

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

UNIDAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tesis previa a la obtención del título: MAGISTER EN  
POLÍTICA SOCIAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

TEMA:

El Desconocimiento del riesgo a la Transmisión del VIH-sida en las Adolescentes  
Embarazadas que reciben Consejería en la Unidad Metropolitana de Salud Sur 2009-2010

AUTOR:

REA CHICAIZA CRISTINA LUCÍA

DIRECTOR:

DRA. ROXANA SILVA CH.

Quito, Octubre del 2013

## **DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACION DE USO DEL TRABAJO DE GRADO**

Yo, Cristina Lucia Rea Chicaiza autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

-----  
Cristina Lucia Rea Chicaiza  
CC. 170789855-5

## **DEDICATORIA**

Al culminar esta etapa de mi vida, quisiera dedicar este trabajo a todas aquellas personas que hicieron posible este caminar, ya sea con sus conocimientos, apoyo emocional y espiritual. Al grupo de Adolescentes que incondicionalmente pusieron su confianza en mí, con sus cálidas almas y sus ojos inocentes hicieron que naciera la curiosidad de conocer y aprender de cada una de ellas; en el afán de llegar a entenderlas.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a Dios que me ha permitido seguir con vida y poder culminar esta etapa de preparación.

A la Dra. Roxana Silva, que con sus conocimientos, tiempo y paciencia ha sido posible terminar felizmente con este trabajo.

A mi familia por su apoyo y comprensión incondicional en todo momento.

A mis amigas/os que están siempre a mi lado dándome ánimo para seguir adelante, especialmente a Freddy y Fanny.

Un agradecimiento muy especial a Daniel Llanos que con su ayuda, orientación y tiempo supo guiarme adecuadamente.

## ÍNDICE

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD .....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMEINTOS.....	4
RESUMEN .....	14
ABSTRATC .....	15
SIGLAS .....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO I.....	23
1. MARCO TEÓRICO .....	23
1.1 MARCO CONCEPTUAL .....	23
1.2 MARCO INSTITUCIONAL .....	29
1.2.1 Misión .....	30
1.2.2 Visión.....	30
1.2.3 OBJETIVO GENERAL.....	31
1.2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
1.3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	32
1.3.1 TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
CAPÍTULO II.....	34
2. MAGNITUD DE LA EPIDEMIA EN EL ECUADOR .....	34
2.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD:.....	34
2.2 RECONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS O SERVICIOS EXISTENTES Y SU CAPACIDAD DE RESPUESTA ACTUAL FRENTE A LA SITUACIÓN DETECTADA: .....	35
2.3 RESPUESTA PROGRAMÁTICA AL VIH-sida Y ACCESO UNIVERSAL .....	37
2.4 ASOCIACIÓN ENTRE VIH E ITS Vs. ADOLESCENTES .....	39
2.4.1 INFECCIÓN POR EL VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).....	40

2.4.2 Vías de transmisión:.....	41
2.4.3 Vías de no transmisión.....	41
2.4.4 El periodo de ventana .....	42
2.4.5 Historia Natural de la Enfermedad .....	42
2.4.6 Concepto de Enfermedad de Transmisión Sexual .....	42
CAPÍTULO III .....	47
3. CONSEJERÍA .....	47
3.1 Definición de la Consejería.....	47
3.1.1 Principios básicos de la consejería: .....	48
3.1.2 Aptitudes del Consejero:.....	50
3.2 Función del Consejero .....	50
3.3 CONSEJERÍA EN GRUPOS ESPECIALES .....	53
CAPÍTULO IV .....	56
4. DERECHOS HUMANOS Y VIH/sida.....	56
4.1 Principios de los Derechos Humanos .....	56
4.2 DERECHOS HUMANOS Y MARCO LEGAL .....	58
4.2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008 .....	58
4.2.1.1 DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA: .....	58
4.2.1.2 SOBRE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:.....	59
4.3 TRATADOS Y CONVENCIONES INTERNACIONALES .....	59
4.4 LEY ESPECIAL .....	60
4.5 DECRETOS EJECUTIVOS Y ACUERDOS MINISTERIALES .....	61
4.6 POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES .....	62
CAPÍTULO V .....	64
5. SEXUALIDAD.....	64
5.1 Salud Sexual y Reproductiva.....	65

5.2 Derechos de Salud Sexual y Reproductiva .....	66
5.2.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS .....	66
5.2.2 DERECHOS SEXUALES .....	67
5.2.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS .....	67
CAPÍTULO VI .....	69
6. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010.....	69
6.1.- DATOS PERSONALES .....	69
6.1.1 EDAD .....	69
6.1.2 ESTADO CIVIL .....	70
6.1.3 INSTRUCCIÓN.....	71
6.1.4 OCUPACIÓN .....	72
6.2.- SEXUALIDAD .....	73
6.2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa? .....	73
6.2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse? .....	74
6.2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada? .....	75
6.2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos? .....	76
6.3.CONOCIMIENTO.....	77
6.3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA? .....	77
6.3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?.....	78
6.3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida? .....	79
6.3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?.....	80
6.3.5.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos? .....	81
6.3.6. ¿La calidad y cantidad de la información en consejería fue? .....	82
6.3.7. ¿Si recibieron la información en consejería fueron o no modificados sus comportamientos sexuales de riesgo?.....	83

6.4 PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE NO RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010.....	84
6.4.1.- DATOS PERSONALES .....	84
6.4.1.1 EDAD .....	84
6.4.1.2 ESTADO CIVIL .....	85
6.4.1.3 INSTRUCCIÓN.....	86
6.4.1.4 OCUPACIÓN .....	87
6.4.2.- SEXUALIDAD .....	88
6.4.2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa? .....	88
6.4.2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse? .....	89
6.4.2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada?.....	90
6.4.2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos? .....	91
6.4.3. CONOCIMIENTOS .....	92
6.4.3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA? .....	92
6.4.3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?.....	93
6.4.3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida? .....	94
6.4.3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH? .....	95
6.4.3.5.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos? .....	96
6.4.3.6. ¿Les gustaría recibir información sobre el VIH-sida? .....	97
6.4.3.7. ¿Por qué medio le gustaría recibir información del VIH-sida? .....	98
6.5. ANALISIS COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO.....	99
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	105
Con estos antecedentes se puede contribuir a profundizar el análisis y a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas, y se hace imprescindible generar apoyo en los procesos de reforma del sector salud, otorgando a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes. ....	105



CONCLUSIONES.....	107
RECOMENDACIONES .....	112
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	114
BIBLIOGRAFIA .....	117
ENTREVISTA 1 .....	121
ENTREVISTA 2 .....	123
ENTREVISTA 3 .....	126
ANEXO 1 .....	128
ENCUESTA REALIZADA A LAS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	128
ANEXO 2 .....	131
ENCUESTA REALIZADA A LAS ADOLESCENTES QUE NO RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	131

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

GRÁFICO N°1 Edad .....	69
GRÁFICO N°2 Estado civil .....	70
GRÁFICO N°3 Instrucción .....	71
GRÁFICO N°4 Ocupación.....	72
GRÁFICO N°5 ¿A qué edad inició su vida sexual activa? .....	73
GRÁFICO N°6 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse? .....	74
GRÁFICO N°7 ¿A qué edad se quedó embarazada? .....	75
GRÁFICO N°8 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos? .....	76
GRÁFICO N°9 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA? .....	77
GRÁFICO N°10 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida? .....	78
GRÁFICO N°11 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida? .....	79
GRÁFICO N°12 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?.....	80
GRÁFICO N°13 ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos? .....	81
GRÁFICO N°14 ¿La calidad y cantidad de la información en consejería fue? .....	82
GRÁFICO N°15 ¿Si recibieron la información en consejería fueron o no modificados sus comportamientos sexuales de riesgo?.....	83

### PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE NO RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

GRÁFICO N°16 Edad .....	84
GRÁFICO N°17 Estado civil .....	85
GRÁFICO N°18 Instrucción .....	86
GRÁFICO N°19 Ocupación.....	87
GRÁFICO N°20 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa? .....	88
GRÁFICO N°21 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse? .....	89
GRÁFICO N°22 ¿A qué edad se quedo embarazada? .....	90

GRÁFICO N°23 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?.....	91
GRÁFICO N°24 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA? ..	92
GRÁFICO N°25 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida? .....	93
GRÁFICO N°26 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida? .....	94
GRÁFICO N°27 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?.....	95
GRÁFICO N°28 ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos? .....	96
GRÁFICO N°29 ¿Les gustaría recibir información sobre el VIH-sida?.....	97
GRÁFICO N°30 ¿Por qué medio le gustaría recibir información del VIH-sida?.....	98

## ÍNDICE DE CUADROS

### PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

CUADRO N°1 Edad.....	69
CUADRO N°2 Estado civil.....	70
CUADRO N°3 Instrucción.....	71
CUADRO N°4 Ocupación .....	72
CUADRO N°5 ¿A qué edad inició su vida sexual activa?.....	73
CUADRO N°6 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?.....	74
CUADRO N°7 ¿A qué edad se quedó embarazada?.....	75
CUADRO N°8 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?.....	76
CUADRO N°9 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?.....	77
CUADRO N°10 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida? .....	78
CUADRO N°11 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?.....	79
CUADRO N°12 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH? .....	80
CUADRO N°13 ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos?.....	81
CUADRO N°14 ¿La calidad y cantidad de la información en consejería fue?.....	82
CUADRO N°15 ¿Si recibieron la información en consejería fueron o no modificados sus comportamientos sexuales de riesgo?.....	83

### PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE NO RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

CUADRO N°16 Edad.....	84
CUADRO N°17 Estado civil.....	85
CUADRO N°18 Instrucción.....	86
CUADRO N°19 Ocupación .....	87
CUADRO N°20 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?.....	88
CUADRO N°21 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?.....	89
CUADRO N°22 ¿A qué edad se quedó embarazada?.....	90

CUADRO N°23 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?.....	91
CUADRO N°24 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?... 92	
CUADRO N°25 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida? .....	93
CUADRO N°26 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?.....	94
CUADRO N°27 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH? .....	95
CUADRO N°28 ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos? .....	96
CUADRO N°29 ¿Les gustaría recibir información sobre el VIH-sida? .....	97
CUADRO N°30 ¿Por qué medio le gustaría recibir información del VIH-sida?.....	98

# **EL DESCONOCIMIENTO DEL RIESGO A LA TRANSMISIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR 2009-2010**

## **RESUMEN**

“Identificar el nivel de desconocimiento de las adolescentes embarazadas de contraer el VIH- sida, que reciben Consejería en la Unidad Metropolitana de Salud Sur en el periodo comprendido de Marzo del 2009 a Marzo del 2010, con el propósito de realizar intervenciones para la prevención”. Con este planteamiento del Objetivo de la investigación, el trabajo se propone realizar un estudio que ayude a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas como: embarazos precoces, de ITS y VIH-sida. Se hace imprescindible generar apoyo en los procesos de reforma del sector salud, otorgando a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes.

Al iniciar la atención de Consejería de VIH-sida en el 2007 en la Unidad Metropolitana de Salud Sur, el desconocimiento existente sobre esta enfermedad era evidente en la población en general, y más aún en las adolescentes embarazadas donde prevalecía el miedo y la vergüenza de hablar de sexo (era como lo conceptualizaban).

Las adolescentes son especialmente vulnerables a adquirir enfermedades de transmisión sexual, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niñas/os pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, psicológico y emocional es incompleto. De tal manera que existen diferentes necesidades y demandas para su salud sexual y reproductiva.

Las/os adolescentes deben adquirir un conocimiento de su cuerpo como elemento de su autoestima y punto de partida para cuidar su salud. Por otra parte, los espacios de intercambio, de diálogo y los programas sobre educación sexual son un avance trascendental para la formación integral de las adolescentes, con un enfoque participativo familia, comunidad y centros educativos, acoplados a un marco legal desde la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, creando ambientes amigables de Consejería en los centros de Salud.

Palabras clave: Adolescentes, Embarazo, Información.

**LACK OF KNOWLEDGE OF THE RISK OF TRANSMISSION OF HIV-AIDS IN  
PREGNANT ADOLESCENTS RECEIVING COUNSELING IN THE  
METROPOLITAN UNIT SOUTHERN HEALTH 2009-2010**

**ABSTRACT**

"Identify the level of ignorance of pregnant adolescents from HIV - AIDS, undergoing counseling in metropolitan southern health unit in the period from March 2009 to March 2010, with the purpose of carrying out interventions for preventing". With this approach to the objective of the research, the work intends to conduct a study that will help to identify effective, equitable and pragmatic policies to address such complex issues as: early pregnancies, STIs and HIV / AIDS. It is essential to generate support in the process of reform of the sector health, providing sexual and reproductive health and rights-related activities of the adolescents.

To start the attention of Ministry of HIV - AIDS in 2007 in metropolitan southern health unit, the existing lack of knowledge about this disease was evident in the population in general, and even more in pregnant adolescents where prevailing fear and the shame of talking about sex (it was like they conceptualized).

Adolescent girls are especially vulnerable to sexually transmitted diseases, since they are in a transition period in which no longer girls and boys, but they did not reach adulthood, their social, psychological and emotional development is incomplete. In such a way that there are different needs and demands for their sexual and reproductive health.

The teenagers must acquire knowledge of their body as element of self-esteem and starting point to take care of your health. Moreover, the spaces of Exchange, dialogue and programs on sex education are a momentous breakthrough for the integral formation of adolescent girls, with a participatory approach, family, community and educational centers, coupled with a legal framework from the defense of sexual and reproductive rights, creating friendly atmospheres of counseling in health centre's.

Key words: adolescents, pregnancy, information.

## SIGLAS

COMPINA	Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia
CONASIDA	Comisión Nacional del Sida
CIAME	Centro de Investigación y Apoyo al Migrante Ecuatoriano
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CIPEA	Comité Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MDMQ	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
NNA	Niños Niñas y Adolescentes
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA
PRONESA	Programa Nacional de Educación Sexual y el Amor
PNS	Programa Nacional del Sida
PNDH	Plan Nacional de Derechos Humanos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSDSR	Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
PTM	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVVS	Personas que Viven con VIH-sida
SIJOVEN	Sistema de Indicadores de Juventud
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
UMSS	Unidad Metropolitano de Salud Sur
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Salud Sexual y Reproductiva



## INTRODUCCIÓN

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) más de la cuarta parte de la población mundial (1.200 millones de personas) tiene entre 10 y 24 años de edad y esta cifra va en aumento de acuerdo a los estudios realizados del UNFPA (2003). Esto nos indica que los grupos de adolescentes están siendo los más numerosos y por ello debemos prestar y desarrollar políticas públicas direccionadas a la atención de este grupo. Sumado a ello, la pubertad está ocurriendo a una edad más temprana en los niños y niñas<sup>1</sup> por lo que la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en una prioridad mundial, generando iniciativas direccionadas a la atención prioritaria por parte de los diferentes gobiernos. “Comparado con cualquier otro grupo etario, los y las adolescentes sexualmente activos/as tienen las tasas más altas de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH”.<sup>2</sup>

A pesar de que la enfermedad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) tiene más de dos décadas de existencia en nuestro país, según el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH-sida y el Ministerio de Salud Pública, sigue el incremento de las personas infectadas. En el 2007 se notificaron 2413 casos nuevos de los cuales, 1858 son VIH positivo y 555 se clasificaron como casos de sida. Pese a las acciones tomadas a nivel nacional y local. Son preocupantes los casos nuevos que se registran en grupos poblacionales jóvenes como son los comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, por lo que se necesita impulsar la prevención.

La ciudad de Quito cuenta con más de 2 millones de habitantes, de los cuales, el 33% son niños, niñas y adolescentes;<sup>3</sup> siendo la segunda ciudad más afectada por esta enfermedad, el Municipio considera una prioridad combatir este flagelo.

En este contexto, el número de nuevos casos de infectados refleja la velocidad con la que se propaga la epidemia, y es un indicador que nos habla de las necesidades de atención sanitaria y social ante el peligro de ir sumando nuevas transmisiones por la existencia de prácticas de riesgo que se están asentando en el país.

---

<sup>1</sup> SENANAYAKE, P, (1990), *Adolescent fertility*, Oakland, California: Third Party Publishing.

<sup>2</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2004), *State or World Population 2004: The Cairo consensus at ten-population, reproductive health and the global effort to end poverty*.

<sup>3</sup> Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, (2006), *Censo de niñez callejizada*, Secretaría de Desarrollo Social del MDMQ. Quito-Ecuador.

Siendo los gobiernos locales quienes tienen mayor cercanía con la población, incluida la población en mayores condiciones de vulnerabilidad, ellos están en la posibilidad de desarrollar estrategias integrales que ayuden a prevenir y mitigar los efectos de la epidemia.

El Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de los/as adolescentes a recibir información y educación en sexualidad, salud sexual y reproductiva (PRONESA)<sup>4</sup>, pero existen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación de la sexualidad, ya que los/as adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual.

La situación se complejiza enormemente al constatar que en el Ecuador, según datos de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y del Observatorio de los Derechos de la niñez y adolescencia (2002-2003), el índice de cumplimiento de los derechos no llega ni a un magro 4/10, considerando todas las edades de infancia y adolescencia.

La adolescencia es un proceso de transición entre la niñez y la edad adulta, que está marcada por una serie de cambios emocionales, físicos y sociales profundamente definitorios para su vida. De tal manera que existen diferentes necesidades y demandas para su salud sexual y reproductiva que deben ser tomadas en cuenta por los servicios de atención en salud. En este sentido las adolescentes tienen que ser reconocidas como sujetos de derecho, con necesidades de información, con capacidad para recibir una atención adecuada en lo que se refiere a su salud sexual y reproductiva, a fin de lograr poco a poco que tomen sus propias decisiones en relación a una sexualidad responsable.

Podemos plantear una pregunta central para esta investigación que debe ser orientada en este sentido y sería la de conocer si ¿la falta de información existente en los adolescentes referente a la sexualidad, les expone al riesgo de adquirir el VIH-sida? A través de estos aportes investigativos, será posible promover una reflexión de las necesidades de las adolescentes en relación a su salud.

De esta manera surgen las hipótesis de la investigación:

H1.- Siguiendo modelos positivos de conductas y teniendo oportunidades de ser informados, podrán cambiar la trayectoria del VIH-sida.

---

<sup>4</sup> Programa Nacional de Educación Sexual y el Amor, (2000), Quito-Ecuador.

H2.- Brindándoles a las adolescentes la capacitación y servicios oportunos conseguiremos disminuir el incremento de la enfermedad.

“El Ecuador es un país diverso multicultural y multiétnico de grandes contrastes pero también de grandes limitaciones sociales donde identificamos desigualdad al acceso a la educación, a la salud y prácticas de exclusión por razones de género, de edad y sociales”.<sup>5</sup> Es quizá por esta razón que la mayoría de casos identificados en el Ecuador de VIH no reciben una atención adecuada en salud, la educación es excluyente y la sociedad estigmatiza y discrimina a la persona que puede ser portador del virus. En la consejería se pudo apreciar primeramente que la información no era la adecuada o desconocían sobre esta enfermedad, basándose en lo que escuchan, piensan y viven en el entorno.

El rol de género, “el género es una construcción social de ideas que define los papeles, sistemas de creencia y actitudes, valores y expectativas de los hombres y de las mujeres”, se estructura a partir de lo que la sociedad, la cultura, la clase social, el grupo étnico y el nivel generacional de las personas establecen; esto condiciona papeles y limita potencialidades humanas al estimular o reprimir comportamientos en función al rol esperado por la sociedad, especialmente en la infancia y adolescencia. En la actual sociedad ecuatoriana se identifica personas cuya identidad sexual, atracción y conductas o comportamientos no son acordes a grupos heterosexuales sino que existe diversidad sexual de grupos llamados gais, lesbianas, bisexuales, y personas transgénero (GLBT).<sup>6</sup> Al desarrollarse otras identidades sexuales estos grupos se exponen a muchas enfermedades de transmisión sexual sino se concientiza la importancia de la protección en cada relación sexual.

“EL Virus de Inmunodeficiencia Humana afecta, con mayor fuerza, a los países más pobres y, en ellos, a las personas que están en su etapa de vida más productiva. Al hacerlo, incrementa los niveles de pobreza y revierten las oportunidades para alcanzar el desarrollo”.<sup>7</sup> El Ecuador se encuentra inmerso en un contexto de modernización, la historia de la humanidad va cambiando de acuerdo con las circunstancias tales como la época y las costumbres. La pobreza extrema es una condición inaceptable que afecta a millones de ecuatorianos y ecuatorianas los mismos que, al no poder ejercer sus derechos económicos, sociales y culturales, ven deteriorarse su calidad de vida y su estado de salud, el

---

<sup>5</sup> MARTIN, Paul, (2003), *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia*, UNICEF. Quito- Ecuador.

<sup>6</sup> Fundación Ecuatoriana Equidad, (2008), *Salud Sexual GLBT; ITS y VIH*. Quito-Ecuador.

<sup>7</sup> GREENER, R, (2004), *Impacto del VIH-SIDA en la pobreza y la desigualdad*, Macroeconomía del VIH-sida. Washington, DC: Fondo Monetario Internacional.

ahondamiento de la pobreza y el éxodo masivo ha destruido el tejido social y por ende, ha fomentado la discriminación y violación de los derechos humanos. En la actualidad se está socializando sobre los derechos existentes en todos los ámbitos, ya que por mucho tiempo han sido ignorados por el propio ser humano al no sentirse capaz de reclamar por sus derechos.

En el 2005, el 4% del total de la población y el 8,5% de la población económicamente activa (PEA), es decir, más de medio millón de ecuatorianos (58% mujeres) habían salido del país por razones laborales.<sup>8</sup> Estos acontecimientos también generaron una situación permanente irreversible o poco reversible, que cambiaron drásticamente el entorno de los niños, niñas y los/as adolescentes y con ello su existencia de vida, provocando rupturas en el crecimiento biosocial o bien en el ajuste a condiciones nuevas. Estos grupos etarios son importantes por el crecimiento de la infección, el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/sida e ITS (PNS) reporta una prevalencia del 4.3%, para el rango 15-19 años y del 19.4%, para el de 20-24 años; sumando el 23.7% en los jóvenes de 15 a 24 años, para el 2004 y el 25.3%, para el 2005. De acuerdo a estos datos podemos suponer que la alta prevalencia se halla en la edad en la que, el hombre y la mujer entran de lleno en su etapa reproductiva, lo que no solo pone en riesgo de infectarse a los adolescentes y mujeres jóvenes, sino también a su descendencia (transmisión vertical) durante el embarazo, parto y lactancia.

Los/as adolescentes deben adquirir un conocimiento de su cuerpo como elemento de su autoestima y punto de partida para cuidar su salud. Pero sin información y apoyo emocional, el inicio de la sexualidad a temprana edad expone a los adolescentes a enfermedades y al embarazo precoz. La salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como el derecho a decidir la oportunidad y frecuencia de la reproducción. El asumir la salud, la sexualidad y la reproducción como derechos es uno de los desafíos de la adolescencia. En el Código de la Niñez y Adolescencia en su Art. 45.- Derecho a la información consigna el derecho de los niños, niñas y adolescentes “a buscar información” al tiempo que el Estado, la sociedad y la familia tienen el deber de “asegurar una información adecuada, veraz y pluralista”.

---

<sup>8</sup> CIAME – UTPL, (2005), *El proceso migratorio en el Ecuador*, Quito-Ecuador.  
<http://cedoc.cies.edu.ni/general/FIPALRVIH/Docs/Documentos%20importantes/Planes%20Nacionales/Ecuador.pdf>

“Aunque son escasos los estudios que lo fundamentan, la cultura machista, la religión, los falsos moralismos, los mitos y tabúes y las políticas conservadoras, pesan sobre la realidad del comportamiento sexual de la juventud, los pone en un alto riesgo de infectarse”.<sup>9</sup> Ante estos aspectos podemos manifestar que las adolescentes que recibían consejería señalaban tener “vergüenza” y pasar “malos ratos” al tratar de comprar o adquirir un preservativo, al buscar información, especialmente las más jóvenes (13,14 y 15 años), sintiéndose excluidas, emocionalmente mal, como consecuencia de estas referencias. Pocos son las adolescentes que utilizan el preservativo como método preventivo y cuando lo utilizan su uso está asociado casi exclusivamente para la prevención del embarazo y no para evitar las enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) como el (VIH). Otro problema propio de las relaciones de género es la baja capacidad en las mujeres de negociar el uso del condón, antes de tener o no relaciones sexuales. Al no existir autonomía económica de la adolescente, la adquisición del condón es tarea casi exclusiva de los hombres, situación que coloca a su pareja en una condición de dependencia, ya que las adolescentes en su mayoría estudian, o se dedican a la crianza de sus hijos dependiendo totalmente de sus padres.

Para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres es importante que conozcan y defiendan sus derechos humanos incluidos sus derechos sexuales y reproductivos para asegurar de esta manera una salud sexual y reproductiva exitosa. Asimismo, es necesario que las mujeres tengan la capacidad de tomar decisiones sobre su sexualidad y fecundidad lo que les permitirá alcanzar niveles óptimos en todas las esferas de la sociedad, cuando tengan mayores posibilidades educativas, de empleo y de participación en la vida política, social y cultural.

Las hipótesis planteadas se referían si al tener oportunidades de ser informados y capacitados en lugares adecuados disminuiría el incremento y cambiaría la trayectoria del VIH-sida en la población de adolescentes. Revertir la epidemia es sin duda un reto para alcanzar una sociedad con una esperanza de vida y de calidad de la misma.

La óptica de la atención de la salud de los/as adolescentes y jóvenes va cambiando, hacia una salud que solo puede conseguirse con su activa participación acompañados de sus familias y comunidades, junto a otros esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales.

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito como gobierno seccional articulador y promotor del desarrollo integral del Distrito, a través de la Secretaria de Salud y de sus

---

<sup>9</sup> ROSERO, Rocío, (2005), *Taller sexo forzado y otros factores de riesgo*, Cayambe - Ecuador.

Unidades de Salud, tienen mayor cercanía con la población, incluida la población en mayores condiciones de vulnerabilidad, lo que le da la posibilidad de desarrollar estrategias integrales que ayuden a prevenir y mitigar los efectos de la epidemia.

La investigación en la Unidad Metropolitana de Salud Sur nos va a permitir visibilizar la importancia de generar un proceso de construcción de un sistema de información adecuado, que se convierta en una herramienta útil, para que las realidades reveladas en este estudio puedan ser utilizadas en beneficio de las adolescentes. Permitirá además encontrar los lineamientos adecuados para contrarrestar el desconocimiento del virus y las fuentes de una posible infección, disminuyendo las brechas que existen entre adolescentes que reciben información en consejería con las que no reciben.

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 MARCO CONCEPTUAL

Desde hace poco más de dos décadas el mundo experimentó la aparición de uno de los virus más letales para el ser humano: el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuya extensión y repercusión nos hace enfrentar a la peor pandemia de nuestra era. Esta enfermedad azota al Ecuador, su curva de crecimiento ascendente y vertical (madre a hijo) del virus es cada vez más notoria, convirtiéndose en un problema de desarrollo para el país. “Desde el origen de la epidemia, el estigma asociado al VIH-sida ha conducido a la discriminación y violación a los derechos humanos, causando sufrimiento a las personas viviendo con VIH, sus familias y comunidades” (Ministerio de Salud Pública, 2005).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (ONUSIDA), la discriminación y el estigma asociados al VIH y al sida son los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones. “A pesar de la catástrofe, prevalece el silencio y la acción se ve disminuida debido al estigma, el rechazo y, en última instancia, al miedo de las personas a exponerse al contagio” (ONUSIDA, 2002).

Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocieron la relación entre protección de los derechos humanos y respuesta eficaz al VIH-sida. El respeto a los derechos humanos es indispensable para la eficacia de los programas de prevención y lucha contra el VIH-sida y para garantizar este derecho es vital la participación conjunta y coordinada del Estado, sociedad civil organizada, gremios y la sociedad en general.

“UNESCO habla de las tres caras de la epidemia.

- 1.- La epidemia de la infección por el virus; que penetra silenciosamente y sin llamar la atención.
- 2.- La epidemia del SIDA, cuando ya se producen enfermedades y
- 3.- La epidemia del estigma, discriminación, críticas y rechazo colectivo”.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura, (2003), “Los niños en situación difícil”.

El desconocimiento, el estigma y la discriminación, junto con la falta de definiciones políticas claras explican, en gran parte, la respuesta muy limitada de los servicios de salud y del sistema educativo en general.

El incremento de casos de mujeres, niñas y adolescentes con VIH en los últimos cinco años y tomando como referencia el año 2007, le da una nueva cara a este problema; la epidemia actual del VIH y repercusiones sobre la infancia sigue siendo un elemento básico de las actividades de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para Infancia) en el mundo, y es una de las prioridades del Plan Estratégico Nacional del VIH-sida (2007-2015).

El Ecuador, durante la última década (1998-2008) ha realizado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, de allí surgieron las diferentes acciones de visibilidad y exigibilidad de los mismos, el Marco Legal de la Constitución de la República del Ecuador. Art. 347, numeral 4, atestiguan sobre los progresos en este tema.

A través del Ministerio de Educación el 10 de Enero del 2006, según el Acuerdo Ministerial N° 403, institucionaliza en todos los establecimientos del Sistema Educativo, enfatizando la obligatoriedad de que la temática llegue a los niños/as y adolescentes del país.

Frente a esta problemática, el Estado Ecuatoriano en el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia determina una política para las y los adolescentes, “Alcanzar los mejores niveles de salud y el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos”.

El Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud establece en el Art. 67.- “El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH-SIDA atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales....”.

En el 2002 expide el reglamento para la atención a las personas que viven con el VIH-SIDA, enfatizando en atención especializada con el fin de impulsar la disminución vertical (Madre-Niño) en el país y precautelar el derecho de las personas infectadas para acceder a servicios de salud en forma gratuita.

En el período 2005-2006 frente a la problemática del VIH-SIDA, el Estado Ecuatoriano inicia una respuesta multisectorial con enfoque social de derechos. Así fue que trabajaron el MSP conjuntamente con el Ministerio de Trabajo y Empleo, el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, el CONAMU (denominado así hasta el 2009 y ahora como Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la igualdad



de género), con el apoyo de la Corporación Internacional Española, el PNUD, Plan Internacional, CARE, UGTZ y ONUSIDA.

La clara conciencia, reflejada en los datos estadísticos, de que el VIH-sida tiene también rostro de niñez, ha permitido la alianza estratégica del UNICEF y ONUSIDA, OPS, SAVE THE CHILDRENS para el desarrollo de la campaña mundial, enmarcada dentro de los objetivos del Desarrollo del milenio; con el firme propósito de cambiar la vida de niños/as y adolescentes infectados y/o afectados por el VIH-sida.

Uno de los ámbitos donde se evidencia la discriminación de niños/as y adolescentes es el Sistema Educativo, sobre todo por la presencia de barreras de acceso a la educación vinculada a recursos económicos y calidad educativa para atender niños/as y adolescentes con capacidades especiales.

### **Derechos vulnerables en VIH-SIDA<sup>11</sup>**

Pese a los avances en legislación vigente en el Ecuador, con relación a la defensa y protección de los derechos humanos en su integralidad, en el país, la persistencia de la violación de los derechos de las personas que están viviendo con VIH-sida se ve expresada, principalmente, en los ámbitos de lo laboral, la educación, atención médico-clínico y en el ámbito de la estructura familiar, de un modo sumamente cruel con estigmatización y la consecuente discriminación. Los niños/as y adolescentes son grupos particularmente vulnerables.

**En el campo de la educación.-** Principalmente en la privada, se evidencia la obligatoriedad a estudiantes, sobre la aplicación de la prueba del VIH, como requisito de grado o para ingreso a centros de estudios superiores. La requerida confidencialidad en torno al tema del VIH, como un derecho de todo ser humano y protegido constitucionalmente, se ha violado en múltiples ocasiones, transmitiéndose la información a terceras personas como jefes, directores etc., trascendiendo dicha información al entorno inmediato de la persona afectada y en consecuencia a la exposición pública de la misma.

**En el campo de la salud.-** En el ámbito de la atención en la salud, se puede apreciar el rechazo por parte del personal sanitario hacia las personas que viven con VIH-sida, violando todo compromiso ético frente al paciente, situación que responde más a las

---

<sup>11</sup> [www.laccaso.org/pdls/informe-ecuador-pdl](http://www.laccaso.org/pdls/informe-ecuador-pdl). Informe sobre la situación del VIH-SIDA y Derechos Humanos en Ecuador.

percepciones personales de los profesionales médicos, de enfermeras y paramédicos, que a políticas institucionales de su entidad laboral y que requieren de una especial atención con respecto a la, cada vez, mayor demanda de servicios en dichos centros.

En el enfoque de Derechos Humanos, en la categoría de la salud, se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes y jóvenes; es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud. El concepto de derechos sexuales es reconocido y apoyado por varias Conferencias Mundiales tales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994, El Cairo), la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres (1995, Beijing), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos y la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y Derechos Sexuales.

Uno de los principales problemas relacionados con la salud de la población adolescente y joven, es el tema de la sexualidad y salud reproductiva que se liga a las limitaciones para el acceso a la información y servicios de atención de sus necesidades específicas, en este campo.

“La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y la familia influye decisivamente en la conducta sexual del adolescente” (Sieving y cols. 2002). “Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y los pares, y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes” (SIECUS, 2002).

En materia de conceptualización de los/as adolescentes son varios los problemas teóricos y prácticos con los que nos enfrentamos, de allí que los enfoques con los que se va abordar su análisis sean también diversos. Se ha concluido que el VIH-sida no es exclusivamente un fenómeno biomédico, sino un fenómeno psicosocial, cultural y de conductas individuales; más específicamente, “La falta de conductas apropiadas propaga la epidemia” (di clemente hansen, pontón, 1996).

La adolescencia sería entonces una condición individual natural, que por ser vivida por un ser humano, tiene implicaciones sociales y culturales que es necesario tener en cuenta en las políticas y programas relacionadas con las adolescentes. Para esta perspectiva, “la clave es la variable edad, la cual explicaría las diferencias y variaciones de las actitudes y los

comportamientos de un grupo o categoría social”.<sup>12</sup> El adolescente desde el enfoque antropológico, donde es “visto desde una construcción cultural, relativa en el tiempo y en el espacio”,<sup>13</sup> esto es, los contenidos y transiciones humanas no solo están sujetos a diferencias de sexo, edad, raza, basadas en la naturaleza individual, sino también por condiciones culturales que cada sociedad establece.

Evaluando lo anterior ha sido posible conceptualizar importantes conceptos tales como: representaciones sociales, la compleja dinámica que representa los roles de género, el riesgo y la percepción de riesgo.

Con relación a la conceptualización de la percepción del riesgo, una definición posible y bastante frecuente en la literatura respecto al riesgo percibido, es concebir este constructo con la evaluación que “un sujeto hace de las probabilidades de que un evento adverso ocurra en el futuro y de sus consecuencias posibles” (Barrientos, 1998). Por ello, para estudiar la percepción de riesgo, se debe estudiar las creencias, actitudes, juicios, sentimientos, emociones y valores que las personas tienen o adoptan frente a los riesgos.

En este contexto las acciones de prevención y protección que adopten las personas están compuestas por distintos factores; al asumir que el virus del sida estará presente en nuestras sociedades aún por un largo periodo y que independientemente de la existencia de vacunas y nuevas terapias, “son las conductas las que necesitan ser aprendidas, reforzadas o modificadas, con posibilidad de sostenerse a largo plazo” (CONASIDA, 1999).<sup>14</sup>

Se identifica en el país a los diferentes organismos garantes de los derechos de los niños/as y adolescentes como son: la Constitución Política de la República en el Art.11, 32, 35, 39,44, y 46, garantiza el derecho a tener las mismas oportunidades, a la salud, a la atención integral de salud sexual y salud sexual reproductiva. Prestación de servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El estado promoverá el desarrollo integral de los/as adolescentes y asegura el ejercicio pleno de sus derechos, se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia en el Art. 190 el organismo encargado de garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños/as y adolescentes es el Sistema Nacional Descentralizado de Protección integral de la Niñez y Adolescencia.

---

<sup>12</sup>MALUF, Alejandra, (1995), *Transgresión, Juventud e Institucionalidad*, Quito-Ecuador.

<sup>13</sup>FEIXA, Carlos, (1998), *El Reloj de Arena*, Culturas Juveniles en México. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México.

<sup>14</sup>Comisión Nacional del Sida, (22 de abril de 1987), EEUU.

El Código de la Niñez establece la conformación de los organismos del Sistema de Protección Integral mediante: Consejos Cantonales, Juntas de Protección de Derechos, la Administración de Justicia especializada de niñez y adolescencia, entidades públicas y privadas de atención y otros organismos (como Defensorías Comunitarias y la Política Especializada para niños/as y adolescentes, Defensoría del pueblo) y los Consejos Consultivos del Pueblo. Son organismos integrados por la representación del estado y de la sociedad civil que persiguen fundamentalmente asegurar el cumplimiento de los derechos de los niños/as y adolescentes.

El funcionamiento del Sistema requiere de la participación directa de todos los actores para asegurar una de sus mayores responsabilidades como la de “garantizar el bienestar de la población” y “construir una cultura ciudadana”; esto es, lograr que se reconozcan, respeten, defiendan y exijan el cumplimiento de sus derechos y responsabilidades.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, uno de los Objetivos del Milenio es Combatir el VIH-sida. La Convención sobre los derechos del Niño de 1999 en su Art.6 literal 2.- Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. En este contexto, la Comunidad Internacional ha dado al Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), el mandato de influir en los que toman decisiones en las organizaciones públicas y privadas a nivel nacional y comunitario con el fin de plasmar en la realidad, las ideas más innovadoras que produzcan resultados positivos en beneficios de niños, niñas y adolescentes en el presente y que en el futuro tendrán la posibilidad de asumir las tareas y ser parte de los procesos de transformación social. UNICEF se guía por lo estipulado en la Convención sobre los derechos del niño, ratificada por el Ecuador en el año 1990. En Ecuador según el Censo del 2010, el 37% de la población corresponde a menores de 18 años, esto significa para UNICEF la responsabilidad de acompañar en los esfuerzos nacionales que realiza el Estado y la sociedad ecuatoriana para garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes vean cumplidos y realizados sus derechos.

Desde hace cuarenta años que UNICEF trabaja en el Ecuador compartiendo logros, lecciones y retos con los organismos que se han esmerado en hacer de los niños, niñas y adolescentes sujetos de derechos, especialmente involucrándoles a ellos y ellas en los temas que les atañen.

En el nuevo ciclo del programa de cooperación que se firmó entre el gobierno del Ecuador y UNICEF en el año 2010, se recoge las prioridades sobre las cuales se asienta la

cooperación. Estas prioridades tienen que ver con resultados en salud, educación, protección y políticas públicas a favor de la infancia.

## **1.2 MARCO INSTITUCIONAL**

La presente investigación se desarrolla en la Unidad Metropolitana de Salud Sur del Distrito Metropolitano de Quito, que nace como Patronato Municipal San José Sur allá por el año 1959. Su construcción inicia el 22 de junio de 1965 y fue entregado a los Quiteños el 5 de Diciembre de 1966 con el nombre de Patronato de Amparo Social San José Sur, en la administración del Doctor Julio Moreno Espinoza. En 1970 por la iniciativa de la señora Amina Becdach del Castillo se inicia el servicio en un Centro Hospitalario para dar una atención integral a las mujeres embarazadas y niños de escasos recursos económicos para que puedan acceder a servicios de buena atención.

Este centro se inicia con los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, con seis camas para internación, una sala de partos y otra de cirugía dirigidos por la esposa del Alcalde, con pago de tarifas por servicio.

Para 1991 este hospital crece y se incorporan 34 camas para Ginecología y Obstetricia y 16 para cuidados intensivos neonatales y es reconocido como Hospital Docente por la Federación Médica Ecuatoriana y se incorpora al Programa de Hospital Amigo.

En 1999 el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito reorienta las políticas de Salud y declara a los Patronatos Municipales de Amparo Social de Quito, como Unidades Municipales de Salud a través de la Resolución N°004 en el año 2000, nombrándolos entes contables financieros con el objetivo de mejorar el proceso de gestión, la desburocratización y para que su operatividad sea más ágil y eficiente.

La Unidad Metropolitana de Salud “San José Sur” viene trabajando hace aproximadamente 8 años, como Centro Materno Infantil, y cuenta con el Área de Hospitalización y Consulta Externa, con 40 camas, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales equipada con tecnología de punta.

En esta institución el servicio de Psicología, ha realizado actividades de prevención en lo referente a maltrato infantil, abuso sexual, proyecto de atención para adolescentes embarazadas y trabajo de prevención de violencia intrafamiliar en coordinación con los diferentes servicios de la Unidad.

La Dirección Metropolitana de Salud (2009), Secretaria de Salud (2010) a través de sus Unidades de Salud brinda atención a los usuarios en Consejería de VIH-sida desde el 2007,

con énfasis en las adolescentes embarazadas para lo que realizan pre y pos consejería para la prueba de VIH, trabaja en la prevención e información sobre la enfermedad, promueve la prueba voluntaria, con la firma previamente del consentimiento informado, acceso gratuito para el diagnóstico de VIH, en el que se incluye un sistema de referencia y contra referencia a instituciones comprometidas con el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que viven con VIH-sida. Por el trabajo realizado se ha hecho merecedor del reconocimiento y calificación por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como Hospital amigo de la Madre y el Niño.

Las perspectivas que tiene esta institución son las siguientes:

- 1.- El desarrollo de políticas de la salud en base a políticas de calidad de vida.
- 2.- Una coordinación de las acciones y proyectos de salud en el distrito Metropolitano de Quito.
- 3.- Alentar la participación integral de las mujeres y hombres en servicio de la salud, motivando y posibilitando la presencia de ambos para la atención.
- 4.- Capacitar a la población, promover líderes y multiplicadores comunitarios.
- 5.- Descentralización del sistema de salud bajo los parámetros ya mencionados.
- 6.- Diagnóstico en la zona de trabajo con enfoque de género.

### **1.2.1 Misión**

“La Unidad Metropolitana de Salud Sur es un hospital especializado en Gineco-Obstetricia, parte del Sistema Metropolitano de Salud. Su función principal es brindar atención a mujeres y niños con calidad, calidez, desarrollando mecanismos de autogestión, con personal calificado y motivado que trabaja en interacción con la comunidad, basado en el principio de solidaridad, para contribuir a elevar el nivel de salud y calidad de vida en el Distrito Metropolitano de Quito”.<sup>15</sup>

### **1.2.2 Visión**

“La Unidad Metropolitana de Salud Sur, será un modelo de gestión, líder en atención integral a mujeres, niños, con personal altamente calificado y comprometido que garantiza atención en las mejores condiciones, contribuyendo así a elevar la calidad de vida de la población del Distrito Metropolitano de Quito”.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Unidad Metropolitana de Salud Sur, (2009), Documento de Calidad ISO 9001.2009.Quito-Ecuador.

<sup>16</sup> Unidad Metropolitana de Salud Sur, (2009), Documento de Calidad ISO 9001.2009.Quito-Ecuador.

El Municipio, como gobierno local, vela por la salud y bienestar de la población del distrito e impulsa el desarrollo y progreso de la ciudad, por lo cual a través de la Secretaría de Salud, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se está ejecutándose el proyecto “Fortalecimiento de la Respuesta del MDMQ al VIH-SIDA” orientado a frenar el avance de la epidemia.

La Unidad Metropolitana de Salud Sur está centrada en proporcionar servicios especializados de calidad con profesionalismo, ética y responsabilidad social, liderando la atención en Salud. La Institución al convertirse en líder de la atención en Salud no puede dejar aristas sueltas especialmente al tratarse de las adolescentes embarazadas, por este motivo y con la autorización del Director de la Unidad se realizó la investigación priorizando los siguientes objetivos.

### **1.2.3 OBJETIVO GENERAL**

Identificar el nivel de desconocimiento de las adolescentes embarazadas de contraer el VIH-sida, que reciben consejería en la Unidad Metropolitana de Salud Sur en el periodo comprendido de Marzo del 2009 a Marzo del 2010, con el propósito de realizar intervenciones para la prevención.

### **1.2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Definir los fundamentos y la información teórica existente sobre educación y prevención sexual, referentes al riesgo de contraer el VIH-sida e ITS en las adolescentes.
- 2.- Obtener información sobre el grado de conocimiento acerca del VIH-sida y de las formas de prevención que tienen las adolescentes embarazadas.
- 3.- Conocer las acciones que la Unidad Metropolitana de Salud Sur ha tomado para informar a las adolescentes embarazadas del riesgo de infección del VIH-sida.
- 4.- Diseñar una propuesta para intervenciones en materia de comportamientos, acerca del riesgo de infección de VIH-sida en las adolescentes embarazadas, partiendo de los datos obtenidos en la investigación.

### 1.3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La población objeto de estudio fue seleccionada en el área de Consejería una vez que se detectó el problema del desconocimiento sobre la enfermedad, especialmente en adolescentes embarazadas de 14 a 18 años. Se inicio en el 2007 la Consejería de VIH-sida, confirmándose de lo importante que es impartir la información de esta enfermedad sobre todo de la prevención y las vías de transmisión.

El tamaño de la muestra fue seleccionada de acuerdo al criterio de representatividad, tomando en cuenta que la investigación es cualitativa. Se busca que el grupo sea representativo y que puedan responder a las preguntas de la investigación que posibiliten identificar, obtener, conocer e interpretar el fenómeno estudiado en profundidad, en sus diferentes visiones, de forma que refleje el problema con amplitud de las adolescentes embarazadas que reciben consejería y de las adolescentes embarazadas que no la reciben.

La población de estudio estuvo constituida por 40 adolescentes embarazadas de 14 a 18 años de edad (20 adolescentes que recibieron consejería y 20 adolescentes que no la recibieron). A las adolescentes que no recibieron consejería se las captó en el área de Consulta Externa y en el área de Laboratorio.

En el diseño muestral se consideró la calidad de la información y la suficiencia, para cumplir con los objetivos de la investigación.

El Formulario de consentimiento informado fue firmado por la adolescente embarazada, ya que su participación en el estudio fue voluntaria y cuando la adolescente iba acompañada de su madre, en la mayoría de las ocasiones, se le solicitó su autorización (consentimiento) para que su hija participe. Adicionalmente, se solicitaba el consentimiento de la adolescente reservando su identidad. En las adolescentes que no recibieron consejería el consentimiento se basó en un documento donde constaba su voluntad en participar en la investigación. Una vez aceptada su participación se tomó todos los datos para poder contactarse (direcciones, números telefónicos convencionales y celulares en caso que lo tuvieran).

El presente estudio se desarrolló salvaguardando la dignidad e integridad de las participantes. Se promovió la voluntaria participación en el estudio y se guardó la confidencialidad.



El diseño de la encuesta consta de cinco grupos focales, con preguntas claras y fáciles de responder. En la primera parte constan los datos personales, la segunda parte se trata sobre la sexualidad y en la tercera, cuarta y quinta parte sobre conocimientos, fuentes de información y de comportamiento. La construcción del cuestionario se basó en preguntas que se hacen al iniciar la consejería, con lenguaje comprensible para las adolescentes y ampliando las posibilidades de respuesta en las preguntas de opción múltiples.

Al contactarse posteriormente con las adolescentes participantes se procedió a aplicar los cuestionarios descritos previamente. Las encuestas se realizaron en julio y agosto del 2011. En el desarrollo de las encuestas, se podía aclarar cualquier pregunta o término que fuera difícil o no entendible para la adolescente. Se aplicó una encuesta individual y anónima. Al término de la misma, la adolescente entregaba personalmente. Esto fue posible con la ayuda de los dos consejeros que desempeñan otras funciones inherentes a sus profesiones de Psicología y Trabajo Social.

Análisis e Interpretación de los Datos.- La información obtenida en las encuestas, una vez recopilada, se hizo una depuración de los datos para proceder al correspondiente análisis, utilizando el programa EXCEL, que permite realizar tablas, gráficos con distribuciones porcentuales y frecuencia, lo que posibilitó conocer la realidad del problema investigado.

Se procede a entrevistar a los profesionales de la Institución ya que ellos se relacionan directamente con las adolescentes embarazadas, en su atención. El aporte de sus criterios y conocimientos específicos fueron muy importantes y corroboraron con los resultados de la investigación.

### **1.3.1 TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

- Muestra
- Tabulación y procesamiento de datos
- Tratamientos estadísticos
- Análisis de resultados obtenidos

## CAPÍTULO II

### 2. MAGNITUD DE LA EPIDEMIA EN EL ECUADOR

#### 2.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD:

En el año 2008<sup>17</sup>, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2783.108, que representan el 20,8% de la población total, pese a las acciones tomadas a nivel nacional y local, es preocupante los casos nuevos de VIH-sida que se registran en grupos poblacionales jóvenes como son los comprendidos entre las edades de 15 a 19 años el incremento fue de 30 a 228 casos (8 veces más)<sup>18</sup>, por lo tanto según esta referencia es una prioridad impulsar la prevención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del VIH e ITS. Esta epidemia no afecta solo a las personas portadoras del virus sino también a su entorno familiar y social, como es el caso de niños, niñas y adolescentes.

El incremento de casos de mujeres, niñas y adolescentes con VIH en los últimos cinco años considerando el año 2007, le da una nueva cara a este problema, la epidemia actual del VIH y repercusiones sobre la infancia sigue siendo un elemento básico de las actividades de UNICEF en el mundo, y es una de las prioridades del Plan Estratégico Nacional del VIH-sida (2007-2015).

Los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH-sida son un grupo social que merece especial atención. En el 2007, la prevalencia en embarazadas es de 0.10% (tasa de prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje) y la sero reactividad para primera prueba es de 0.98% en donantes de sangre para el 2006.<sup>19</sup>

Este crecimiento acelerado en los últimos años de casos de VIH-sida, según el Informe UNGASS (Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas) Ecuador 2010, se explica porque "...es notorio que la tendencia de crecimiento en el número de personas infectadas responde principalmente al incremento de la captación de casos de VIH como resultado de la implementación de intervenciones que permitieron la ampliación de la cobertura de servicios tales como: la prevención de la transmisión materno-infantil (PTM), manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual (ITS), modelo de atención a grupos denominados GLBT, incremento en el número de centros de consejería y prueba de VIH...."

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud Pública, (2008), "Principales indicadores demográficos y de salud", Quito- Ecuador.

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública, (2008), "Programa Nacional del sida", Quito- Ecuador.

<sup>19</sup> Organización Panamericana de Salud, ORAS- ONUSIDA, (2003-2005). Análisis de Situación de VIH en la Subregión Andina.

Con respecto al sexo, mientras al inicio de la epidemia la relación de hombre a mujer fue de 7 a 1, el predominio de la infección de VIH en hombres respecto a mujeres se mantiene pero solo con un 3 a 1 en el 2008 y un 2,4 a 1 en el 2009, por lo que habla de la feminización de la epidemia, aunque continua siendo más concentrada en grupos denominados gais, lesbianas, bisexuales y personas transgénero (GLBT).<sup>20</sup>

## **2.2 RECONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS O SERVICIOS EXISTENTES Y SU CAPACIDAD DE RESPUESTA ACTUAL FRENTE A LA SITUACIÓN DETECTADA:**

En todos los países la complejidad del VIH-sida excede la capacidad de respuesta de cualquier sector aislado, es por esto que la pandemia demanda la movilización y colaboración de la comunidad tanto a nivel nacional como internacional, se requiere entonces, respuestas específicas al VIH y respuestas que aborden las causas de vulnerabilidad asociados a la enfermedad, así como sus impactos.

El Estado Ecuatoriano considerando que el VIH-sida es una enfermedad cuya influencia en los últimos años se ha incrementado en una forma alarmante, llegando a constituirse en un problema de salud pública, establece la “Ley para la prevención y Asistencia Integral del VIH-sida”, sustentándose en la Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 2 “Toda persona tiene todos los mismos derechos y libertades sin discriminación alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” y la Declaración de Compromiso de UNGASS (Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas), Art. 59 “Promulga, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH-sida y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información, y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia”.

---

<sup>20</sup> Ministerio de Salud Pública, (2010). Informe de UNGASS. “Programa Nacional de Salud”, Ecuador.

La suscripción de varios instrumentos internacionales, la participación del país en foros internacionales y la influencia que han ejercido los movimientos de la mujer, la niñez y la juventud, han permitido algunas conquistas.

La “Convención sobre los Derechos del niño” de 1989 y la “Constitución Política del Ecuador” del 2008 constituyen el marco jurídico fundamental, internacional y nacional, respectivamente, que defiende y garantiza los derechos de los ecuatorianos: niños, niñas y adolescentes, y jóvenes y del que derivan todos los demás al incorporar avances importantes como el de:

- 1.- Establecer la responsabilidad conjunta del Estado, la sociedad y la familia en la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- 2.- Reconocer la ciudadanía social de la niñez y adolescencia.
- 3.- Declarar a la niñez y adolescencia como prioridad nacional.
- 4.- Identificar a la niñez como población en riesgo y en vulnerabilidad.

El Ecuador cuenta con acuerdos y compromisos que permitirían mejorar las condiciones de vida de los niños/as y adolescentes y jóvenes. La Constitución Política del Ecuador manifiesta que “El Estado promoverá una cultura de salud y la vida con énfasis en la educación y en la salud sexual y reproductiva” y en el ámbito del Sistema Educativo se cuenta con la Ley sobre educación sexual y el Amor. Que en su proceso de implementación remite el diseño de módulos de capacitación que incluyen algunas iniciativas dirigidas a la prevención del VIH-sida al interior del Sistema Escolar.

A través del Ministerio de Educación el 10 de Enero del 2006, según el Acuerdo Ministerial N° 403, institucionaliza en todos los establecimientos del Sistema Educativo, enfatizando la obligatoriedad de que la temática llegue a los niños/as y adolescentes del país.

El Estado Ecuatoriano en el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia determina una política para las y los adolescentes, “Alcanzar los mejores niveles de salud y el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos”.

El Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud establece en el Art. 67.- “El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH-sida atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales...”

### **2.3 RESPUESTA PROGRAMÁTICA AL VIH-sida Y ACCESO UNIVERSAL**

A nivel de país la respuesta programática al VIH-sida y acceso universal, se ha desarrollado tomando en consideración los cuatro ejes fundamentales de la meta del acceso universal que son prevención, atención, cuidado y apoyo, contempladas en declaraciones y compromisos internacionales asumidos por los Estados miembros de las Naciones Unidas, entre esos el Ecuador, como es la declaración de Lucha contra el sida (UNGASS) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).<sup>21</sup>

En cuanto a prevención, según las cifras que publica el Ministerio de Salud Pública del Ecuador del 2009, los nuevos casos de VIH aumentan de forma acelerada, por ello es trascendental que se fomente realmente un cambio de comportamientos de riesgo frente a la infección por VIH y tendientes a una educación asertiva, en el marco del respeto a los derechos humanos de las personas afectadas por la epidemia, que a su vez contribuyan a eliminar el estigma y la discriminación con relación al VIH-sida.

En lo que respecta a la atención a las personas con VIH-sida es importante señalar que el mayor peso de atención tiene el Ministerio de Salud con un aproximado del 65% de los casos, mientras que el otro 25% está en el Seguro Social (IESS) y el 10% los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

El Sector Prioritario N°.1 del Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH-sida 2007-2015 es el de “Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las personas viviendo con el VIH-sida”.

En atención integral hay significativos avances y el Programa Nacional de VIH-sida (PNS) indica que no hay listas de espera de Personas que Viven con VIH-sida (PVVS) para recibir tratamientos ARVS (Antirretrovirales) en las Unidades de Atención del VIH-sida, aunque esto implica solo a las Personas que Viven con VIH-sida, que han sido captadas por los servicios de atención ya sea del MSP, el IESS, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, o incluso privadas y no al universo de personas diagnosticadas por VIH en el Ecuador.

No obstante, lo que más se ha incrementado en el Ecuador es la cobertura en tratamiento antirretroviral, pero lo más importante que debe ser considerado es que la prevención del VIH debe ir interrelacionada con la atención integral y el tratamiento.

---

<sup>21</sup> Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH- sida, (Septiembre 2010), “El Estigma y la Discriminación en VIH-Sida” Resultados del Estudio sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Ecuador.

Por ello, el logro del Acceso Universal en VIH-sida en el Ecuador dependerá de la disminución de las barreras geográficas, financieras, organizacionales y estructurales para la participación en el sistema de salud, lo cual tiene obstáculos debido a la dificultad en la disponibilidad de servicios e insumos. “Además que existe un alto índice de sub-registro y altos niveles de estigma y discriminación hacia las poblaciones vulnerables y a las personas que viven con VIH”.<sup>22</sup> Una joven que fue diagnosticada con la enfermedad en el área de Consejería expresaba: “No tengo miedo a morirme, lo que más miedo me da es ser discriminada”. Esto me hace pensar en la magnitud del problema, lo que conlleva al silencio, al aislamiento y depresión de la persona seropositiva.

En cuanto al cuidado y apoyo para las personas afectadas por el VIH, entre los que están los huérfanos a causa del sida, el estado ecuatoriano mediante políticas económicas y sociales acertadas obligan a desarrollar acciones concretas, sobre la base del respeto a los derechos humanos.

Se afirma que una persona, con un mínimo de acceso a servicios de salud en VIH-sida y a tratamientos antirretrovirales, no tiene ninguna razón para morir a causa del VIH o por alguna enfermedad asociada al sida; sin embargo muchas personas con VIH mueren no por razones médicas patológicas, como la inmunodepresión o las “enfermedades oportunistas”, sino sobre todo por el rechazo social y familiar, el aislamiento, los prejuicios, la estigmatización y discriminación de que son objeto.

El estigma y la discriminación en VIH-sida aparecieron con la epidemia y se manifiesta en la medida del desconocimiento y desinformación que se tenga sobre el tema, es decir, a mayor desconocimiento y desinformación sobre el VIH mayor será el estigma y la discriminación contra una persona afectada por el virus. Se cree que esta enfermedad es contagiosa, pero no es así, esta enfermedad es únicamente de transmisión.

De ahí la necesidad que la respuesta a la epidemia tome en cuenta campañas adecuadas de información y educación a la población sobre la epidemia del VIH-sida, que no se enfoque en crear miedos y temores sobre la posibilidad de infectarse con VIH, sino más bien en la necesidad e importancia de quererse, valorarse y de cuidarse a sí mismo y a los demás de posibles infecciones o enfermedades que deterioren la salud y pongan en peligro la vida, tanto para la población específica como para la población en general.

---

<sup>22</sup>Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH-sida, (Septiembre 2010), “El Estigma y la Discriminación en VIH-Sida”. Resultados del Estudio sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Ecuador. pág. 9

Es necesario crear espacios específicos de reflexión y de aprendizajes para adolescentes como los servicios amigables donde puedan recibir la información clara y científica que les permita resolver dudas, encontrar respuestas, apoyo, explorar sus temores, romper mitos, y construir nuevas prácticas de relaciones y de cuidado de su salud que posibiliten mayor interés de esta población, en cuanto a su bienestar en general.

En la Unidad Metropolitana de Salud Sur no existía el área de Consejería y el desconocimiento en la población provocaba miedo y susto, de ahí la importancia que tuvo la implementación y la continuidad de este servicio. La declaración de una adolescente de 17 años que recibió consejería dijo: “si nos hubieran informado claramente sobre todos los riesgos a los que nos exponemos al tener relaciones sexuales, no hubiese cometido tantos errores y quizá no estuviera embarazada”.

#### **2.4 ASOCIACIÓN ENTRE VIH E ITS Vs. ADOLESCENTES**

Durante la adolescencia actúan varios factores que incrementan las posibilidades de adquirir el VIH, así como enfermedades de transmisión sexual (ITS). Entre otros, los factores socioculturales impiden al adolescente acceder a información y a posibilidades de prevención como por ejemplo, el uso del condón. Algunos estudios a nivel mundial (EEUU, Brasil, Perú) han demostrado la efectividad del uso de condón en la reducción de las ITS y la prevención del VIH.<sup>23</sup> En la investigación se pudo apreciar que en las adolescentes su uso es aún bajo, con el 5% que lo utilizan regularmente, porque se enfrentan a situaciones hostiles al pretender adquirir el preservativo (condón). Esta situación hace que no intenten buscarlos y que no exijan su utilización; otro factor es el inicio sexual precoz, que según este estudio comienza desde los 13 años de edad, por estas circunstancias el riesgo y la vulnerabilidad son elevadas ya sea por la inexperiencia debido a su edad y quizá por el desconocimiento en educación sexual. Los indicadores mencionados nos hablan de las necesidades de atención sanitaria y social, y del riesgo de ir sumando nuevas transmisiones por la existencia de prácticas peligrosas que se están asentando en el país.

Las estrategias efectivas para conseguir la prevención de las enfermedades de transmisión sexual requerirá la participación directa de los/as adolescentes, por ello, debe ser un punto de partida, ya que las “enfermedades de transmisión sexual constituyen un

---

<sup>23</sup>HOLMES, K. R, LEVINE. WEAVER, M, (2004), *Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention.*

problema importante de salud pública por su alta prevalencia, su tendencia al incremento, por su transmisión perinatal y por ser la puerta de entrada para la transmisión del VIH”.<sup>24</sup> Los adolescentes deben asumir el protagonismo ejerciendo sus derechos sin ninguna discriminación, por lo cual se considera necesario trabajar con los/as adolescentes abordando VIH-sida e ITS de forma integral e integrada, donde las necesidades preventivas y curativas bio-psico-sociales de las personas sean tratadas de forma multidisciplinarias.

“Es muy importante reforzar con las adolescentes embarazadas, la prevención positiva, es decir, evitar que contraigan nuevas enfermedades de transmisión sexual, retrasar la progresión del VIH e impedir la transmisión del VIH a otros”.<sup>25</sup>

La dinámica en la que se desarrollan los/as adolescentes les expone a diferentes vulnerabilidades, siendo necesario hablar de VIH simultáneamente al tema de la sexualidad. En este estudio se muestra que todavía hay que informar a las adolescentes sobre toda la problemática de índole social, económica, familiar y de salud que puede desencadenar un embarazo no planeado o deseado en la adolescencia, así como sobre las consecuencias que trae consigo si posee el VIH para ella y su hijo.

#### **2.4.1 INFECCIÓN POR EL VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)**

Es una enfermedad que se va desarrollando silenciosamente, si una persona ha tenido varias parejas sexuales y no se ha protegido, debe realizarse la prueba de VIH. En este estudio tenemos adolescentes que no se realizaron la prueba (20) y que son sexualmente activas, lo que representa un factor de vulnerabilidad. Las adolescentes entrevistadas que recibieron consejería tenían mayor conocimiento sobre esta enfermedad, con un 60% frente a un 10% de las adolescentes que no lo recibieron.

El VIH es una infección viral crónica asociada a un deterioro inmunitario progresivo debido a la destrucción sistémica de los linfocitos CD4; el virus de la inmunodeficiencia humana es un retro virus tipo RNA. Se han identificado dos tipos el VIH1 y VIH2. El VIH-1 es el responsable principal de la epidemia a nivel mundial. Una de las características fundamentales que se atribuye al VIH-1 es su variabilidad genética lo que ha dificultado el conocimiento íntimo de su funcionamiento y por ende el desarrollo de

---

<sup>24</sup> MSP, Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA – ITS, (2007), “Manual de Normas para el Manejo Sintomático de Infecciones de Transmisión Sexual”. Quito- Ecuador.

<sup>25</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, (2005). “Situación de la Epidemia del sida- Informe especial sobre la presencia del VIH”. Quito-Ecuador.



vacunas o tratamiento antirretrovirales que logren su erradicación. Una vez que el VIH ingresa al organismo pueden no presentar signos y síntomas durante meses y años; pero está afectando seriamente el normal funcionamiento del sistema inmunológico.

En las instancias finales se produce una profunda afección del sistema inmunológico denominándose esta etapa como sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) que permite el desarrollo de entidades clínicas graves conocidas como enfermedades oportunistas principalmente de origen infeccioso y neoplásico.

Existe un gran número de personas viviendo con el VIH y que no presentan síntomas sino hasta que la enfermedad está bien avanzada denominándose sida. El tiempo de aparición de los síntomas luego de detectado el virus varía enormemente de persona a persona y puede depender de muchos factores, incluyendo su estado de salud general y del acceso a tratamientos específicos.

#### **2.4.2 Vías de transmisión:**

El VIH-1 se transmite por las siguientes vías:

- Transmisión sexual que es la vía predominante en América Latina y Ecuador.
- Transmisión Vertical es decir de la madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia.
- Transmisión sanguínea que ocurre principalmente por transfusiones con sangre contaminada, por compartir agujas o jeringuillas.<sup>26</sup> Esta no es vía de transmisión de mayor relevancia en nuestro país, no llega al 1%.

#### **2.4.3 Vías de no transmisión:<sup>27</sup>**

El VIH no se trasmite por:

- El trato casual en la escuela o en el trabajo.
- No se adquiere en servicios sanitarios, ni en piscinas.
- No hay transmisión por abrazar a una persona contaminada, ni por beber del mismo vaso o por darle la mano.
- No se adquiere por la manipulación de alimentos.

---

<sup>26</sup> Ministerio de Salud Pública, (2008). “Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-sida”. Quito-Ecuador.

<sup>27</sup> Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH-sida, (2005), Costa Rica.

- No se ha demostrado la infección por contacto con saliva, orinas o secreciones bronquiales, a pesar de encontrarse el virus en estos.
- Tampoco se ha demostrado transmisión a partir de mosquitos, ni picaduras de otros insectos, pues el virus no puede sobrevivir en estos.
- La familia que convive con una persona con VIH-sida no está expuesta a ningún riesgo de contagio, no obstante al manipular los fluidos corporales o secreciones debe protegerse con los métodos de bioseguridad como por ejemplo: el uso de guantes.

#### **2.4.4 El periodo de ventana**

Es el periodo que transcurre entre la exposición de una persona al factor de riesgo y la producción y detección de anticuerpos contra el VIH. Es decir es el periodo que transcurre entre la infección y la identificación de anticuerpos en pruebas de sangre, por lo general según las investigaciones clínicas a la fecha, se habla de un promedio de 2 a 6 meses.

Se puede diagnosticar fácilmente el VIH ya que existen métodos, como el análisis en una muestra de sangre, para detectar anticuerpos contra el VIH en las personas infectadas. La prueba inicial de detección es la prueba de ELISA, muy sensible y bastante específica y la prueba confirmatoria llamada Western blot.

#### **2.4.5 Historia Natural de la Enfermedad<sup>28</sup>**

En ausencia de tratamiento antirretroviral, el VIH se replica de forma continua y muy intensa desde el momento de la inoculación hasta la muerte del usuario. Desde un punto de vista clínico virológico pueden distinguirse las siguientes fases evolutivas en la historia natural de la infección:

- a.- Fase precoz o aguda.
- b.- Fase intermedia o crónica, y
- c.- Fase final.

#### **2.4.6 Concepto de Enfermedad de Transmisión Sexual**

No existe el suficiente conocimiento de enfermedades de transmisión sexual, los datos a nivel nacional así lo reflejan, el 50% de jóvenes de 15 a 29 años conoce sobre ITS

---

<sup>28</sup> BLANCO, et al, (2002), “Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH”. Guía práctica del sida. Barcelona.

(enfermedades de transmisión sexual); es decir, la mitad de la población.<sup>29</sup> Son preocupantes estos datos si se considera el gran daño que producen a las personas. En las adolescentes encuestadas supuestamente sanas, se hallaron correlaciones con factores de comportamiento, como la educación.

Las Enfermedades de transmisión sexual (ITS) son las infecciones producidas a través de una misma vía de transmisión y tienen importancia epidemiológica. Las vías son las relaciones sexuales en sus diversas formas: genito-genital, genito-bucal, genito-anal y mano genital. Están causadas por microorganismos que se encuentran en los fluidos corporales, como secreción vaginal, semen, sangre, leche materna, etc., a través de los cuales pueden pasar de una persona a otra. En consecuencia, se debe reafirmar impostergablemente el desarrollo de medidas de prevención, que posibiliten generar y consolidar actitudes donde se garantice que las políticas públicas y sociales sean una exigencia real y concreta. Por lo general, las ITS son más difíciles de detectar en la mujer que en el hombre, puesto que los órganos sexuales femeninos están más ocultos. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que una de cada veinte personas en el mundo padece una ITS al año.<sup>30</sup> Se impone, pues, un cambio radical en la sociedad, estos datos nos muestran que aún cuando existen campañas referentes al tema, no se evidencia una práctica de su uso, las razones pueden ser diversas, desde el desinterés, el desconocimiento hasta la poca posibilidad de acceso a servicios de atención. La principal preocupación de la sociedad en general debe centrarse en brindar las condiciones de información y educación que permitan garantizar decisiones con responsabilidad y seguridad.

Las vías de transmisión del VIH están relacionadas con las ITS, constituyéndose un riesgo más, por eso los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS, deben ser lugares fundamentales para abordar en forma integral a las poblaciones en riesgo de adquirir VIH.

El VIH y las ITS comparten varias características en común:

- Vías de transmisión.
- Estigma y discriminación.
- Estrategias de prevención y promoción de la salud.
- Seguimiento por parte de los programas de control.

---

<sup>29</sup> Sistema de Indicadores de Juventud-SIISE, (2004), “Defensa de los niños internacional”. Quito-Ecuador.

<sup>30</sup> Ministerio de Salud Pública, (2006), “Manual de Asesoría - Consejería en VIH-SIDA-ITS”. Quito-Ecuador.

La interacción más importante está representada por el efecto facilitador de las ITS en la transmisión del VIH. Las ITS ulcerativas (Sífilis, Herpes, Chancroide, etc.) y las no ulcerativas (gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis, Vaginitis bacteriana, etc.), incrementan la transmisión del VIH de 2 a 9 veces.

Las ITS facilitan la transmisión del VIH por:<sup>31</sup>

a.- Ruptura de barreras epiteliales de órganos genitales internos y externos:

- Ruptura de epitelio en úlceras genitales.
- Erosiones microscópicas en el cérvix de mujeres con gonorrea, tricomonas y/o infección por clamidia.

b.- Mayor concentración de células como linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales:

- Aumentando la susceptibilidad de las personas no infectadas debido a la mayor cantidad de células blanco para el VIH, en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.
- Aumentando la infección de las personas debido al incremento de células infectadas por el VIH en las zonas donde están los procesos inflamatorios.

c.- Mayor concentración de virus en las secreciones.

Esta situación se explica por la inadecuada percepción de riesgo en las/os adolescentes, las presiones de la sociedad para que las/os adolescentes adquieran la madurez del adulto, las condiciones asintomáticas de las ITS y la carencia de servicios accesibles y de calidad. Por esta razón ONUSIDA y la OMS impulsa como estrategia para reforzar los sistemas de vigilancia existentes, la vigilancia de segunda generación de VIH/sida/ITS, cuyo objetivo es centrar los recursos en los elementos que puedan generar la información para reducir el avance de VIH y proveer atención a las personas afectadas. En los cinco últimos años, han realizado esfuerzos por mejorar la vigilancia en el país, entre ellos podemos citar la implementación a nivel nacional del Manejo Sintómico de las ITS y la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH; estrategias que han mejorado el acceso de la población a las pruebas de diagnóstico de VIH a través de la descentralización a las áreas de salud de actividades de tamizaje y de consejería pre y pos prueba dirigidas a embarazadas y personas con Enfermedades de Transmisión Sexual.

---

<sup>31</sup> MSP, Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA-ITS, (2007), “Manual de Normas para el Manejo Sintómico de Infecciones de Transmisión Sexual”. Quito-Ecuador. pág. 19-20

Los problemas de vulnerabilidad a la transmisión del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual de las adolescentes embarazadas, de acuerdo a los datos obtenidos en la investigación y las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud que trabajan con las adolescentes embarazadas desde aproximadamente 15 años en la Unidad,<sup>32</sup> se evidencia empíricamente que son: La iniciación cada vez más precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

El no protegerse porque su pareja no quiere utilizar el preservativo, por falta de información o porque circulan mitos como: “no se siente lo mismo”, o “que por vergüenza decirle que utilice”, “que pensara de mí”, etc., resulta peligroso.

Las adolescentes embarazadas no tienen conocimientos bien definidos a cerca de las enfermedades de transmisión sexual, piensan que ellas no pueden ser afectadas ya que esta enfermedad es de las trabajadoras sexuales y de los grupos denominados GLBT (gais, lesbianas, bisexuales y personas transgénero). Esto prueba que la adolescente de 13 a 15 años de edad es menor el conocimiento de estas enfermedades por consiguiente desconocen las consecuencias de tener relaciones sexuales, pensando erróneamente que no les va pasar nada, como el quedarse embarazada o ser transmita alguna enfermedad de transmisión sexual como el VIH-sida.

Sobre el uso de anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales, se debe destacar que a pesar de conocer y reconocer el condón y otras formas de anticonceptivos, la mayoría de las adolescentes inicia su relación sexual sin emplear ningún método anticonceptivo, unas veces porque no planea tener relaciones sexuales y otras porque les da vergüenza comprar el preservativo, y peor aún el insinuar que su pareja utilice el preservativo.

Sin embargo las adolescentes están familiarizadas con al menos un método de anticoncepción, como lo afirman los médicos y como corroboran los datos obtenidos en la investigación, la evidencia señala que las adolescentes sexualmente activas nunca lo utilizan con el 95% y las que han utilizado un método anticonceptivo que es el 5% lo hacen regularmente, reconociendo así, que muchas dificultades que las/os adolescentes enfrentan para incorporar pautas de prevención y auto cuidado, están determinados por las diferencias de género, así por ejemplo en los varones al impedir que su pareja utilice anticonceptivos, inicio temprano de relaciones y prácticas sexuales de riesgo para mostrar

---

<sup>32</sup> Unidad Metropolitana de Salud Sur, (2012), Entrevistas realizadas a Toapanta, Lilian y Freddy Burbano. Quito-Ecuador.

virilidad, imponer relaciones sexuales a su pareja. En las mujeres al aceptar relaciones impuestas por la pareja les dificulta tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción como el uso de anticonceptivos, violencia sexual, postergación en el cuidado de su salud.

Las/os adolescentes tradicionalmente no han sido consideradas como sujetos de atención prioritaria en salud, siendo vistos como una población saludable, sin mayores demandas de atención o reconocidos solo a partir del problema de embarazos precoces o partos de adolescentes que muchas veces pone en riesgo el proyecto de vida y la vida misma. En la actualidad la atención se centra en las necesidades derivadas de la atención o prevención del VIH-sida e ITS.

## CAPÍTULO III

### 3. CONSEJERÍA

La Consejería en la prevención del VIH-sida puede ser el único espacio para aquellas personas que necesitan ser informados de forma confidencial y privada, donde pueden cuestionar, compartir y llegar a aceptar comportamientos preventivos de una manera tangible y personal. Algunos testimonios ilustran esta afirmación:

“Es bueno que existan lugares como este, en donde nos informen de la enfermedad, me ha servido mucho”... (Mujer, 16 años).

“Una charla muy educativa y buena para comprender algunas cosas que no sabía” (Mujer, 17 años).

“Me pareció excelente la información, nos sirve para concientizar y saber cuáles son las consecuencias que puede causar la enfermedad” (Mujer, 18 años).

Las/os adolescentes difieren en edad y etapa de desarrollo, ambiente social y geográfico, circunstancias económicas, cultura, raza, etnia, género, sexo, orientación sexual, discapacidades y estado civil. Los consejeros deberían tomarlos en cuenta en sus interacciones, evaluaciones y diseño de intervenciones.

#### 3.1 Definición de la Consejería<sup>33</sup>

Consejería es una relación dinámica entre el/la consejero/a y el usuario/a mediante el cual el usuario/a puede explorar sus sentimientos, expresar sus inquietudes y además ampliar sus conocimientos sobre qué le pasa y que situaciones deberá superar; para lo cual, recibirá información correcta y clara de manera que sea él/ella quien escoja las posibles soluciones relacionadas con su comportamiento. En el contexto de VIH-sida, la consejería es un dialogo confidencial entre un usuario/a y un consejero/a cuyo objetivo es habilitar al usuario para enfrentar el estrés y personalmente tomar decisiones relacionadas con el VIH-sida (OMS, 1994).<sup>34</sup>

- La consejería es una estrategia preventiva.
- La consejería es en una actividad interactiva que induce al usuario/a a tomar decisiones acertadas.

<sup>33</sup> Ministerio de Salud Pública, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida-ITS”. Quito- Ecuador.

<sup>34</sup> Ministerio de Salud Pública, OPS/OMS, (1994), “Guía para la prestación de servicios dirigida a la atención integral de PVVIH/sida”. Publicaciones Técnicas del Programa VIH/sida, Pichincha-Quito.

- La consejería es una actividad informativa y orientadora.
- La consejería busca apoyar a las personas con temor a estar infectadas y/o afectadas, y a las PVVS (Personas que viven con VIH-sida) en su entorno.
- Busca mejorar el auto confianza, la vida emocional, sexual y afectiva de las PVVS (Personas que viven con VIH-sida); así como su bienestar y mejorar su calidad de vida.
- Motiva la referencia a grupos terapéuticos y de auto apoyo, refiere a los diferentes servicios que lo necesite.

En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el consejero actúa como facilitador de cambios de comportamiento, guiando al adolescente o joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva. Si bien los objetivos de las relaciones y sesiones particulares de consejería variarán según las necesidades del o la adolescente, el proceso está reafirmado por un enfoque cognitivo de comportamiento donde el consejero ayuda al usuario/a a entender su conducta; ya sea por falta de adaptación y a remplazarla con el aprendizaje de nuevas maneras de ser, a fin de resolver temas tales como “la prevención del VIH/ITS, los embarazos no deseados o el manejo del sida”.<sup>35</sup>

Los Consejeros juegan un rol muy importante, estimulando y apoyando a los adolescentes a través de técnicas simples pero importantes, como escuchar con empatía mientras reflexionan en un cambio de pensamiento y de conducta.

A través del proceso de toma de decisiones, “el consejero puede ayudar a los jóvenes a mitigar un problema o desafío, expandir sus habilidades, restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas”.<sup>36</sup> La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los/as adolescentes y jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que tenga información precisa sobre temas específicos, como salud sexual y reproductiva, y una actitud respetuosa donde no juzgue sus preocupaciones.

### **3.1.1 Principios básicos de la consejería.<sup>37</sup>**

- Acceso a la consejería como derecho universal de la población.

<sup>35</sup> Modelo de Consejería Orientado a los jóvenes en Prevención del VIH y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, (2005), Washington D.C.

<sup>36</sup> SPAIN, J, (1988), *Sexual contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents*. New York: Gardner

<sup>37</sup> Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-SIDA- ITS, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida”. Ecuador.



- Enfoque humanista centrado en la persona con sus características psicosociales y de género.
- Proceso horizontal de acompañamiento que no sea directivo, ni dirigido, sino de orientación, facilitación, presentación de estrategias y oportunidades.
- Enfoque integral de atención a la persona con ITS y VIH-sida.
- Respeto a la confidencialidad frente a los datos e información obtenida del usuario/as en todos los ámbitos de atención.
- Enfoque positivo frente a la infección con VIH orientado a ofrecer una imagen realista pero dinámica y positiva de la condición de PVVS.

Si se pretende que los servicios de consejería resulten eficaces para los adolescentes deben tener en cuenta el contexto social y emocional en que viven. El Consejero debe brindar confianza y afinidad. Los adolescentes no van a compartir información si no se sienten respetada y escuchada de verdad. También tiene que ser acogedores y ofrecerse en un entorno seguro; no amenazador y fácilmente accesible, el asesoramiento debería ser apropiado para la edad.

El desarrollo sexual del adolescente es una parte esencial de su crecimiento, y la mayoría de ellos desarrollan comportamientos sexuales como parte de su desarrollo general, por esa razón se les debe entregar conocimiento actualizado, valores, actitudes saludables y herramientas para saber de sexualidad.

A través del lenguaje y de la comunicación no verbal expresan consideración incondicionalmente positiva hacia la persona joven. Esto significa que el consejero no juzga la conducta de los adolescentes, aún cuando no esté de acuerdo con lo que dice o hace. Dar consejería incondicional y positiva significa ser respetuoso, auténtico, honesto, cuidadoso, interesado y saber que las personas jóvenes poseen dignidad humana y valor.

La consejería orientada a los adolescentes no da consejos, no impone puntos de vista ni opiniones y no toma decisiones por ellos. Además, considera a la adolescencia y a la juventud como una etapa normal del desarrollo, con sus problemas, oportunidades y posibilidades.

### 3.1.2 Aptitudes del Consejero:<sup>38</sup>

- Calidez, empatía y sensibilidad.
- Capacidad de escuchar y comprender.
- Capacidad de transmitir la información de forma clara y adecuada a las necesidades y características del usuario/a.
- Actitud positiva y de respeto frente a la diversidad que garantice el respeto y la dignidad del usuario/a.
- Respeto al derecho a la confidencialidad y la privacidad.
- Prudencia para no emitir juicios de valor.
- Habilidad de reconocer y contener las emociones propias y del usuario/a.
- Capacidad de orientar y acompañar en la toma de decisiones.
- Honestidad en reconocer sus limitaciones dentro del proceso de consejería y realizar una referencia del caso.
- Capacidad para confrontar sus propias actitudes frente a la sexualidad y la muerte.
- Vocación de servicio.
- Capacidad para ponerse en la situación del usuario/a.
- Coherencia interna y hacia los usuarios/as.
- Liderazgo y voluntad de acción.
- Sensibilidad al tema VIH-sida.
- Libre de juicios de valor.
- Ética Profesional.

### 3.2 Función del Consejero

El Consejero hace uso de técnicas específicas las mismas que al ser aplicadas permiten brindar un servicio que garantice que el usuario/a reciban información, orientación y apoyo necesario en relación a sus inquietudes, problemas y necesidades particulares.

Las técnicas utilizadas en consejería son:<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-sida-ITS, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida-ITS”, Ecuador, pág. 17.

<sup>39</sup> PROAÑO, Alejandro, (2005), *Manual Nacional de Consejería/Asesoría en VIH-sida*, KAOBAstudio. Quito.

**Establecimiento de la compenetración.-** El primer paso en el proceso de desarrollar la confianza entre el Consejero/a y el usuario/a, estableciendo una relación de aceptación. Esto se logra a través de las interacciones iniciales del Consejero con el usuario, tales como el saludo, las presentaciones, la comunicación no verbal, la transmisión de un ambiente no condenatorio, la forma de abordar las preocupaciones acerca de la confidencialidad.

**Demostración de empatía.-** La técnica básica y significativa de la consejería es la capacidad para demostrar empatía con el usuario/a. La empatía es la capacidad para comprender y demostrar comprensión en relación con los sentimientos y experiencias de la otra persona.

**Autenticidad.-** El establecimiento de la compenetración, el fortalecimiento de la confianza y la demostración de la empatía depende de la capacidad del Consejero/a para ser auténtico. Cuando el Consejero/a establece una interacción con el usuario/a como persona real y sincera, en vez de desempeñar un rol, puede desarrollar una relación auténtica.

**Comunicación no verbal.-** Constituye un importante elemento en el proceso de informar a los usuarios/as que se les está atendiendo, escuchando y comprendiendo. Los consejeros/as transmiten esto a los usuarios/as a través de:

- Lenguaje corporal, por ejemplo, el acto de inclinarse hacia el usuario.
- Contacto visual frecuente, siempre mirar el rostro del usuario/a.
- El hecho de ubicarse en el mismo nivel emocional o de energía del usuario/a, ejemplo no tener expresiones extravagantes.
- Uso de señales para estimular la conversación, por ejemplo, el acto de inclinar la cabeza.
- Postura corporal tranquila, sin hacer movimientos nerviosos.

**La técnica de escuchar activamente.-** El acto de escuchar activamente exige una concentración considerable por parte del Consejero/a, quien debe prestar atención minuciosa a las revelaciones verbales del usuario/a, las señales no verbales y los sentimientos que se expresan indirectamente.

**Uso eficaz de preguntas.-** Los Consejeros utilizan las preguntas para obtener información específica; ayudar al usuario/a a comunicar sus pensamientos claramente; y aclararlos. Las preguntas abiertas, las que requieren más que una respuesta de sí o no, fomentan esta clase de discusión y comunicación por que exige una respuesta. Las preguntas cerradas, en cambio, no permiten más que una respuesta de sí o no y no estimula la discusión y la exploración.

**Resolución de problemas.-** Esto se logra con más eficacia cuando se permite que el usuario/a exponga la inquietud o el problema y luego se le ayuda a aclararlo y definirlo.

**Auto revelación apropiada.-** Aunque por lo común los Consejeros se abstienen de revelar al usuario/a información personal acerca de si mismo, hay veces cuando la auto revelación es no solo útil sino apropiada. No existen lineamientos específicos para ayudar a determinar cuándo es apropiada; sin embargo, el Consejero debe asegurarse de que la revelación sea exclusivamente para el beneficio del usuario/a.

**Uso apropiado del silencio.-** El silencio en una sesión de consejería a veces es importante. Brinda al usuario/a una oportunidad para reflexionar, integrar sus sentimientos, explorar una idea absorber información nueva.

**Apoyo y demostración de comportamientos.-** Los Consejeros pueden apoyar y reforzar comportamientos, específicos, demostrándolos para con los usuarios/as. Por ejemplo, si una meta de la sesión de consejería es que el usuario mejore su técnica de comunicación, el consejero puede demostrar la comunicación clara y directa cuando interactúa con el usuario/a. Cuando el usuario/a responde con una comunicación clara y directa, el consejero/a puede comentar sobre este tipo de diálogos y así darle su apoyo.

**Suministro de información.-** Para poder suministrar información durante la sesión de consejería, se requiere de técnica y conciencia. Los Consejeros deben presentar información de una manera clara, comprensible y sencilla, en una cantidad que sea lo suficiente, que no represente una sobrecarga de contenidos, y en un punto de la sesión en que sea apropiado y de ayuda para el usuario/a.

Consejería es una herramienta de prevención primaria, porque de todos los medios utilizados para educar es el único que permite la interacción, intercambio y diálogo sostenido acerca de comportamientos preventivos.

EL servicio de consejería en la prevención del VIH- sida puede ser el único medio práctico para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y a largo plazo.

“La experiencia en el área de Consejería es muy satisfactoria ya que puedo informar a muchas adolescentes de forma adecuada a salir de sus creencias erróneas y ratificar de la importancia de cuidar de su cuerpo y mucho más si está embarazada” (Rea, 2011).

### 3.3 CONSEJERÍA EN GRUPOS ESPECIALES<sup>40</sup>

La Consejería en VIH- sida e ITS es una actividad que no debe diferenciarse en la población en cuanto a objetivos y mensajes principales. La identificación de grupos especiales con relación a la consejería subraya la necesidad de enfatizar algunos mensajes educativos relacionados con comportamientos y prácticas de riesgo, más frecuentemente adoptadas en cada grupo.

**Consejería a mujeres.-** Las mujeres representan un grupo importante beneficiario de la consejería, en particular debido a los siguientes aspectos:

- Mayor vulnerabilidad biológica a la infección por VIH, mayor facilidad de la transmisión a través de la mucosa vaginal.
- Mayor vulnerabilidad social considerando las inequidades de género presentes que discriminan y penalizan la población femenina en muchos aspectos relacionados con la sexualidad y el acceso a la salud (machismo, violencia, dificultad en negociar prácticas sexuales seguras).

Considerando esta situación, es importante recalcar durante la consejería la información y el análisis sobre estrategias para la negociación del uso del condón y la adopción de prácticas sexuales seguras.

**Consejería para hombres.-** Se abordaran varios aspectos:<sup>41</sup>

- Información sobre prácticas de riesgo con énfasis en las relaciones sexuales y auto percepción de la vulnerabilidad.
- La importancia de protegerse en todas las relaciones sexuales, especialmente si no tiene una pareja sexual estable.
- Acceso a servicios de salud en caso de ITS.
- Refuerzo sobre el uso adecuado del condón.
- Informar sobre el riesgo de compartir objetos corto punzantes (afeitadoras, cepillos de dientes, tatuajes, pirsin).

**Consejería para adolescentes.-** Es importante que la información impartida a los adolescentes sea brindada de forma amplia y adecuada, contestando a las preguntas que hagan de acuerdo a su edad y nivel de comprensión. Debe contemplarse hablar sobre:

---

<sup>40</sup> Ministerio de Salud Pública, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida-ITS”. Quito- Ecuador.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud Pública, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida-ITS”. Quito-Ecuador. pág. 43

- La abstinencia sexual, que es el método 100% más efectivo al protegerse contra el VIH y las ITS.
- Relación monógama con una pareja sana y que ella también practique la monogamia.
- El preservativo o condón, informarle sobre la adecuada utilización del mismo y el uso frecuente.
- La eficacia de los distintos métodos para la protección de las ITS y de los embarazos no deseados.
- Las ventajas y desventajas de los métodos; de los posibles efectos colaterales y complicaciones, para que tomen las decisiones correctas.

**Consejería para adolescentes embarazadas.-** A toda mujer embarazada que acude por primera vez a una unidad operativa se debería recomendar una prueba de VIH, después de haber recibido una adecuada consejería y solo con su consentimiento informado. Se les informará acerca de la importancia de realizarse la prueba para detectar el VIH, ya que de esta manera se puede tomar las medidas preventivas para el niño, en caso de que ella tuviera la enfermedad.

- Explicación sobre las formas de transmisión vertical (embarazo, parto y lactancia materna).
- Explicación sobre las oportunidades de reducir el riesgo de transmisión vertical mediante la administración de tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el parto, la realización de una cesárea y el uso de leche artificial en lugar de leche materna. Enfocar en la gratuidad de este tratamiento si fuese el caso.

Al trabajar en el área de consejería he experimentado la necesidad de prepararme en el ámbito de la niñez y adolescencia, para obtener nuevos referentes conceptuales, que faciliten el trabajo eficiente. Es importante destacar la necesidad de fortalecer los servicios existentes en la institución, convirtiéndoles en espacios diferentes a los tradicionales, promoviendo el intercambio, el auto cuidado, autonomía, y el ejercicio de prácticas saludables, en la construcción de su identidad y proyectos de vida poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos.

Con frecuencia escuchamos que los adolescentes son un desastre, los señalamos como alocados e inmaduros y lo negativo que parece hablarles de derechos y sexualidad, sin considerar que muchas de las situaciones de riesgos a los que se ven expuestos, son el resultado de insuficientes espacios de aprendizajes, reflexión, servicios amigables donde

puedan recibir información clara y científica que les permita resolver dudas, encontrar respuestas, apoyo, explorar sus emociones y temores, romper mitos, cuestionar prácticas inequitativas y construir nuevas prácticas de relaciones y de cuidado de su salud. También pueden ser el resultado de los entornos familiares, comunitarios y sociales, que no siempre garantizan seguridad, protección, bienestar y adecuadas condiciones para su desarrollo, buscando comprensión y amparo en sus pares.

El área de consejería en VIH-sida, se convirtió en el espacio adecuado para las adolescentes embarazadas en donde podían hablar de sus dudas, inquietudes y miedos, referentes a su condición de llegar hacer madres adolescentes, del riesgo al que se exponen en las diferentes relaciones de poder, autonomía y dependencia en su entorno.

## CAPÍTULO IV

### 4. DERECHOS HUMANOS Y VIH/sida

Uno de los derechos humanos, que tenemos todas las personas indistintamente de su edad, etnia, orientación sexual, estado de salud, etc., es el derecho a la igualdad ante la ley y a no ser discriminado por ningún motivo en ningún ámbito de la sociedad. Este derecho fundamental está contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos expedida por las Naciones Unidas en 1948 y es la base para todos los Tratados y Declaraciones a nivel Internacional, así como también para las leyes, reglamentos y Acuerdos a nivel nacional.

Los derechos humanos son privilegios legales y universales que garantizan el desenvolvimiento de la vida de las personas y las protegen de acciones que afectan a sus libertades y dignidad.

#### 4.1 Principios de los Derechos Humanos<sup>42</sup>

Indivisibles e interdependientes: no se puede gozar solo de un derecho y de otro no, y no se puede tener solo una parte de un derecho.

- Universales: los derechos humanos son para todos los seres humanos sin discriminación por ninguna causa, incluido la orientación sexual o el estado de salud.
- Inalienables: nadie puede quitar a una persona un derecho humano.
- Responsabilidad: los Estados y las personas son responsables de respetar los derechos y de asegurar que se cumplan.
- Participación: para gozar de los derechos las personas tienen que cumplir un papel y reconocer sus responsabilidades.
- Acordados internacionalmente y protegidos legalmente: existen organismos internacionales y nacionales que deben vigilar que no se violen los derechos en ninguna parte del mundo.

Varios años de lucha contra la epidemia han confirmado que la promoción y protección de los Derechos Humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión y

---

<sup>42</sup> Ministerio Salud Pública, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-sida-ITS”. Quito-Ecuador. pág. 51



disminuir sus efectos, para proteger la dignidad de las PVVS (Personas que Viven con VIH-sida), y en salud pública disminuir la vulnerabilidad a la infección.<sup>43</sup>

En general los derechos humanos y la salud pública comparten el objetivo de promover y proteger los derechos y bienestar de todos los individuos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la mejor manera de lograrlo es promoviendo y protegiendo los derechos a la dignidad de cada uno, sobre todo de los discriminados o de los que ven sus derechos perjudicados de otra forma. De igual manera, la mejor forma de alcanzar los objetivos de la salud pública es promover la salud para todos, en particular de los niños, niñas y adolescentes, con el fin de lograr que la salud pública y los derechos humanos se complementen y fortalezcan mutuamente en lo concerniente al VIH-sida.

Otros aspectos que indican la relación de los derechos humanos y el VIH-sida es el hecho de que los casos de VIH-sida o su difusión son más frecuentes en las mujeres, los niños/as, los pobres, las minorías, los emigrantes, los refugiados, las personas interiormente desplazadas, los privados de la libertad, las trabajadoras sexuales, los grupos denominados GLBT (gais, lesbianas, bisexuales y personas de transgénero), los que se inyectan drogas. La falta de protección de los derechos humanos inhabilitan a estos grupos para prevenir la infección o para hacer frente al VIH-sida, si ya están afectados por el.

Con el apareamiento de los primeros diagnósticos de VIH-sida, a comienzos de la década de los 80, se dieron las primeras violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con VIH-sida (PVVS), sobre todo en el ámbito de la salud con la negativa a atender a los y las pacientes diagnosticados VIH positivo; más tarde la discriminación se extendió a los ámbitos laboral, educativa, de servicios públicos, entre otros.

En este contexto, organismos internacionales como la (OMS-1996)<sup>44</sup> reconocieron la relación entre protección de los derechos humanos y respuesta eficaz al VIH-sida, por lo que se recomendó eliminar la segregación hacia las personas infectadas y apuntar los esfuerzos para combatir al virus a través del desarrollo de medidas de prevención.

Estas son realidades que debemos entender y enfrentar dando la suficiente importancia de proteger, respetar y hacer efectivos los derechos humanos.

---

<sup>43</sup> Ministerio de Salud Pública, (2006), “Manual Nacional de Asesoría/Consejería en VIH/sida- ITS”. Quito-Ecuador. pág. 30

<sup>44</sup> Ministerio de Salud Pública-OPS/OMS, (1992), “Guía para la prestación de servicios dirigida a la atención integral de PVVIH/sida”. Publicaciones Técnicas del Programa VIH/sida, Pichincha-Quito.

## **4.2 DERECHOS HUMANOS Y MARCO LEGAL<sup>45</sup>**

### **4.2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008**

La Constitución del Ecuador estipula:

Art. 11, numeral 2.- “Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económico, condición migratorio, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionara toda forma de discriminación”.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Reconoce a los/as adolescente como sujetos de atención prioritaria a través de los siguientes artículos:

#### **4.2.1.1 DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA:**

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad, como por ejemplo: adolescente y embarazada.

---

<sup>45</sup> Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, (2009), “Normas y Procedimientos para la atención Integral de Salud a Adolescentes”. República del Ecuador.

#### **4.2.1.2 SOBRE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:**

Art. 45.- Los niños, niñas y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y síquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria, a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultado en los asuntos que les afecten; (...).<sup>46</sup>

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

El Sistema Nacional Descentralizado de protección integral de la niñez y adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección, y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.<sup>47</sup>

#### **4.3 TRATADOS Y CONVENCIONES INTERNACIONALES**

El Ecuador ha suscrito varias convenciones, acuerdos y tratados internacionales que lo comprometen de manera vinculante con la garantía de los derechos de las y los adolescentes y particularmente, con el goce de la salud integral.

---

<sup>46</sup> Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, (2009), “Normas y Procedimientos para la atención Integral de Salud a Adolescentes”, República del Ecuador. pág. 19

<sup>47</sup> Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, (2009), “Normas y Procedimientos para la atención Integral de Salud a Adolescentes”, República del Ecuador. pág. 19

Entre ellas se destacan:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948.
- Décimocuarto comentario general del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>48</sup>
- Declaración de compromiso de lucha contra el sida.<sup>49</sup>
- Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>50</sup>
- Convención sobre los Derechos del niño, 1990.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, EL Cairo, 1994.
- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrito por el Ecuador en 2007 y ratificado por la Asamblea Constituyente en 2008.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud, 2008.
- Las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho al más alto nivel de salud posible<sup>51</sup> y el acceso a la medicación.<sup>52</sup>

#### **4.4 LEY ESPECIAL**

El Código de la Niñez y Adolescencia ecuatoriano (2003), reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años y estipula en relación a su derecho a la salud integral:

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológico y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1.- Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;

---

<sup>48</sup> Décimocuarto comentario general: el derecho al más alto nivel posible de salud, adoptado el 11 de Mayo 2000 (E/C.12/2000/4).

<sup>49</sup> Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH-sida, (2001), “Crisis Mundial-Acción Mundial”. Resolución de la Asamblea general, Ginebra s-26/al 27 de Junio.

<sup>50</sup> Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, (2000), resolución de la asamblea general. Ginebra 55/2 del 8 de Septiembre.

<sup>51</sup> Comisión de Derechos Humanos, (2002), resolución, Ginebra2002/31 del 22 de abril.

<sup>52</sup> Comisión de Derechos Humanos, (2002), resoluciones, Ginebra 2002/33 y 2002/32 del 22 de abril.

- 2.- Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
- 3.- Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que la necesiten;
- 4.- Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
- 5.- Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente,
- 6.- Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
- 7.- Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
- 8.- Vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permita un adecuado desarrollo emocional;
- 9.- Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y
- 10.- El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y posnatal apropiadas.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

- 1.- Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
- 2.- Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; (...)
- 3.- Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
- 4.- Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
- 5.- Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y
- 6.- Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

#### **4.5 DECRETOS EJECUTIVOS Y ACUERDOS MINISTERIALES**

Se declara mediante Decreto ejecutivo N°. 620 de septiembre de 2007, la erradicación de la Violencia de Género hacia niños, niñas y adolescentes.

- El Acuerdo Interministerial N° 394 de 11 de Julio del 2008 crea el Comité Interinstitucional para la prevención del Embarazo Adolescente (CIPEA).
- El Acuerdo 403 del Ministerio de Educación y Cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fisco misionales y municipales de país en los niveles de Educación Básica y Bachillerato, dando cumplimiento a la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor; al Plan Nacional para la Educación en la Sexualidad y el Amor y al Plan Nacional para la Erradicación de Delitos Sexuales en el ámbito escolar, con fecha 19 de agosto de 2006.
- El Acuerdo 089 de 2007 establece la Acción Integral para Adolescentes en Estado de Embarazo.
- El Acuerdo 436 de 2008 estipula que a las autoridades de los establecimientos públicos y particulares de los diferentes niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional les está prohibida exigir a los estudiantes la realización de la prueba vinculada con la identificación del VIH-sida, como requisito para inscripciones, matriculas, pases de año, graduación o por cualquier situación institucional.
- Garantizar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del VIH-sida que pertenecen al Sistema Educativo Nacional ya sus afectados, sin discriminación, ni limitaciones de ningún tipo, el ejercicio pleno de sus derechos.

#### **4.6 POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES**

- La Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (PSDSR) del MSP (2005) se propone, dentro de los fundamentos estratégicos:
- Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.
- Fomentar la autonomía y el auto cuidado como elementos fundamentales en la construcción de ciudadanía en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Eliminar barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y salud reproductiva, en particular, con enfoque de derechos y sin discriminación por motivos de género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.

El Estado Ecuatoriano elaboró, conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil, un Plan Nacional de Derechos Humanos (PNDH), publicado en el Registro Oficial 346 del 24 de Junio de 1998. Este instrumento ilustra la dirección de las políticas que el Ecuador debe aplicar en materia de derechos humanos. A través de este Plan Nacional el Estado asumió como compromiso impulsar políticas públicas basadas en los principios de:

- a) Interés superior del/de la adolescente.
- b) Ciudadanía social de adolescentes.
- c) Respeto a la diversidad etno-cultural y de género.
- d) No discriminación.

El Plan Nacional de Desarrollo, 2007- 2011, establece entre sus metas prioritarias:

- Meta 3.5: Reducir el embarazo adolescente en un 25%.
- Meta 3.7: Reducir los accidentes de tránsito y delitos contra las personas.
- Meta 3.9: Desacelerar la tendencia de VIH- sida.
- Meta 3.11: Mejorar la calidez y calidad de los Servicios de Salud.

En el contexto de los derechos humanos es notorio que los instrumentos garantizan y promueven la dignidad y el buen trato a todos los ciudadanos, de manera muy especial a los niños, niñas y adolescentes. Los adultos debemos facilitar y garantizar el cumplimiento de estos derechos a fin de conseguir una mejor calidad de vida. También tenemos que socializar los derechos a la población adolescente, ya que se verifica según la investigación y las declaraciones de los médicos entrevistados que el desconocimiento y la combinación de la falta de acceso a los servicios de salud, programas de educación en salud sexual y reproductivo escasos, son eslabones que predominan en estos grupos, quizá por su edad y condición. En la actualidad hay programas que se están desarrollando, como los espacios amigables, familias fuertes, involucrando a los adolescentes y familias, así como las leyes que rigen la convivencia.

## CAPÍTULO V

### 5. SEXUALIDAD

La Sexualidad es un concepto que presupone dimensiones biológicas fundamentadas en las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, dimensiones fisiológicas motivadas por el funcionamiento del aparato reproductivo, dimensiones psicológicas correspondientes al desempeño de roles sexuales.

La adolescencia es un periodo único de crecimiento y desarrollo que incluye cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales, a través del cual se pasa de la infancia a la edad adulta, es cuando se inician cambios importantes en la pubertad y termina cuando se convierte en un adulto joven y autónomo, que puede tomar decisiones, pues su nivel intelectual es importante, vive su sexualidad de manera libre y espontánea con proyectos de vida y su ideal es ser aceptado por la sociedad.

La adolescencia es un periodo difícil de la vida, es una etapa donde deben ser guiados y preparados, para asumir las responsabilidades, especialmente referente a la sexualidad, porque a partir de las primeras experiencias llegarán vivencias (satisfactorias o no) que servirán de referentes para el resto de la vida. En las y los adolescentes se debería evitar ciertos comportamientos que difieren de sus ideales. Esto hace suponer que a esta edad pueden existir incoherencias entre la manera de pensar y actuar de las/os adolescentes optando muchas veces por situaciones de riesgo.

Es necesario insistir en que:

- La identidad sexual no se inicia en la adolescencia,
- La sexualidad no es genitalidad; y
- La norma sociocultural condiciona y califica la conducta sexual, por ello esta última puede evolucionar de acuerdo a la época y a la cultura.<sup>53</sup>

La sexualidad humana, es una extensión de la personalidad donde confluyen potencialidades y funciones vitales vinculadas con la pertenencia a un género, la procreación, el erotismo y el placer, la comunicación interpersonal y el amor entre otras.

Desde esta perspectiva, en el campo de la sexualidad observamos cada vez la preeminencia e identificación de esta con el sexo, coito y genitalidad, al lado de tantos prejuicios y mitos que niegan una información veraz y científica, tal vez podemos comprender así que el proceso de adquisición de la sexualidad de nuestros adolescentes se

---

<sup>53</sup> Bases conceptuales de la atención integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en la salud reproductiva, (1995), Ginebra.



vea interferido y hasta diríamos deformado. Es necesario ir comprendiendo que los adolescentes y jóvenes están viviendo, evitar entornos represivos e incoherentes. Quizá así seamos capaces de ir dándoles algunos elementos que los ayuden a ir encontrando la manera digna y saludable de ser hombres y mujeres capaces de asumir su sexualidad de manera natural, feliz y responsable. Ciertamente, el ser humano se forma de afuera hacia adentro, ya que la personalidad, como sistema superior de organización y regulación de la psiquis y la conducta, se constituye en la medida en que la persona se socializa. “Así, en el encuentro con la cultura, se desencadenan los procesos de individuación y de personalización”.<sup>54</sup>

### **5.1 Salud Sexual y Reproductiva<sup>55</sup>**

Se define a la Salud Reproductiva “no solo como la ausencia de enfermedad y trastornos en el proceso reproductivo, sino como una situación en la cual este proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, social y mental”, inscribiéndola por lo tanto en el marco de la salud integral de la población.

La Salud Reproductiva se orienta al desarrollo humano, tanto en su función reproductora de la especie, como en lo concerniente a la reproducción del potencial intelectual y creativo, basado en la experiencia personal y colectiva en la que se plantea la sociedad. Vista de esta manera, la salud reproductiva es un elemento íntimamente ligado al desarrollo humano y social.

La Salud Reproductora es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y servicios de planificación familiar de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos que sean seguros, eficaces y aceptables, y el “derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que

---

<sup>54</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2001). “La Educación de Sexualidad en países de América Latina y el Caribe”.

<sup>55</sup> Documento Final de las discusiones Técnicas de la OPS/OMS, (1993), Sobre “Planificación Familiar y Políticas de Población” Washington D.C.

permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.<sup>56</sup>

## **5.2 Derechos de Salud Sexual y Reproductiva**

Por derechos reproductivos se entienden aquellos derechos que buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad, si tener hijos o no, cuantos, en qué momento y con quien. Los derechos reproductivos dan la capacidad a todas las personas de auto determinar su vida reproductiva.

Los derechos reproductivos, al igual que los derechos humanos, son inalienables y no están sujetos a discriminación por género, edad o raza.

### **5.2.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS**

El origen del concepto de Derechos Reproductivos, en el marco de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud aparece en la Conferencia de Teherán de 1968 y en la definición de Bucarest (Conferencia sobre Población de 1974) como un derecho fundamental tanto de las parejas como de los individuos. La inclusión e integración de la planificación familiar dentro del campo de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva se produce por primera vez en la Conferencia Internacional para mejorar la salud de las Mujeres y los Niños por medio de la Planificación Familiar, en Nairobi, Kenia, (5 a 9 de octubre de 1987).

En el Congreso Mundial de Sexología décimotercero celebrado en 1997 en Valencia España se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, posteriormente revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación de Sexología, Was, 26 de agosto de 1999, en el 140º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong.

**Definiendo los derechos sexuales.-** Aunque no existe una definición formal de derechos sexuales consensuada internacionalmente, ni documentos legales como los que hay sobre los derechos reproductivos, los derechos sexuales surgen de los derechos humanos ya establecidos y protegidos por las normas nacionales e internacionales de derechos humanos.

---

<sup>56</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2004), “Salud Reproductiva para comunidades en crisis”. Respuesta de Emergencia.

### **5.2.2 DERECHOS SEXUALES**

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y la Seguridad del cuerpo sexual.
- El derecho a la Privacidad Sexual.
- El derecho a la Igualdad sexual (equidad sexual).
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la Expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre Asociación sexual.
- El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a la información basada en Conocimiento Científico.
- El derecho a la Educación Sexual Comprensiva.
- El derecho a la Atención de la Salud Sexual.

### **5.2.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

- Derecho a las libertades de identidad sexual y género.
- Derecho a la libre determinación sexual.
- Derecho a la protección frente a toda forma de violencia sexual.
- Derechos a la integridad sexual.
- Derecho a la equidad de género.
- Derecho a decidir sobre el número de hijos y el espacio de tiempo entre ellos.
- Derecho a la educación sexual integral.
- Derecho a la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

Las normas de género cultural y social restringen muchas veces el acceso de las adolescentes a información y conocimiento básico, y prescriben un rol desigual y más pasivo en la toma de decisiones en relación a su sexualidad. Esto disminuye su autonomía y expone a muchas de ellas a la coerción sexual y las relaciones abusivas, la violencia contra las mujeres jóvenes o la amenaza de violencia aumenta su vulnerabilidad. Asimismo, las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están asociadas con comportamientos que aumentan el riesgo de infecciones de VIH/ITS entre los jóvenes varones.

“Son necesarios avances significativos en equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, aumentar el empoderamiento de las adolescentes mujeres y la sensibilización de los adolescentes varones”.<sup>57</sup>

Uno de los principales problemas relacionados con la salud de la población adolescente, es el tema de sexualidad y salud reproductiva que se liga a las limitaciones para el acceso a información y servicios de atención de sus necesidades específicas, en este campo.

Si bien, ciertos programas de prevención de embarazos prematuros y de enfermedades de transmisión sexual son muy difundidos, parece que estos no tienen la eficacia necesaria, pues los indicadores de embarazos tempranos y embarazos no deseados, en adolescentes y jóvenes, no han disminuido, mientras que los casos de enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida, han aumentado.

En este sentido, es importante mencionar que el abordaje del tema debe ser hecho desde una perspectiva integral, es decir, no basta considerar políticas, planes y programas con un enfoque eminentemente médico, es necesario relacionar permanentemente los factores sociales, familiares y las situaciones particulares de los adolescentes y jóvenes.

La comunicación intrafamiliar es otro factor importante que se debe tomar en cuenta, especialmente con la madre, ya que es ella, con más frecuencia, quien está más cercana a los hijos, es ella quien se ocupa de la salud de la familia y de la educación.

---

<sup>57</sup> Organización Panamericana de la Salud, (2008). “La Salud Sexual y Reproductiva del Joven y del Adolescente: Oportunidades, Enfoques y Opciones”. Washington, D.C. pág.

## CAPÍTULO VI

### 6. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

#### CUADRO N°1

##### 6.1.- DATOS PERSONALES

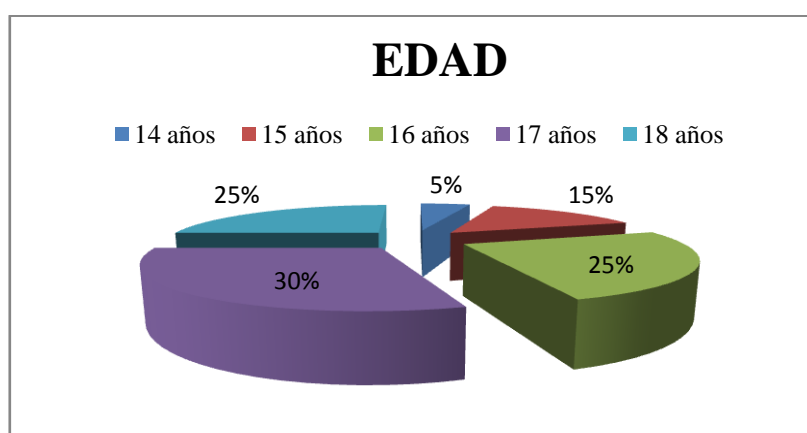
##### 6.1.1 EDAD

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
14 años	1	5%
15 años	3	15%
16 años	5	25%
17 años	6	30%
18 años	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

#### GRÁFICO N°1



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

De las adolescentes encuestadas que asistieron a Consejería de la UMSS, en relación a la edad se puede apreciar que el mayor porcentaje corresponde a las adolescentes de 17 años con el 30%, luego tenemos adolescentes de 16 años y 18 años con el 25%, las adolescentes de 15 años con el 15% y de 14 años con el 5%, nos podemos dar cuenta que entre menor es la edad, mayor es el desinterés de la información o simplemente por su edad no permiten sus padres recibir consejería.

## CUADRO N°2

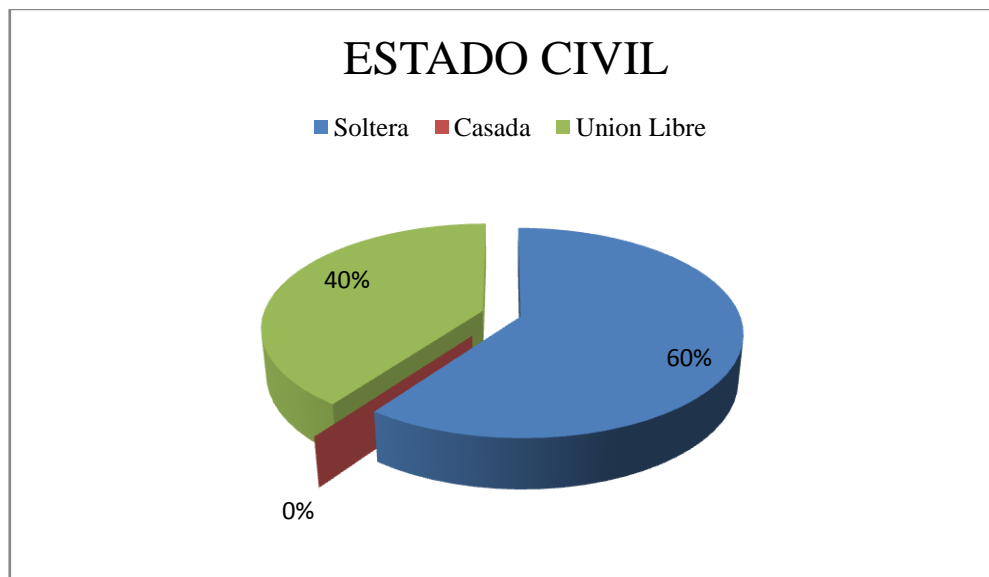
### 6.1.2 ESTADO CIVIL

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Soltera	12	60%
Casada	0	0%
Unión Libre	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

## GRÁFICO N°2



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

En la actualidad el estado civil de las adolescentes ha cambiado, de acuerdo a las encuestas el mayor porcentaje deciden ser Solteras en un 60%, y la Unión libre con el 40%. No es una opción casarse.

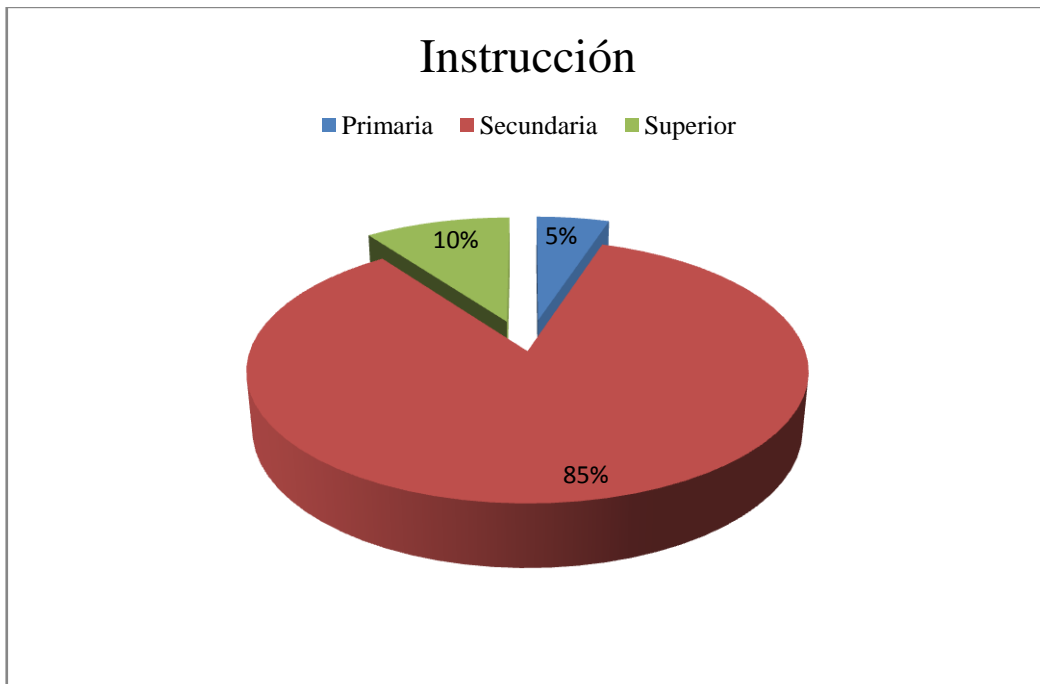
CUADRO N°3

6.1.3 INSTRUCCIÓN

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Primaria	1	5%
Secundaria	17	85%
Superior	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°3



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.  
Elaboración: Autora

Las adolescentes encuestadas, como se puede observar en el gráfico, tienen la mayoría instrucción secundaria con el 85%, superior con el 10% y de primaria con el 5%.

#### CUADRO N°4

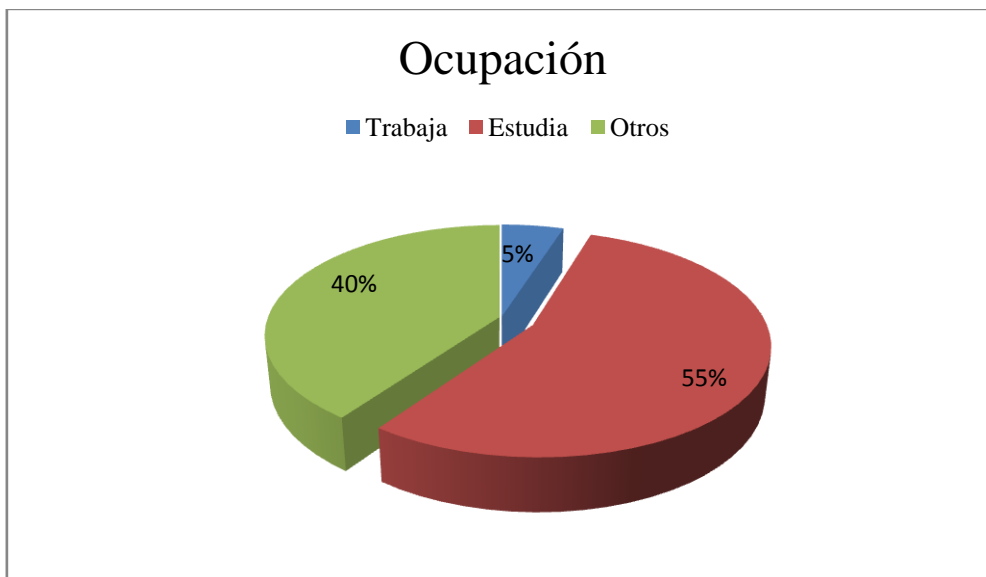
##### 6.1.4 OCUPACIÓN

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Trabaja	1	5%
Estudia	11	55%
Otros	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

#### GRÁFICO N°4



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

En relación a la ocupación de las adolescentes encuestadas se puede mencionar que la mayoría estudia, lo que representa el 55%, trabajan el 5% y se dedica a la crianza de sus hijos en un 40%.



## 6.2.- SEXUALIDAD

CUADRO N°5

### 6.2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
13 años	1	5%
14 años	2	10%
15 años	7	35%
16 años	6	30%
17 años	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescente, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°5



Fuente: Encuesta de adolescente, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

Podemos observar claramente en las encuestas que el inicio de la actividad sexual de las adolescentes es cada vez más precoz, así tenemos de 15 años el 35%, de 16 años el 30%, de 17 años el 20%, de 14 años el 10% y por último de 13 años con el 5%.

## CUADRO N°6

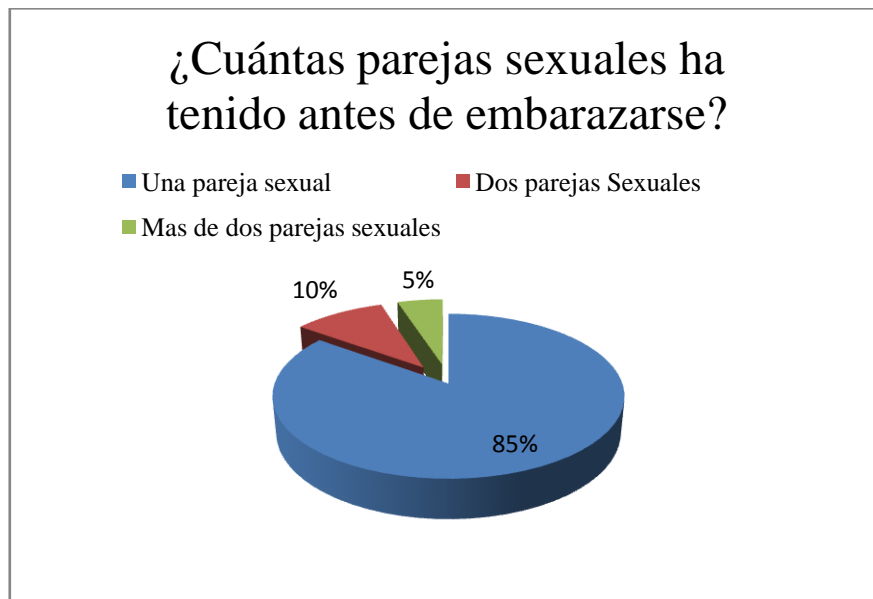
### 6.2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Una pareja sexual	17	85%
Dos parejas Sexuales	2	10%
Más de dos parejas sexuales	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

## GRÁFICO N°6



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autor

En las adolescentes embarazadas podemos apreciar que el mayor porcentaje han tenido una sola pareja sexual con el 85%, dos parejas sexuales el 10% y más de dos parejas con el 5%.

## CUADRO N°7

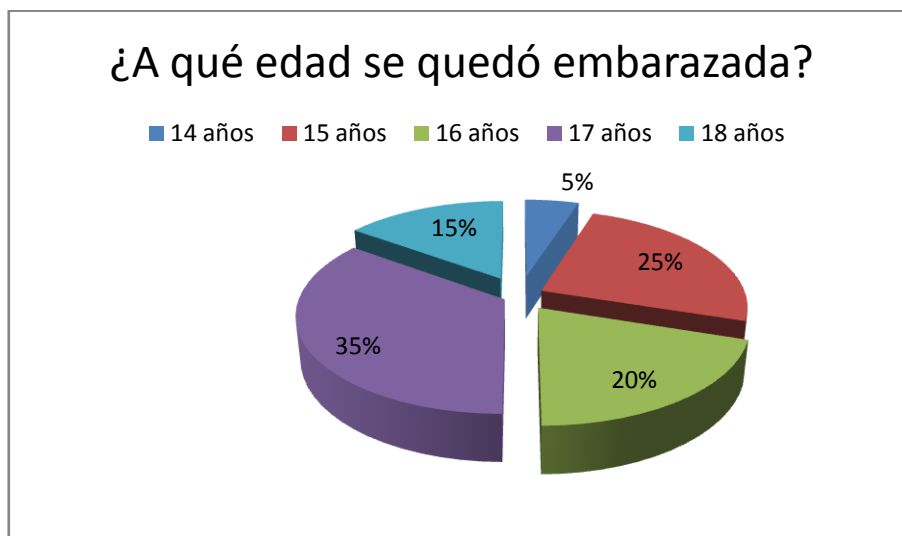
### 6.2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
14 años	1	5%
15 años	5	25%
16 años	4	20%
17 años	7	35%
18 años	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

## GRÁFICO N°7



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

En las adolescentes encuestadas la edad en la que se quedaron embarazadas, el mayor rango es a los 17 años, representando el 35%, a los 15 años con el 25%, a los 16 años con el 20%, a los 18 años con el 15%, y finalmente a los 14 años con el 5%.

## CUADRO N°8

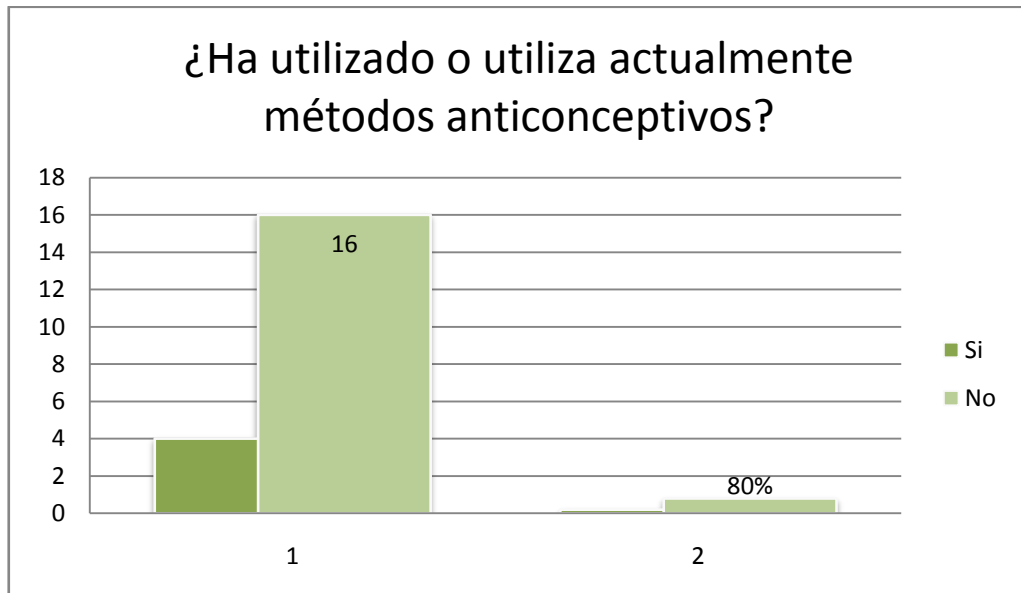
### 6.2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	4	20%
NO	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

## GRÁFICO N°8



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011.

Elaboración: Autora

De acuerdo a la información recogida de las encuestas realizadas se puede apreciar que la mayoría de adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos con el 80%, porque las adolescentes no conviven con sus parejas, viven con sus padres; utilizan condón y pastillas el 20%.

### 6.3. CONOCIMIENTO

#### 6.3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?

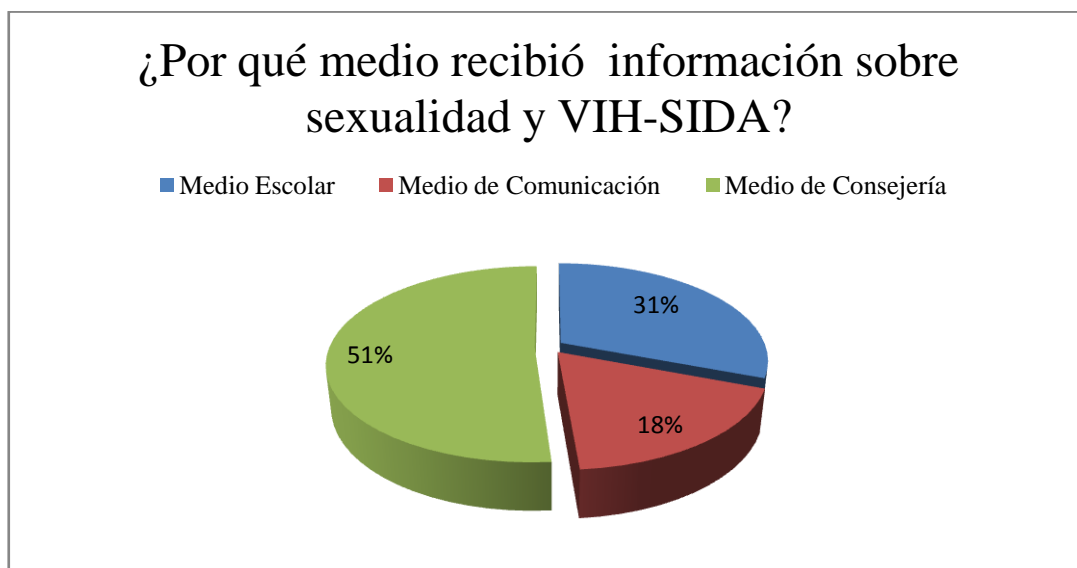
CUADRO N°9

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Medio Escolar	12	31%
Medio de Comunicación	7	18%
Medio de Consejería	20	51%
Total	39	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°9



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En relación a la información es lógico que el mayor porcentaje sea de Consejería con el 51%, ya que el grupo fue seleccionado de las adolescentes que recibieron la información a través de este medio. No está el 100% en consejería, porque las adolescentes también habían recibido información por otros medios como escolar con el 31% y medios de comunicación (Televisión y radio) con el 18%.

CUADRO N°10

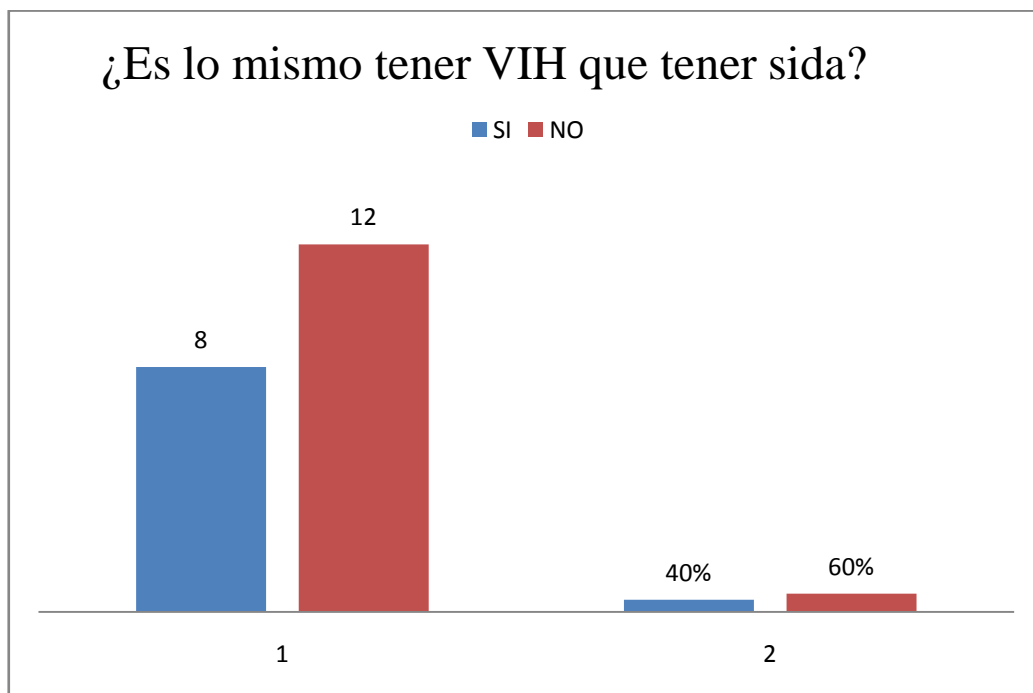
6.3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	8	40%
NO	12	60%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°10



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En cuanto a conocimiento de VIH-sida de las adolescentes, la mayoría conoce la diferencia entre VIH-sida con el 60%, pero también hay adolescentes que todavía se confunden entre estos dos términos que representan el 40%.

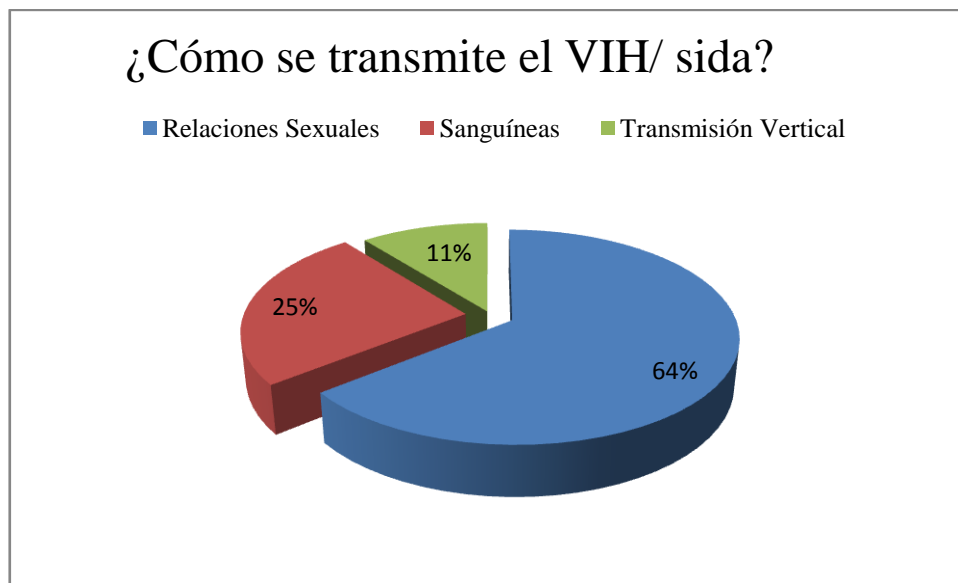
CUADRO N°11

6.3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Relaciones Sexuales	10	64%
Sanguíneas	7	25%
Transmisión Vertical	3	11%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
 Elaboración: Autora

GRÁFICO N°11



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
 Elaboración: Autora

En relación a la transmisión del VIH-sida se puede evaluar que las adolescentes encuestadas están conscientes que la mayor vía de transmisión es por relaciones sexuales sin protección con el 64%, en cuanto a la vía sanguínea se referían más a las transfusiones sanguíneas que por drogas, con el 25%, y en lo referente a la vía de transmisión vertical tenemos el 11%.

CUADRO N°12

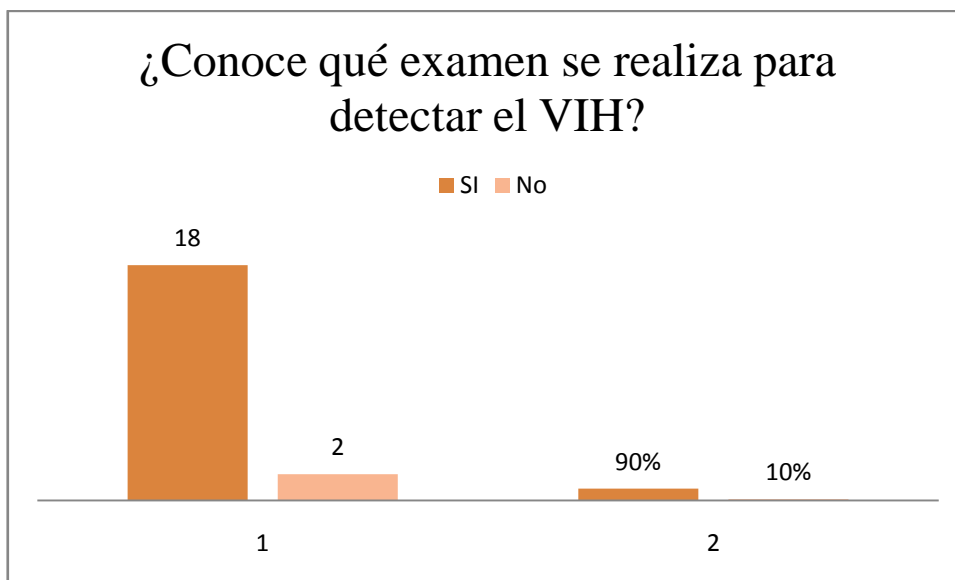
6.3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	18	90%
NO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°12



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

La mayoría de adolescentes embarazadas estaban conscientes que para realizarse el examen del VIH, deben solicitar el análisis del VIH, representado con el 90%, pero existen adolescentes todavía que manifiestan que a través del examen de sangre se detecta el VIH con el 10%.



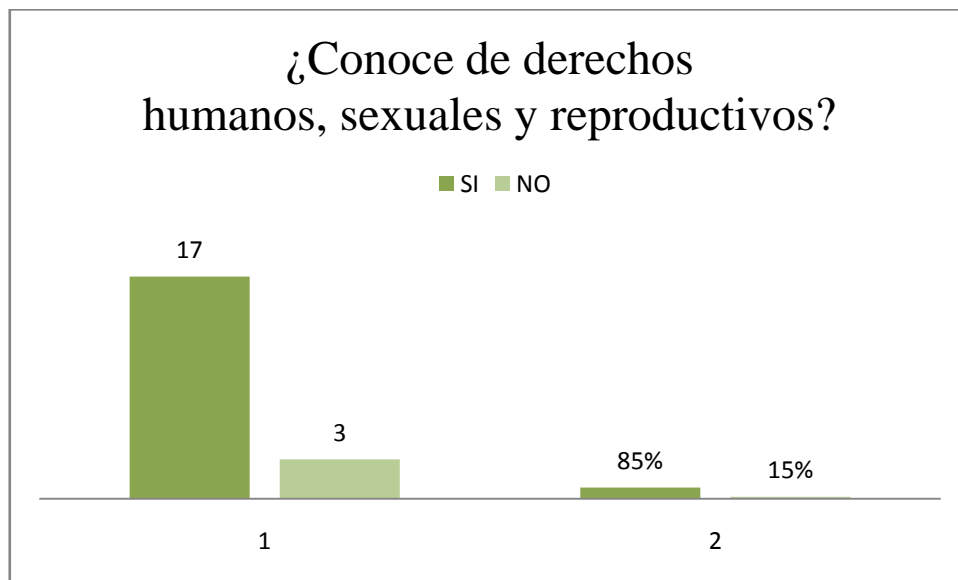
CUADRO N°13

6.3.5.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	17	85%
NO	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°13



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

En relación al conocimiento de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las adolescentes encuestadas podemos percibir según los gráficos, que conocen sobre este tema con el 85% y desconocen el 15%.

CUADRO N°14

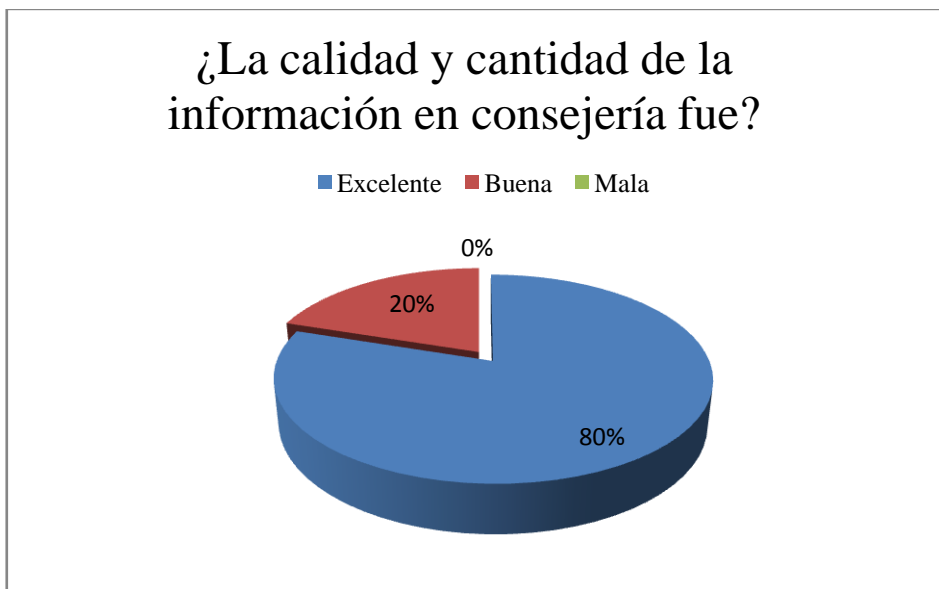
6.3.6. ¿La calidad y cantidad de la información en consejería fue?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Excelente	16	80%
Buena	4	20%
Mala	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°14



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

Las adolescentes embarazadas que recibieron consejería según las encuestas manifiestan que la atención fue excelente con un porcentaje del 80%, porque les permitió expresarse lo que sentían de forma confidencial, así como también formular preguntas que no se atreven a realizarles a sus padres y/o profesores. En cuanto a la atención fue buena con el 20%, cuando los padres insisten en estar presentes en la consejería por ser menores de edad especialmente en las adolescentes menores de 15 años.

CUADRO N°15

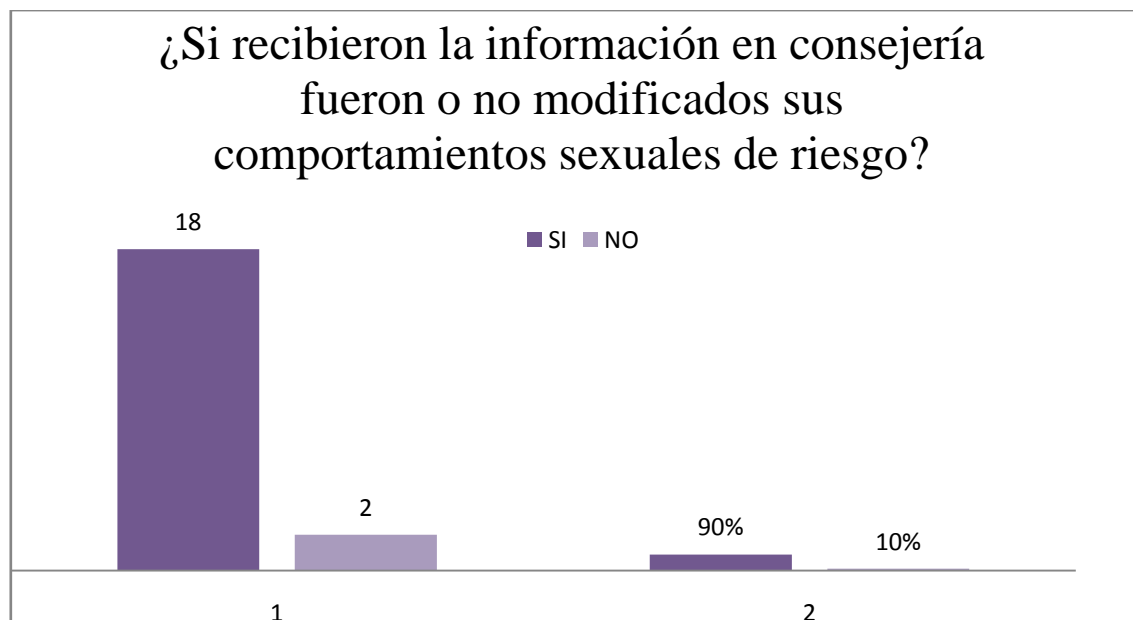
6.3.7. ¿Si recibieron la información en consejería fueron o no modificados sus comportamientos sexuales de riesgo?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	18	90%
NO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°15



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

Sus comportamientos sexuales de riesgo según estos gráficos, dicen que las adolescentes que estuvieron embarazadas respondieron que sí cambiaron sus comportamientos, con el 90%, mientras que el 10%, manifiesta que no cambiaron el comportamiento porque solo tienen relaciones sexuales con sus parejas.

## 6.4 PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE NO RECIBIERON CONSEJERÍA EN LA UMSS 2009-2010

CUADRO N°16

### 6.4.1.- DATOS PERSONALES

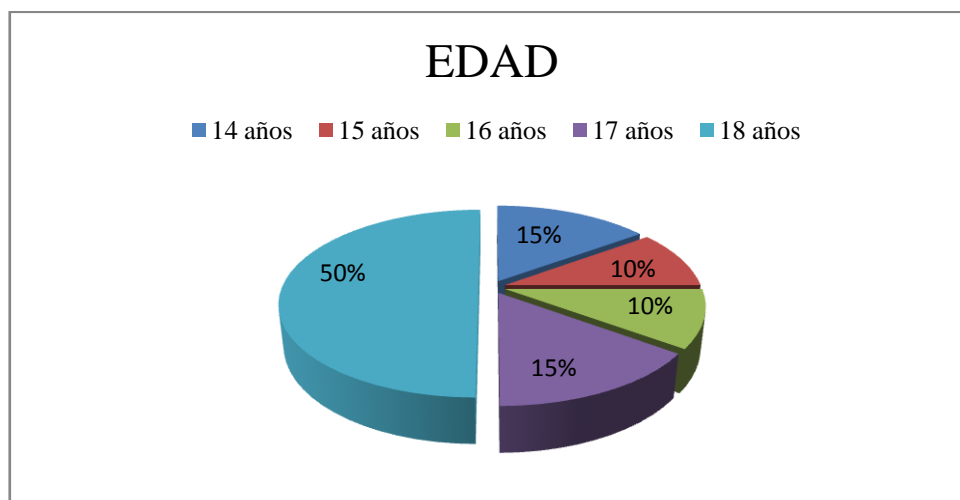
#### 6.4.1.1 EDAD

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
14 años	3	15%
15 años	2	10%
16 años	2	10%
17 años	3	15%
18 años	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°16



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

De las adolescentes embarazadas que no recibieron consejería según las encuestas realizadas podemos observar en los gráficos, que las adolescentes de 18 años con el porcentaje del 50%, no recibieron la información previamente a la prueba de VIH, las adolescentes de 17 años y 14 años con el 15%, y las adolescentes de 16 y 15 años con el 10% que no recibieron la información. Por lo tanto no les realizaron la prueba de VIH.

CUADRO N°17

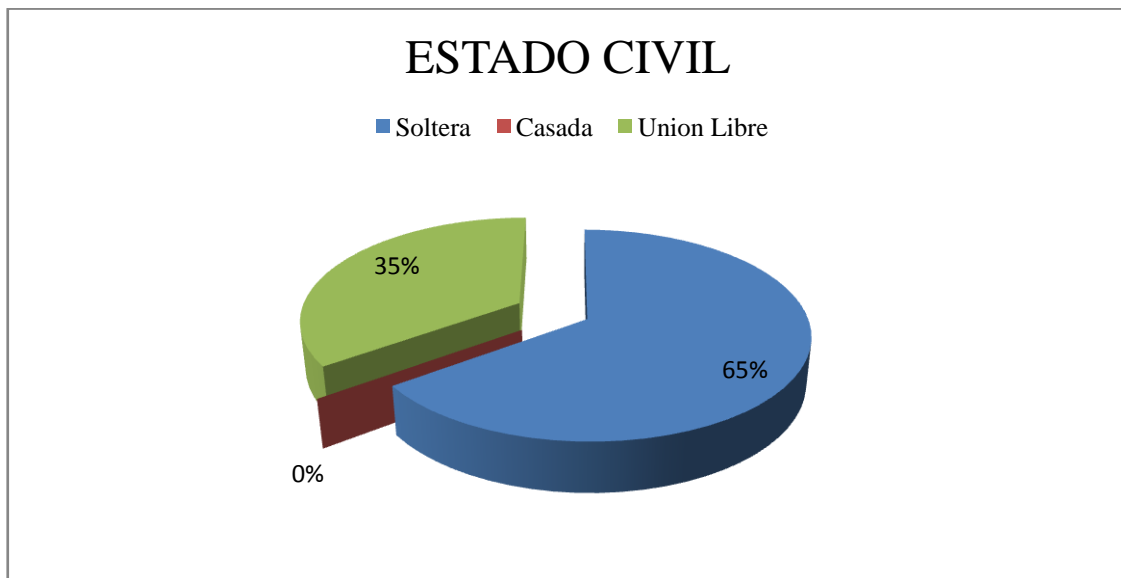
6.4.1.2 ESTADO CIVIL

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Soltera	13	65%
Casada	0	0%
Unión Libre	7	35%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°17



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En relación al estado civil de las adolescentes embarazadas en la actualidad, más del 50% permanecen solteras (65%), el 35% viven en Unión Libre, estos indicadores nos hacen pensar que para las adolescentes no es una opción el matrimonio para formar la familia.

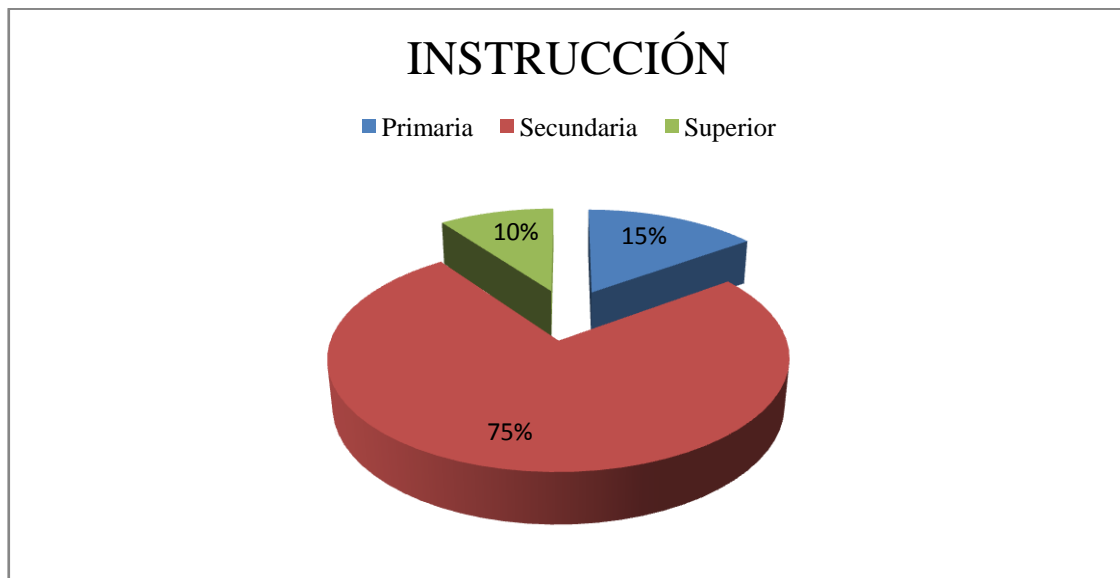
CUADRO N°18

6.4.1.3 INSTRUCCIÓN

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Primaria	3	15%
Secundaria	15	75%
Superior	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°18



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

Las adolescentes embarazadas continúan sus estudios, lo que representando el 75% en la instrucción secundaria, el 15% en la instrucción primaria y el 10% en la instrucción superior.

CUADRO N°19

6.4.1.4 OCUPACIÓN

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Trabaja	1	5%
Estudia	18	90%
Otros	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°19



Fuente: Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En relación a la ocupación de las adolescentes embarazadas el porcentaje de 90% nos dice que la mayoría estudia, mientras que trabajan y se dedican a la crianza de sus hijos el 5%.

## 6.4.2.- SEXUALIDAD

CUADRO N°20

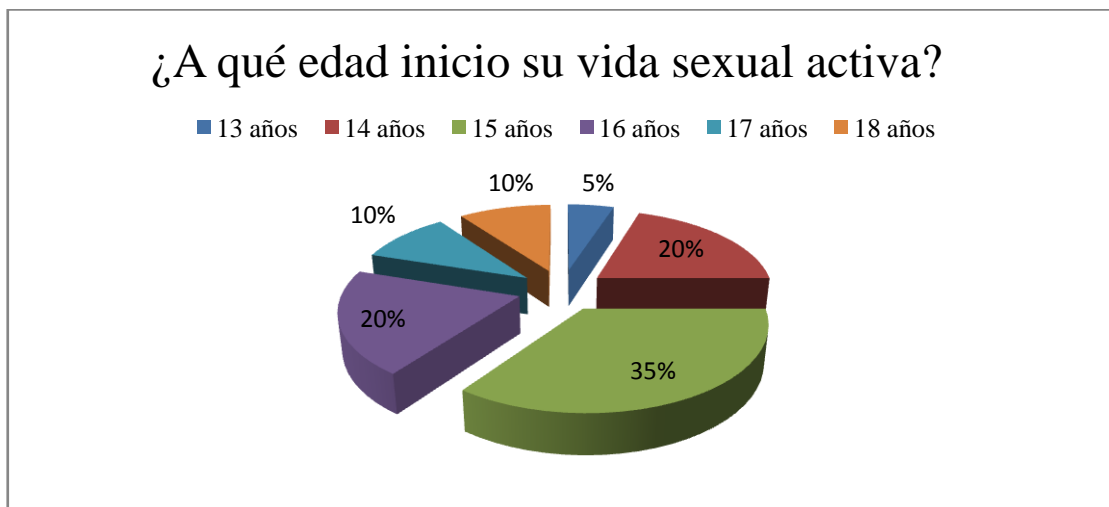
### 6.4.2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
13 años	1	5%
14 años	4	20%
15 años	7	35%
16 años	4	20%
17 años	2	10%
18 años	2	10%
total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°20



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En las adolescentes embarazadas que no recibieron consejería, su inicio de vida sexual, es más temprana, en los gráficos se aprecia que el mayor porcentaje son en las adolescentes de 15 años con el 35%, de 16 y 14 años con el 20%, de 17 y 18 años con el 10%, finalmente adolescentes de 13 años con el 5%.



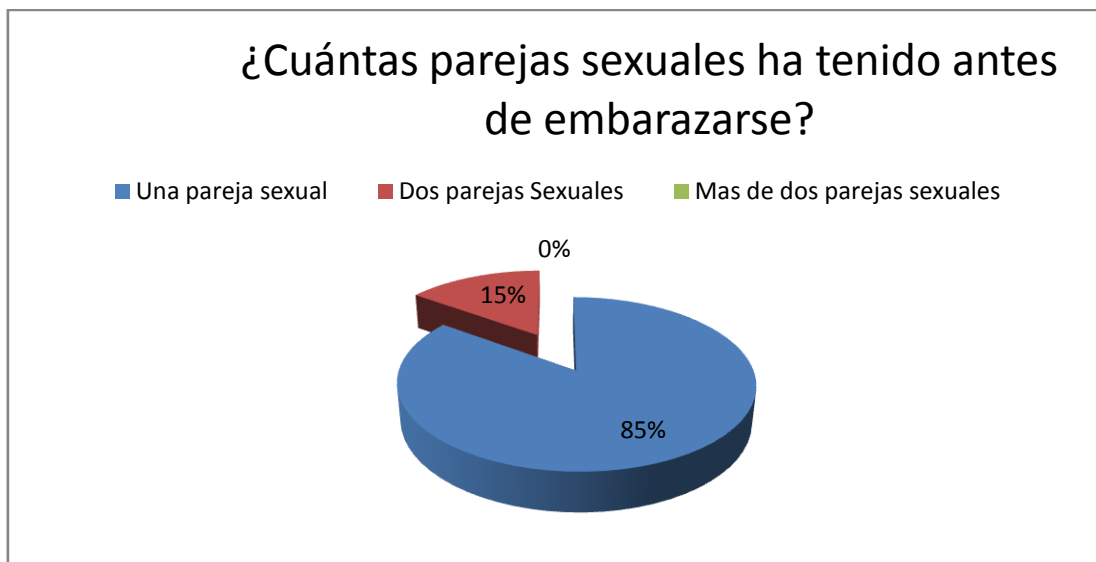
CUADRO N°21

6.4.2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Una pareja sexual	17	85%
Dos parejas Sexuales	3	15%
Más de dos parejas sexuales	0	0%
Total	20	100%

Fuentes: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°21



Fuentes: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

Las parejas sexuales que las adolescentes han tenido antes de embarazarse representan el 85% una pareja sexual, dos parejas sexuales el 15%, no existen más de dos parejas sexuales.

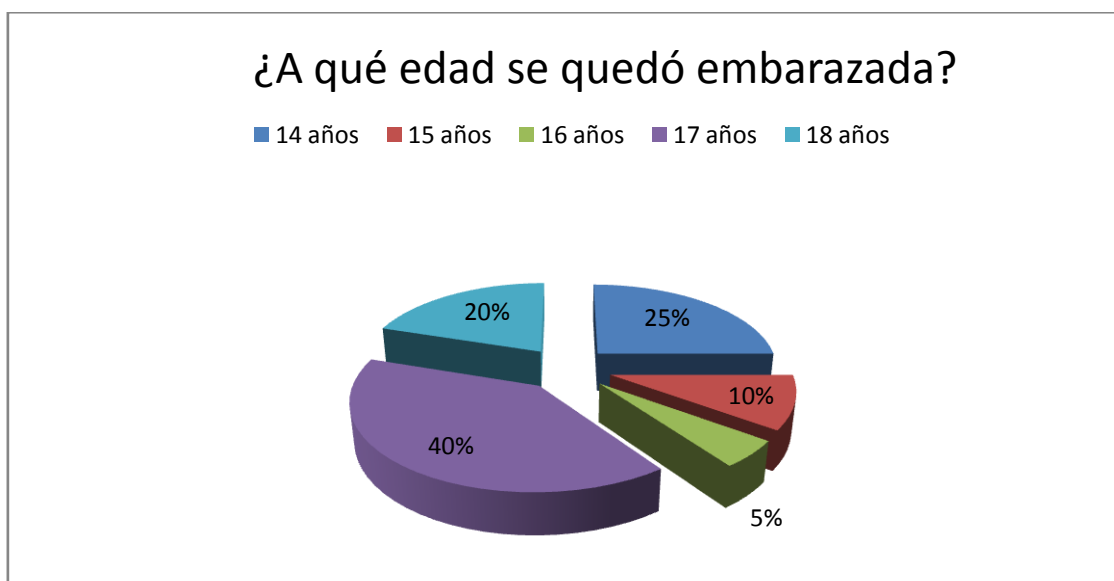
CUADRO N°22

6.4.2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
14 años	5	25%
15 años	2	10%
16 años	1	5%
17 años	8	40%
18 años	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°22



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

En las encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas que no recibieron consejería el mayor porcentaje en relación a las edades de su embarazo es de 17 años con el 40%, de 14 años con el 25%, de 18 años con el 20%, de 15 años con el 10%, y de 16 años con el 5%.

CUADRO N°23

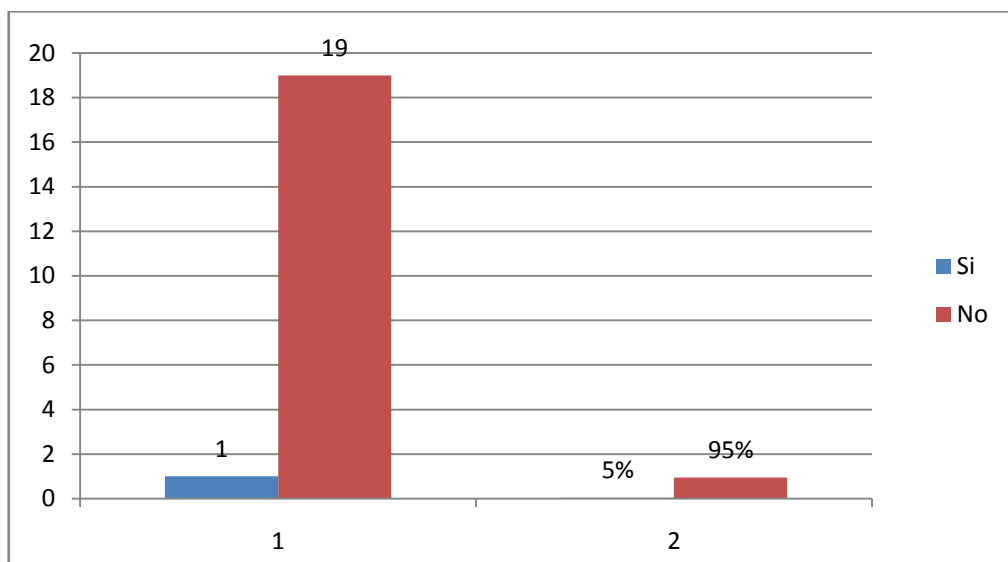
6.4.2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	1	5%
NO	19	95%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°23



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, Encuestas de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

Para las adolescentes embarazadas en las encuestas realizadas se puede apreciar que la protección no es una opción para ellas con un porcentaje del 95%, ya sea por desconocimiento o porque no viven con su pareja o simplemente porque su pareja no quiere, las adolescentes que se protegen regularmente representan el 5% (condón y pastillas).

### 6.4.3. CONOCIMIENTOS

CUADRO N°24

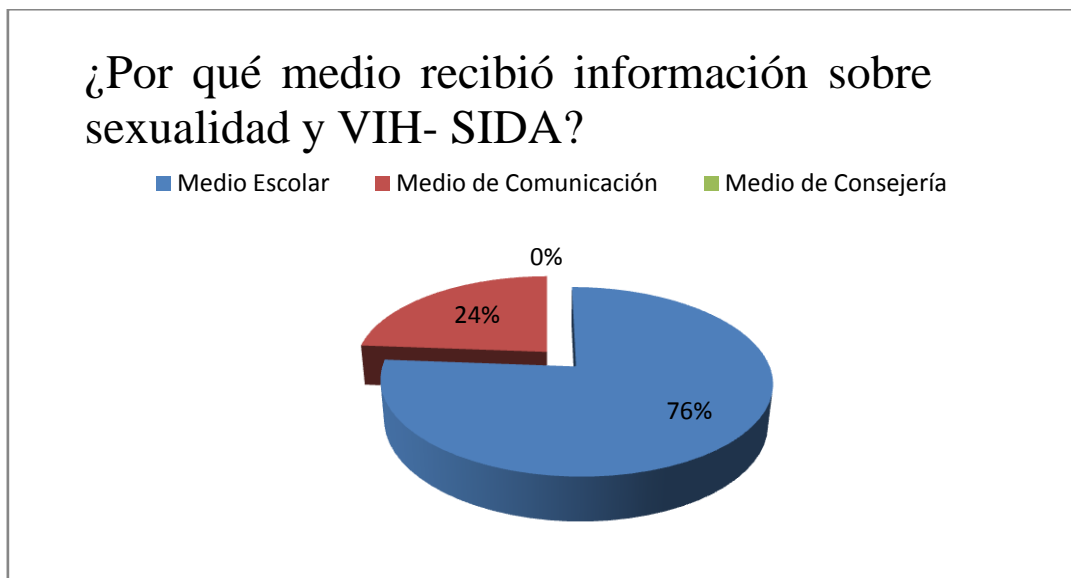
#### 6.4.3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Medio Escolar	16	76%
Medio de Comunicación	5	24%
Medio de Consejería	0	0%
Total	21	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°24



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En relación a los medios de información de las adolescentes embarazadas va hacer 0% en consejería, porque es el grupo de selección que no recibió consejería, la información fue a través del medio escolar con el 76% y el 24% de medios de comunicación.

### CUADRO N°25

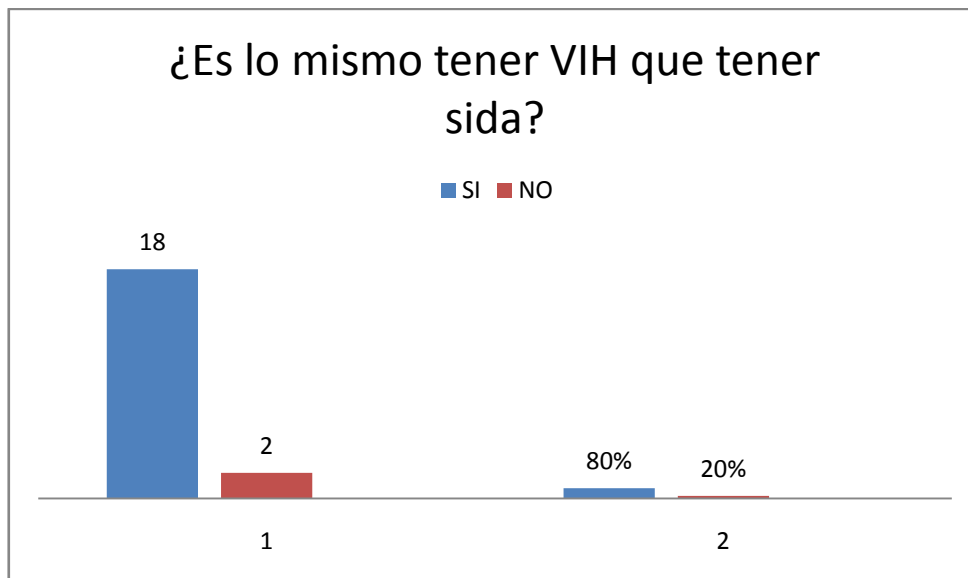
#### 6.4.3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	18	80%
NO	2	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

### GRÁFICO N°25



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

La información que se obtuvo de las adolescentes embarazadas en cuanto al conocimiento de VIH-Sida, es de 80%; no saben diferenciar entre estos dos términos, el 20 % si lo saben.

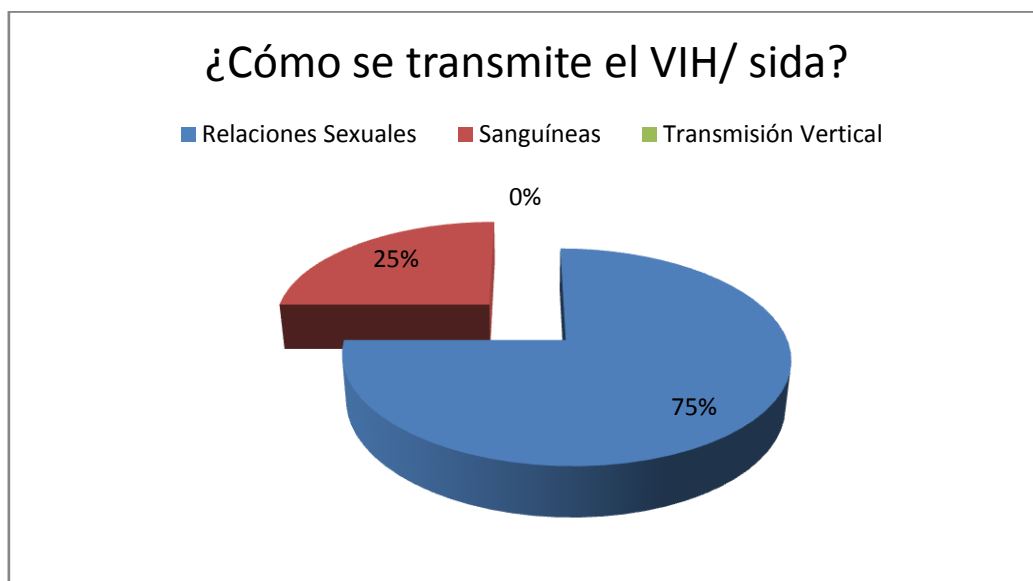
CUADRO N° 26

6.4.3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Relaciones Sexuales	18	75%
Sanguíneas	6	25%
Transmisión Vertical	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRÁFICO N°26



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

La mayoría de adolescentes encuestadas, esto es el 75% conoce que la transmisión es por relaciones sexuales, sanguínea el 25%, por transmisión vertical desconocen completamente (0%).

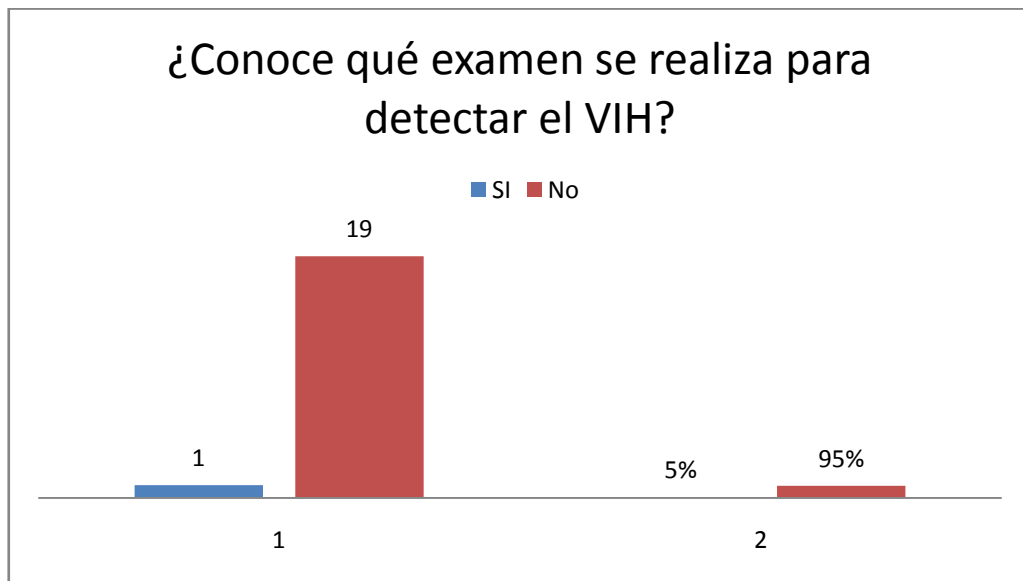
CUADRO N°27

6.4.3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	1	5%
NO	19	95%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

GRAFICO N°27



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011  
Elaboración: Autora

Según el gráfico el desconocimiento de las adolescentes acerca del examen para detectar el VIH es alto pues representa el 95%, solo el 5% de adolescentes sí conocen.

## CUADRO N°28

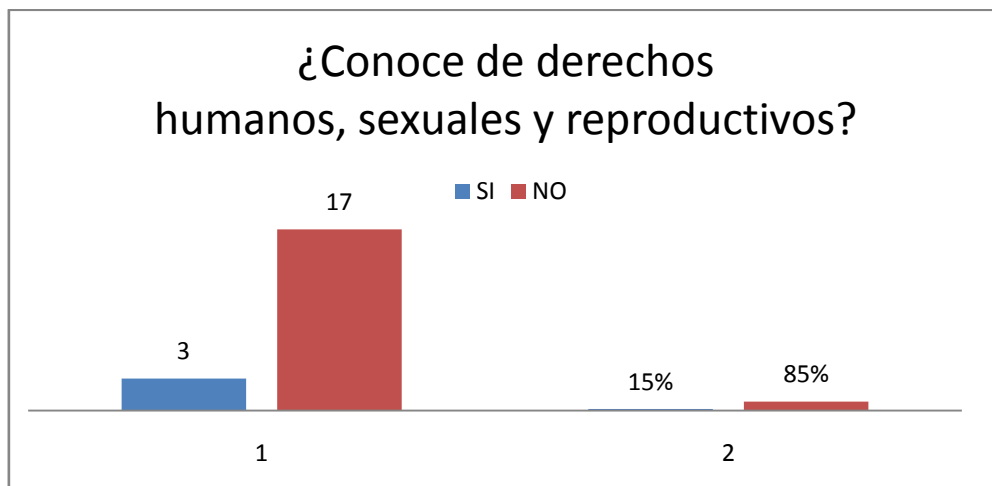
### 6.4.3.5.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	3	15%
NO	17	85%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

## GRÁFICO N°28



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

El gráfico demuestra que el 85% de adolescentes embarazadas no conocen acerca de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, el 15% conocen más los derechos respecto a la vida.



## CUADRO N°29

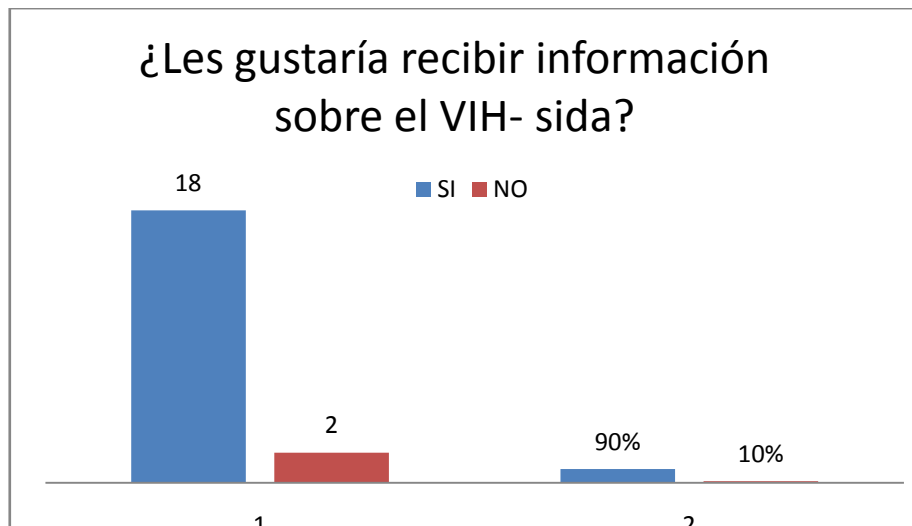
### 6.4.3.6. ¿Les gustaría recibir información sobre el VIH-sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
SÍ	18	90%
NO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

## GRAFICO N°29



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

En las adolescentes encuestadas, si desean recibir información sobre el VIH-sida con un porcentaje del 90%, y no con el 10%.

CUADRO N°30

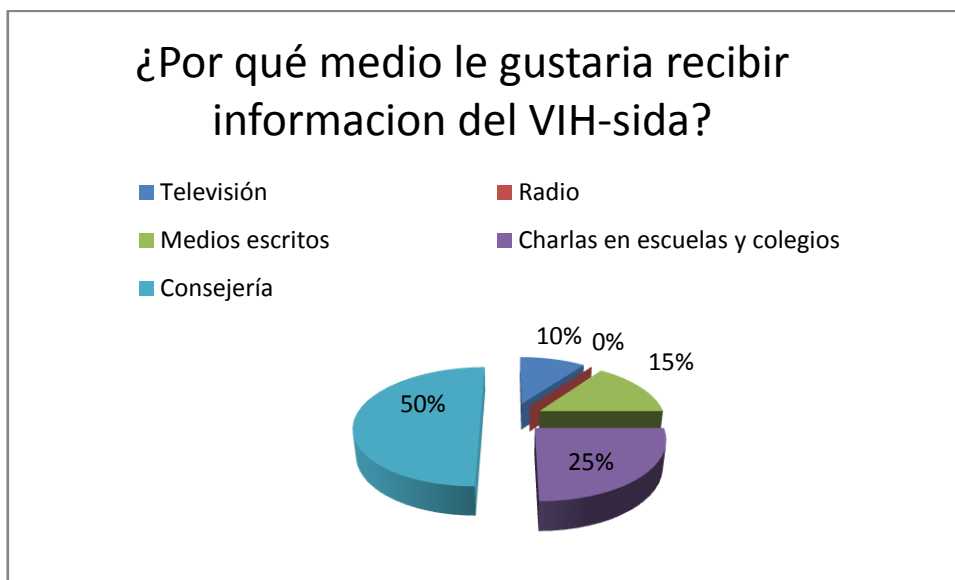
6.4.3.7. ¿Por qué medio le gustaría recibir información del VIH-sida?

VARIABLE	NÚMERO DE ENCUESTAS	%
Televisión	2	10%
Radio	0	0%
Medios escritos	3	15%
Charlas en escuelas y colegios	5	25%
Consejería	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

GRÁFICO N°30



Fuente: Encuesta de adolescentes, UMSS, 2011

Elaboración: Autora

Podemos observar en los gráficos que las adolescentes encuestadas desearían recibir información por medio de consejería con el 50%, ya que es personalizada y confidencial, el 25% de adolescentes prefieren recibir información a través de charlas en las escuelas y colegios, el 15% por medios escritos, el 10% por medio de la televisión, y por radio el 0%.

### 6.5. ANALISIS COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO

Análisis comparativo y descriptivo entre adolescentes embarazadas que recibieron consejería y adolescentes embarazadas que no recibieron consejería.

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
<p>En cuanto a la edad las adolescentes embarazadas en las edades de 14 a 18 años, que reciben información son de más de 16, 17 y 18 años.</p>	<p>Son de 14, 17 y 18 años, siendo este grupo con el mayor porcentaje (50%).</p>	<p>Esto nos refleja la alta tasa de embarazos en las adolescentes y la ausencia de medios de información y acceso a servicios amigables. Según las encuestas la falta de información constituye un problema que vuelve vulnerables a las adolescentes.</p>
<p>En cuanto al estado civil de las adolescentes el 60% son solteras y la unión libre con el 40%.</p>	<p>El estado civil de las adolescentes es del 65% solteras y el 35% viven en unión libre</p>	<p>Podemos plantear la inexistencia de un solo modelo familiar; ya que en las encuestas marcan una tendencia a la soltería. La unión libre es un fenómeno que aparece como un elemento que también marca significativamente a las nuevas generaciones. El casamiento en la actualidad no es la forma para relacionarse entre las parejas de adolescentes.</p>

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
En relación a la educación de las adolescentes embarazadas, por su edad están en secundaria con un rango del 85%	Las adolescentes están en secundaria con un rango del 75%.	La educación constituye una herramienta fundamental, debido a las oportunidades que crea al prepararse para el futuro, principalmente en el acceso al mercado laboral, lo que permite un incremento en el nivel de vida.
En cuanto a la ocupación para las adolescentes es estudiar, con un porcentaje del 85%.	El 75% estudian afortunadamente	Las adolescentes viven con sus padres u otros familiares, lo que las imposibilita a encontrar efectiva autonomía. La adolescente embarazada depende económica y emocionalmente de su familia (madre, padre, tías, etc.)
La iniciación de la actividad sexual es a los 13 años, con el 5%, seguido a los 14 años con el 10%.	La iniciación de la actividad sexual es también a los 13 años, con el 5%, seguido a los 14 años con el 20%.	Los principales problemas relacionados con las adolescentes, es el tema de la salud sexual y reproductiva, por las limitaciones a información y servicios de atención de sus necesidades específicas, en este campo.

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
<p>En relación a las parejas sexuales la mayoría tenía una sola pareja con el 85%, dos parejas el 15% y el 5% tres parejas sexuales.</p>	<p>Tuvieron una sola pareja sexual el 85%, el 15% dos parejas sexuales.</p>	<p>Según los datos obtenidos las adolescentes se están exponiendo muy tempranamente a situaciones que pueden causarles daño a su salud, porque puede contraer enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH-sida.</p>
<p>Las adolescentes se embarazan a los 14 años con un porcentaje del 5%</p>	<p>Las adolescentes se embarazan a los 14 años con el 25%.</p>	<p>Constituye un hecho no esperado, porque la adolescente no está preparada y por lo tanto los conflictos emocionales y sociales son un hecho.</p> <p>La maternidad conlleva una serie de responsabilidades, muchos factores entran en juego en la vivencia de la maternidad, desde las orientaciones y conocimientos acerca de la salud, la salud sexual y reproductiva, el acceso a la educación, la vivencia de derechos, la relación con la familia y sus pares.</p>

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
<p>El 20% de las adolescentes usan el preservativo (condón), para evitar embarazos no deseados y no para evitar contagiarse de ITS tales como el VIH, el 80% no se protegen porque se han separado de su pareja o porque su pareja no desea protegerse.</p>	<p>Las adolescentes no se protegen el 95% y el 5% se protegen.</p>	<p>Los porcentajes dicen que en las relaciones sexuales de las adolescentes, cuando se protegen, lo hacen para evitar la reproducción y dejan de lado el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, quizá por el desconocimiento acerca de la incidencia y de las consecuencias que presentan para la salud en general. En este aspecto también prevalece la diferencia de género.</p>
<p>En cuanto a los medios por los cuales se obtiene la información tenemos que en consejería es el 51%, medios escolares 31%, medios de comunicación el 18%.</p>	<p>Aquí obtienen la información por medios escolares el 76%, y de comunicación el 24%, no conocían el área de consejería.</p>	<p>No se menciona, en los dos casos, haber recibido información de sus padres, lo que evidencia la brecha que existe en la comunicación intrafamiliar (madre y padre) y las adolescentes.</p>
<p>Se observa en cuanto a conocimiento de VIH-sida de las adolescentes, que la mayoría conoce con el 60%, pero hay adolescentes que todavía se confunden con el 40%.</p>	<p>La información que se obtuvo de las adolescentes en cuanto al conocimiento del VIH-sida, el 80% no saben diferenciar entre estos términos, el 20% sí lo saben.</p>	<p>En cuanto al conocimiento sobre el VIH-sida, se percibe que en la población adolescente es limitado, más aún en las adolescentes que no recibieron consejería.</p>

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
<p>En relación a la transmisión del VIH-sida se puede evaluar que las adolescentes encuestadas están conscientes que la mayor vía de transmisión es por relaciones sexuales sin protección con el 64%, en cuanto a la vía sanguínea se referían más a las transfusiones sanguíneas que por drogas, con el 25%, y en lo referente a la vía de transmisión vertical tenemos el 11%.</p>	<p>La mayoría de adolescentes encuestadas manifiestan que la transmisión es por relaciones sexuales con el 75%, sanguínea el 25%, por transmisión vertical desconocen completamente (0%).</p>	<p>Las adolescentes que no recibieron consejería desconocían completamente de la vía de transmisión vertical, esto, demuestra que, independientemente de la información objetiva que se posea, si por las circunstancias del momento no se percibe un riesgo personal, no se darán los comportamientos preventivos adecuados.</p>
<p>La mayoría de adolescentes embarazadas estaban conscientes que para realizarse el examen deben solicitarlo el análisis de VIH, representado con el 90%, pero existen adolescentes todavía que manifiestan que a través del examen de sangre se detecta el VIH con el 10%.</p>	<p>El desconocimiento es general de las adolescentes embarazadas con el 95%, y las adolescentes que conocen es del 5%.</p>	<p>Hay mucha confusión en cuanto al examen que se debe realizar para detectar el virus, especialmente en las adolescentes que no reciben consejería. El examen adecuado para detectar el virus en el organismo es del VIH específicamente.</p>

<b>Adolescentes que reciben consejería</b>	<b>Adolescentes que no reciben consejería</b>	<b>Interpretación</b>
<p>En cuanto a derechos humanos, sexuales y reproductivos el 85% lo conocen, mientras que el 15% desconocen.</p>	<p>Referente al conocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos desconocen el 85%, mientras que solo conoce el 15%.</p>	<p>Los datos expuestos dicen que los derechos humanos, sexuales y reproductivos no han sido difundidos y socializados lo suficiente. Esto les excluye en la participación y en la toma de decisiones adecuadas para su desarrollo.</p>
<p>Las referencias en la atención de consejería fueron excelentes con un porcentaje del 80%, porque les permitió expresarse lo que sentían de forma confidencial, así como también formular preguntas que no se atreven a realizarles a sus padres y/o profesores. En cuanto a la atención buena con el 20% se da cuando los padres insisten en estar presentes en la consejería por ser menores de edad, especialmente en las adolescentes menores de 15 años.</p>	<p>Las adolescentes encuestadas desearían recibir información por medio de consejería con el 50%, ya que es personalizada y confidencial, el 25% de adolescentes prefieren recibir información a través de charlas en las escuelas y colegios, el 15% por medios escritos, el 10% por medio de la televisión, y por radio el 0%.</p>	<p>El espacio de consejería para impartir información sobre VIH-sida, se convirtió en el lugar ideal para la adolescente embarazada porque podía disipar sus inquietudes, miedos, al encontrar una empatía, confidencialidad, y escucha sin ser discriminados, ni juzgados por su condición. Al explicarles acerca de la importancia del área de consejería, las adolescentes que no lo recibieron manifestaron el deseo de recibir la información a través de este medio, para adoptar comportamientos preventivos para esta enfermedad.</p>



## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Con estos antecedentes se puede contribuir a profundizar el análisis y a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas, y se hace imprescindible generar apoyo en los procesos de reforma del sector salud, otorgando a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes.

Incrementar espacios adecuados donde los adolescentes compartan sus inquietudes y satisfagan sus necesidades de información y atención de manera clara, científica, amigable y respetuosa de sus diversidades. Es importante recordar que siendo los adolescentes sujetos de derechos y de atención prioritario, es obligación de los prestadores de los servicios de salud brindar cotidianamente atención amigable y/o diferenciada.

Promover la participación de la familia y la comunidad, para que apoyen el desarrollo de habilidades y destrezas para que sean capaces de elegir y tomar las mejores decisiones para su salud, salud sexual y reproductiva, con adultos confiables capacitados y sensibilizados para escuchar y responder las inquietudes y necesidades específicas de esta población, son clave para favorecer el desarrollo de programas.

Desarrollar y fortalecer planes de acción y programas de atención que no solo cure la enfermedad, sino la conciba como la promoción de los derechos para que puedan ejercerlos de forma progresiva en virtud de la evolución de sus facultades, el desarrollo integral de las personas en condiciones de privacidad, de confidencialidad y el trato respetuoso y no discriminatorio. Garantizando que pueda contar con el personal adecuado cuando tenga dudas, inquietudes, temores, para comentar sus logros, fomentando la autonomía del adolescente, acompañándole en su proceso de crecimiento y aprendizaje.

Con las leyes, políticas públicas, defensa de los derechos sexuales y reproductivos, actitudes comunitarias que no discriminen a la mujer o a una persona de diferente orientación sexual, y creando ambientes favorables así como condiciones sociales se podrá lograr cambios de comportamiento en relación con el VIH-sida.

Es importante maximizar las oportunidades para que las/os adolescentes que practiquen y mantengan conductas sanas, en ambientes seguros y amigables. Siendo responsabilidad de los adultos impartir orientación y dirección apropiada para que vayan logrando tal ejercicio.

Crear más áreas de Consejería de VIH-sida en el país, especializados en niñez y adolescencia. Fortificar los espacios y trabajar directamente con las adolescentes en prevención de embarazos precoces, ITS y VIH-sida con un enfoque participativo promoveremos cambios de actitudes y comportamiento, siendo la información el primer paso para sensibilizar a las personas.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos en las encuestas a las adolescentes tenemos varios limitantes para que este grupo etario consiga una vida sexualmente saludable, autónoma y capaz de tomar sus propias decisiones. Las encuestas fueron realizadas después de un año de haber recibido consejería; el mismo tiempo se empleó para las adolescentes que no recibieron consejería. Al iniciar la atención en consejería de VIH-sida en el 2007, el desconocimiento existente sobre esta enfermedad era evidente en la población en general, y más aún en las adolescentes donde prevalecía el miedo, la vergüenza de hablar de sexo (era como lo conceptualizaban) con una persona que por primera vez les daba información de forma confidencial e individualizada en la Institución.

Los limitantes que mencioné anteriormente son: el embarazo, embarazos no deseados en muchos de los casos, riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en las adolescentes, que, en muchos de los casos creen estar bien informadas en materia de sexualidad a los que se suman determinados mitos que hoy están muy extendidos entre los adolescentes. Cabe señalar que en la información obtenida de otras fuentes como la televisión o la radio no están presentes personas adultas que les orienten y expliquen los mensajes.

Las adolescentes son especialmente vulnerables a adquirir enfermedades de transmisión sexual, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niñas/os pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, psicológico y emocional es incompleto. Por otro parte la información es muy limitada en las adolescentes que no recibieron consejería, en gran medida porque la sociedad no les facilita el acceso a la misma.

Existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir las/os adolescentes tienen la “ilusión de que saben”, y por ello no ven la necesidad de buscar información por tanto actúan en base a creencias o guiados por falsos ideales a seguir.

Como epílogo de la atención en consejería las adolescentes solo piden oportunidad, apoyo, asesoría, servicios y espacios de intercambio. Cuando encuentran respuestas a estas necesidades, se convierten en verdaderos portadores de información de la existencia de los servicios y bienes públicos posibles de utilizar y derivarlos constituyéndose en un beneficio tanto para las propias adolescentes como para sus pares. Muchas adolescentes

que toman la decisión de informarse no saben a dónde acudir, y si no lo saben no acuden ya sea por vergüenza o timidez. Con la misma dificultad se encuentran a la hora de adquirir el método anticonceptivo (por norma general el preservativo); otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de auto control para exigir su utilización a la pareja. Está muy extendida la idea que el objetivo que hay entre los jóvenes es mantener relaciones sexuales.

En esta etapa que es bastante difícil tanto para los hombres como para las mujeres, dado que se encuentran explorando su sexualidad y experimentado tanto las relaciones del mismo sexo como heterosexuales, el grupo de amigos o pares se convierten fundamentalmente en fuente de afecto, reconocimiento y seguridad.

Por otra parte, los espacios de intercambio, de diálogo y los programas sobre educación sexual son un avance trascendental para la formación integral de las adolescentes, porque no solo se brinda información orientada a la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual sino que se detectan los daños y la curación de enfermedades, se desarrollan capacidades para lograr un cambio cultural en salud, encaminados a la formación de valores positivos sobre una vida sexual segura y responsable.

Las/os adolescentes son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para expresar sus derechos a ellas y a la salud en general, existen numerosos obstáculos, como las restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación a estas materias, a esto se suma las señales contradictorias que reciben de los diferentes actores e instituciones sociales.

Las mayores afectaciones en las adolescentes pueden presentarse a nivel psicológico y social, ya que se enfrentan al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de sus hijos, a pesar de que ellas no han consolidado su formación y desarrollo. Ser madre a una edad temprana, en la mayoría de las culturas conlleva enfrentar a estigmas sociales como a ser rechazadas por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos y familiares y en casos extremos incluso por sus propios padres; esta actitud puede ocasionar consecuencias sociales, económicas y educativas graves lo que hace más difícil que la adolescente tenga oportunidades para llevar a cabo otros proyectos de vida, originando un círculo vicioso de exclusión social y fecundidad adolescentes que marcan significativamente en los procesos de desarrollo futuro de las nuevas generaciones.

Como pudimos apreciar en las entrevistas persiste la frecuencia de los embarazos, cada vez más en edades tempranas, esto es desde los 13 años, y fuera de uniones o matrimonios. Estos grupos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado laboral sin opciones del progreso ocupacional.

Los procesos de migración, la construcción moderna de la sociedad o las nuevas formas de relacionarse entre hombres y mujeres han significado que las formas organizativas de la familia transformen la tradicional concepción de familias nucleares. La composición familiar, así como el estado civil de las adolescentes (solteras, unión libre), busca entender a los adolescentes en un sistema de relaciones con sus entornos, y la estructura primaria de las sociedades. Es así que, a partir de estos indicadores, también se podrían formular hipótesis acerca de la composición de las familias del futuro.

Las adolescentes enfrentan varias dificultades como la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las adolescentes ni acuden directamente a recibir atención médica ni comunican su situación a sus padres, lo que conlleva a complicaciones de su salud, que compromete, en muchos casos su vida y la del niño. Desde esta perspectiva el Estado a través del Ministerio de Salud debe crear las condiciones integrales cuyo eje sea la salud sexual y reproductiva, así como articular las intervenciones institucionales, considerando que la salud se asume como un derecho humano fundamental. En forma paralela es imperativo el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la oferta de anticonceptivos para la población adolescente, así como la capacitación en talleres sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva dirigidos a estos grupos, pues algunas conductas no son percibidas como arriesgadas o como vinculadas directamente al comportamiento de mantener relaciones sexuales sin condón.

De acuerdo a los Principios Deontológicos de la Ley Orgánica de la Comunicación del 2013, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la expresión de sus ideas, pensamientos, sentimientos y acciones desde sus propias formas y espacios en su propia lengua, señas y signos, sin discriminación ni estigmatización alguna. Nosotros tenemos la responsabilidad de promover y generar condiciones para proteger la salud y el desarrollo de las/os adolescentes, puesto que ellos están en la búsqueda de valores e ideales que consideran coherentes con sus sensibilidades y con lo que el mundo les muestre.

Frente a esta realidad es importante asumir la sexualidad y prácticas sexuales de las adolescentes y comprender sus significados, otorgándoles el apoyo que necesitan para una vida sexual sana, que garantice una sociedad responsable. Es preciso saber cuándo y cómo se imparte la educación sexual, a fin de garantizar una favorable educación sexual una apertura a la sexualidad y mensajes coherentes a través de toda la sociedad. De ahí la importancia de brindar educación veraz y confiable, disminuyendo el tabú existente relacionado con la sexualidad en las y los adolescentes puesto que esto podría incrementar la curiosidad típica de esta etapa. Los adultos debemos ser puentes para ayudar a las/os adolescentes a cruzar al mundo de los adultos, ya que la información por sí sola no necesariamente genera un cambio de comportamiento, el comportamiento sexual responde a los patrones, normas sociales y culturales. Resulta sumamente difícil cambiarlo únicamente mediante la información, entendiendo que la exposición a la educación sexual formal no afecta la probabilidad y la edad en que los adolescentes se inician sexualmente.

La condición fundamental para reconocer y vivir con derechos no solo está en conocer las leyes, sino sobre todo en reconocernos y reconocer a los demás como personas. Las/os adolescentes son titulares de derechos reconocidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales vinculantes y en la actualidad con la nueva Ley Orgánica de Comunicación donde ratifican que los mensajes que difundan los medios de comunicación social y los demás entidades públicas y privadas, privilegiarán la protección de los niños, niñas y adolescentes. En este sentido debemos hacer que las leyes se cumplan y no se queden como una práctica retórica de discursos, de allí nace la necesidad de promocionar la exigibilidad de nuestros derechos, al estado, a la sociedad, garantizando nuestro desarrollo como seres humanos y como ciudadanos.

Se obtuvo la información prospectiva con la finalidad de diagnosticar si el conocimiento o la información impartida sopesa sobre las adolescentes no informadas, aunque sería muy pretencioso decir que las adolescentes informadas tienen mejores oportunidades de decidir en cuanto a su vida sexual, a evitar ser transmitidas enfermedades, imponerse a la protección de su pareja y de sí misma, consiguiendo de esta manera mejorar sus condiciones y situaciones económicas, sociales, educativas y culturales. Con los resultados obtenidos se cumple con las hipótesis planteadas, al tener la posibilidad de ser capacitados e informados en servicios amigables teniendo como referentes positivos a sus padres y la comunidad, lo que permitirá que se desenvuelvan y puedan cambiar la trayectoria de la enfermedad (VIH-sida). A pesar de la presencia de

limitaciones, acentuadas más en las adolescentes que no reciben consejería, se esperaría en el futuro tener adolescentes que adopten comportamientos específicos en cada etapa de la vida y en cada sociedad en particular, desde sus valores y ética moral.

## RECOMENDACIONES

La educación en sexualidad debe orientarse a la transmisión de herramientas de cuidado antes que modelar comportamientos; debe partir del reconocimiento del sujeto, de su cuerpo y de sus sentimientos y que como seres humanos podamos entender, analizar y cuidar lo que sucede con nuestro cuerpo, como parte del desarrollo integral.

Crear espacios adecuados para adolescentes con personal capacitado exclusivamente para este grupo poblacional. La atención debe ser integral y coordinada, con una filosofía de participación para facilitar procesos de aprendizaje sobre sexualidad y VIH-sida, respondiendo a sus necesidades de información y atención de manera clara, científica, amigable y respetuosa de sus diversidades.

El personal de Consejería deberá coordinar con los médicos para que todas las adolescentes embarazadas reciban pre y post consejería en la realización de la prueba de VIH, generando espacios de diálogos incluyentes y respetuosos, considerando sus propias experiencias individuales y colectivas, creando alianzas equitativas e incluyentes.

La sociedad debe contribuir a la difusión de la información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, con énfasis en adolescentes, que posibiliten el acceso a la información, orientación y asesoría en sexualidad, servicios de salud, anticoncepción y planificación familiar en concordancia con las políticas nacionales.

Brindar atención amigable en donde los adolescentes se sientan protegidos, conectados, apreciados y amados en un ambiente seguro. Trabajar con los propios adolescentes en los vínculos afectivos de ellos, en el crecimiento y desarrollo de su hijo como entes activos y transmisores de valores e ideales, así como de derechos, a través de la palabra e imagen, que permita la integración socio-familiar, y sirva para su preparación en la incorporación a la sociedad.

Facilitar el acceso a los servicios de salud, que sean integrales para adolescentes embarazadas con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva y prevención del embarazo adolescente, que promuevan una reflexión de las necesidades adolescentes en relación a su salud en donde los derechos fundamentales ya reconocidos sean ratificados y realmente garantizados.

Es indudable que las familias, en especial los padres y madres tienen un papel muy relevante y una responsabilidad innegable en la formación de sus hijas/os aunque en aspectos relativos a su sexualidad, los niños aprenden una serie de normas, valores,



criterios y comportamientos relacionados con su sexualidad y con su posición como hombres o mujeres dentro de la sociedad. Involucrar a los padres para que hablen con sus hijos sobre valores sexuales y darles el ejemplo de vida sexual que esperamos para ellos. Es necesario desmitificar los tabúes sexuales a través de una actitud positiva frente a la sexualidad y aceptar que es una expresión psicológica, social y natural que tiene derecho los niños/as, adolescentes y adultos. Reconocer que la sexualidad de los hijos no nos pertenece sino que es una expresión a la cual tiene derecho a acceder con plena conciencia y responsabilidad.

Considerar a la educación de las adolescentes por parte de los padres y profesores como el arma importantísima para la concienciación y conocimiento de lo que es la prevención de esta enfermedad.

Es necesario que la información mejore las barreras de comunicación, venciendo obstáculos sociales y culturales. Este es el reto que nuestra sociedad tiene que asumir y nosotros como padres debemos facilitar.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**APV:** Asesoría para la prueba voluntaria.

**ARV:** Antirretroviral, fármaco que se dispone para el tratamiento del VIH-sida.

**Asintomático:** Que no presenta signos y síntomas.

**Autoestima:** Sentimientos acerca de uno mismo.

**CD4:** Linfocitos T Cd4 (Células del sistema inmunológico) Se llama CD4 a un tipo de células que se encuentran en la sangre y protegen al organismo. El número de estas células es un indicador de la capacidad de autodefensa de las enfermedades. Cuando rebasa un rango considerado como normal, el hecho puede atribuirse a la acción del VIH. Por eso, los conteos de células deben realizarse de acuerdo a las guías para la atención de Personas Viviendo con VIH-sida.

**CV:** Carga viral es la cantidad de copias de VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre.

**Consejería y Asesoría:** Son servicios cuyo objetivo es proporcionar información actualizada, oportuna y científica sobre VIH-sida, brindar apoyo emocional, psicológico y legal a las PVVS y a las personas afectadas por esta causa. Son procesos individuales que permiten al usuario/a cuestionar, compartir y decidir (llegar a aceptar) comportamientos preventivos alternativos; ayuda a las personas a comprender las implicaciones sobre la infección del VIH, fomentando la toma de decisiones informadas y respetando las características bio-psicosociales del usuario/a.

**Confidencialidad:** Toda la información personal relacionada con VIH-sida es absolutamente confidencial. No podrá obtenerse ni darse a conocer sin que previamente exista el consentimiento informado, expreso y libre del usuario/a.

**Consentimiento Informado:** Cuando el usuario/a es informado sobre VIH-sida, derechos, la prueba y sus complicaciones, decide o no realizarse la prueba de VIH.

**Discriminación:** Seleccionar, excluir; dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos o enfermedad.

**Enfermedades Oportunistas:** Son aquellas causadas por agentes que comúnmente se encuentran en el cuerpo y en el medio ambiente (que en general no producen patología). Cuando el sistema de defensa está debilitado por el VIH, aprovechan de esta circunstancia para causar daño.

**Estigmatizar:** Marcar o señalar.

**Hemoderivados:** Son componentes de la sangre (ej. plasma, glóbulos rojos, plaquetas).

**Heterosexual:** Atracción al sexo opuesto.

**Infección:** Es la reacción ante un agente infeccioso microbiano u otro con respuesta inflamatoria y migración de células.

**Inmuno:** Se refiere al sistema inmunológico del organismo encargado de defender a nuestro cuerpo de las enfermedades.

**Información:** Proceso de comunicación unidireccional donde se brinda información verbalmente o con el auxilio de material educativo, a través de charlas individuales, de grupo, conferencias.

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual.

**Micro Elisa:** Examen para detectar el VIH en el cuerpo de una persona.

**PVVS:** Se entenderá por persona viviendo con VIH-sida, a quien se le ha detectado el VIH-sida según los procedimientos diagnósticos establecidos en las Guías para la Atención a las personas viviendo con VIH-sida, expedidas por el Ministerio de Salud Pública, que se encuentran vigentes.

**Personas que viven con sida:** Son aquellas que reúnen los síntomas y signos de deterioro de su salud debido al debilitamiento de su sistema inmunitario (defensa natural del organismo, que caracteriza a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), a causa de la permanencia del VIH en su cuerpo.

**Prevalencia:** Es el número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dado.

**Incidencia:** Es el número de casos nuevos que se producen durante un periodo determinado en una población especificada.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; que se caracteriza por una profunda inmunodepresión y/o presencia de enfermedades oportunistas.

**Síndrome:** Es el conjunto de signos y síntomas que obedecen a una misma causa.

**Signo:** Manifestación objetiva de una patología.

**Síntoma:** Indicador subjetivo de un proceso orgánico.

**Sintomático:** Que presenta síntomas.

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia humana, causante del sida.

**VIH-sida:** Son las primeras letras unidas de las palabras Virus de Inmunodeficiencia Humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se escriben así para referirse

tanto a aquellas personas en quienes se ha detectado el virus como a aquellas que se presentan un estado de salud que corresponde al sida.

**Virus:** Microorganismo invisible al microscopio óptico que solo puede desarrollarse al interior de una célula viva.

**Western Blot:** Examen de comprobación del VIH. (Prueba de laboratorio confirmatoria para VIH)

**WB:** Western Blot.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, (2006), “Manual Nacional de Asesoría/Consejería en VIH-SIDA-ITS”. Quito- Ecuador.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asamblea Constituyente, (1998), Constitución de la República del Ecuador, Quito-Ecuador.
- 2.- AIDSCOM, (1991), *A través del Espejo*. El papel del Consejero/as en la Prevención del sida.
- 3.- BLANCO et al, (2002), Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH-1. Guía práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y tratamiento. Barcelona.
- 4.- Bases conceptuales de la atención integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en la salud reproductiva, (1995), Quito- Ecuador.
- 5.- CEVALLOS, Fernando, (1996), Cuaderno de Apoyo para Consejeros/as en VIH-sida.
- 6.- Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH, (2010), “El Estigma y la Discriminación en VIH-sida”, Quito- Ecuador.
- 7.- Convención Iberoamericana de derechos de los Jóvenes, (2005), Badajoz. España.
- 8.- CEVALLOS, Eduardo, (2004), Plan Internacional. Línea de base de proyecto Santa Elena, *Promoviendo derechos sexuales y reproductivos para reducir la vulnerabilidad al VIH-sida entre adolescentes*, Quito-Ecuador.
- 9.- CHACON, L, (2004), *Consejería en ITS y VIH- sida*. MINSAP.
- 10.- Comisión Nacional del Sida, (22 de abril de 1987), EEUU.
- 11.- Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, (2009), “Guía de Organización de Servicios con Énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva”. Quito-Ecuador.
- 12.- Declaración del Compromiso en la lucha contra el VIH-sida, (2001), “Crisis Mundial-Acción Mundial”. Ginebra.
- 13.- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, (2003). CEPAR-UNFPA- INEC. Quito-Ecuador.
- 14.- Estado de Situación de los Jóvenes en el DMQ, (2007), Quito- Ecuador.
- 15.- FEITA, Carlos, (1998), *El Reloj de Arena*, Culturas Juveniles en México. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México.
- 16.- Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2001), “La Educación de Sexualidad en países de América Latina y el Caribe”.
17. – Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2003), The estate of Word Population report. New York: UNFPA.

18. - Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2004), *State or World Population 2004: The Cairo consensus at ten-population, reproductive health and the global effort to end poverty*.
- 19.- Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2004), “Salud Reproductiva para comunidades en crisis”. Respuesta de Emergencia.
- 20.- GRENER, R, (2004), *Impacto del VIH-SIDA en la pobreza y la desigualdad*. Macroeconomic del VIH-SIDA, Washington, DC: Fond Monetary International.
21. - HOLMES, K. LEVINE, R. WEAVER, M, (2001- 2004), NIAID Workshop Summary: *Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention*. Bulletin of the Word Health Organization.
- 22.- HERNÁNDEZ, J. PÉREZ, O, (2005), *Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará*. Rev. Cubana.
- 23.- LOZADA DÁVILA, AGUINAGA PONCE y otros. *El peso de la enfermedad en el Ecuador*. Quito- Ecuador.
- 24.- Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH-sida, (2005), Costa Rica.
- 25.- Ministerio de Salud Pública, (2005), “Manual Nacional de Consejería en VIH-SIDA-ITS”, Quito- Ecuador.
- 26.- Ministerio de Salud Pública, (2006), “Manual Nacional de Consejería en VIH-SIDA-ITS”, Quito- Ecuador.
- 27.- Ministerio de Salud Pública, (2008), Revisión, “Normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA-ITS”, Quito- Ecuador.
- 28.- Modelo de Consejería Orientado a los jóvenes en Prevención del VIH y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, (2005), Washington, D.C.
- 29.- Ministerio de Salud Pública, (2008), “Principales indicadores demográficos y de Salud”, Quito- Ecuador.
- 30.- Ministerio de Salud Pública, (2008), Programa Nacional del sida. Quito-Ecuador.
- 31.- Ministerio de Salud Pública, (2010), Informe de UNGASS. Programa Nacional de Salud. Ecuador.
- 32.- Ministerio de Salud Pública, OPS/OMS, (1992), “Guía para la prestación de servicios dirigida a la atención integral de PVVS”. Publicaciones Técnicas del Programa VIH-sida. Quito.

- 33.- MALUF, Alejandra, (1995), *Transgresión, Juventud e Institucionalidad*, Quito-Ecuador. Diciembre.
- 34.- Ministerio de Salud Pública, (2009), “Normas y Procedimientos para la atención Integral de Salud a Adolescentes”, República del Ecuador.
- 35.- Organización Panamericana de la Salud-ORAS-ONUSIDA, (2003-2005), “Análisis de la situación de VIH en la Subregión Andina”.
- 36.- Ordenanza Metropolitana N° 0205, (2007), Que norma y regula las acciones en Salud en el Distrito Metropolitano de Quito.
- 37.- Organización Panamericana de la Salud, (2008), “La Salud Sexual y Reproductiva del Joven y del Adolescente: Oportunidades, Enfoque y Opciones”. Washington, D.C.
- 38.- Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-SIDA- ITS, (2007), “Manual de Normas para el Manejo Sintomático de Infecciones de Transmisión Sexual”, Quito-Ecuador.
- 39.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, (2000), “EL sida y la infección por VIH”.
- 40.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, (1997), “Asesoramiento y VIH-sida”.
- 41.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, (2003), “Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH”.
- 42.- Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH-SIDA, (2007-2015), Quito-Ecuador.
- 43.- PROAÑO, Alejandro, (2005), *Manual Nacional de Consejería/Asesoría en VIH-sida*, KAOBAstudio, Quito.
- 44.- REA, Cristina, (2011), Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas. UMSS. Quito-Ecuador.
- 45.- ROSERO, Rocío, (2005), *Taller sexo forzado y otros factores de riesgo*, Cayambe. Ecuador.
46. - SÁNCHEZ, J. (1998), *Guía Nacional de Consejería en ITS y VIH- sida*. Lima- Perú.
47. – SENANAYAKE, P, (1990), *Adolescent fertility*. Oakland, California: Third Party Publishing.
48. - Sommers - Flanagan, J, and Sommers - Flanagan, R, (1997), *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youth*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

49. - SPAIN, J, (1988), Sexual, contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents. New York: Gardner Press.
- 50.- Unidad Metropolitana de Salud Sur, (2011), Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas en el área de Consejería. Quito- Ecuador.
- 51.- Unidad Metropolitano de Salud Sur, (2009), Documento de Calidad ISO 9001.2009. Quito- Ecuador.
- 52.- Unidad Metropolitana de Salud Sur, (2012), Entrevistas realizadas a Toapanta, Lilian, Freddy Burbano, Lorena Yépez. Quito-Ecuador

#### Leyes del Ecuador

- 1.- Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, (2009), Quito- Ecuador.
- 2.- Constitución de la República del Ecuador, (2008), Asamblea Constituyente.
- 3.- Código de la Niñez y Adolescencia, (2003), Quito-Ecuador.
- 4.- Ordenanza Metropolitana N° 0205, (2007), Que norma y regula las acciones en Salud en el Distrito Metropolitano de Quito.
- 5.- Programa Nacional de Educación Sexual y Reproductiva, (2001), Quito-Ecuador.
- 6.- Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador, (2007), Quito-Ecuador.
- 7.- Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, (2005), Quito-Ecuador.
- 8.- Plan Nacional de Desarrollo, (2007-2011), Quito-Ecuador.

#### En Internet

- 1.- [www.laccaso.org/pdls/informe-ecuador-pdl](http://www.laccaso.org/pdls/informe-ecuador-pdl). Informe sobre la situación del VIH-SIDA y Derechos Humanos en Ecuador.
- 2.- CIAME – UTPL, (2005), *El proceso migratorio en el Ecuador*. Available from: <http://cedoc.cies.edu.ni/general/FIPALRVIH/Docs/Documentos%20importantes/Planes%20Nacionales/Ecuador.pdf>
- 3.- Guerra, GI, Resúmenes de investigaciones a cargo de [http://www.cenesex.sld.cu/Web/resumenes\\_de\\_investigaciones.htm](http://www.cenesex.sld.cu/Web/resumenes_de_investigaciones.htm) - 10k visitado 10/abril 2009.



## ENTREVISTA 1

UMSS: Adolescentes versus VIH

Entrevista a Lilian Toapanta, Unidad Metropolitana de Salud Sur, realizada por Cristina Rea el 10 de septiembre del 2012.

CR: ¿Doctora desde cuando usted viene trabajando con las adolescentes embarazadas o a través de qué programas se ha relacionado con este grupo?

LT: He trabajado desde aproximadamente 15 años con las adolescentes embarazadas, pero en la actualidad hay más adolescentes desde que la Unidad se convirtió en Institución Pública (2010), también con aquellas que no están embarazadas, sino que vienen con alguna enfermedad de transmisión sexual, por planificación familiar, etc.

CR: ¿Centrándonos en la temática usted piensa que las adolescentes conocen sobre esta enfermedad lo suficiente como para prevenirla?

LT: Existen políticas establecidas en las instituciones educativas, obligadas a dar información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, pero me remito a lo observado que las adolescentes desconocen sobre esta enfermedad y lo poco que conocen les da miedo, especialmente si oyen la palabra sida porque lo relacionan con la muerte, la discriminación, el desamparo, etc.

CR: ¿Al tener relaciones sexuales tempranamente las adolescentes perciben el riesgo de adquirir esta enfermedad o no?

LT: Las adolescentes al decidir tener relaciones sexuales, existe un fenómeno causado por varios factores especialmente de orden psicosocial, identificándose en todos los estratos sociales pero sin tener las mismas características, la menarquía temprana otorga madurez reproductiva cuando aún no tienen un conocimiento claro de las situaciones de riesgo a las que pueden exponerse, el inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Pensamientos mágicos propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean o porque simplemente no les puede suceder a ellas.

El no protegerse porque su pareja no quiere utilizar el preservativo, por falta de información o porque circulan mitos como: no se siente lo mismo o que vergüencita decirle que utilice, que pensara de mi etc.

CR: ¿La educación y la información sobre la sexualidad, usted piensa que es importante?

LT: El conocimiento y la participación de las adolescentes son muy importantes cuando se trata de la amenaza y las repercusiones del VIH- sida. A fin de evitar el riesgo de infección, las adolescentes deben aprender acerca de la salud sexual y contar con la capacidad para rechazar relaciones sexuales peligrosas o no deseadas y para buscar opciones más seguras.

CR: ¿Las adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos?

LT: Sobre el uso de anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales, se debe destacar que a pesar de conocer y reconocer el condón y otras formas de anticonceptivos, la mayoría de las adolescentes acudió a su relación sexual inicial sin emplear ningún método anticonceptivo, a pesar de conocer no los aplican, porque no planea tener relaciones sexuales y también les da vergüenza comprar el preservativo, y peor aún el insinuar que su pareja se coloque el preservativo.

## ENTREVISTA 2

UMSS: Adolescentes versus VIH

Entrevista a Freddy Burbano, Unidad Metropolitana de Salud Sur, realizada por Cristina Rea el 18 de septiembre del 2012.

CR: ¿Doctor desde cuando usted viene trabajando con las adolescentes embarazadas o a través de qué programas se ha relacionado con este grupo?

FB: Trabajo con las adolescentes embarazadas desde hace 20 años, en las áreas de hospitalización, consulta externa de psicología, psicoprofilaxis del parto. A través de trabajos realizados con las adolescentes embarazadas en la Institución se puede observar los diferentes problemas existentes con las adolescentes, siendo prioritario implementar espacios específicos para este grupo.

CR: ¿Centrándonos en la temática usted piensa que las adolescentes conocen sobre esta enfermedad lo suficiente como para prevenirla?

FB: El desconocimiento es de forma general, pero se evidencia que es marcado en las adolescentes de 13 a 15 años. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses que guíen su vida, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección por lo que aparecen enfermedades de transmisión sexual, desarrollando y buscando fantasías sexuales, el amor que compense sus carencias afectivas en su hogar.

CR: ¿Al tener relaciones sexuales tempranamente las adolescentes perciben el riesgo de adquirir esta enfermedad o no?

FB: El comportamiento sexual humano es variable y por lo tanto está regido por diferentes normas reconocidas por su cultura y por la sociedad con especial interés en la adolescencia.

El proceso del embarazo temprano o precoz, así podemos hablar de factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo de ser transmitidos enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH, para así extremar la prevención.

La Menarquía temprana otorga madurez reproductiva, pero todavía no existe la madurez emocional necesaria para manejar las situaciones de riesgo y la iniciación precoz de las relaciones sexuales aumentan su vulnerabilidad.

Otros factores que predisponen a los riesgos son: la familia disfuncional, uni-parenterales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente. El bajo nivel educativo con desinterés general; cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. Migraciones y Emigración de los padres, con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores. Y de igual manera si sus padres viajan al exterior en busca de empleo lo que genera la ruptura de vínculos familiares y promueve nuevas dinámicas de relación hacia fuera de la familia.

Pensamientos Mágicos; propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean o que no les puede suceder a ellas. Fantasías de Esterilidad comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. Falta o distorsión de la Información es común que entre adolescentes circulen "mitos" como sólo se embaraza si tiene orgasmo o cuando se es más grande o cuando lo hace con la menstruación o cuando no hay penetración completa, etc.

CR: ¿La educación y la información sobre la sexualidad, usted piensa que es importante?

FB: El Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de las adolescentes, considera acciones para proporcionar información, educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva, analizan el desarrollo de políticas y derechos que se consideran dentro de planes, programas, políticas de desarrollo, agendas sociales, decretos etc. Pero existen brechas importantes en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales. Se menciona que los datos existentes demuestran la carencia de conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociación de relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Por lo tanto resulta evidente que la fecundidad adolescente no

disminuye y al contrario mantiene una tendencia creciente. Se plantea la duda si el enfoque de las acciones debe encaminarse a la atención del embarazo adolescente o a la prevención. Se identifica por otro lado que la organización de los servicios responde a concepciones adulto céntricas, sin considerar las necesidades de los adolescentes en sus contextos socio cultural.

CR: ¿Las adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos?

FB: En estas madres no existe desconocimiento o falta de información acerca de los métodos anticonceptivos, así que sus embarazos obedecen o pasan por otra cuestión que no tiene que ver con el conocimiento, sino con una serie de aspectos que implican a un sujeto y sus articulaciones en lo social, lo cual implica lo económico, político, educativo, etc.

La utopía de todo lo anterior es que estos jóvenes pueden elegir, ya que “tienes que elegir entre las muchas opciones que se ofrecen, aquello que te haga feliz” de ahí que no se pueden embarazar, porque existen métodos anticonceptivos, no te puedes poner triste porque existen medicamentos para eso, no puedes quedarte quieto porque “el mundo es tuyo”. Donal Winnicot psicoanalista ingles menciona que la adolescencia no hay que reprimirla “la crisis adolescente”, sino encararla.

### ENTREVISTA 3

UMSS: Adolescentes versus VIH

Entrevista a Lorena Yépez, Unidad Metropolitana de Salud Sur, realizada por Cristina Rea el 12 de octubre del 2012.

CR: ¿Doctora, desde cuando usted viene trabajando con las adolescentes embarazadas o a través de qué programas se ha relacionado con este grupo?

LY: He trabajado desde aproximadamente 10 años con las adolescentes embarazadas, a través del programa maternidad gratuita y posteriormente desde que se inició el programa del VIH-sida con el servicio de consejería donde son informadas de forma clara y precisa sobre los riesgos de adquirir esta enfermedad, así como de informarles sobre derechos existentes, la confidencialidad es uno de estos derechos para evitar la discriminación.

CR: ¿Centrándonos en la temática usted piensa que las adolescentes conocen sobre esta enfermedad lo suficiente como para prevenirla?

LY: La adolescente está en su proceso de cambio y todavía está llena de curiosidad, esta enfermedad es un problema de salud pública que requiere el diseño de un enfrentamiento que abarque su complejidad. Si hablamos de necesidades prácticas de las adolescentes al igual que toda la población va a requerir atención en los servicios de salud, los mismos que deberán otorgar una atención integral, la que debe ir dirigida a la resolución positiva. Otra necesidad es la educación, porque la adolescente embarazada es una mujer joven y necesita vivir esta etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la transforma en mujer adulta. El embarazo a esta edad constituye, en general, un hecho no esperado, para el cual no está preparada y por lo tanto los conflictos emocionales y sociales son un hecho normal y recurrente. Esta realidad confluye con la deserción escolar y el desempleo, con frecuencia la desigualdad de género obstaculiza de manera definitiva, sus logros educativos y ocupacionales.

La sexualidad no es únicamente sexo o relaciones sexuales aunque ambas se encuentran altamente relacionadas. La sexualidad es más amplia y si bien incluye las relaciones sexuales tiene que ver con el entorno y la educación.

CR: ¿Al tener relaciones sexuales tempranamente las adolescentes perciben el riesgo de adquirir esta enfermedad o no?

LY: Entre las múltiples dificultades que los padres de familia encuentran hoy, aún teniendo en cuenta los diversos contextos culturales, se encuentra ciertamente la de ofrecer a los/as

adolescentes una adecuada preparación para la vida adulta, en particular respecto a educación sobre el verdadero significado de la sexualidad. Es más, hoy en día los jóvenes tienen su primera relación sexual a edades cada vez menores. Los varones suelen iniciar antes que las mujeres y si bien físicamente están absolutamente preparados, mentalmente no siempre están listos para lidiar con las consecuencias y las responsabilidades que esto genera; como los embarazos, las enfermedades de transmisión sexual, el desempleo, la falta de autonomía, sus metas truncadas, etc.

CR: ¿La educación y la información sobre la sexualidad, usted piensa que es importante?

LY: En el pasado, aún en el caso que la familia no ofreciera una explícita educación sexual, la cultura general, impregnada por el respeto de los valores fundamentales servía objetivamente para protegerlos y conservarlos. La desaparición de los modelos tradicionales en gran parte de la sociedad, sea en los países desarrollados que en vías de desarrollo, ha dejado o los hijos faltos de indicaciones unívocas y positivas, mientras los padres se han descubierto sin la preparación para darles las respuestas adecuadas. Este contexto se ha agravado por una información despersonalizada, lúdica, con frecuencia pesimista y sin respeto para las diversas etapas de la formación y evolución de los adolescentes y de los jóvenes, bajo el influjo de un desviado concepto individualista de la libertad y de un contexto desprovisto de los valores fundamentales sobre la vida, sobre el amor y sobre la familia.

La educación representa un importante punto de acceso a diversos contenidos educativos sobre salud sexual y reproductivo, en muchos casos es el único espacio en que los adolescentes pueden acceder a este tipo de información. La educación sexual integral, precisa y sensible a las diferencias de género puede proporcionar las capacidades y conocimientos necesarios para que los y las adolescentes se encuentren en condiciones de evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH, y asimismo, puedan tomar decisiones saludables sobre su sexualidad.

CR: ¿Las adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos?

LY: Claro que conocen pero no lo aplican por varias situaciones, entre ellas los prejuicios existentes entre mujeres y hombres, los hombres son los que tienen que cuidarse o protegerse, porque ellos pueden comprar los preservativos fácilmente y no así la mujer, o simplemente piensan que no pasa nada.

**ANEXO 1**

**ENCUESTA REALIZADA A LAS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON  
CONSEJERÍA EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR**

**UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR  
FICHA DE INVESTIGACIÓN – TRABAJO DE TESIS**

Caso N:                      **Fecha:**

1.- Datos personales

1.1 Edad:

1.4 ¿Trabaja o estudia?

1.2 Estado Civil:

Soltera

Casada

Unión Libre


1.3 Instrucción:

Primaria

Secundaria

Superior


2.- Sexualidad

2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

.....

2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?

Una pareja sexual

Dos parejas Sexuales

Más de dos parejas sexuales


2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada?

.....

2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

SI

NO




¿Cuáles?

.....

3.- Conocimientos

3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?

Medio Escolar	<input type="checkbox"/>
Medio de Comunicación	<input type="checkbox"/>
Medio de Consejería	<input type="checkbox"/>

3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Por qué?

.....

3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?

Relaciones Sexuales	<input type="checkbox"/>
Sanguíneas	<input type="checkbox"/>
Transmisión Vertical	<input type="checkbox"/>

3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Cuál?

4.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles?

.....

.....

5.- ¿La calidad y cantidad de la información en consejería fue?

Excelente

Buena

Mala

6.- ¿Si recibieron la información en consejería fueron o no modificados sus comportamientos sexuales de riesgo?

SÍ

NO

¿Cómo?

.....

**ANEXO 2**

**ENCUESTA REALIZADA A LAS ADOLESCENTES QUE NO RECIBIERON  
CONSEJERÍA EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR**

**UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR  
FICHA DE INVESTIGACIÓN – TRABAJO DE TESIS**

Caso N:                      **Fecha:**

1.- Datos personales

1.1 Edad:

1.4 ¿Trabaja o estudia?

1.2 Estado Civil:

Soltera

Casada

Unión Libre

1.3 Instrucción:

Primaria

Secundaria

Superior

2.- Sexualidad

2.1 ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

.....

2.2 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido antes de embarazarse?

Una pareja sexual

Dos parejas Sexuales

Más de dos parejas sexuales

2.3 ¿A qué edad se quedó embarazada?

.....

2.4 ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

SÍ

NO

¿Cuáles?

.....

3.- Conocimientos

3.1 ¿Por qué medio recibió información sobre sexualidad y VIH-SIDA?

Medio Escolar	<input type="checkbox"/>
Medio de Comunicación	<input type="checkbox"/>
Medio de Consejería	<input type="checkbox"/>

3.2 ¿Es lo mismo tener VIH que tener sida?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Por qué?

.....

3.3 ¿Cómo se transmite el VIH/ sida?

Relaciones Sexuales	<input type="checkbox"/>
Sanguíneas	<input type="checkbox"/>
Transmisión Vertical	<input type="checkbox"/>

3.4 ¿Conoce qué examen se realiza para detectar el VIH?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Cuál?

4.- ¿Conoce de derechos humanos, sexuales y reproductivos?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles?

.....

.....

5.- ¿Le gustaría recibir información sobre VIH-sida?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

6.- ¿Por qué medio le gustaría recibir información del VIH-sida?

Televisión	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>
Medios escritos	<input type="checkbox"/>
Charlas en escuelas y colegios	<input type="checkbox"/>
Consejería	<input type="checkbox"/>