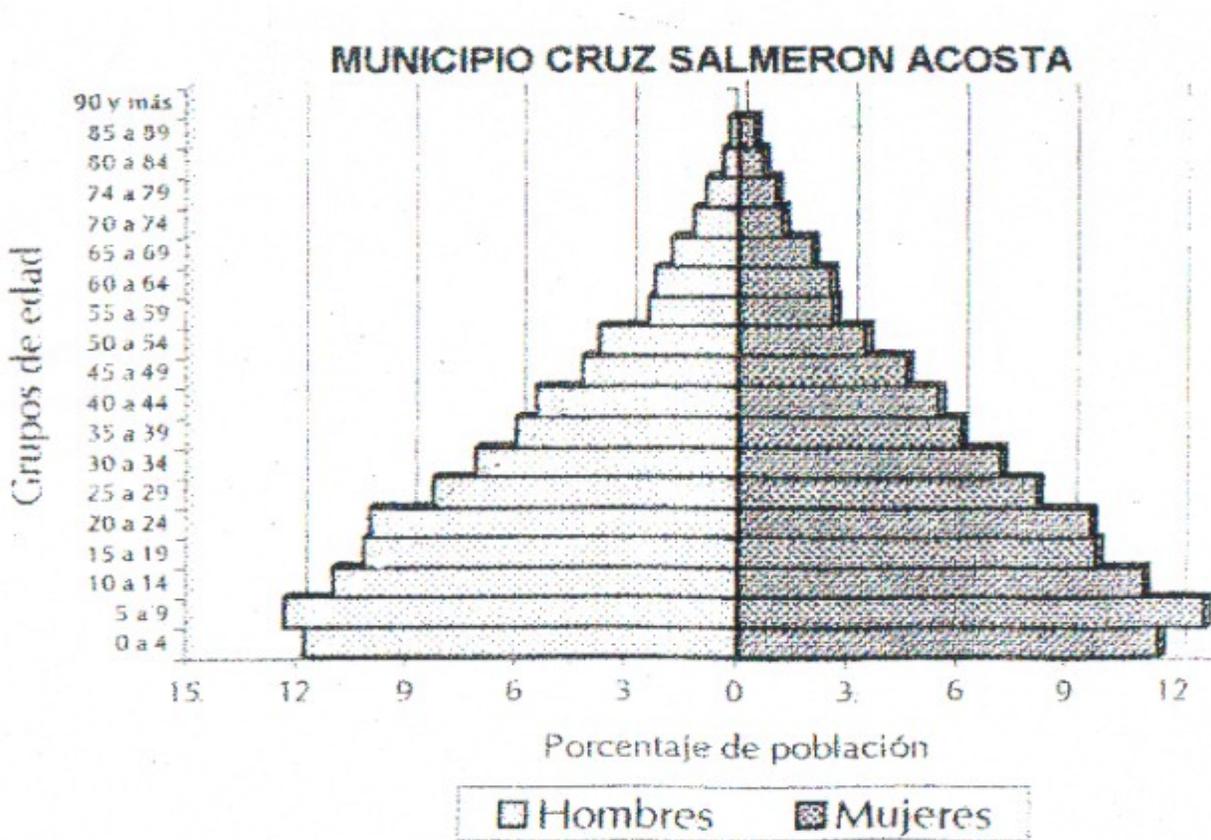
Dividiendo la Península de Araya por grupos de edades, se tiene que la población infantil (0 – 9 años) representa el 24,21% del total de la población; la población adolescente (10 – 19 años) representa el 21,05% del total de la población; la población adulta (20 – 59 años) representa el 47,18% de la población total y la población de 60 años o más representa el 7,56%. (Ver el Cuadro N° 1 y la Figura N° 1, que contiene la pirámide poblacional).

Cuadro N° 1.  
Población de la Península de Araya por Edad y Sexo. 2001

Grupos de Edad	Total	Hombres		Mujeres			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	<b>30.003</b>	<b>100</b>		<b>15.549</b>	<b>100</b>	<b>14.454</b>	<b>100</b>
0-4	3.497	11,66		1.836	11,81	1.661	11,4
5-9	3.765	12,55		1.925	12,38	1.840	12,7
10-14	3.318	11,06		1.720	11,06	1.598	11,0
15-19	2.997	9,99		1.586	10,21	1.411	9,7
20-24	2.950	9,83		1.561	10,04	1.389	9,6
25-29	2.464	8,21		1.291	8,3	1.173	8,1
30-34	2.140	7,13		1.110	7,14	1.030	7,1
35-39	1.811	6,04		939	6,04	872	6,0
40-44	1.635	5,45		852	5,48	783	5,4
45-49	1.320	4,4		660	4,24	660	4,5
50-54	1.085	3,62		587	3,78	498	3,4
55-59	749	2,5		379	2,44	370	2,5
60-64	710	2,37		350	2,25	360	2,4
65-69	564	1,88		277	1,78	287	1,9
70-74	358	1,19		187	1,2	171	1,1
75-79	279	0,93		137	0,88	142	0,9
80-84	158	0,53		65	0,42	93	0,6
85-89	98	0,33		37	0,24	61	0,4
90 y más	105	0,35		50	0,32	55	0,3

Fuente INE. Datos del Censo 2001, (9-11-2005)

Figura N° 1  
Pirámide Poblacional



Fuente INE. Datos del Censo 2001

### **C.- ASPECTOS SOCIALES.**

#### **1 Vivienda.**

Dentro de lo social, la vivienda ocupa gran importancia, ya que es allí donde la familia reside y por ende, debe contar con las mejores condiciones, para proporcionar a sus miembros la seguridad, protección y bienestar que ellos necesitan para el óptimo desarrollo y disposición a los estudios, en el trabajo y para un mejor desenvolvimiento social en la comunidad donde habitan.

De acuerdo a los datos aportados por el censo 2001, de un total de 7.103 viviendas, un 99,93% eran viviendas familiares y un 0,07% eran colectividades; o sea, utilizada con otros fines. Un 94,9% es el porcentaje que conocemos como casa tradicional, mientras que el 1,8% corresponde a quintas o casas quintas; 0,1% corresponde a apartamento en edificio y otra clase (no especificada) corresponde al 3,2%.

Es así, que las casas denominadas tradicionales son las que predominan en la comunidad de Araya. Estas casas están construidas de concreto, bloques, pisos de cemento, techos de asbesto y con la estructura arquitectónica siguiente: pared con puerta frontal y una o dos ventanas a los lados de la puerta de entrada. Entre ellas se encuentran: las viviendas construidas por la división de viviendas rurales del Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social (Barrio Malariología y “Las Casitas” en el sector “La Otra Banda”), además de las construidas por el Instituto Nacional de la Vivienda (INAVI) en Araya, El Rincón, Punta de Araya y Punta Colorada.

Tomando en consideración la condición de la vivienda, podemos decir lo siguiente:

- 

Un 77,1% ocupadas, 4,6% desocupadas; el 12,3% utilizadas en forma ocasional y un 6,0% en construcción.

- 

El número de personas por vivienda familiar ocupada era de 5,5%.

- 

Las viviendas ocupadas dotadas de servicio eléctrico representa el 76% y el mismo porcentaje corresponde al total de viviendas familiares ocupadas dotadas de servicio de agua potable y de eliminación de excretas.

## 2 Servicios.

La Península de Araya cuenta con los siguientes servicios:

- 

Electricidad: La Compañía Anónima de Administración y Fomento Eléctrico (CADAFE), con oficinas en Araya desde hace 43 años, proporciona servicio permanente de corriente eléctrica; este servicio es brindado por un costo establecido según el consumo de energía mensual. Una proporción muy importante de la población cuenta con el servicio de electricidad (97,7%).

-

Agua: En Araya funciona desde el año 1974 una oficina del INOS (Instituto Nacional de Obras Sanitarias), que actualmente recibe el nombre de Hidro-Caribe. El servicio de agua llega a Araya, proveniente de un acueducto submarino desde Cumaná, el cual abastece, en parte, a la población de la península, ya que algunos pueblos que la conforman no poseen servicio de agua o se presta de forma interrumpida.

- 

Aseo: El servicio de Aseo Urbano en Araya es deficiente, ya que se cuenta con pocas unidades para realizarlo. Esta situación, en muchas oportunidades, obliga o induce a los habitantes de la localidad, a dirigirse a ciertos lugares deshabitados del poblado para botar la basura, en vista de que los pipotes permanecen llenos durante varios días, sin que pase el camión a recogerlos.

- 

Gas: El servicio de gas es suministrado por PDVSA-Gas Comunitario, traído desde Cumaná y distribuido dentro de la localidad.

- 

Seguridad Pública: En la Península de Araya funcionan dos organismos de seguridad pública, a saber: la Policía y la Guardia Nacional.

- 

Salud: En la Península de Araya funciona solamente un hospital, que recibe el nombre de Hospital “Virgen del Valle”, ubicado en Araya. En las otras localidades existen Dispensarios o Ambulatorios, además de los módulos de la Misión Barrio Adentro. Generalmente, las personas que asisten a los dispensarios y ambulatorios son atendidos por la enfermera de guardia, ya que estos centros carecen de médicos permanentes o en su

defecto disponen de un médico por cada siete dispensarios rurales, que prestan consulta una vez a la semana. Las emergencias, en su mayoría, son atendidas en el Hospital de Araya o son transferidas a los hospitales ubicados en la ciudad de Cumaná, trasladando a los enfermos en los botes "Tapaítos" o en la lancha ambulancia de la RAIC, dependiendo de la gravedad del caso o de la disponibilidad de ésta última. Los pacientes de comunidades distintas se trasladan hasta el Hospital de Araya en las llamadas "Camionetas"; allí son atendidos, y si es un caso de gravedad son trasladados a la ciudad de Cumaná. Anteriormente (hasta el año 2005) funcionaba un ambulatorio en Araya, pero fue transformado en un Centro Diagnóstico, que empezó a prestar sus servicios en el año 2006. Este Centro Diagnóstico, funciona las 24 horas del día con un servicio de emergencia, ofreciendo, además, los servicios de consulta oftalmológica, rayos X, electrocardiograma, endoscopia, ultrasonido, odontología, observación y terapia intensiva.

### 3. Educación.

Si tomamos en consideración los niveles de analfabetismo en la Península de Araya, se puede decir que, según los datos del Censo 2001 y tomando en consideración una población con edades comprendidas entre 10 años y más existe una tasa de analfabetismo de 15,9% y 14%, lo que significa que los programas de alfabetización que se han aplicado durante muchos años han dado resultados significativos. Asimismo, la tasa de asistencia escolar en la población de 7 a 24 años, según el Censo de 2001, fue de 50,4% y 59,1%.

Es importante mencionar también que, en la región existen diferentes centros educativos, donde se lleva a cabo: Educación Pre-

escolar, Primaria, secundaria (Básica y Diversificada) y Educación Superior. Los dedicados a la Educación Superior funcionan solamente en Araya, entre ellos: La Universidad Nacional Abierta (UNA) y la Universidad Bolivariana (Misión Sucre). Allí también funciona la Fundación Bolivariana de Informática y Telemática (FUNDABIT), definido como un organismo sin fines de lucro, adscrito al Ministerio del Poder Popular de Educación, Cultura y Deporte, cuyo propósito es promover la información de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) en el proceso educativo nacional.

FUNDABIT, tiene como visión ser la institución de vanguardia del Ministerio del Poder Popular de Educación, Cultura y Deporte en cuanto a la incorporación del uso educativo de las herramientas informáticas y multimedia, sobre la base de los artículos 108 y 110 de la Constitución Bolivariana y el Decreto Presidencial.

Esta institución ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia técnica y pedagógica a escuelas, docentes, alumnos y comunidades en el desarrollo de proyectos educativos y sociales que impliquen el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Desarrollos de planes de información permanente de docentes en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación como recurso de apoyo a los procesos de enseñanza y aprendizaje.
- Creación de espacios de acceso a las Tecnología de la Información y la

Comunicación en las comunidades.

- 

Promoción y desarrollo de eventos educativos que impulse el uso de la Tecnología de la Información y la Comunicación, tales como charlas, olimpiadas, concursos seminarios, entre otros.

#### **D. ACTIVIDAD ECONÓMICA.**

Las principales actividades económicas que se dan en la región son la minera (explotación de las salinas), la pesca y el turismo.

##### 1.

Actividad Minera: En la Península de Araya se encuentra la principal reserva de sal de Venezuela. Las salinas se encuentran ubicadas en Araya en las llamadas Laguna Madre y Laguna Artificial. La explotación de la minas se ha realizado desde los tiempos de la Colonia y la construcción del famoso Castillo “Santiago de León de los Caballeros” fue realizado en defensa de las salinas ya que en realidad fue una fortaleza.

La roca de sal es producida por un proceso totalmente natural, en el que interviene principalmente el viento, el agua de mar y el sol. La roca de sal o cristal se acumula en las orillas de la laguna, donde es recogida por una máquina cosechadora, la cual la vierte en los camiones volteadores, éstos trasladan la sal a granel a las refinerías, donde se les añade yoduro y fluoruro de potasio, necesarios para el consumo humano.

La Empresa Nacional de Salinas (ENSAL) era quien se ocupaba de dicha explotación pero con los cambios ocurridos a nivel nacional en cuanto a la reestructuración económica y el estado de quiebra en que se encontraba, fue dada en concesión a una empresa extranjera

de origen árabe que se llamaba Tecnosal, que redujo las nóminas y concibió cambios dramáticos en la política de la empresa. Actualmente la empresa encargada de la explotación de la salina es Sacosal, aunque recientemente los obreros de esta empresa paralizaron las actividades, porque las áreas de trabajo no reúnen las condiciones que les garanticen su seguridad personal.

2.

Actividad Pesquera: Debido a su ubicación geográfica, la Península de Araya es considerada una de las áreas más productivas del país en materia pesquera. Las localidades donde principalmente se practica la pesca se extiende a lo largo de toda la costa de la Península de Araya (227 Kms), y es por ello que esta actividad representa gran parte de la economía regional.

La pesca es realizada generalmente por hombres, miembros de una familia, en pequeñas embarcaciones llamadas peñeros y el producto obtenido es vendido en Cumaná, repartiéndose el dinero en partes iguales.

Además, es evidente la ausencia de mujeres en un trabajo tan fundamental de la zona como lo es la pesca. Esto contribuye con una formación de la comunidad muy sesgada por variantes de género. Fortalece conductas donde el hombre es quien se encarga de producir dinero, manteniéndose así en el ámbito público, mientras que la mujer cumple un papel netamente reproductivo, que limita su potencial como ser humano y que influye para que se mantenga en el ámbito privado.

También, se realiza la actividad de salazón, que consiste en echar suficiente sal al pescado, una vez que ha sido escalado. Esto se lleva a cabo en la comunidades de El Guamache, Tacarigua, Merito,

Salazar, entre otras, actividad en la que participan hombres y mujeres.

El pescado salado es trasladado por cavas a diferentes ciudades del Oriente y Centro del país para ser comercializado. También se lleva a cabo el esgullado de pepitonas, principalmente en las comunidades de Punta Araya, Caimancito y Guamache, actividad que es realizada en varios hogares, con la participación de toda la familia

3.

El Turismo: Los 227 Kms. de costa con los que cuenta la Península de Araya, le ofrece un paisaje natural único. Algunas de las playas hermosas que la conforman son: El Castillo, Punta Arena, Las Minas, La Paría, Los Muertos, Punta Colorada, entre otras, donde se pueden practicar deportes acuáticos, pesca submarina, etc. Por las condiciones mencionadas, esta región es apta para el desarrollo turístico, contando además con gran recurso humano para desarrollar la actividad turística a gran escala. Sin embargo, aunque se han desarrollado algunas iniciativas en este sentido, todavía no se aprecia como una actividad que genera empleo constante y seguro, considerándose así al turismo como un potencial económico para el futuro.

4.

Actividad Comercial: Esta actividad es realizada por los establecimientos donde se vende comida, víveres y diferentes artículos para el hogar. Asimismo, existen licorerías, tiendas, quincallerías, panaderías y pequeños locales, donde se vende comida rápida.

Se puede mencionar además, las ventas de pescado, fijas y ambulantes, que existen en las comunidades que conforman esta región; así como las ventas de verduras, hortalizas y frutas que cada

día han ido ploriferando.

En este municipio funcionan organizaciones empresariales dependientes del Estado: CORPOELEC, HIDROCARIBE Y SACOSAL, mencionada anteriormente.

En esta región también se lleva a cabo el cultivo de algas y la explotación de la sábila, que promete a largo plazo generar empleo femenino.

Por otra parte, la región tiene condiciones de vida muy precarias, expresándose esto, en la falta de fuentes de trabajo, centros de recreación, lo cual influye de manera negativa en su población; sobre todo, en los adolescentes, ya que al no encontrar en sus comunidades las condiciones de vida necesarias para satisfacer sus necesidades: trabajo, recreación, entre otras, se ven envuelt@s en una serie de actividades (juegos de envite y azar, consumo de drogas y alcohol y relaciones sexuales prematuras) poco productivas y de graves consecuencias para su desarrollo como agente social, siendo una de ellas el embarazo adolescente, aspecto que se analizará a continuación a través de las características sociales generales de las embarazadas adolescentes.

### **CAPÍTULO III**

## **CARACTERÍSTICAS SOCIALES GENERALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

La adolescencia es un período de transición que conlleva grandes cambios no sólo de orden biológico sino también en lo relacionado con la esfera emocional y psíquica, que determina diferencias importantes en los modos de comportamiento observados en la niñez. En este período l@s adolescentes manifiestan un estado de inestabilidad general, muchas veces con fluctuaciones bruscas en las metas que se proponen, inseguridad sobre quienes son y qué quieren ser, referido básicamente a la búsqueda y el logro de una identidad que l@s define como personas independientes.

Durante este período de transición l@s adolescentes experimentan muchas situaciones para las cuales no están preparad@s, ni para enfrentarlas, mucho menos para resolverlas por sí mismo; tal es el caso de su sexualidad; la mayoría de las veces, por una insuficiente e inadecuada educación sexual impartida en el grupo familiar y las instituciones educativas. De tal manera que, l@s adolescentes  al enfrentarse a una experiencia sexual, lo hacen sin tener un  conocimiento real y exacto de la situación, originándose algunas consecuencias, entre ellas: iniciación sexual a temprana edad y el embarazo en la adolescencia.

#### **A. Edad promedio de las adolescentes al momento del parto.**

El embarazo es un proceso fisiológico normal que produce cambios, tanto biológicos como psicológicos; pero estos cambios se agudizan más si se presentan en adolescentes que están en un proceso de crecimiento bio-psicosocial.

Asimismo, el embarazo interrumpe en forma brusca la preparación necesaria para que el cuerpo de la adolescente se convierta en el mejor lugar para el advenimiento de un/una niñ@. Así, a pesar de que es capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no está aún óptimo para el embarazo ni para el parto que, con frecuencia, suele tornarse conflictivo. De tal manera que, el embarazo se produce sin que la adolescente reúna condiciones de madurez y desarrollo físico, psicológico y social para asumir la maternidad responsablemente.

En la mayoría de los casos el embarazo en la adolescencia no es fruto de un proyecto, es un suceso no buscado conscientemente y, por lo tanto, resulta inoperante. Así, el/la hij@ aunque aceptad@, representa una dificultad para que la adolescente pueda estudiar, trabajar o llevar la vida de las adolescentes de su edad.

Así, el embarazo a edades tempranas represente un suceso inesperado para la adolescente y su familia. Por esta razón, la familia reacciona, generalmente, con actitudes de rechazo, repudio, intolerancia, indiferencia, agresión, hostigamiento, recriminación, desprecio y las adolescentes, por su parte, experimentan sentimientos de culpa, vergüenza, devaluación, rechazo que las lleva a la automarginación y el silencio.

El embarazo en la adolescencia tiene muchos factores de riesgo, entre los cuales se mencionan: menarquia a temprana edad, el inicio temprano de la actividad sexual, el desconocimiento y no aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes, una inadecuada educación sexual, el vivir en condiciones de pobreza, hacinamiento y promiscuidad, hogares con conflicto, la presión grupal, entre otros.

Las cifras muestran que el comportamiento en cuanto a la edad

promedio de embarazo de las adolescentes en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta” se genera a edades tempranas, con marcadas tendencias en el período de 18–19 años. Así, para 1998 el total de adolescentes que se embarazaron entre 18–19 años fue de 51, lo que representa un 51,6%. Para 1999 la cifra asciende a 57 adolescentes embarazadas, equivalente a 60,3% y para el año 2000 a 52, que representa un 54,9% (Ver Cuadro N° 2). El período de 18–19 años corresponde a la etapa de la adolescencia tardía, cuando las adolescentes consideran muy importante el tema de las relaciones interpersonales, y por lo tanto, a menudo, el embarazo es un intento por consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Por otra parte, el total de adolescentes que se embarazaron entre 16–17 años en el año 1998 represento un total de 33, equivalente a 33,3%, manteniéndose igual para 1999, pero con un porcentaje de 36,5%, ascendiendo para el 2000 a un total de 35 lo que representa un 36,8% (Ver Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2  
Edad Promedio de las Adolescentes Embarazadas  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Edad Promedio	1998		1999		2000	
	Ab s	%	Abs	%	Abs	%
10 - 11	-	-	-	-	-	-
12 - 13	-	-	-	-	1	1
14 - 15	15	15,1	3	3,2	7	7,3
16 - 17	33	33,3	33	36,5	35	36,8
18 - 19	51	51,6	57	60,3	52	54,9
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre 2005).

Un embarazo en la adolescencia limita la realización de actividades que son propias de este período: educativa, recreacional, deportivas, religiosas y culturales, necesarias para fortalecer la salud integral de las adolescentes. Además, las mujeres que se embarazan durante la adolescencia tienen más probabilidad de tener una fecundidad más alta que aquellas que lo hacen a la edad adulta; de encargarse solas de la crianza de sus hij@s y de encontrarse en situaciones de precariedad e incertidumbre. Así, un embarazo que se supone una alegría en la mujer madura, en la adolescente es un suceso triste de graves consecuencias sociales y, en ocasiones psíquicas que conllevan la cancelación de la oportunidad del desarrollo normal del ciclo vital llamado adolescencia.

El hecho de que este grupo de jóvenes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” se hayan convertido en madres a temprana edad implica una mayor vulnerabilidad social para ellas y sus hij@s por las consecuencias adversas que se derivan del problema, entre las cuales se pueden mencionar: separación de la familia, interrupción de la escolaridad, problemas emocionales y de salud, necesidad de asistencia pública, fallas en el manejo de l@s hij@s.

Se considera que un embarazo a estas edades es de alto riesgo para la madre y el/la niñ@. En este sentido, numerosos estudios realizados en nuestro país han demostrado que el embarazo en menores de 20 años tiende a presentar alteraciones nutricionales de un organismo todavía en crecimiento, anemia, alteraciones en el parto por desproporción feto-pélvica, sufrimiento fetal, hipertensión, eclampsia, prematurez, malformaciones congénitas (M.F, 1997:12).

La situación planteada revela la existencia de un comportamiento reproductivo que se caracteriza por falta de información e improvisación que

acompañan gran partes de las relaciones sexuales entre l@s jóvenes que se inician sexualmente. En este sentido, es necesario señalar la importancia de la información sexual porque la mayoría de l@s adolescentes ignoran lo concerniente a su anatomía y fisiología; es decir, desconocen la información básica de todo lo que compete a su cuerpo, funcionamiento y sexualidad, ya que la educación sexual que reciben en el hogar, la escuela y por parte de los medios de comunicación social no es la más adecuada.

Otro de los rangos de edad en los cuales las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” se embarazaron fue entre 14–15 años; de tal manera que, para 1998, 15 adolescentes, que representa un 15,1%, quedaron embarazadas, cifra que disminuyó en el año 1999, ya que para ese año, 3 adolescentes, equivalente a 3,2% quedaron embarazadas y para el año 2000, 7 adolescentes, que representa el 7,3%. Así, el total de adolescentes que se embarazaron durante ese rango de edad fue de 25, observándose el siguiente comportamiento: 15 para 1998, 3 para 1999 y 7 para el año 2000, notándose así la tendencia a disminuir las cifras de embarazos adolescentes en los años 1999 y 2000 en comparación con el año 1998 (Ver cuadro N° 2). Esta fluctuación puede significar que las políticas sociales y programas desarrollados para controlar el embarazo adolescente fueron efectivas durante los años 1999–2000 en el rango de edad comprendido entre 14 y 15 años.

Es importante señalar que los embarazos que se producen a edades tan tempranas (14–15 años) son consecuencia, por una parte, de una menarquia temprana que estimula a las adolescentes a tener relaciones sexuales sin tomar en consideración las consecuencias que este acto puede acarrear. Esto se debe a que la menarquia marca el inicio de los períodos de ovulación que influyen en la producción de hormonas gonadotropicas,

responsables de estimular la actividad de las glándulas sexuales. También es posible que, estas adolescentes formen parte de hogares disueltos, en vista de lo cual, las madres se ven obligadas a salir a trabajar a la calle, situación que permite el estar ausentes por mucho tiempo, perdiendo el control sobre sus hij@s, factor que se asocia a la temprana exposición a las relaciones sexuales.

Además, en la maternidad de una adolescente no sólo tienen lugar circunstancias adversas, entre las que se pueden detectar las características nutricionales u otras enfermedades, sino que existe también un medio social poco receptivo para aceptarla y protegerla. De esta manera, algunas son expulsadas del hogar, y en otros casos se convierten en el chivo expiatorio de sociedades puritanas que, basadas en una concepción equivocada de preceptos religiosos, constantemente las señalan y estigmatizan como ejemplo de desvergüenza y pecado y, por lo tanto, indignas de cualquier tipo de ayuda.

Es posible que, estas adolescentes, obligadas por sus padres, contraigan matrimonio, que se vayan con sus parejas o, en el peor de los casos, sean abandonadas. A continuación se analizará el comportamiento del estado civil de las madres en el momento del parto.

## **B. Estado civil de las adolescentes al momento del parto.**

Anteriormente, los ideales fundamentales de nuestra sociedad se centraban en lograr el mejor partido para un matrimonio destinado a la procreación. Estos matrimonios eran organizados e impuestos por la familia cuando sus hijas reunían la capacidad necesaria para procrear. Pero, actualmente, nuestras sociedades no esperan que las jóvenes se transformen en esposas o madres a temprana edad; más bien, centran sus

esfuerzos en lograr que éstas se preparen a través de la educación, convirtiéndose en personas aptas para competir en el campo laboral. Sin embargo; ante la presencia de un embarazo en la adolescente, a menudo se produce un matrimonio forzado para “cubrir” la falta y guardar las apariencias, ya que las adolescentes al casarse frecuentemente siguen viviendo con sus respectivos padres. De esa manera, se refuerzan los vínculos de dependencia de ambos adolescentes con sus familias, además de reforzarse la pobreza familiar, por asumir el mantenimiento de su hija y de su niet@.

El estado civil de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” que prevalece al momento del parto, para el año 1998, era el de soltera, ya que un total de 99 embarazadas adolescentes, que representan un 100%, 42, que representan un 42,43% eran solteras; 38, que equivale a un 38,38% eran casadas y 19, que equivale un 19,19% eran unidas (Ver Cuadro N° 3).

Para el año 1999, el estado civil que prevaleció fue el de casada; así, de un total de 93 adolescentes embarazadas, equivalente a un 100%, 36, que representa un 38,70 eran casadas, 32, que representa un 35,50% eran unidas y 25, equivalente a un 25,80% eran solteras (Ver Cuadro N° 3). Por otra parte, para el año 2000, el estado civil que prevaleció fue el de unida; de esta manera, de un total de 95 adolescentes embarazadas, que representan un 100%: 40 eran unidas, lo que equivale a un 44,22%, 37 eran casadas, representando un 36,84% y 18 eran solteras, lo que equivale a un 18,94% (Ver Cuadro N°3).

De tal manera que, el número de madres adolescentes solteras para el año 1998 fue de 42, representando un 42,43%, para 1999 de 25 , equivalente a un 25,80% y para el año 2000 de 18, con un 18,94%. Por lo

tanto, para este período, 85 madres adolescentes eran solteras (Ver Cuadro N° 3).

La situación planteada podría representar graves problemas para la mayoría de las madres adolescentes, ya que generalmente el padre de la criatura no asume la responsabilidad, dejando en la joven toda la carga de dificultades que representa un embarazo en esta etapa de la vida, si queda expuesta además a un mayor maltrato y descalificación por el hecho de ser una madre sin pareja. Así, las madres adolescentes viven “calvarios” que les cobran con creces “la falla” de juventud.

Además, como estas adolescentes no trabajan deciden buscar otra pareja que las ayude a llevar adelante la crianza de sus hijos, hecho que puede repetirse conduciéndolas a nuevos embarazos y a reiterados abandonos.

En relación con el estado civil casada, se obtuvieron los siguientes resultados: para el año 1998, 38 adolescentes, que representa un 38,38% eran casadas, para 1999, 36, lo cual equivale a 38,70% y para el año 2000, 37, que representa un 36,84%. Así, en el período de estudio, 111 adolescentes embarazadas eran casadas. Estas parejas deciden casarse, generalmente obligad@s por los padres, por cumplir con los preceptos de su cultura y, hasta cierto punto, evitar “el qué dirán” los familiares cercanos y las personas mas allegadas.

Por otra parte, cuando una pareja contrae matrimonio, debe asumir las responsabilidades que le corresponden, en lo referente al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hij@s; sin embargo, muchas de esas responsabilidades, en el caso de matrimonios entre adolescentes, son cumplidas por las familias de origen. Al respecto, el Dr. Gutiérrez afirma:

“Entre las respuestas familiares se pueden mencionar casos de madres que, sin estar de acuerdo con la conducta de sus hijas, les brindan sincero apoyo y hacen lo indecible para mantener un equilibrio funcional en sus hogares” (2000:538–539).

Si tomamos en consideración el estado civil unida, el comportamiento fue el siguiente: 19 para 1998, equivalente a un 19,19%, cifra que aumentó para 1999, alcanzando un total de 32, que representa un 35,50%, ascendiendo nuevamente para el año 2000, con un total de 40, que equivale a 44,22%. Esto significa que para el período de estudio, 91 adolescentes embarazadas estaban ubicadas en el estado civil unidas. En este caso, la adolescente se une libremente a su compañero sentimental, lo que en ocasiones se hace a la fuerza por la presión de la familia, por cuanto no quieren responsabilizarse de los cuidados que requiere el estado de embarazo de sus hijas, de todo lo necesario para el cuidado del bebé y de su posterior crianza y educación.

Así, estas adolescentes, generalmente se van a vivir con la familia de sus parejas, buscando apoyo económico y emocional que, le permita criar a su hij@ con afecto, independencia y a la vez adecuada y sana protección; pero, en la mayoría de los casos, no existen en absoluto, posibilidad de ayuda económica familiar. Esta situación pudo presentarse en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, porque en el momento de realizar el estudio, atravesaba una situación económica precaria que ha tendido a complicarse por la incidencia de embarazos adolescentes en la región. Por este motivo, los jóvenes se ven obligados a buscar trabajo para cumplir sus responsabilidades de padres de familias; sin embargo, la ausencia de fuentes de empleo en la región, o la baja remuneración que reciben cuando logran conseguirlo, al migrar a otras zonas con mayor desarrollo, no les

permite cubrir las necesidades de su pareja y de sus hij@s. por lo tanto, la voluntad de est@s adolescentes para salir adelante como parejas responsables e independientes a menudo se ve derrotada; lo que les impide vivir fuera de la influencia familiar.

Así, el estado civil que prevalece en el momento del parto fue el de casada, con un total de 111, resultado que podría indicar que una de las consecuencias del embarazo adolescente, en la mayoría de los casos, es el matrimonio forzado como una forma de resolver el problema. Sin embargo, una vez que estas adolescentes contraen matrimonio, la situación se torna más complicada, ya que a estas parejas, al no tener una casa donde vivir no les queda otra alternativa que el continuar viviendo con sus respectivos padres, reforzándose los vínculos de dependencia de ambos adolescentes con sus familiares. Al respecto, el Ministerio de la Familia (1997:40) señala lo siguiente: “El embarazo en la adolescencia

agrava más la situación de dependencia, sobre todo si los embarazos ocurren en familias con pocos recursos económicos, formativos y personales que no permitan gestar el programa individual y familiar”.

Estos matrimonios en la adolescencia, no representan la alternativa ideal, ya que las relaciones de pareja son poco estables y muy conflictivas. Generalmente, un alto porcentaje de ellos terminan en divorcio poco tiempo después. Esto se explica por el hecho de que en las adolescentes hay una demora o cese en su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial para enfrentar un matrimonio.

CUADRO N° 3.  
Estado Civil de las Adolescentes al Momento del Parto  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Estado Civil	1998		1999		2000		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Soltera	42	42,43	25	25,80	18	18,94		
Casada	38	38,38	36	38,70	37	36,84		
Unida	19	19,19	32	35,50	40	44,22		
Total	99	100	93	100	95	100		

Fuente: Datos recopilados por la autora en las historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre de 2005).

Cabe destacar, en esta región, la persistencia del machismo tradicional, donde el hombre es liberado de toda obligación, expresándose en un acto de irresponsabilidad paterna, dejando en la joven madre todos los problemas y la carga que representa la crianza de su hij@.

A las madres adolescentes les resulta muy difícil incorporarse a sus estudios, debido a que los horarios establecidos no les permiten asistir a los centros educativos y al mismo tiempo dedicarse a la crianza de sus hij@s. A continuación se analizará el comportamiento del grado de instrucción de las adolescentes al momento del parto.

### C. Grado de instrucción de las adolescentes al momento del parto.

La deserción escolar es una de las consecuencias psicosociales del

embarazo adolescente, lo cual significa menos capacitación para el trabajo, falta de oportunidades en obtener una mejor remuneración y en concreto el impedimento de una mejor realización social.

Una vez que la adolescente ha dado a luz, se dedica a brindar los cuidados necesarios a su hij@, actividad que requiere un tiempo considerable, lo cual se convierte en un impedimento para que la adolescente pueda proseguir sus estudios. En la mayoría de las experiencias es evidente que el más alto porcentaje de las que abandonan la escuela por el embarazo, no regresan al terminar la gestación, por lo que adquieren menor capacitación técnica que sus pares y menores posibilidades de estabilidad económica y social en el futuro.

Es así que, investigaciones realizadas en Estado Unidos, Argentina y Chile han revelado que dos tercios de las adolescentes embarazadas no terminan su capacitación escolar.

De tal manera que, el embarazo adolescente pone en riesgo la posibilidad de permanencia dentro del sistema educativo, ya que es más probable la deserción escolar entre las madres adolescentes, a pesar de lo estipulado por la Resolución 1762 del Ministerio de Educación, la cual dice en su artículo 2 lo siguiente:

A los fines de permitir el ingreso o permanencia de un alumno en un plantel educativo no podrán establecerse como condicionante: la edad, el promedio de calificaciones, la situación de repitencia, embarazo, conducta o disciplina, credo, estado civil de los padres, uniforme o útiles escolares, así como ninguna otra limitación que no esté legalmente establecida (Cit. por Hernández y Moreno, 1997:46).

Por lo tanto, el sistema educativo venezolano, a partir de 1997, garantiza la permanencia de las adolescentes embarazadas en los centros educativos; sin embargo, existen otros motivos por los cuales ellas deciden no seguir estudiando: por una parte, la falta de apoyo familiar en este sentido y el temor de ser rechazadas por su grupo de pares y a no ser tomadas en cuenta en actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas, donde por lo general se desarrolla su mundo social.

Al respecto, la Encuesta de Población y Familia (ENPOFAM), señala que para 1998, el 28,1% de las adolescentes tienen nivel básico de educación, y que de ese 28,1% que egresa de este nivel, sólo un 15,2% prosigue hacia el nivel inmediato superior (1997:7).

Asimismo, para 1997 el 64% de las madres adolescentes estaban ubicadas en el nivel básico incompleto (Informe de País, (F.N.U.A.P).

En el caso del Municipio "Cruz Salmerón Acosta" la situación se refleja de la siguiente manera: el grado de instrucción de las adolescentes al momento del parto, generalmente se ubicaba entre primaria y secundaria; para los años 1998 al 2000 la primaria representaba los mayores porcentajes; para 1998, 49, equivalente a un 49,49%; para el año 1999, 40, representando un 43,01%, y para el año 2000, 40; pero con un 42,1%. Así que, de un total de 129 adolescentes que culminaron la primaria 49, que representa un 49,49% lo realizaron en el año 98, 40, equivalente al 43,01% en el 99 y 40, que equivale a un 42,1% en el año 2000, pudiendo observarse un descenso en los años 1999 y 2000 en relación al año 1998. En relación con el nivel de secundaria se pudo observar el siguiente comportamiento: para 1998, 39 adolescentes alcanzaron este nivel, lo que representa un 39,39%; para 1999, 46, total equivalente a un 49,46% y para el año 2000, lo lograron 41, que representa un 46,15% (Ver Cuadro N° 4).

Otro dato importante de resaltar es el siguiente: de 49 adolescentes que culminaron la primaria en el año de 1998, sólo 39 alcanzaron el nivel inmediato superior; esto significa que en 1998, el porcentaje correspondiente al nivel de primaria fue de 49,49%, y que ese porcentaje disminuyó a 39,39% en relación al nivel de secundaria, de tal manera que, estas jóvenes abandonaron sus estudios, perdiendo así la oportunidad de prepararse y, por ende, menos posibilidades de conseguir un empleo adecuado que les permita satisfacer sus necesidades. En la diversificada se observó la siguiente tendencia: un total de 8, con un porcentaje de 8,08% en el año 1998, disminuyendo en 1999 a 7, representando un 7,53%, ascendiendo a un total de 11 en el año 2000, equivalente a 11,6% (Ver Cuadro N° 4).

De igual modo, es importante señalar que, de un total de 126 adolescentes ubicadas en la secundaria para el período 1998–2000, sólo 26 prosiguieron hacia el ciclo diversificado, situación que es muy significativa por la alta deserción escolar y que pudo ser originada por un aumento en las cifras de embarazo de las jóvenes que estaban cursando el nivel de secundaria para ese entonces. Así también, para 1998, 2 adolescentes eran analfabetas, con un porcentaje de 2,02% y para el año 2000, 3, lo que representa un 3,15% (Ver Cuadro N° 4).

Los datos obtenidos ponen de manifiesto el bajo nivel de instrucción formal de las adolescentes embarazadas de este Municipio al momento del parto. En tal sentido, puede suponerse que existe relación entre el grado de instrucción alcanzado por las adolescentes y su ingreso a una maternidad temprana. Así, las jóvenes de este Municipio, en un porcentaje elevado lograron terminar el Ciclo Básico; pero las que ingresaron al Ciclo Diversificado representan un porcentaje mínimo en relación con la totalidad. Esta falta de preparación impide que éstas puedan participar de modo activo,

tanto en el proceso educativo de l@s hij@s como en la estructura formal de la comunidad, restringiendo sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Esto, se traduce en una situación de indefensión frente a los más variados problemas, entre ellos: sufrir desventajas económicas y sociales, permanecer en la pobreza, tener matrimonios inestables y problemas para la manutención de sus hij@s.

Se puede decir que, las repercusiones del embarazo adolescente abarcan la esfera individual y social de las adolescentes, pues ellas les crean nuevas condiciones familiares y responsabilidades para las cuales no están preparadas y, quizás, una de las consecuencias más importantes es la interrupción de sus proyectos de vida y la postergación de muchas de sus expectativas.

De esta manera, las jóvenes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” están limitadas para alcanzar niveles adecuados de formación profesional, situación que las coloca en una posición desventajosa para su incorporación en mercados de trabajo cada vez más competitivos.

CUADRO N° 4  
 Grado de Instrucción en el Momento del Parto  
 (Distribución Absoluta y Porcentual)

Nive l de Instrucción	1998		1999		2000	
	Abs	%	Abs	%	Ab s	%
Analfabeta	2	2,0	-	-	3	3,15
Primaria	49	49,4	40	43,01	40	42,11
Secundaria	39	39,3	46	49,46	41	43,16
Diversificada	8	8,0	7	7,53	11	11,63
Superior	-	-	-	-	-	-
No informó	1	1,02	-	-	-	-
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historian Médicas del SAHUAPA (mayo- junio de 2005) y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre de 2005).

Es importante destacar que en el bajo nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” no ha influido solamente el embarazo temprano, sino también el contexto general de pobreza en que gran parte de esta población adolescente se desenvuelve. Así, estas jóvenes pertenecen a sectores sociales de bajos recursos, donde existe bajo nivel educativo, desigualdad social, pobreza, viviendas inadecuadas, desempleo creciente y hogares con hacinamiento. De modo que, la gran mayoría de l@s adolescentes de este Municipio no cuentan con las posibilidades reales que les permitan proseguir su formación escolar en los diferentes niveles educativos, ya que las exigencias

económicas del entorno familiar l@s obliga a contribuir para compensar las necesidades del hogar. En algunos casos, la madre sale a trabajar porque falta la figura paterna y las adolescentes se quedan en la casa realizando las tareas del hogar, situación que limita el tiempo que deben dedicar a la realización de sus obligaciones escolares y a la asistencia a los centros educativos.

De esta manera la condición de pobreza existente en este Municipio afecta a l@s adolescentes por las situaciones de desigualdad e inequidad en que ést@s se desenvuelven.

En este sentido, Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP) plantea lo siguiente: “La falta de continuidad escolar y la falta de oportunidades vinculadas a las limitaciones destacan como los factores que más negativamente afecta a l@s adolescentes (1999:10).

Así, los resultados reflejan el bajo nivel educativo de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”; ya que el porcentaje que prosiguió sus estudios a nivel diversificado es muy bajo, situación que limita la participación de estas adolescentes en el proceso de desarrollo de la región.

Por lo tanto, las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” vieron truncadas las posibilidades de obtener una profesión que les permita desenvolverse adecuadamente en una determinada ocupación.

.En este sentido, la ocupación de las adolescentes guarda relación con el grado de instrucción, cuestión ésta que será analizada a continuación, para el momento del parto de la adolescente.

#### **D. Ocupación de las adolescentes al momento del parto.**

La ocurrencia de un embarazo en adolescentes nos pone en presencia

de un fenómeno social de proporciones alarmantes, que se inscribe mayoritariamente en zonas de alto deterioro económico y social, caracterizada por elevados niveles de desempleo.

Uno de los argumentos que ha recibido mayor difusión y respaldo “científico” es aquel que ve en el embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza, esto porque tiende a coartar las posibilidades de lograr una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente o mejor remunerado que permita un desarrollo adecuado de l@s hij@s. En este sentido, en la población activa adolescente, son las madres las que registran el mayor índice de desocupación, según el Informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (F.N.U.A.P, 1997). Esto da a entender que la maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo, para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos.

De tal manera que, al carecer de una preparación adecuada no poseen las habilidades necesarias para conseguir un trabajo que les permita llevar adelante la crianza de sus hij@s, situación que contribuye a la transmisión de la pobreza, por la existencia de condiciones precarias que impiden el desarrollo normal de l@s niñ@s, colaborando al mismo tiempo, en desmejorar aún más las condiciones socioeconómicas desfavorables en que se encuentra sumergido el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”.

Estas jóvenes, en vez de estar estudiando se encuentran realizando tareas del hogar y dedicadas a la crianza de sus hij@s; situación que puede resultar difícil para ellas, porque al interrumpir el desarrollo de su escolaridad se ven obligadas a asumir un papel materno para el que no están preparadas.

Es posible que algunas madres adolescentes realicen las tareas propias del hogar, y al mismo tiempo salgan a la calle a trabajar como domésticas, vendedoras en algún establecimiento comercial, peluqueras o en alguna otra actividad que se realice en la región, de modo que puedan cubrir en parte las necesidades de sus hij@s..

Los efectos sociales por el hecho de tener un/una hij@ durante la adolescencia son negativos para la madres, puesto que el embarazo y la crianza del/de la niñ@ interrumpen oportunidades que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, etc., afectando de esta manera el desarrollo personal de las jóvenes. Es así como las madres adolescentes se ven obligadas a desempeñar roles para las cuales no están preparadas. En vez de estar ocupadas en actividades propias de la edad deben asumir responsabilidades que les permita criar a sus hij@s, pues, ell@s necesitan cuidados físicos y afectivos que le ayuden en su crecimiento.

Las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, para el año 1998, estaban ocupadas en oficios del hogar, alcanzando un total de 97, equivalente a 97,98%, cifra que desciende a 93 para 1999, pero que en esta oportunidad representa un 100%, tendencia que se repite en el año 2000, con un total de 95 adolescentes, correspondiente a un 100%. Así que de 99 adolescentes para 1998, 97 están ocupadas en oficios del hogar, y de 93 y 95 adolescentes para los años 99 y 2000, la totalidad está ocupada en oficios del hogar (Ver Cuadro N° 5). De estos resultados puede inferirse que estas adolescentes no alcanzaron un nivel educativo que les permita competir en el campo laboral y, por lo tanto, no están preparadas para desempeñarse en una actividad diferente. Como estas jóvenes no poseen un conocimiento sistemático no podrán ejercer un trabajo que exija ciertas

destrezas y habilidades. Esto implica que las madres adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, por su edad, falta de capacitación y preparación están en desventaja en el mercado de trabajo con el resto de la población.

De tal manera que, las adolescentes embarazadas del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, en el período de estudio, estaban dedicadas en realizar únicamente los oficios concernientes al cuidado de sus hogares, situación que las afecta notoriamente, al reducirse la oportunidad para capacitarse y de obtener una mejor remuneración.

**CUADRO N° 5**  
Ocupación de las Adolescentes al Momento del Parto  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Ocupación	1998		1999		2000	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Estudiante	2	2,02	-	-	-	-
Trabaja	-	-	-	-	-	-
Oficios del Hogar	97	7,98	93	100	95	100
Otros	-	-	-	-	-	-
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historian Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre de 2005).

También es importante señalar que las oportunidades de empleo en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta” son escasas, lo que impide a estas

madres adolescentes conseguir un trabajo que les permita criar a sus hij@s en forma adecuada.

Es evidente que, en la limitación que tienen las madres adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” para conseguir un trabajo fuera del hogar influye el bajo nivel de instrucción que han alcanzado al desertar del sistema educativo. De allí, la relación entre la ocupación de las adolescentes y el grado de instrucción alcanzado por ellas.

Además de, las condiciones sociales propicias que favorecen el embarazo adolescente, existe un conjunto de causas que facilitan su propensión y una serie de consecuencias producidas por el mismo que afectan aspectos socioculturales, psicosociales y biológicos de las adolescentes.

Los aspectos biológicos, en esta investigación, están referidos a las características de salud de las adolescentes embarazadas. Este aspecto será analizado a continuación.

## **CAPÍTULO IV CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Los cambios biológicos que se  presentan durante la adolescencia reciben el nombre de pubertad. Esos  cambios biológicos comprenden modificaciones a nivel hormonal, que, a su vez, aceleran el crecimiento corporal y el desarrollo de la capacidad reproductiva a través de las características sexuales, tanto en la mujer como en los hombres. En cuanto al sistema reproductor, las hormonas gonadotrópicas estimulan a los ovarios y testículos a producir estrógenos y andrógenos. Estas hormonas son las más importantes para producir las características sexuales secundarias y para el desarrollo genital en hombres y mujeres. La mujer desarrolla características femeninas debido a que tiene más estrógeno que andrógeno, y el hombre desarrollo características masculinas debido a la combinación contraria de los niveles hormonales (Amaya y Brito, 1996:16).

Por otra parte, la maduración del sistema reproductor es una característica que marca la etapa de adolescencia. En este período, se da el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Las características sexuales primarias en el hombre incluyen el desarrollo del pene y los testículos. En la mujer incluye el crecimiento y desarrollo de la vagina, útero y ovario. Las características sexuales secundarias, por su parte, están referidas a los rasgos físicos que permitan diferenciar el cuerpo de un hombre del de una mujer, el cambio de voz, desarrollo de los senos y caderas, entre otros (Amaya y Brito, 1996:16).

Es así que, durante la adolescencia se producen una serie de cambios biológicos en los hombres y mujeres. En los hombres: aparece el vello facial

y púbico, hay un aumento de peso y estatura, los brazos engordan y las piernas se tornan más musculosas, produciéndose, además la primera eyaculación. En las mujeres, por su parte, ocurre lo siguiente: aparición del vello en el pubis y en las axilas, aumento de peso y estatura, desarrollo en los senos y ensanchamiento de las caderas, los genitales se engrosan y se oscurecen y aparece la primera menstruación. Este aspecto será analizado a continuación (Cit. Por Amaya y Brito, 1996:17)

### **A.Edad de la primera menstruación (Menarquia) de las adolescentes embarazadas.**

Un proceso importante que marca el inicio de la madurez física y de la fertilidad en la mujer, es la menarquia o primera menstruación, hecho que ocurre entre los 10 – 12 años de edad “La menstruación es un proceso que ocurre en la mujer generalmente todos los meses, después del desarrollo como manifestación externa de un ciclo menstrual que cumplen los órganos reproductores femeninos, produciéndose la eliminación del endometrio en forma de goteo de sangre, cuando aún no se ha producido la fecundidad” (AVESA, cit por Otero y Ramírez, 2003:29).

Regularmente, el proceso de la menstruación se convierte en un suceso crítico y muchas veces traumático. Esto sucede generalmente porque las niñas se desarrollan sin tener conocimiento del significado de la menstruación. Esta falta de información dificulta el desarrollo normal de la adolescente e influye para que este proceso, inevitable en la vida de toda mujer se convierta en una fuente de ansiedad o confusión.

Venezuela tiene un patrón de maduración sexual temprana, especialmente del sexo femenino, en el que la pubertad comienza a los 10 años y en los varones a los 12 años. La edad promedio en el cual se manifiesta es a los 12, 13 años; pero hay ciertos casos en que esto ocurre a

los 9,2 años (O.C.E.I, cit por Doré, 2002:12).

Así, se puede observar en el Cuadro N° 6, que la edad de la menarquia de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” fue mayoritariamente entre 12 y 13 años, con un total de 61, equivalente a 61,61% para el año 1998, manteniéndose casi igual para 1999, cuando alcanzó un total de 57, con un 61,27%, ascendiendo un poco al año 2000, con un total de 59, y con un porcentaje de 62,10%.

Hubo un grupo de adolescentes que tuvo su primera menstruación entre las edades de 10 y 11 años. Así, en 1998, 20 adolescentes tuvo su primera menarquia a estas edades, con un porcentaje de 20,20%, disminuyendo a un total de 16, para 1999, equivalente a 17,20%, para luego ascender a 20, para el año 2000, representando un 21,05% (Ver Cuadro N° 6).

Además, se pudo observar un grupo de adolescentes cuya menarquía ocurrió entre las edades de 14 y 15 años. De esta manera, en 1998, 13 adolescentes tuvo su primera menarquia a esas edades, con un porcentaje de 13,13%, total que aumentó para 1999, cuando ascendió a 20, equivalente a 21,51%, para luego disminuir a 16 en el año a 2000, con un 16,85% ( Ver Cuadro N° 6).

Así también, para 1998, hubo un grupo de adolescentes que tuvo su primera menstruación entre 16 – 17 años, ascendiendo a un total de 5, que representa el 5,06% (Ver Cuadro N° 6).

De estos resultados se evidencia que la frecuencia más alta en cuanto a la menarquia oscila entre las edades de 10–11 y 12 –13 años. En estos casos, existe mayor riesgo de embarazos adolescentes, ya que desde la primera menstruación se incrementa el estímulo hormonal produciendo

condiciones propicias en las adolescentes para una sexualidad activa. El hecho de que estas adolescentes hayan tenido la menarquia entre los 10–13 años no las convierte en adultas y maduras, solamente las capacita para engendrar una nueva vida dentro de sí, aunque el proceso de gestación a estas edades puede traer como consecuencia embarazos de alto riesgo.

Es así que, este hecho produce un fuerte impacto en la vida de estas adolescentes, ya que deben enfrentar las dificultades que representa el tener un/una hij@ a esas edades, además de no reunir las condiciones de madurez y desarrollo físico, psicológico y social para asumir la maternidad responsablemente.

**CUADRO N° 6**

Edad de la Menarquia (Primera Menstruación de las Adolescentes Embarazadas)  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Edad Promedio	1998		2000			
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
10 - 11	20	20,20	16	17,20	20	21,05
12 - 13	61	61,61	57	61,27	59	62,10
14 - 15	13	13,13	20	21,51	16	16,85
16 - 17	5	5,06	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-	-	-
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historian Médicas del SAHUAPA (mayo- junio de 2005) y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre de 2005).

La ignorancia de muchas jóvenes en la adolescencia, principalmente durante la primera etapa de la misma (12–14 años de edad), no sólo respecto al funcionamiento de su cuerpo, sino de la trascendencia que en su vida tiene el ciclo menstrual facilita que, a pesar de tener relaciones sexuales frecuentes, no se preocupan por la posibilidad de un embarazo inoportuno. Esto da a entender que, la adolescencia es la etapa en la que una persona está descubriendo ampliamente su sexualidad y por lo tanto, es necesario proporcionarle educación en salud sexual y reproductiva, sexualidad sana, promoción de maternidad y paternidad segura, prevención de enfermedades de transmisión sexual, fomentar estilos de vida saludable y la prevención de conductas de riesgo, para lograr disminuir el índice de actividad sexual a edades tempranas, la promiscuidad, transmisión de enfermedades y embarazo en adolescentes (OPS, 1998, cit por Torres, Macero, Volkner, 2002:6).

Es así como, una adecuada orientación sobre la sexualidad tiene suma importancia en la disminución del índice de actividad sexual a edades tempranas. Este aspecto será analizado a continuación.

### **B.Edad de la primera relación sexual (sexarquía) de las adolescentes embarazadas.**

La conducta sexual en la adolescencia es turbulenta y apasionada, debido a que en esta edad se produce un aumento de las hormonas relacionadas con el impulso o deseo. Las dificultades con las que tropiezan las adolescentes para dar curso a sus deseos no son insuperables, pero configuran una situación en la que el dónde, el cuándo, y el cómo se convierten en cuestiones angustiosas. La carencia de un lugar íntimo adecuado, el miedo a ser sorprendida, la escasez de tiempo o la expresa prohibición paterna, dan pie al nerviosismo, al temor, al fracaso, a las prisas

y a los ocultamientos, por lo que los encuentros amorosos llegan a convertirse en una aventura plagada de dificultades entre las que se pueden encontrar un embarazo no deseado.

A pesar de la fuerte supervisión que pueda existir en el hogar, las jóvenes pasan mucho tiempo fuera de él: acuden a la escuela, al supermercado, a la playa, a visitar a otros familiares, a trabajos de campo; actividades diversas que pueden dar lugar a acercamientos rápidos con la otra persona o a una aventura fugaz, con la posibilidad de que la muchacha quede embarazada.

Los padres y educadores deben entender que no se trata de imponer reglas, ya que lo importante es concientizar a l@s jóvenes sobre las responsabilidades y consecuencias derivadas del acto sexual. Así, cuando las jóvenes no reciben una adecuada educación sexual están propensas a sufrir las consecuencias derivadas de una falta de orientación y previsión (embarazo no deseado, matrimonio obligado, madres solteras), entre otros.

De esta manera, se expresa la necesidad de que l@s jóvenes mediten seriamente la responsabilidad asociada con la práctica sexual, que actúen en forma madura, que tomen todas las previsiones y tengan conciencia de sus consecuencias, entonces l@s adolescentes sabrán lo que deben hacer (Gispert, 1998:163).

De modo que, el inicio de una actividad sexual a temprana edad se puede señalar como una de las causas del embarazo en la adolescencia y en ello pueden influir factores biológicos, psicosociales y socioculturales. En relación con el factor biológico se puede mencionar la disminución de la edad en la cual se inicia el proceso de desarrollo sexual, tanto para el hombre como para la mujer. Es decir, a más temprana edad la mujer está en

capacidad de ser fecundada, porque generalmente después del desarrollo comienzan a tener ciclos fértiles que las estimula a ser sexualmente activas. Por otra parte, la pubertad produce un notable aumento de producción hormonal que, puede originar la aparición de fuertes impulsos sexuales que se manifiestan a temprana edad (a los 10 y 12 años).

Entre los factores psicosociales se pueden nombrar la presión social o de la pareja, la búsqueda de identidad o independencia, los sentimientos de omnipotencia característicos de la adolescencia, la curiosidad y la necesidad de experimentar cosas nuevas. En relación con los factores socioculturales que intervienen se pueden mencionar: la pobreza, la idealización de la maternidad, la promiscuidad por hacinamiento, la falta de comunicación con los padres y la influencia negativa de los medios de comunicación.

Numerosos trabajos demuestran que la edad de iniciación sexual, tanto en hombres como en mujeres tienden a descender (Pantelides y Cerruti, cit. Por Mérola, 1997:12). En este sentido, en AVESA han medido por edades el inicio de la actividad sexual: En Venezuela, el 33% de las mujeres se inició antes de los 18 años, más de 50% antes de 19 y un 17% antes de los 15 años.

Al respecto, Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM) permite apreciar que la mayoría de las mujeres inician sus relaciones sexuales en edades comprendidas entre los 15 y 19 años.

Dentro de los datos de la primera experiencia sexual (sexarquía) se demuestra que un grupo considerable de la población en estudio tuvo su primera experiencia a muy temprana edad, siendo las edades de 16 y 17 años las que representan mayores porcentajes. Así, para 1998, el porcentaje fue de 36,45% correspondiendo a un total de 36, ascendiendo a 43,01%, que

corresponde a un total de 40 para el año 1999, con una disminución para el año 2000, equivalente a 36,84%, que corresponde a un total de 35. Esto significa que entre 1998–2000, 111 adolescentes tuvieron la sexarquía en edades comprendidas entre 16 y 17 años (Ver Cuadro N°7).

Es importante señalar que un porcentaje significativo de jóvenes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” tuvo la sexarquía en edades comprendidas entre 14 y 15 años; así, para el período de estudio, el comportamiento es el siguiente: 35 para 1998 que equivale a un 35,35%, que desciende para el año 1999, cuando alcanza un total de 24, con un porcentaje de 25,80%, ascendiendo para el año 2000, en relación con el año anterior, a 28, con un porcentaje de 29,49%. Esto significa que 87 adolescentes tuvieron la sexarquía en edades comprendidas entre 14 y 15 años (Ver Cuadro N° 7).

Por otra parte, el porcentaje de adolescentes que tuvo la sexarquía en edades comprendidas entre 18 y 19 años fue menor en comparación con las edades mencionadas anteriormente. Así, para 1998 fue de 12,12%, que corresponde a un total de 12, con una ligera variación en el año 1999, equivalente a 12,81%, que corresponde a un total de 12, ascendiendo para el año 2000, con un porcentaje de 18,94%, que corresponde a un total de 18. Podemos decir, entonces, que, desde 1998–2000, 42 adolescentes tuvieron la sexarquía en edades comprendidas entre 18 y 19 años (Ver Cuadro N° 7).

Además, hubo un grupo de adolescentes que tuvo la sexarquía, contando apenas con edades comprendidas entre 10–11 años y 12–13 años; así, la suma de los porcentajes de estos dos grupos de edades es el siguiente: para 1998 es de 11,03%, que corresponde a un total de 11; para 1999, de 13,98%, correspondiente a 13, ascendiendo nuevamente para el año 2000 a 14,75%, que corresponde a 14. De tal manera que 38

adolescentes con edades comprendidas entre 10–11 años y 12–13 años tuvo su primera relación sexual entre los años comprendidos desde 1998–2000 (Ver Cuadro N° 7).

Estos resultados demuestran que un grupo considerable de adolescentes tuvo su primera experiencia sexual (sexarquía) a muy temprana edad, siendo la edad comprendida entre 16–17 años la que representa el mayor porcentaje, lo cual implica que la edad de la primera menarquia pudo haber influido en la actividad sexual prematura de estas adolescentes y consecuentemente en la aparición de embarazos inesperados.

Es así que, en la actualidad las jóvenes están teniendo relaciones sexuales cada vez más tempranas, siendo mucho los factores que condicionan esta situación, entre ellos: el aumento de la población adolescente, los medios de comunicación social, las violaciones en aumento (Sánchez, cit por Doré, 2002:10).

Por otra parte, en las relaciones sexuales a temprana edad, puede influir la falta de control de las madres sobre las hijas, cuando al salir a la calle a trabajar, permite que estén fuera del hogar por mucho tiempo. Es posible también que estas jóvenes formen parte de hogares inestables que carecen de una guía moral de valores, que sustente lo que sería su direccionalidad en la vida de estas adolescentes, lo que puede llevarlas a tomar decisiones equivocadas.

El inicio temprano de la actividad sexual es un indicador de problemas de educación sexual, que puede tener como consecuencias: embarazos no deseados, entrenamiento para la promiscuidad, estudios interrumpidos, desengaños antes de tiempo, conflictividad familiar, incidencia de

enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Involucrarse en relaciones sexuales a temprana edad representa para estas jóvenes una manera de independizarse de los adultos y de sus valores asociados a un sentimiento de rechazo a las figuras de autoridad, o bien las realizan como un modo de satisfacer sus necesidades afectivas.

CUADRO N° 7  
Edad de la Sexarquía  
(Primera Relación Sexual) de las Adolescentes Embarazadas  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Edad	1998		1999		2000	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 - 11	1	0,93	6	6,45	1	0,97
12 - 13	10	0,10	7	7,53	13	13,78
14 - 15	35	5,35	24	25,80	28	29,47
16 - 17	36	6,45	40	43,01	35	36,84
18 - 19	12	2,12	12	12,81	18	18,94
No informó	5	5,05	4	4,32	-	-
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del Hospital "Virgen del Valle" de Araya (agosto-septiembre de 2005).

Se puede decir, que la iniciación sexual (sexarquía) de las jóvenes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” es bastante temprana (entre los 10 y 19 años). Estos resultados reflejan la necesidad de programas de educación sexual efectivos, que aborden la problemática que representa un alto índice de jóvenes ejerciendo una vida sexual activa sin tener acceso a una orientación integral de la sexualidad..

Las relaciones sexuales a temprana edad y sin ningún tipo de previsión conducen a un embarazo no deseado. Cuando esto sucede, la adolescente procura ocultar su estado, y por este motivo no acude a las consultas de control prenatal. Este aspecto será analizado a continuación.

### **C.Asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal.**

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Este control permite vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hij@. De esta manera, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (M.F., cit por Torres, 2002:12). Así, el control prenatal está dirigido al cuidado de la salud de la madre y el/la niñ@ por nacer, para obtener un/una niñ@ sana, nacid@ en término (40 semanas de gestación), de peso normal y que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niñ@.

El inicio del control prenatal debe ser temprano, es decir, que la primera consulta al médico debe hacerse durante el primer trimestre del embarazo. Esto posibilita evaluar con mayor precisión la edad gestacional (los meses de embarazo), y calcular la fecha en que probablemente se producirá el parto.

En la primera consulta se ejecutará un examen clínico y ginecológico completo, que incluirá un examen mamario. Se solicitará una serie de estudios de laboratorio con determinación del grupo sanguíneo y factor RH. También se efectuará un estudio del cuello uterino con papanicolau y colposcopia. Se realizará, además un control odontológico y el eventual tratamiento de caries o infecciones dentarias. Las consultas serán mensuales hasta el séptimo mes, para hacerse más frecuente en los dos últimos meses del embarazo (cada 15 días), ya que es necesaria una mayor atención en relación con el desarrollo del niño durante ese período.

Es así que, Otero y Ramírez (2003:20) señalan que el control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Identificar factores de riesgos.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

Por lo tanto, es aconsejable la asistencia de la adolescente embarazada al control prenatal desde el inicio del embarazo, porque los riesgos a los que puede verse sometida durante la gravidez y el parto disminuirán radicalmente, debido a que la mayor incidencia de hipertensión arterial, eclampsia, bajo peso al nacer y parto antes de tiempo, muchas veces está en relación directa con el nulo o deficiente control prenatal.

En este sentido, en esta investigación se pudo observar que son pocas

las adolescentes que asisten al control prenatal una vez que están embarazadas; así que, para 1998, un total de 59, equivalente a 59,60% no asistió al control prenatal total que disminuyó un poco para 1999, equivalente a 54, lo que representa un 58,07%, aumentando para el año 2000 a 60, con un 63,19%, lo cual demuestra que la tendencia de las adolescentes de no asistir al control prenatal fue en aumento. De un total de 287 adolescentes embarazadas entre 1998–2000, 114, que equivale a un 39,72% controló su embarazo, y un total sumamente alto, de 173, que representa un 60,28% no asistió al control prenatal (Ver Cuadro N° 8)

CUADRO N° 8  
Asistencia al Control de Embarazo de las Adolescentes  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Control de Embarazo	1998		1999				2000	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Controlado	40	40,4	39	41,9	35	36,8		
No controlado	59	59,6	54	58,0	60	63,1		
Total	99	100	93	100	95	100		

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del Hospital “Virgen del Valle” de Araya (agosto-septiembre de 2005).

En algunos casos, las adolescentes no asisten por desconocimiento de los riesgos que les puede acarrear este hecho; pero, en otros casos, según la opinión de algunos autores, hay otras razones por las cuales las adolescentes embarazadas no acuden al médico o a las instituciones

hospitalarias: porque tienen miedo a ser rechazadas, ridiculizadas, estigmatizadas o incomprendidas.

Las adolescentes primigestas tienen el mismo comportamiento que las adolescentes multigestas en relación a la asistencia al control prenatal, a pesar de que en los hospitales y ambulatorios existe un servicio materno infantil, destinado a la atención médica y psicológica de las adolescentes embarazadas, de tal manera que, su embarazo puede llegar a feliz término y el parto pueda realizarse sin ningún tipo de problema, garantizando el bienestar del/ de la niñ@.

Así, en el Hospital “Virgen del Valle” de Araya se realiza una consulta prenatal, dirigida a la atención de todas las mujeres embarazadas del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”. En la primera consulta se realiza una citología vaginal (si la mujer embarazada tiene menos de cuatro meses de embarazo); se le manda a realizar los exámenes de laboratorio necesarios, se le coloca la primera dosis de toxoide tetánico y se indican las vitaminas que contienen hierro y ácido fólico. También, se lleva a cabo una evaluación médica que permita medir la altura uterina. En las consultas sucesivas se realiza la evaluación médica, además de una serie de charlas acerca de la importancia de la citología, el toxoide tetánico, las vitaminas y la lactancia materna, la alimentación de la mujer embarazada, la comodidad del vestuario, vacunas del recién nacid@ y cuidados necesarios que se le deben brindar en el hogar.

De esta manera, la consulta prenatal, permite que el embarazo puede llegar a feliz término y que el parto ocurra sin ningún tipo de problema garantizando el bienestar del/de la niñ@ que está por nacer. De allí, la importancia del control prenatal durante el período de gestación, tanto de las embarazadas adolescentes primigestas como de las multigestas. El aspecto

referente al número de gestas será analizado a continuación.

#### **D.Número de gestas de las adolescentes embarazadas.**

El embarazo es un mandato de la naturaleza, que se considera adecuado cuando se da en la edad adulta, ya que las mujeres en esta etapa de la vida están capacitadas biológica y psicológicamente para enfrentarlos y para adquirir las responsabilidades propias requeridas en la crianza de sus hij@s. Sin embargo, cuando este acontecimiento ocurre en la adolescencia acarrea consecuencias de considerable magnitud en la vida de las jóvenes, en su salud, en la de sus hij@s, su familia, en el ambiente y en la comunidad en su conjunto. En este sentido puede decirse que, las madres adolescentes tienen alto riesgo de verse afectadas por desventajas económicas y sociales, por la incapacidad de completar la escolaridad, por permanecer en la pobreza, por el hecho de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de sus hij@s (Cit. Por Toro, 2000: 45).

Sin embargo, las adolescentes repiten los embarazos, hecho que está asociado a algún factor, entre ellos: madres que no volvieron al colegio, adolescentes casadas o que viven con su pareja y niñ@s que reciben cuidados principalmente de su abuela, no permitiendo que la madre adolescente adquiriera las verdaderas responsabilidades y desafíos de la maternidad.

Además, el embarazo adolescente se constituye en un problema social desde el punto de vista demográfico, por su contribución al crecimiento acelerado de la población; es así que, mundialmente hay un crecimiento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento de la reproducción es más frecuente en las mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes, representando así, un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad.

Asimismo, los datos muestran que el embarazo a temprana edad tiende a llevar a las jóvenes a procrear un mayor número de hij@s y a un menor espaciamiento en relación con aquellas que lo hicieron en la edad adulta, contribuyendo de esa manera a la fecundidad general y a la tasa de crecimiento de la población.

En este sentido, estudios realizados por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA), revelan que una madre adolescente tiene el doble de probabilidades de salir embarazada nuevamente antes de cumplir los 19 años, que una joven de la misma edad que no es madre. Pareciera ser que estas madres adolescentes convierten a los sucesivos embarazos en un proyecto de vida, que cada día les acarreará mayores problemas económicos y, por supuesto, menor capacidad para criar a sus hij@s en forma adecuada.

Al respecto, Barrera (1996) indica que desde el punto de vista psicosocial, se presenta lo que se ha denominado síndrome del fracaso de la adolescente embarazada, dentro del cual se incluye lo siguiente: fracaso de la específica función de la adolescencia, fracaso de la continuidad de sus estudios, fracaso para llegar a sostenerse a sí misma e insuficiente preparación para la adecuada crianza de sus hij@s.

Así, el médico de adolescentes, Manuel Lorenzo Fernández (2000), sostiene que en el embarazo adolescente influye el empeoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales que, al mismo tiempo provocan en las jóvenes una idea equivocada de cómo alcanzar el éxito, produciéndose así el temprano inicio de la actividad sexual, el consumo de sustancias tóxicas y la deserción escolar.

A pesar de los esfuerzos realizados en materia de prevención,

Venezuela es el país suramericano con mayor índice de embarazos adolescentes. En los últimos cinco años, uno de cuatro partos ha sido de jóvenes entre 15 y 19 años. Uno de cada cuatro niños nacidos en nuestro país tiene una madre que es casi una niña. Asimismo, uno de cada cuatro embarazos es de adolescentes (O.M.S: 2006).

Al respecto, estudios recientes afirman que ocho de cada diez adolescentes madres son pobres, y la adolescente que es pobre sitúa sus expectativas de vida en tener cuatro hijos o más (M.S.D.S: 2004).

De igual manera, para el año 1998, se registraron en nuestro país 122.000 partos de madres adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 15 años. (M.S.D.S: 2004).

Así, de acuerdo a estimaciones del C.E.L.A.D.E. (Centro Latinoamericano de Demografía), el nivel de fecundidad de las adolescentes venezolanas está por encima del registrado en varios países latinoamericanos. La tasa específica de fecundidad adolescente en Venezuela es de 101 nacimientos por mil adolescentes de 15 a 19 años de edad en comparación con otros países latinoamericanos como Colombia, Ecuador y Brasil. En promedio, los países latinoamericanos registran una tasa de fecundidad adolescente de 78 por mil, inferior a la registrada en Venezuela (Informe de País; FNUAP, 1997).

Al respecto, Mercedes Muñoz, Coordinadora General de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA) coincide en señalar que los embarazos adolescentes están vinculados a la pobreza, pues la mayor incidencia se registra en las jóvenes que carecen de acceso al estudio, ya que 70% de ellas no había completado la Educación Básica. Así, en nuestro país se ha venido observando un exagerado crecimiento

poblacional, el cual se ha mantenido a través de los años a expensas de las áreas marginales, zona donde el aumento del embarazo en adolescentes es más notable, ubicándose en un 39% (Instituto de Salud Pública, cit por Doré, 2002:13).

En este sentido, en el número de gestas de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” se pudo notar un aumento en el número de hij@s, tomando en consideración el período de estudio. Así, para 1998, el porcentaje de adolescentes con una gesta, con edades comprendidas entre 16 y 17 años alcanzó un 29,29%, para un total de 29 adolescentes; este porcentaje aumentó para 1999 a 32,26%, que equivale a 30 adolescentes, disminuyendo para el año 2000 a 25,26%, lo que representa un total de 24. Así, para el período de estudio, 83 adolescentes, entre 16 y 17 años, tuvieron una gesta. (Ver Cuadro N° 9)

Por otra parte, el porcentaje de adolescentes con edades comprendidas entre 18 – 19 años con una gesta, para 1998, fue de 43,43%, que corresponde a un total de 43 adolescentes, porcentaje que descendió un poco para 1999, cuando alcanzó un 41,94%, para un total de 39 adolescentes, y para el año 2000 el porcentaje de adolescentes con una gesta, en este período de edad, fue de 41,05%, para un total de 39 adolescentes. Así, entre los años 1998 al 2000, 121 adolescentes, con edades comprendidas entre 18–19 años, tuvieron una gesta, representando el período de edad con mayor incidencia (Ver Cuadro N° 9).

Así también, el porcentaje de adolescentes, con edades comprendidas entre 16 – 17 años con dos gestas, para 1998, fue de 1,01%, lo que representa a una adolescente con dos gestas, ascendiendo en 1999 a 4,30%, para un total de cuatro adolescentes con dos gestas y en el año 2000 a 4,21%, para un total de cuatro adolescentes. De tal manera que, entre

1998 – 2000, nueve adolescentes entre 16– 17 años tuvieron dos gestas (Ver Cuadro N° 9).

Además, el porcentaje de adolescentes, con edades comprendidas entre 18–19 años con dos gestas, para 1998, fue de 5,05%, lo que equivale a 5 adolescentes, aumentando en 1999 a 16,13%, para un total de 15 adolescentes, y para el año 2000 a 12,63%, lo que representa un total de 12 adolescentes. Así, para el período de estudio, 32 adolescentes entre 18–19 años tuvieron dos gestas (Ver Cuadro N° 9).

Si comparamos los años de estudio, y tomando en consideración las adolescentes con edades entre 14–15 años con una gesta, se puede observar lo siguiente: Para 1998 alcanzó un porcentaje equivalente a 16,16%, para un total de 16 adolescentes, descendiendo a 4,30%, para un total de 4 adolescentes en 1999, para aumentar nuevamente en el año 2000 a 10,53%, equivalente a 10 adolescentes. Por lo tanto, en el período de estudio, 30 adolescentes, entre 14 y 15 años tuvieron una gesta (Ver Cuadro N° 9). Este resultado es significativo, ya que incluye a un grupo de adolescentes con edades correspondientes a la culminación de la adolescencia temprana e inicio de la adolescencia media, hecho que revela la significación del problema.

En relación con las adolescentes, con edades comprendidas entre 18–19 años, con tres gestas, para 1999 representó un porcentaje equivalente a 1,07%; lo que significa, que solamente una adolescente tenía tres gestas para ese año, porcentaje que aumentó a 4, 21% en el año 2000, para un total de 4 adolescentes con tres gestas.

De esta manera, las cifras revelan un aumento en la tasa de fecundidad, especialmente en las adolescentes con edades comprendidas

entre 18–19 años, quienes tenían dos gestas en el año 1998, con un porcentaje de 5,05%, que representa un total de 5, aumentando a 16,13% en el año 1999, para un total de 15 y a 12,63% en el año 2000, equivalente a 12; asimismo, en el año 2000 hubo un grupo de adolescentes, con edades entre 18–19 años con tres gestas, con un porcentaje de 4,21%, que representa un total de 4 (Ver Cuadro N° 9).

CUADRO N° 9  
 Número de Gestas De las Adolescentes al Momento del Parto  
 (Distribución Absoluta y Porcentual)

Año	1998		1999		2000								
	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	Total			Total				
						1	2	3	1	2	3		
10 - 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 - 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14 - 15	16	3	1	16,16	3	1,01	20,20	4	-	-	4,30	-	-
16 - 17	29	1	1	29,29	1	1,01	31,31	30	4	-	32,26	4,30	-
18 - 19	43	5	-	43,43	5	-	48,48	39	15	1	41,94	6,13	1
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>88,88</b>	<b>9</b>	<b>2,02</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>78,50</b>	<b>0,43</b>	<b>2</b>

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del Hospital "Virgen del Valle" de Araya (agosto-septiembre de 2005).

Es importante señalar que durante el período de la adolescencia, generalmente se produce un crecimiento acelerado de aproximadamente diez centímetros por año, que exige mayores requerimientos alimentarios. Un embarazo en ese período, puede ocasionar deficiencias nutricionales, que al no ser atendidas pueden afectar el crecimiento y desarrollo adecuado de las adolescentes; situación ésta que puede influir en el tipo de parto que se puede presentar. Esta situación será planteada a continuación.

#### **E.Tipo de parto en las adolescentes embarazadas.**

El parto es el proceso de expulsión del feto en sus anexos hacia el mundo exterior. En el ser humano se produce aproximadamente 273 días después de la concepción o 280 días después del primer día de la última menstruación, mediante contracciones peristálticas de la musculatura uterina, que provocan dolores, dilatan el canal uterino y expulsan al niño (Coll, 2000:555).

La experiencia vital más importante por lo que puede atravesar una mujer es el parto; pero, cuando tiene lugar a una edad muy temprana adquiere características especiales, a veces de tal magnitud que son imposibles de considerar en su totalidad. De tal manera que, las adolescentes no están suficientemente maduras para el parto desde el punto de vista físico y psicológico, ya que a esa edad los partos se traducen en elevados índices de morbilidad materna, existiendo mayores probabilidades que en las mujeres adultas de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo o que la cría nazca muerta (Cit. por Otero y Ramírez, 2003: 24).

El parto a edades tempranas se asocia a dificultades físicas y factores psicológicos. Las dificultades biológicas están representadas por la estrechez pélvica de la adolescente, por la inmadurez de las partes blandas con mayor peligro de desgarre de las mismas en el momento del nacimiento del bebé y por la inmadurez de la fibra muscular uterina. Los factores psicológicos están asociados al proceso de cambio que implica el parto, el cual se acompaña de contracciones, cuya naturaleza la adolescente no siempre conoce y de temores, a veces

terroríficos, respecto a lo que va ocurrir, lo que influye para que se produzcan partos de más larga duración, lo cual aumenta la morbilidad y mortalidad materno fetal.

El parto puede ocurrir en forma natural, ya que hay casos en que no existe estrechez pélvica de la madre y el feto ocupa una posición adecuada, de tal manera que el nacimiento se produce por vía vaginal.

La duración del parto natural depende de la intensidad de las contracciones, la amplitud del canal uterino y la resistencia de las partes blandas (en caso de primíparas hasta 20 horas; en caso de multípara, con frecuencia en pocas horas).

Los procedimientos quirúrgicos que se utilizan cuando se presentan complicaciones son la cesárea y el fórceps.

La cesárea se lleva a cabo cuando el parto vaginal no es posible, produciéndose el nacimiento del niño a través de una incisión quirúrgica en las paredes del abdomen.

Los partos por cesárea de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, durante los años de estudio representan un porcentaje significativo. Así, en 1998 fue de 32,32%, que representa a un total de 32, disminuyendo para los años 1999 y 2000, con 27,97% que representa un total de 26 y 22,10%, equivalente a 21, respectivamente; de tal manera que 79 adolescentes dieron a luz por cesárea durante el período 1998 – 2000, lo que representa el 27,52%. (Ver Cuadro N° 10).

Los fórceps son una especie de pinzas grandes que se encajan a los lados de la cabeza del/de la niñ@, a la altura de las orejas. Los médicos suelen ayudarse con estas pinzas cuando la cabeza del feto no consigue seguir descendiendo por la pelvis de la madre o cuando el/la bebé se presenta de nalgas o en posición posterior (Coll, 2000:556).

Se considera que el parto natural es beneficioso para el/la niñ@ desde el

punto de vista físico y afectivo, influyendo positivamente en el desarrollo futuro.

En el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, el tipo de parto que predominó durante el período 1998–2000 fue el natural; así, para el año 1998 fue de 63, para un porcentaje de 64,64%, aumentando en 1999 a 67, que representa un 72,04% y a 70, equivalente a 73,78% para el año 2000, lo cual significa que, de un total de 287 adolescentes embarazadas, 200 dieron a luz en forma natural para el período de estudio, lo que representa un 69,69% (Ver Cuadro N° 10). Esta situación se puede explicar si se toma en consideración el resultado de algunos estudios acerca del parto, realizados por la Doctora Ana Coll. También, es posible que no se haya presentado una desproporción entre el feto y la pelvis de esas adolescentes, de tal manera que, pudieran dar a luz en forma natural.

Sin embargo, hay casos donde se hace necesario la utilización de procedimientos quirúrgicos, porque en las adolescentes hay mayor incidencia de estrechez pélvica, por inmadurez o desarrollo óseo-muscular incompleto que, producen alteraciones mecánicas en el parto y la incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto.

Una de las diferencias del parto en las adolescentes está referida a la estrechez pélvica, por inmadurez o desarrollo óseo muscular incompleto, con las consiguientes alteraciones mecánicas en el parto, y en consecuencia mayor número de intervenciones quirúrgicas (cesáreas y fórceps) en el mismo. Sin embargo, en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, el tipo de parto que predominó fue el natural. Así, de un total de 287 adolescentes embarazadas, 200 dieron a luz en forma natural, 79 dieron a luz por cesárea y 8 lo hicieron a través del fórceps.

El uso del fórceps fue más limitado en los partos de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”. En el período de estudio, el porcentaje que de 3,04%, que equivale a 4 para 1998; para 1999 no se aplicó este procedimiento y para el año 2000 fue de 4,12%, que representa un total de 4. Esto significa que solamente 8 adolescentes embarazadas durante los años 1998 y 2000 dieron a luz a sus hij@s a través del fórceps, lo que se traduce en un porcentaje de 2,79%.

(Ver Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10  
Tipos de Parto de las Adolescentes Embarazadas  
(Distribución Absoluta y Porcentual)

Tipo de parto	1998		1999		2000	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Natural	63	64,6	67	72,04	70	73,78
Cesárea	32	32,3	26	27,96	21	22,10
Fórceps	4	3,0	-	-	4	4,12
No informó	-	-	-	-	-	-
Total	99	100	93	100	95	100

Fuente: Datos recopilados por la autora en las Historias Médicas del SAHUAPA (mayo-junio de 2005) y del Hospital "Virgen del Valle" de Araya (agosto-septiembre de 2005).

El procedimiento por cesárea es más utilizado, ya que no representa ningún riesgo para el/la niño/a; es sencilla y tiene una duración breve; en ella se emplea una dosis pequeña de anestesia que no afecta a la/s recién nacido/s.

El fórceps no es muy recomendable porque los partos son de más larga duración, además de los efectos negativos que pueden tener sobre el/la niño/a y la madre, ya que de por sí aumentan las posibilidades de desgarre. Sin embargo, se aplica cuando las adolescentes presentan un descontrol importante en el período expulsivo, por la falta de pujos graduados y dirigidos en forma adecuada.

## CONCLUSIONES.

Cuando el embarazo ocurre en la etapa de la adolescencia acarrea una serie de consecuencias negativas en la vida de la joven madre, en su salud, en la de sus hij@s, su familia, en el ambiente y en la comunidad en su conjunto.

Se comprobó que las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” quedan embarazadas en edades tempranas, en los periodos de 16-19 años; sin embargo, existe un pequeño porcentaje de adolescentes embarazadas con edades inferiores a la mencionadas; situación que pudo ser originada por una menarquía temprana que estimula a las adolescentes a tener relaciones sexuales sin tomar en consideración las consecuencias que este acto pueda acarrear.

Ahora bien, un porcentaje alto de las adolescentes embarazadas del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” viven casadas. En este estudio observamos: 38,38% para 1998, 38,70% para 1999 y 36,84% para el año 2000. Así, estas parejas deciden casarse, generalmente obligados por los padres y por cumplir con los preceptos de su cultura. En otros casos, las jóvenes embarazadas permanecen solteras, porque el padre de la criatura no asume la responsabilidad que le corresponde; por lo tanto, deben asumir solas las dificultades que representa la maternidad y la crianza de su hij@. En esta investigación se pudo constatar: 42,43% para 1998, 25,80% para 1999 y 18,94% para el año 2000. Sin embargo, se pudo observar que, un porcentaje considerable de adolescentes embarazadas conviven con su pareja, pero sin el vínculo matrimonial; así para 1998, el porcentaje fue de 19,19%, para 1999, de 35,50 % y para el año 2000 de 44,22%. En este caso, la adolescente se une libremente a su compañero sentimental por la presión de la familia, ya que no quieren responsabilizarse, de los cuidados que requiere el/la niñ@.

Además, los datos obtenidos ponen de manifiesto el bajo nivel de instrucción formal de las adolescentes embarazadas de este municipio, ya que el mismo se ubica entre primaria y secundaria. Así, para los años 1998-2000 el nivel de

primaria representaba los mayores porcentajes: para 1998 un 49,49%, para 1999 un 40% y para el año 2000 42,41%. En relación con el nivel de secundaria se observó el siguiente comportamiento: 39,39% para 1998, 49,46% para 1999 y 46,15% para el año 2000. Es importante señalar que, de un total de 126 adolescentes ubicadas en el ciclo básico para el periodo 1998-2000, solo 26 prosiguieron hacia el ciclo diversificado. Esta situación es muy significativa por la alta deserción escolar, y que pudo ser originada por un aumento en la cifra de embarazo.

Así mismo, la ocupación de las adolescentes embarazadas del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” se ubica en oficio del hogar, como consecuencia de la poca preparación alcanzada y por las limitaciones propias del embarazo; así, no les queda otra alternativa, sino en quedarse en el ámbito de lo privado cumpliendo con sus obligaciones hogareñas.

El embarazo a temprana edad afecta el desarrollo personal de las adolescentes, cambiando de una manera radical su expectativa de vida, ya que reemplaza sus metas personales como educación y trabajo por el cuidado o mantenimiento de sus hij@s.

Ahora bien, la edad de la menarquía de las adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” fue mayoritariamente entre 12 y 13 años de edad, factor que permitió el inicio temprano de las relaciones sexuales de estas adolescentes. Este estudio reveló la sexarquía entre 14-15 y 16-17 años, aunque un porcentaje menor se inició sexualmente con edades superiores e inferiores que las mencionadas.

Por otra parte la investigación reveló un aumento en la tasa de fecundidad, en las adolescentes de 18 a 19 años con dos gestas. En este caso se pudo observar lo siguiente: 5,05% para 1998, 16,13% en 1999 y 12,63% para el año 2000. Así mismo, en el año 2000 hubo un grupo de adolescentes, con edades comprendidas entre 18 a 19 años con tres gestas, con un porcentaje de 4,21%. Así, las madres que se embarazan en la adolescencia tienen más probabilidad de procrear un mayor número de hij@s y aun menor espaciamiento, en relación con

las que lo hicieron a una edad adulta.

En lo que se refiere a la asistencia al control prenatal de las adolescentes embarazadas, se pudo observar que son pocas las que asisten a dicho control una vez que están embarazadas; así, de un total de 287, solamente 114 controló su embarazo y 173 no lo hizo.

El Estado venezolano ha mostrado interés ante la problemática del embarazo adolescente, y esto se evidencia con la creación de Ministerios, programas y políticas sociales, entre otros; sin embargo la alta incidencia de embarazos y maternidad en adolescentes continúa siendo motivo de preocupación en nuestro país.

## RECOMENDACIONES.

Se recomienda:

Dictar talleres a los padres y representantes de los estudiantes de todos los subsistemas educativos, donde se enfoque la importancia de la educación sexual en la prevención del inicio de la actividad sexual a temprana edad; de esta manera, ellos estarían preparados para orientar adecuadamente a sus hij@s.

Aplicar en las Instituciones Educativas, Proyectos Educativos Integrales Comunitarios (PEIC) y Proyectos de Aprendizajes (P.A), enfocados en la problemática del embarazo en adolescentes, que permita identificar los factores de riesgo y desarrollar los factores de prevención en esta problemática.

En vista que el embarazo adolescente es un problema que afecta negativamente a las jóvenes, a sus hij@s y a la comunidad en general; las instituciones educativas, los servicios asistenciales, las organizaciones gubernamentales y las no gubernamentales encargadas de buscarle solución a este problema, deben integrar sus esfuerzos para prevenir embarazos en esta etapa de la vida.

La creación de un centro de atención a l@s adolescentes en el Hospital “Virgen del Valle” de Araya con la finalidad de orientarl@s en aspectos concernientes a sexualidad, paternidad responsable, métodos anticonceptivos, prevención de ITS y salud reproductiva.

Promover actividades culturales, deportivas y recreacionales en las instituciones encargadas para este fin en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, como la Casa de la Cultura “Ángel Hernández” de Araya, Museo “Cruz Salmerón Acosta en Manicuaire, Mini deportivo Araya, entre otras; con el fin de que se afiancen los valores y desarrollen habilidades de l@s niñ@s y adolescentes, que permita su participación en el quehacer comunitario, como factor de prevención

del embarazo adolescente.

Los organismos del Estado que atienden la problemática del embarazo adolescente, deben coordinar acciones con los Consejos Comunales de las comunidades, tales como charlas y talleres, dirigidos a la población adolescente, a fin de coadyuvar a la prevención y erradicación del problema.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ALARCON, I. y GONZALEZ, G. (1997): Comportamiento Sexual en Adolescente  
Mujeres de la Ciudad de Lima. XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción.
- ÁLVAREZ, Sandra. (1999): “Embarazo en la adolescencia en los Liceos Diversificados Públicos de Cumaná”. Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.
- AMAYA, Iris J. y BRITO, Vivina. (1996, Diciembre): “El docente como orientador de los adolescentes en Educación Sexual y su obligatoriedad programática en el octavo grado de Educación, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.
- ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social (1974). El Cid Editor. Caracas.
- AREVALO, Juan. (1961): La adolescencia como evasión y retorno. Edición del Instituto Pedagógico. Caracas.
- ARIAS, F. (2004): El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Epístome. Caracas.
- ASOCIACIÓN VENEZOLANA PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL ALTERNATIVA (AVESA). (1997): Taller: “Ejerciendo una Sexualidad Responsable”.
- BARRERA, F. (1996). El Adolescente Venezolano. Aspectos del Área Sexual. Medicina de Familia.
- BOLÍVAR, R; Tibisay C. (1993). “Incidencia de la Maternidad en el rendimiento de las estudiantes madres en el Núcleo de Sucre de la Universidad de

Oriente”. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

CARRERA, Felipe (1982): El comportamiento sexual del venezolano. Editorial Monte Ávila. Caracas.

CEDEÑO, Miriam. (1998, Noviembre): “Diferencia de Género para obtener los servicios básicos en las comunidades: Guaca, Guatapanare, San Antonio del Golfo, La Peña y Brisas del Mar”. Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

Censo de Población y Vivienda (2001). Fichas Municipales. Instituto Nacional de Estadística. (INE) Cumaná.

Comisión Económica Para la América Latina y el Caribe (CEPAL) (2000): Equidad, desarrollo y ciudadanía: Agenda Económica. Alfaomega. Bogotá

CERRUTI, S. (1995): Sexualidad y Adolescencia: La sexualidad en el contexto de la salud integral del adolescente. Publicación Científica N° 522. OPSTOMS. Washington.

COLL, Ana (2000): El adolescente. (Cap. XXI). Mc. Graw Hill Interamericana. México.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ (CONAPEP) (1995). Problema en la adolescencia.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999). Gaceta Oficial N° 5453 (Extraordinaria). Caracas.

COVA, Novis: SEQUEA, Carmen y JIMÉNEZ, Amarilis (1996, Noviembre): “Estudio del programa materno infantil y del problema del embarazo en

adolescentes desde la perspectiva de género”. Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencia Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

CHAUDARY, Carlos A. (1993, Noviembre): “Factores y riesgos sociales relacionados con el fenómeno del embarazo precoz, estudio realizado en la población de Carúpano, Guiria e Irapa, Estado Sucre durante el año 1990”. Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

DE ACOSTA, O., SANTANA, F. Y ALVAREZ, L (1995): La Salud Reproductiva en Adolescentes: XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Libro de Resúmenes. Cusco, Perú.

DORÉ, R. (2002): “Incidencia de embarazos en adolescentes hasta los 16 años de edad, en las pacientes que acudieron a la consulta prenatal del centro Materno infantil Bicentenario Cruz Rojas. Seccional BOLIVAR. En el periodo de edad correspondiente de julio-diciembre del 2001”. Tesis para ascender a la categoría de profesor agregado, Escuela de Medicina. Universidad de Oriente, Bolívar, Venezuela.

ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGIA GENETICA (1962). Editorial Grijalbo, S.A.Vol.3, México.

ENCUESTA DE POBLACIÓN y FAMILIA (ENPOFAM). (1997).Encuesta de la Población Adolescente del Área Metropolitana de Caracas. Material fotocopiado.

FACIO, Alda (1995): Cuando el género suena cambios trae. Metodología para el análisis del fenómeno legal. La escarcha azul. Caracas.

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (FNUAP). (1997): “Encuentro

de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos”. Caracas. Venezuela.

FUENTES, Moira; MORALES, Leimis; ROMERO, Suriana y TRISERO, José (2005, Mayo): “Diseño y aplicación de un Programa Didáctico, sobre embarazo precoz en Morichalito, Municipio Cedeño, Estado Bolívar”. Ponencia presentada en el XI Festival de la Ciencia, los Pijiguas.

GERENDAS, M. y SILEO, E. (1992). Embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Comisión femenina asesora de la presidencia de la República, Caracas.

GIANNINI, B; Elena (1992): A favor de los niñas. Monte Avila Editores. Caracas.

GISPERT,H. (1998): “Adolescentes: anticoncepción y expresión sexual. Obstetricia y Ginecología”. Caracas. Venezuela.

GRAN ENCICLOPEDIA ILUSTRADA CIRCULO (1984). Plaza y Janes, S.A. Editores. Vol. 6, Barcelona.

GUERRA, F (1994): Nociones Básicas de Educación Sexual. Mc. Graw Hill. Colombia.

GUTIÉRREZ, Dulanto (2000): El Adolescente (Cap. LXX, LXXI, LXXII). Mc Graw Hill Interamericana. México.

GUZMÁN, M., GUILLEN,C., PEREZ,S. y Ruiz, A. (1994): Sexualidad y Embarazo Adolescente en el Sureste de México. XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Libro de Resúmenes. Cusco, Perú.

HERNÁNDEZ, Migdalia y MORENO, A; Elena (1997): “Embarazo Precoz en estudiantes adolescentes en los Ciclos Diversificados del sector público de la ciudad de Cumaná”. Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente, Cumaná, Venezuela.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). (2001). Censo de Población y Vivienda. Cumaná.
- INFORME FNUAP (1998): "Encuentro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos" Caracas, Venezuela.
- LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN AL MENOR Y ADOLESCENTE (1998, Octubre 2). Gaceta oficial de la República de Venezuela, N° 5.266, (Extraordinaria). Caracas.
- MARIN ALFONZO,R. Análisis y Síntesis de los cursos especiales de grado. La educación sexual en el adolescente.1999.
- MERANI, Alberto. Diccionario de Psicología (1974). Ediciones Grijalbo. Barcelona, España.
- MERHEB, Lesme y TINEO, Eladia (1997). "Estudio comparativo sobre la información de las enfermedades de transmisión sexual que tienen los adolescentes del 1<sup>ro</sup> y 2<sup>do</sup> año diversificado de la Unidad Educativa: "Caiguire" (pública) y "Santo Ángel" (privada), Cumaná, Sucre, 1996 – 1997". Tesis de Licenciatura en Trabajo social, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.
- MEROLA, Giovanna (1997): "Embarazo Precoz y Maternidad Adolescente: Intervenciones Institucionales" Consejo Nacional de la Mujer. Caracas.
- MINISTERIO DE LA FAMILIA (M.F), MINISTERIO DE EDUCACIÓN; MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL; INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN (1997): Adolescentes; Sexualidad y Embarazo Precoz. Editorial IMOCA. Caracas.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES (M.E.C.D) (2001): Orientación de prevención integral, sexualidad y salud reproductiva dirigida al adolescente. Edit, Fundainil. Caracas.

- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (M.S.D.S) (2004): “Redes de Atención al Sistema Público Nacional de Salud, en el Marco de las Redes de Promoción de Calidad de Vida”. Caracas.
- NACIONES UNIDAS (1994): Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Informe Final, El Cairo-Egipto, ONU.
- OFICINA CENTRAL DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (OCEI). 1993. Censo Nacional de Población. OCEI. Caracas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). Manual de medicina de la adolescencia. Serie Paltex. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1998): Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. Caracas. Venezuela.
- OTERO, Lourdes y RAMÍREZ, Berenice (2003, Mayo): “Acciones que desarrolla el personal de enfermería en la consulta de prenatal del Ambulatorio de Araya, Estado Sucre. 2do semestre del año 2002)”. Trabajo especial de grado para optar al título de Técnico Superior de Enfermería.
- OVIEDO, C. (1999): Documento base para la formulación concertada de II Plan Nacional de Prevención y Atención del Embarazo Precoz 1999-2004. Material fotocopiado.
- PERÉZ Aguirre, María y Hernández GOMEZ, Milena. Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social del Programa de Medicina Familiar. Ambulatorio Tipo II. La Sabanita. Ciudad Bolívar. 1995.
- PÉREZ, Luz (1992): “Embarazo Adolescente y Trabajo social”. Revista de Trabajo Social. Santiago de Chile Nº 60.
- QUIJADA, Mercedes (1981): “Estudio Socio-económico de las menores de edad embarazadas que han sido estudiadas en el Hospital Universitario

“Antonio Patricio de Alcalá” de la ciudad de Cumaná en el período comprendido entre enero de 1979 a diciembre de 1980”. Tesis de Licenciatura en la Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

RODRÍGUEZ, A y FAJARDO, M. (2000, Junio): “Embarazo en adolescentes, Atención integral en el ambulatorio “El Perú”. Ciudad Bolívar, Venezuela.

SALVAT. S.A. (1993). Enciclopedia Monitor 2<sup>da</sup> edición, Tomo 1, Ediciones Pamplona. Barcelona, España.

SARMIENTO, María del P. (2000, Marzo). “Araya, Sal y Sol y Sexualidad Saludable; una propuesta de Educación Sexual Juvenil”. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Sociología. Escuela de Sociología. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

SILBER, Tomás (2000): El adolescente. (Cap. LXXVIII). Mc Graw Hill Latinoamericana. México.

TAMAYO, Mario (1995): El proceso de investigación científica. Lemusa Noriega Editores. México.

TESTA, L. y MATEUS, C. (1995. “Salud Reproductiva en un grupo de adolescentes con Problemas Psicosociales”. XV reunión de la Asociación latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Libro de resúmenes. Universidad de Chile, Chile.

TORO, J. (2000): Riesgos y Conducción del embarazo en la Adolescente. Ginecología Infantil-juvenil, Vol II. Edit. Ateproca. Caracas, Venezuela.

TORRES, Luisa A; MACERO, Carlos y VOLKNER, Carlos (2002, Febrero). “Conocimiento de Escolares de 6to grado de “La Sabanita (Ciudad Bolívar) sobre Reproducción y Embarazo en Adolescentes”. Tesis de Grado de Médico Cirujano, Escuela de Medicina, Universidad de

Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela.

VALDERRAMA, S. (1992): "Aspectos bio-sociales de la Madre Adolescentes".  
Tesis de Licenciatura en Sociología, Escuela de Ciencias Sociales.  
Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

**ARCHIVOS.**

Archivo del Departamento de Historias Médicas del Hospital “Virgen del Valle” de Araya.

Archivo del Departamento de Historias Médicas del Hospital “Antonio Patricio de Alcalá” de Cumaná.

Material consultado en la Red Electrónica (INTERNET).

AMBROSSI, Rodrigo T. (2005): “Sexualidad y Cultura”. [Página Web en línea]. Consultado el 4 de Julio de 2005 en: <http://www.adolescentesxlavida.com.ar/htm>.

GARITA, Carlos (2005): “Sexualidad en Adolescentes”. [Página Web en línea]. Consultado el 7 de Agosto de 2005 en: <http://www.conductasexual.com.mx>.

VÁSQUEZ, Ángela; SÁNCHEZ, Maribel y DE LA CRUZ, Francisca (2005): “Reproducción Materna del Embarazo Precoz” [Página Web en línea]. Consultado el 8 de Junio de 2005 en: <http://www.documentoscyber/file:/192.168.019.htm>.

## HOJA DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5

<b>Título</b>	<b>Incidencia de Embarazo en las Adolescentes del Municipio “Cruz Salmerón Acosta”, Estado Sucre, en el período 1998-2000.</b>
<b>Subtítulo</b>	

### Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código CVLAC / e-mail</b>	
<b>Alcalá Miriam</b>	<b>CVLAC</b>	4022508
	<b>e-mail</b>	miriamr@hotmail.com
	<b>e-mail</b>	

### Palabras o frases claves:

Género, Sexualidad, Adolescencia, Embarazo Adolescente.

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

### Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Sociología

### Resumen (abstract):

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema social y de salud pública, debido a las implicaciones sociales y la incidencia de complicaciones y resultados desfavorables que trae como consecuencia situaciones adversas que puedan atentar contra la salud tanto de la madre como de su hij@. Este problema se ha incrementado debido a la presencia de algunos factores: pubertad temprana, desconocimiento de salud sexual y de uso de métodos anticonceptivos, actividad sexual precoz, desintegración familiar, drogadicción, alcoholismo, prostitución, delincuencia. Por este motivo surge el interés de estudiar la incidencia de embarazo adolescente en el Municipio “Cruz Salmerón Acosta” Estado Sucre, en el periodo 1998-2000; de allí que se planteó como objetivo general: Determinar la incidencia de embarazo en la adolescente del Municipio “Cruz Salmerón Acosta” y Caracterizar los rasgos generales y de salud de las adolescentes. En cuanto a la metodología empleada, el trabajo representa un estudio documental y la investigación es descriptiva. La población fue de 287 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años y se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio de embarazo de las adolescentes se genera con mayor incidencia en los periodos de 16-17 y 18-19 años; la tendencia es estar casadas, y después prevalece el de solteras; el nivel de escolaridad al momento del parto era primaria y secundaria; respecto a los factores de riesgo de salud vinculados con el embarazo en adolescencia, se pudo comprobar que están relacionados con la edad y la falta de control prenatal. Estos resultados están representados en cuadros con cifras absolutas y porcentuales, permitiendo hacer afirmaciones, negaciones e inferencia sobre el análisis de los datos, y entre las conclusiones se puede señalar la siguiente: son pocas las adolescentes que asisten al control prenatal una vez que están embarazadas.

**Contribuidores:**

A pellid os y Nomb res	ROL / Código CVLAC / e-mail				
D omíng uez Beatriz	ROL	CA <sup>C</sup> <input type="checkbox"/>	AS <sup>A</sup> <input checked="" type="checkbox"/>	TU <sup>T</sup> <input type="checkbox"/>	JU <sup>J</sup> <input type="checkbox"/>
		CVLAC			
		e-mail			
		e-mail			
M ago Evelyn	ROL	CA <sup>C</sup> <input type="checkbox"/>	AS <sup>A</sup> <input type="checkbox"/>	TU <sup>T</sup> <input type="checkbox"/>	JU <sup>J</sup> <input checked="" type="checkbox"/>
		CVLAC			
		e-mail			
		e-mail			
M artínez Dianor a	ROL	CA <sup>C</sup> <input type="checkbox"/>	AS <sup>A</sup> <input type="checkbox"/>	TU <sup>T</sup> <input type="checkbox"/>	JU <sup>J</sup> <input checked="" type="checkbox"/>
		CVLAC			
		e-mail			
		e-mail			

**Fecha de discusión y aprobación:**

Año	Mes	Día
2011	3	17

Lenguaje: SPA

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5**

**Archivo(s):**

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-alcalam.doc	Application/word

**Alcance:**

**Espacial :** Nacional (Opcional)

**Temporal:** temporal (Opcional)

**Título o Grado asociado con el trabajo:** Licenciada en Sociología

**Nivel Asociado con el Trabajo:** Licenciada

**Área de Estudio:** Sociología

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:** Universidad de Oriente



# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU Nº 0975

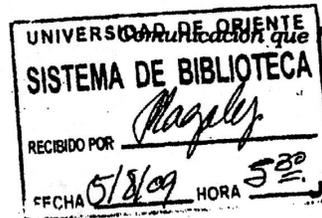
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC Nº 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLANOS CUNVELO**  
Secretario



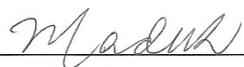
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Derechos:

Yo Alcalá Miriam C.I: 4022508 autorizo a la Universidad de Oriente, la publicación en su totalidad de este trabajo para fines educativos.



Alcalá Miriam



Domínguez Beatriz  
ASESOR



Mago Evelyn  
JURADO 1



Martínez Dianora  
JURADO 2

POR LA COMISIÓN DE TESIS:

